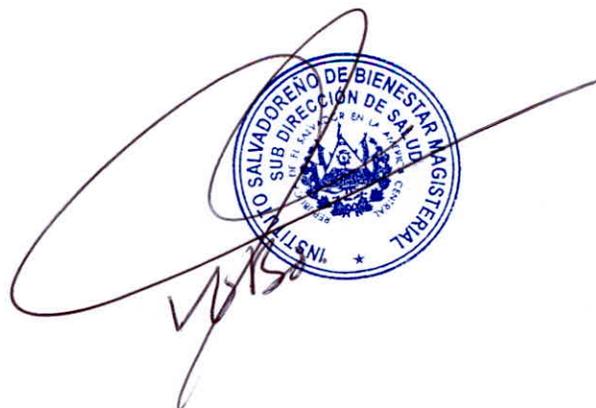




PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD

“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y OTROS SERVICIOS DE SALUD A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”

DICIEMBRE 2014



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

Prof. Rafael Antonio Coto López
DIRECTOR PRESIDENTE

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



EQUIPO TÉCNICO

Dr. Jorge Avelino González Montenegro

SUB DIRECTOR DE SALUD

Dr. Johsny Eddie Gómez López

JEFE DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Omar Keller Catalán Vásquez

JEFE DE LA DIVISIÓN DE SUPERVISIÓN Y CONTROL

Dr. Julio Alfredo Osegueda Baires

TÉCNICO NORMALIZACIÓN



PRESENTACIÓN

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, en el proceso de modernización en que se encuentra inmerso presenta la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y OTROS SERVICIOS DE SALUD A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**, como un instrumento de apoyo a las Instituciones de Salud en su práctica diaria como proveedores de Servicios a los Usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y que de forma conjunta con los Médicos de Magisteriales, Médicos Especialistas, Médicos Sub-Especialistas y otros proveedores, nos permitan brindar atención de Salud a los Maestros y su grupo familiar acordes a la Misión y Visión Institucional.

La implementación de esta normativa requiere de un enfoque amplio de parte de los proveedores y técnicos involucrados a fin de visualizar al usuario como la razón de ser del programa de salud.

Esperando sea utilizada con la debida responsabilidad.


Profesor Rafael Antonio Coto López

Director Presidente



9

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
I. DISPOSICIONES GENERALES	
a) OBJETO DE LA NORMA	10
b) ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	10
c) AUTORIDAD COMPETENTE	10
II. CONTENIDO TÉCNICO ADMINISTRATIVO.	
a)DE LOS ASPECTOS GENERALES.....	11
b)DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA	18
c)DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	19
d)DE LOS MEDICAMENTOS	21
e)DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, RADIOLÓGICO ELECTRODIAGNOSTICO Y PATOLÓGICO.....	23
f) DE LOS PAQUETES QUIRÚRGICOS OFERTADOS	24
g)DE LAS RESPONSABILIDADES DEL MEDICO COORDINADOR DE LA INSTITUCION DE SALUD CON EL INSTITUTO.....	26
h)DE LAS REUNIONES.....	27
III. DISPOSICIONES FINALES:	
a) DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA.....	28
b) DE LOS ANEXOS.....	28
c) DE LA DEROGATORIA.....	28
d) DE LA VIGENCIA.....	29
ANEXOS.....	30



INTRODUCCIÓN

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, inicia sus funciones el 1° de Abril del 2008 según Decreto Legislativo No. 485, de fecha 22 de noviembre de 2007, teniendo por objeto la administración de las cotizaciones destinadas al financiamiento de un Programa Especial para brindar el servicio de Asistencia Médica y Hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y demás prestaciones que la Ley expresa, a favor del docente que trabajan para el Estado en el Ramo de Educación, su conyugue o conviviente y sus hijos menores de 25 años.

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

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

El modelo anterior estaba fundamentado en una excesiva fragmentación de los servicios de salud, generaba dificultades en acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos, costos elevados en la producción de los servicios de salud, e insuficiente satisfacción de los maestros y maestras y sus grupos familiares con los servicios recibidos.

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, para la prestación de servicios médicos y hospitalarios ha propuesto en forma operativa un modelo de atención



basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud Magisteriales, siendo el Médico Magisterial el primer contacto con el usuario, representando la puerta de entrada para los servicios; el segundo nivel integrado por el Médico Internista, Gineco obstetra y Pediatra, y el tercer nivel integrado por especialistas, sub especialistas, hospitales públicos y privados que brindan servicios al Programa Especial de Salud del ISBM.

La Redes de Servicios Integrales de Servicios de Salud Magisteriales, son una serie de servicios de salud preventivos y curativos, para los docentes servidores públicos y su grupo familiar.

Los servicios proporcionados por las Instituciones de Salud y Hospitales son parte fundamental en la resolución de los problemas de salud que demandan los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. Esto ha permitido la búsqueda de proveedores de servicios Médico y Hospitalarios a nivel nacional, que cumplan con estándares de calidad requeridos por el Programa Especial de Salud a fin de dar cumplimiento a los objetivos de la Misión institucional la cual busca brindar servicios de calidad a los usuarios de este Programa.

La Sub dirección de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial a través de la División de Servicios de Salud ha revisado y actualizado la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y OTROS SERVICIOS DE SALUD A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”** ,a fin de obtener un instrumento que regule las actividades y funciones de los Servicios Médico y Hospitalarios en la Red de Hospitales Públicos y Privados que tengan suscritos convenios o contratos con el ISBM con propósito de poseer en forma documentada una conducta técnica y una manera de proceder unificada, que debe adoptarse observando valores como:



transparencia, lealtad, confidencialidad, responsabilidad, disciplina que sean la base para una mejor utilización de los recursos que se dispone, así como para la obtención de una información fidedigna de las actividades preventivas y de tratamiento que realizan.

Esperamos que este documento alcance los objetivos propuestos y que con su aplicación se contribuya a cumplir con la misión y a lograr la visión del Programa Especial de Salud en beneficio del maestro y su grupo familiar.



I. DISPOSICIONES GENERALES

a) OBJETO DE LA NORMA

La presente norma tiene por objeto regular las acciones técnicas y administrativas en la prestación de Servicios Médico Hospitalarios en la Red de Hospitales Públicos y Privados y otras instituciones de salud que tengan suscritos convenios o contratos con el ISBM, para la atención de los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

b) ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de aplicación obligatoria a toda persona natural o jurídica que preste servicios Médico Hospitalarios y otros servicios de salud a los usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, así como a todos los funcionarios y empleados de la institución que se relacionen con la aplicación de la presente norma.

c) AUTORIDAD COMPETENTE

Las autoridades competentes para la aplicación de la presenta Norma serán: Sub Dirección de Salud y Sub Dirección Administrativa, a través de sus diferentes áreas, así como otros Departamentos y demás Secciones que participan en los diferentes procesos del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial cuando sea pertinente.





II. CONTENIDO TÉCNICO ADMINISTRATIVO

a) DE LOS ASPECTOS GENERALES:

Art.-1 Los Policlínicos y Consultorios Magisteriales, representan el primer nivel de atención; este nivel ofrece servicios de atención primaria en salud, con profesionales de medicina general, medicina especializada y enfermería.

Todos estos niveles de atención; tienen redes de proveedores de apoyo diagnóstico: laboratorios clínicos, patológicos y de imágenes y en su conjunto se integran al sistema de salud magisterial.

Art.- 2 El segundo nivel de atención está constituido por los Policlínicos de mayor complejidad; este nivel tiene servicios de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Pediatría, Psicología, enfermería y dispensación de fármacos; servicios de apoyo diagnóstico.

Art.-3 Los hospitales y otras instituciones de salud forman parte del tercer nivel de atención de la Red Integrada e Integral de Servicios Salud Magisteriales, dichos establecimientos de tercer nivel; deben estar en estrecha coordinación con el segundo y primer nivel de atención.

Art.- 4 Los Hospitales y otras instituciones de salud deberán cumplir las normas, programas y lineamientos establecidos por el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, los cuales son obligatorios y delimitarán el marco de acción dentro del cual se desempeñarán las diferentes actividades a realizar.

Art.-5 Los Hospitales y otras instituciones de salud, para la prestación de servicios Médico, se clasifican de acuerdo a criterios previamente determinados por el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial,

por grado de complejidad en la resolución de los problemas de salud de los usuarios, en Hospitales Tipo A, B y C.

Art.-6 La prestación de Servicios Médicos podrá realizarse con entidades del sector público y privado, mediante la suscripción de los convenios, contratos y otros documentos de acuerdo a las disposiciones legales que les sean aplicables.

Art.-7 Los Hospitales y otras instituciones de salud, deberán brindar sus servicios de conformidad a lo establecido en el respectivo contrato o convenio y otros documentos contractuales.

Art.-8 Es obligación de los Hospitales garantizar la disponibilidad de sus servicios, durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Art.-9 Para la atención de los usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial en los Hospitales y otras instituciones de salud, se requerirá en forma obligatoria el carné vigente o el carné provisional valido para un día, y la condición de estado activo, a todos los usuarios que solicitan los servicios médico para tal verificación tendrán a su disposición el acceso al Sistema ISBM ONLINE.

Art.-10 En el caso que los Hospitales y otras instituciones de salud brinde la atención médica de tipo consulta externa de especialidad, será indispensable la presentación de la referencia debidamente llena por Médico Magisterial, Medico Especialistas Magisterial, equipo Médico de la División de Supervisión y Control o División de Servicios de Salud del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

Art.-11 Los Hospitales y otras instituciones de salud deberán llenar adecuadamente la documentación técnica médica sobre las atenciones realizadas y cualquier otra exigida por el Instituto. Y presentar la documentación para pago



de forma oportuna, a la Coordinación de Seguimiento y Control de Contratos, dependencia de la Unidad Financiera Institucional, el informe mensual de atenciones realizados, de acuerdo a lineamientos y formatos emitidos para tal fin, en los primeros cinco días hábiles de cada mes; así como subsanar los documentos que no cumplan los requisitos establecidos de conformidad al contrato o convenio firmado con el Instituto.

No se permitirán documentaciones que **presenten borrones, uso de corrector, tachaduras u otro tipo alteraciones; de presentarse estas alteraciones, no serán sujetos para pago.**

Art.-12 Todo formulario en el cual se refleje una atención brindada a un usuario del programa de salud, deberá estar completamente lleno previo a la firma por el usuario.

Art.-13 Los Hospitales y otras instituciones de salud deberán mantener durante la vigencia del contrato, convenio o prórroga si la hubiere la infraestructura, equipos y personal idóneo necesarios para brindar el servicio contratado, de acuerdo a la categoría establecida.

Art.-14 Los Hospitales y otras instituciones de salud en la prestación de sus servicios, deberán mantener un ambiente de respeto y trato amable con los usuarios del Instituto. Manteniendo una comunicación fluida tanto con las distintas Unidades del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, como con toda la red integrada e integral de servicios salud magisterial. Los usuarios., por ningún motivo serán sujetos de maltrato y discriminación.

Art.-15 Las autoridades de Los Hospitales y otras instituciones de salud o su delegado están obligadas a asistir a todas las reuniones a las que sean convocadas por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.



Art.-16 Los Hospitales y otras instituciones de salud deberá reportar a la División de Supervisión y Control del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de forma oportuna y por escrito, cualquier anomalía detectada en los usuarios y/o proveedores del Programa de Salud en la prestación de sus servicios.

Art.-17 Los Hospitales y otras instituciones de salud deberán presentar la documentación para pago de forma oportuna, así como subsanar aquellas situaciones que se les soliciten, de conformidad a lo establecido en los documentos contractuales.

Art.-18 Es responsabilidad del Coordinador de Los Hospitales y otras instituciones de salud verificar que esté llena toda la papelería, formularios y documentación pertinente sobre los servicios realizados y cualquier otra exigida por el Instituto.

Art.-19 El Medico Coordinador de Los Hospitales y otras instituciones de salud, será el responsable de digitar y enviar diariamente el censo diario de pacientes atendidos en consulta externa y hospitalizada, así como cualquier otra información solicitada por el Instituto.

Art.-20 Los Hospitales y otras instituciones de salud contratadas deberán presentar cada mes el consolidado de atención médica y hospitalarios en formato proporcionados por el Instituto en forma impresa y digital, cuando no se cuente con el sistema informático en línea proporcionado por el ISBM, deberán enviarlos por correo electrónico a la Unidad de Epidemiología los primeros cinco días hábiles del siguiente mes de haber brindado los servicios. Al contar con un sistema informático para el registro de la atención esta debe de actualizarse cada día. Los casos de interés epidemiológico, defunciones u otro de notificación obligatoria deberán ser informados el mismo día de sucedido el evento, por correo electrónico o fax al Área de Epidemiología de la División de Servicios de Salud.



Art.-21 Los expedientes clínicos de los usuarios del Instituto son propiedad del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial; la Institución de Salud deberá mantener un archivo para su custodia debiendo estar actualizados, ordenados y disponibles en el momento que se soliciten, por la División de Supervisión y Control.

Art.-22 El expediente clínico de los pacientes atendidos en la consulta externa deberá contener: hoja de datos generales, historia clínica del paciente inicial o subsecuente según formato de la Institución de Salud ordenados de forma correlativa, ascendente desde las consultas más antiguas hasta las más recientes con fecha de acuerdo a día, mes, año y hora, claramente legibles, completos y actualizados, plan de tratamiento, debiendo firmar y sellar cada consulta o procedimiento que se realice además deberá contener el resultado de los exámenes realizados.

Art.-23 El expediente clínico de los pacientes hospitalizados deberá contener como mínimo los documentos siguientes: Hoja de Datos Generales, Hoja de Signos Vitales, Historia Clínica de Ingreso, notas de evolución, indicaciones médicas cronológicamente ordenadas con firma y sello de los profesionales que intervienen, resultado de exámenes de laboratorio y gabinete legibles y actualizados y notas de evolución de enfermería. En casos de pacientes en los cuales se les ha realizado procedimientos quirúrgicos deberá contener el reporte operatorio y el reporte de anestesia. Esta disposición aplica para pacientes vistos en la unidad de emergencia y para los hospitalizados.

Art.-24 Los servicios brindados por los Hospitales y otras instituciones de salud a los usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial que no se encuentren debidamente documentados y justificados en el expediente clínico del paciente, no serán reconocidos para efectos de pago.



Art.-25 El Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario asignado a Los Hospitales y otras instituciones de salud no avalará aquellos documentos técnicos cuyos datos en el expediente clínico no sean claros, legibles y explícitos o que sean de dudosa interpretación.

Art.-26 Los Hospitales que brindan servicios a usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial deberán contar con un rol de turnos de llamada para cada especialidad médica ofertada, de acuerdo al procedimiento previamente estipulado para tal fin. Dicha programación será entregada mensualmente a la Supervisión de Apoyo Medico Hospitalario asignado a cada hospital.

Art.-27 Cada hospital clasificado como A y B contratado, deberá designar un Médico Coordinador a tiempo completo, quien funcionará como enlace entre el Hospital y el Instituto y será el responsable de garantizar el cumplimiento de la debida atención médica y de todos los lineamientos y cláusulas contractuales y otros documentos normativos. En el caso del Hospital clasificado como C, el coordinador podrá estar a tiempo parcial y en caso de no contar con este, será el Director del mismo quien asumirá esta función; sin menoscabo de la atención.

Art.-28 Los Hospitales y otras instituciones de salud interesada en brindar servicios adicionales a los que se han requerido para los usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, podrán ofertarlos para ser utilizados cuando el Programa Especial de Salud lo requiera.

Art.-29 La recepción y prestación de los servicios ambulatorios brindados al paciente deberán constar por escrito en formatos específicos proporcionados por el Instituto, debiendo el usuario firmar por cada procedimiento recibido en la fecha correspondiente. La evaluación, diagnóstico y tratamiento de cada usuario atendido es responsabilidad de la Institución de Salud desde el momento que lo recibe para evaluación hasta que es dado de alta por el médico tratante.



Art.-30 El trámite para autorización de los procedimientos quirúrgicos electivos será responsabilidad del médico tratante, la cual será solicitada por él, en el formulario institucional correspondiente con quince días como mínimo de anticipación. La solicitud será analizada y resuelta por el Comité Técnico de Cirugías Electivas del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. En los casos de procedimientos quirúrgicos de emergencia deberá llenarse el formulario Institucional, y la autorización será posterior a la realización del procedimiento.

Art.-31 Los Hospitales deberán programar las cirugías electivas autorizadas en los primeros quince días de cada mes.

Art.-32 Cuando en un mismo acto quirúrgico electivo se necesite realizar más de un procedimiento, estos serán evaluados por el Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario del Instituto, quien determinaran su procedencia. En caso de ser la misma área anatómica se reconocerá el arancel de mayor costo.

Art.-33 Si se realiza un procedimiento adicional requerido durante el momento operatorio, este será evaluado por el Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario asignado por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, previa notificación del Hospital en las siguientes 24 horas de realizado el acto quirúrgico, el Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario de la División de Supervisión y Control asignado al Hospital evaluará la pertinencia del acto quirúrgico informado, para trámite de pago.

Art.-34 Los Hospitales y otras instituciones de salud, entregará la Hoja de Retorno o resumen de egreso al paciente para que el Médico Magisterial de seguimiento y continuidad al caso.

Art.-35 El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial podrá realizar a todo usuario durante su atención ambulatoria o estancia hospitalaria una encuesta de satisfacción por los servicios recibidos en la estadía. El Instituto se reserva el



derecho de monitorizar en forma periódica la satisfacción del usuario a través de cualquier delegado del Instituto.

b) DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

Art.-36 Las atenciones que se soliciten en la unidad de emergencia, serán evaluadas por médicos especialistas de las cuatro áreas básicas (Ginecología, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General) según cada caso, que deberán ser asignados por el hospital de acuerdo al rol de turnos, no se requerirá de referencia del Médico Magisterial o del Médico Tratante.

Las atenciones de Emergencias, Consulta Externa Programada, Servicios de laboratorio y Cirugías Programadas deberán ser atendidas independientes del número y del monto mensual asignado.

Art.-37 Cuando de la evaluación médica se determine que no corresponde a una emergencia, el paciente deberá ser remitido al Médico de Magisterial para la evaluación del caso, dejando constancia de dicha referencia, **esta atención no generará pago.**

Art.-38 Cuando de la evaluación médica se determine que corresponde a una emergencia que requiere de tratamiento ambulatorio, en el caso que corresponda a una atención por paquete, deberá proporcionar el tratamiento completo incluyendo exámenes, y en el caso de la consulta individual deberá proporcionar el tratamiento para un máximo de tres días, y si es necesario la realización de un examen este deberá ser justificado y consignado el resultado en el expediente clínico. En ambos casos deberá remitirlo al Médico Magisterial para conocimiento y continuidad del tratamiento.

Art.-39 Cuando del resultado de la evaluación de emergencia se determine la necesidad de realizar un procedimiento ambulatorio, este se cancelara como



paquete; dentro del paquete están incluidos los honorarios médicos y paramédicos, los medicamentos de alta y los insumos necesarios para la atención.

Art.-40 Si de la evaluación médica se determina que el paciente requiere ingreso, deberá registrar la atención brindada en el Expediente Clínico, esta se pagará dentro del arancel del día cama hospitalaria o del paquete quirúrgico según lo contratado.

Art.-41 Si de la evaluación médica, el médico de emergencia considera necesario la interconsulta con un médico de otra especialidad o subespecialidad, si esta es requerida de forma ambulatoria, será reconocida únicamente para efectos de pago, la consulta de emergencia por médico especialista. El médico de emergencia será el responsable del paciente hasta la presencia del especialista.

Art.-42 En la Consulta de Emergencia, los exámenes de laboratorio clínico que estén fuera de paquete así como estudios radiológicos y otros servicios no contemplados, cuya indicación sea pertinente, estos serán reconocidos según aranceles contratados con el hospital.

c) DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Art.-43 Los usuarios que requieran ingresos para tratamiento médico o quirúrgico a los Hospitales que brindan servicios al Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, podrán ser derivados de la consulta ambulatorio del Médico Magisterial, Especialista o Sub-Especialista o referido de otro Hospital a través de la Unidad de Emergencia.

Art.-44 En el caso de ingresos ya sea para tratamiento médico o procedimiento quirúrgico, los Hospitales que brindan servicios a usuarios del Programa Especial del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, deberán garantizar que el Médico Tratante realice como mínimo dos visitas por día en el lapso de veinte y



cuatro horas al paciente, dejando constancia por escrito en el expediente clínico; la primera de estas deberá ser antes de las 9:00 A.M. y la segunda en el transcurso de la tarde, caso contrario el servicio no será reconocido para efectos del pago correspondiente de ese día.

Art.-45 Todo ingreso para tratamiento médico que sobrepase los tres días de estancia hospitalaria deberá ser notificado en forma verbal vía telefónica y por correo electrónico en un plazo no mayor de 24 horas al Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario, y la justificación de la prolongación de dicha estancia, deberá estar contenida en el expediente clínico en el formato diseñado para tal fin, para que éste verifique la pertinencia.

Art.-46 En los casos de paquete quirúrgico, cuando por una complicación o cualquier otra circunstancia, el médico tratante, requiera tener ingresado al paciente por más tiempo del que está contemplado en el paquete, deberá ser notificado en forma verbal vía teléfono y correo electrónico al Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario en un plazo no mayor de 24 horas antes de finalizar el último día incluido en el paquete, y la justificación de la prolongación de dicha estancia, deberá estar contenida en el expediente clínico en el formato diseñado para tal fin, para que éste verifique la pertinencia.

Art.-47 Antes de la realización de un procedimiento quirúrgico o examen diagnóstico invasivo, el Hospital tendrá que presentar al usuario o a su representante el formulario de consentimiento informado para ser firmado por él usuario o representante. En los casos, que se trate de menores de 18 años, pacientes que no se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales para ejercer este derecho, o de aquellos que por sus condiciones físicas les sea imposible asumir este derecho, deberá ser el familiar establecido de acuerdo a las leyes vigentes, el que deberá llenar y firmar el formulario



Art.-48 En los casos de paquete quirúrgico cuando por cualquier circunstancia se de alta al paciente antes de los días contemplados en el paquete, estos días serán descontados según oferta de paquete presentada por el Hospital. Se exceptúan las altas exigidas por el paciente, las que deberán estar debidamente justificadas y documentadas en el expediente clínico, que deberá contener debidamente lleno el formato diseñado por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para tal fin. Siendo el Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario, quien valide esta situación.

Art.-49 Se considerara como día cama hospitalaria a aquel ingreso que se genera para recibir una atención médico-hospitalaria por las distintas especialidades médicas debiendo ingresar al paciente en el área destinada para tal fin, y cuyo contenido será el definido para el paquete día cama en las especificaciones técnicas para cada tipo de hospital según complejidad.

Art.-50 Se considera día cama en Unidad de Cuidados Intensivos aquel ingreso que se genera para recibir una atención medico hospitalaria de un paciente critico en un área compleja y especializada del hospital, que requiere monitoreo continuo de los signos vitales y el uso de ventilación mecánica asistida y cuyo contenido será el definido para el paquete día cama en las especificaciones técnicas.

Art.-51 Se considera día cama en Unidad de Cuidados Intermedios a aquel ingreso que se genera para recibir una atención medico hospitalaria en un área compleja y especializada del hospital, que requiere monitoreo continuo de los signos vitales y que no necesiten ventilación mecánica asistida, siendo de menor complejidad que la Unidad de Cuidados intensivos, y cuyo contenido será el definido para el paquete día cama en las especificaciones técnicas.

d) DE LOS MEDICAMENTOS

Art.-52 Los Hospitales y otras instituciones de salud, deberán contar con un listado básico de medicamentos de acuerdo a su nivel de complejidad el cual estará definido de acuerdo a prioridades siendo responsables de mantener las



existencias de los medicamentos de prioridad 1 y la disponibilidad de proporcionar de forma oportuna los medicamentos de prioridad 1 y 2 a los usuarios, durante el periodo contractual o su prorrogación si la hubiera, y cuyo costo está incluido en el día cama ofertado; el listado deberá contener nombre genérico, nombre comercial, presentación, concentración y costos, los que deberán estar vigentes durante todo el periodo contractual. Anexo al listado oficial se contará con un listado de medicamentos adicionales conforme a su oferta, con los mismos requerimientos anteriores y cuya utilización requiere autorización previa del Instituto.

Art.-53 En situaciones de presentarse un caso especial en el cual se requiera la utilización de un medicamento no considerado en el listado básico de medicamentos y fuera del listado adicional, este deberá ser justificado en el expediente clínico y cancelado individualmente previa autorización del Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario y para efectos de pago se requerirá la presentación de la copia certificada notarialmente de la factura de compra correspondiente.

Art.-54 En caso que el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial lo requiera, se podrá utilizar el servicio de despacho de medicamentos prescritos por los Médicos Magisterial, Médicos de la División de Supervisión y Control y División de Servicios de Salud, a través de las Hospitales con los que se tengan suscritos convenios o contratos, previa solicitud escrita del ISBM, indicando el tipo de producto y el plazo de la entrega, los cuales serán cancelados de acuerdo a los precios establecidos en la oferta.

Art.-55 Los Médicos Especialistas, Médicos Sub-Especialistas que brindan el servicio de consulta externa en los Hospitales no podrá indicar medicamentos que estén fuera del cuadro básico de medicamentos del Hospital o del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, excepto en aquellas situaciones especiales cuando el medicamento sea indispensable para salvaguardar la vida del paciente o para su curación, cuyo trámite deberá ser de acuerdo a lo establecido en el **“INSTRUCTIVO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN, DISTRIBUCIÓN Y**



DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS NO COMPRENDIDOS EN EL CUADRO BÁSICO Y MEDICAMENTOS CRÓNICOS RESTRINGIDOS”.

Art.-56 Los Médicos Especialistas, Médicos Sub-Especialistas, que brindan la atención de consulta externa en los Hospitales no podrá indicar medicamentos que su nivel de uso no corresponda según la especialidad por los que está dando el servicio, excepto en aquellas situaciones especiales cuando el medicamento sea indispensable para salvaguardar la vida del paciente o para su curación, lo cual tendrá que ser justificado con los exámenes que respalden su prescripción. Dicha justificación deberán ir al dorso de la receta, con la respectiva firma y sello del médico prescriptor, además se requerirá el visto bueno del médico regente del Consultorio o Policlínico Magisterial.

e) DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, RADIOLÓGICO, ELECTRODIAGNOSTICO Y PATOLÓGICO

Art.-57 Los exámenes de laboratorio clínicos, radiológicos, electro diagnóstico y patológicos deberán estar en el expediente clínico, debiendo ser consignados en las indicaciones médicas diarias y siendo pertinente con la patología del paciente. Para efectos de supervisión deberá quedar constancia de los resultados de dichas pruebas en las boletas correspondientes anexas a los expedientes clínicos, caso contrario no se reconocerán para pago.

Art.-58 Los Hospitales y otras instituciones de salud, deberán contar con un listado de exámenes de laboratorio clínico, radiológico, electro diagnóstico, patológico y otros que maneje de acuerdo a su nivel de complejidad, que deberán especificarse, de la siguiente forma: “Nombre del Examen y precio unitario del examen”.

Art.-59 Los Hospitales y otras instituciones de salud, podrá realizar exámenes adicionales a los de su listado oficial de acuerdo a su nivel de complejidad,



siempre y cuando éstos hayan sido ofertados, estén justificados y autorizados por el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

Art.-60 En el caso que Los Hospitales y otras instituciones de salud no cuente con los recursos necesarios para la realización de exámenes de laboratorio clínico, radiológico, de imágenes, electro diagnóstico y patológicos, lo podrá hacer con cualquier proveedor contratado por el instituto y que cuente con este servicio, previo conocimiento y firma del Medico Coordinador de la Institución de Salud y autorización del Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario y no generarán costo adicional por la movilización del paciente.

Art.- 61 Sera responsabilidad de Los Hospitales y otras instituciones de salud, el garantizar la realización de todos los exámenes de laboratorio clínico, radiológico, de imágenes y patológicos ofertados.

f) DE LOS PAQUETES QUIRÚRGICO OFERTADOS

Art.-62 Los Hospitales realizarán procedimientos de cirugías electivas y de emergencia, de acuerdo a un listado de procedimientos en forma de paquetes quirúrgicos proporcionados por el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño Bienestar Magisterial y de acuerdo a lo establecido en los documentos contractuales.

Art.-63 El Hospital podrá realizar procedimientos quirúrgicos que no estén contemplados en el listado oficial de procedimientos, pero que los haya presentado como otros procedimientos ofertados de acuerdo a la capacidad instalada y su oferta de servicio; para realizarlos bajo el mismo concepto de paquete quirúrgico, de acuerdo a las especificaciones técnicas de la licitación y previa autorización del Instituto.

Art.-64 Los procedimientos quirúrgicos que no estén arancelados y que sean requeridos por el Instituto de forma electiva o de emergencia, podrán realizarse



previa autorización del Instituto, y se cancelaran de acuerdo a los aranceles de mercado.

Art.-65 Todos los procedimientos quirúrgicos mayores realizados de emergencia, no necesitan visto bueno previo del Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario asignado al Hospital por el Instituto, pero debe estar justificado en expediente clínico. El hospital debe notificarle al Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario verbalmente en las primeras 12 horas posteriores a la realización del procedimiento y contar con el visto bueno con firma y sello de dicho supervisor posterior a la notificación.

Art. 66 Todos los procedimiento quirúrgico electivos autorizados por el Comité Técnico Médico nombrado por el Instituto para tal fin, y de emergencia deberán quedar debidamente justificada la realización del acto quirurgico en expediente clínico, el Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario realizara auditoria medica del procedimiento quirúrgico para autorizar el pago correspondiente.

Art.-67 Únicamente se cancelaran fuera de paquete quirúrgico aquellas complicaciones o hallazgos encontrados, relacionadas o no al acto quirúrgico primario y que requieran de un procedimiento adicional, serán cancelados cuando exista justificación técnica de la misma, previa evaluación del Comité Técnico Médico nombrado por el Instituto para tal fin. De ser favorable serán canceladas de acuerdo al paquete ofertado del procedimiento adicional. Dicha situación deberá ser notificada por el hospital al Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario asignado por el Instituto verbalmente en las primeras 12 horas posteriores a la realización del procedimiento.

Art.-68 Las complicaciones que surjan durante o posterior al procedimiento relacionadas o no al acto quirúrgico primario y que requieran prolongación en su estadía hospitalaria, serán evaluadas por el Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario y cuando exista justificación técnica de la misma serán canceladas



con los honorarios del paquete día cama. Dicha situación deberá notificarse al Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario en las 24 horas previas al inicio de la prolongación estimada.

Art.-69 La Institución de Salud, permitirá el acceso al personal de salud del ISBM (medico supervisor, psicólogo, trabajadora social, químico farmacéutica, personal autorizado y otros que se deleguen) para realizar sus actividades de seguimiento de casos y actividades de atención dentro del centro. La trabajadora social del centro asistencial de salud realizará visita a los pacientes ingresados y a los pacientes que se encuentran en la consulta externa para orientación y labor educativa a los usuarios.

g) DE LAS RESPONSABILIDADES DEL MEDICO COORDINADOR DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD CON EL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.

Art.-70 Es responsabilidad del Médico Coordinador de Los Hospitales y otras instituciones de salud, garantizar que se cumplan todos los lineamientos y cláusulas determinados en los convenios, contratos y demás documentos contractuales.

Art.-71 Es responsabilidad del Médico Coordinador de los Hospitales y otras instituciones de salud, verificar que al usuario se le entregue la hoja de referencia y retorno para el Médico Magisterial correspondiente.

Art.-72 Es responsabilidad del Médico Coordinador de los Hospitales y otras instituciones de salud, verificar que los médicos cumplan con el rol de turnos de la Unidad de Emergencia, que laborarán para atender pacientes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.



Art.-73 Es responsabilidad del Médico Coordinador de los Hospitales y otras instituciones de salud, llevar un expediente actualizado de cada uno de los profesionales médicos con el propósito de dar seguimiento a su desempeño profesional.

Art.-74 Es responsabilidad del Médico Coordinador de Los Hospitales y otras instituciones de salud, verificar que la información requerida por el Instituto sea remitida en los plazos establecidos en forma oportuna. Especialmente los casos de Vigilancia Epidemiológica, defunciones u otros.

Art.-75 Es responsabilidad del Médico Coordinador de los Hospitales y otras instituciones de salud, verificar que el expediente clínico de cada paciente se encuentre completo, con su historia clínica, indicaciones y notas de evolución cronológicamente ordenados, legible, con firma y sello de los profesionales que intervienen, y que estén siempre disponibles para evaluación por el Instituto.

Art.-76 Es responsabilidad del Coordinador Médico de los Hospitales y otras instituciones de salud, verificar que en los expedientes clínicos y otros documentos relacionados con la atención médica, procedimiento suministrado y atención brindada por el Hospital a los pacientes; se encuentren debidamente documentados y justificados en el expediente clínico del paciente para que estos sean reconocidos o no, para efectos de pago.

Art.-77 Es responsabilidad del Médico Coordinador de la los Hospitales y otras instituciones de salud asistir a todas las reuniones de trabajo a solicitud del Instituto.

h) DE LAS REUNIONES

Art.-78 El Director del Los Hospitales y otras instituciones de salud o su representante, está obligado a asistir a todas las reuniones convocado por el ISBM. En caso de no poder asistir a la convocatoria, éste deberá justificarlo previamente por escrito a la División de Supervisión y Control.



III. DISPOSICIONES FINALES

a) DEL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA

Art.-79 El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma por parte de las Instituciones de Salud será regulado en los documentos contractuales respectivos.

b) DE LOS ANEXOS

Art.-80 Forman parte integrante de la siguiente norma los anexos siguientes:

- Anexo 1: Glosario
- Anexo 2: Descripción del carné de usuario del ISBM
- Anexo 3: Ingreso Hospitalario "Formulario 1".
- Anexo 4: Atención de emergencia ambulatoria "Formulario 2".
- Anexo 5: Formulario "A"
- Anexo 6: Formulario "B"
- Anexo 7: Formulario "C"
- Anexo 8: Formulario "D"
- Anexo 9: Hoja de Control para Hemodiálisis
- Anexo 10: Hoja de Control para Fisioterapias
- Anexo 11: Hoja de Control Terapia Respiratoria
- Anexo 12: Informe Mensual de Atenciones Médico-Hospitalario
- Anexo 13: Consentimiento Informado
- Anexo 14: Alta Exigida
- Anexo 15: Formulario para Examen de Laboratorio
- Anexo 16: Solicitud para autorización Prorroga Hospitalaria
- Anexo 17: Formulario Referencia y Retorno

c) DE LA DEROGATORIA

Art.-81 A partir de la entrada en vigencia de la presente normativa, queda derogada la "NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD



DE BIENESTAR MAGISTERIAL”” Aprobada por el Consejo Directivo el 6 de octubre del 2011 , según punto diez del acta número ciento veinte .

d) DE LA VIGENCIA

Art.-82 La presente norma entrara en vigencia a partir del 1 de Enero de 2015 previa aprobación y ratificación por el CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.



Anexos



GLOSARIO

Anexo No. 1

1. **ACTIVIDADES:** Conjunto de acciones necesarias para mantener en forma continua y permanente la operatividad de las funciones del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
2. **ALTA EXIGIDA:** Documento que busca dar fe de que el paciente o su Representante Legal VOLUNTARIAMENTE solicita ser dado de alta antes de que el (los) Médico(s) tratante(s) de acuerdo a la evaluación del caso se la hayan indicado o en una cantidad menor de días a los establecidos en el paquete quirúrgico.
3. **ATENCIÓN HOSPITALARIA:** Son todas las atenciones médicas que devienen de una evaluación médica y que por su naturaleza no puedan diferirse.
4. **AUTORIZACIÓN:** Acto por el cual se permite la aprobación de la realización de procedimientos, exámenes, medicamentos, bienes y servicios, entre otros, prescritos por un proveedor de servicios de asistencia médica y hospitalaria.
5. **CENSO DIARIO:** Documento mediante el cual los médicos magisteriales, los proveedores de servicios médicos y hospitalarios deberán registrar todas las actividades del día relacionadas con la atención del paciente, llenando el formato en el momento en que se proporciona el servicio.
6. **CUADRO BÁSICO DE SERVICIOS:** Oferta o cartera de servicios médico-hospitalarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas que brinda el Programa Especial de Salud, a nivel ambulatorio y hospitalario.
7. **CONTROL POSTQUIRÚRGICO:** Seguimiento clínico por parte del médico cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico, en su consulta privada y/o hospital, para retiro de puntos, evaluación de la evolución del paciente, verificación de las complicaciones, etc., atención brindada en el periodo comprendido desde el egreso hospitalario hasta treinta días postquirúrgicos.
8. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Documento que da fe de la autorización que un paciente o su representante legal emite para que se le realice un procedimiento quirúrgico, de diagnóstico o de tratamiento farmacológico que se va a realizar, previo a explicación al paciente de todas las complicaciones que puedan darse.
9. **CONSULTORIO MAGISTERIAL:** Establecimiento Institucional de salud con la capacidad instalada para brindar la atención primaria en salud.
10. **UACI:** Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.
11. **BOTIQUÍN MAGISTERIAL:** Área para la recepción, almacenamiento, custodia, control y dispensación de medicamentos a los usuarios, adquiridos por el



Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

12. **DISPENSACIÓN:** Acto en que el dependiente de la farmacia o botiquín entregan los medicamentos prescritos junto a la información necesaria para su uso racional.
13. **EMERGENCIA:** Toda condición que de no recibir atención médica inmediata pone en peligro la vida del paciente o deja secuelas permanentes.
14. **ESTABLECIMIENTO INSTITUCIONAL DE SALUD:** Lugar donde se brindan servicios para la atención de procesos de salud - enfermedad según los niveles que requiera el usuario en la prevención, curación o rehabilitación con una planta de profesionales de salud capacitados para tal fin.
15. **EXISTENCIA:** Disponibilidad de medicamentos, reactivos e insumos requeridos para la prestación del servicio a los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de acuerdo a una cantidad establecida.
16. **FORMULARIO "A":** Formulario Institucional utilizado por médicos para solicitar procedimientos ambulatorios como: Terapias Respiratorias, Fisioterapias y otros procedimientos no quirúrgicos, procedimientos contratados para realizar en clínica.
17. **FORMULARIO "B":** Formulario Institucional utilizado para solicitar la realización de Cirugías Electivas.
18. **FORMULARIO "C":** Formulario Institucional utilizado para solicitar la autorización de exámenes especiales tanto ambulatorios, como para pacientes hospitalizados.
19. **FORMULARIO "D":** Formulario Institucional utilizado para referir al paciente al Médico Especialistas y Médico Sub-Especialista por una atención que no generara pago, ejemplo: retiro de puntos, contestación de exámenes patológicos post quirúrgicos, respuesta de citología entre otros.
20. **GRUPO A:** medicamentos del Cuadro Básico utilizados en el tratamiento de enfermedades agudas, dispensadas en toda la red de farmacias convenidas o contratadas por el Instituto.
21. **GRUPO B:** medicamentos del Cuadro Básico utilizados en el tratamiento de enfermedades de tipo crónico o requieren de un uso frecuente, despachadas en los Botiquines Magisteriales.
22. **GRUPO B LIBERADO:** medicamentos que pertenecen al grupo B del cuadro básico de medicamentos pero por no contar con existencias en los Botiquines Magisteriales, se despachan en la red de Farmacias previa autorización Institucional para un periodo específico de tiempo.
23. **HOJA REFERENCIA Y RETORNO:** Formulario Institucional utilizado para remitir a un paciente que requiere la atención de otro profesional en salud u



hospitalaria (proveedores del ISBM) con su respectivo retorno con un plan definido para la continuidad de su tratamiento.

24. **HOSPITAL TIPO A:** Hospital de máxima complejidad que atiende a los usuarios del programa especial de salud que necesitan atención médico hospitalaria con un total de 20 cama disponibles con espacios separados para hombres, mujeres y niños y que ofrecen servicios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, contando con un servicio de cuidados intensivos e intermedios de adultos y niños según cada caso.
25. **HOSPITAL TIPO B:** Hospital de mediana complejidad que atiende a los usuarios del programa especial de salud que necesitan atención médico hospitalaria con un total de 10 cama disponibles con espacios separados para hombres, mujeres y niños y que ofrecen servicios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, contando con un servicio de cuidados intermedios de adultos y niños según proceda.
26. **HOSPITAL TIPO C:** Hospital de complejidad básica, que atiende a los usuarios del programa especial de salud que necesitan atenciones medico hospitalarias con un total de 5 cama disponibles con espacios separados para hombres, mujeres y niños y que cuenta con las cuatro áreas de especialidades siguientes: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría.
27. **ESTANCIA OBSERVACION HOSPITALARIA:** a aquella estancia en el hospital previa a la toma de decisión del ingreso o alta del paciente de acuerdo a resultados de exámenes y evolución clínica observada en un tiempo no mayor de doce horas.
28. **DIA CAMA HOSPITALARIA:** a aquel ingreso que se genera para recibir una atención médico-hospitalaria por las distintas especialidades médicas debiendo ingresar al paciente en el área destinada para tal fin y cuyo contenido será el definido para el paquete día cama en las especificaciones técnicas para cada tipo de hospital según complejidad.
29. **DIA CAMA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** a aquel ingreso que se genera para recibir una atención médico-hospitalaria por las distintas especialidades médicas debiendo ingresar al paciente en el área destinada para tal fin y cuyo contenido será el definido para el paquete día cama en las especificaciones técnicas para cada tipo de hospital según complejidad.
30. **DIA CAMA CUIDADOS INTERMEDIOS:** a aquel ingreso que se genera para recibir una atención Médico hospitalaria en un área compleja y especializada



del hospital, que requiere monitoreo continuo de los signos vitales y que no necesiten ventilación mecánica asistida, siendo de menor complejidad que la Unidad de Cuidados Intensivos y cuyo contenido será el definido para el paquete día cama en las especificaciones técnicas.

31. **INTERCONSULTA:** Solicitud del médico tratante a otro médico de diferente especialidad que permite la evaluación del paciente en el hospital, con el propósito de contribuir a definir el diagnóstico y tratamiento.
32. **INDICADOR:** Cuantificador que permite verificar el cumplimiento de las metas propuestas a nivel institucional.
33. **MAPA DE RIESGO:** Instrumento que ofrece un diagnóstico completo de los riesgos y recursos que existen dentro de una zona geográfica asignada a un Policlínico o Consultorio Magisterial y como éstos son percibidos por los usuarios de la población asignada del Programa Especial de Salud, siendo el responsable de este el coordinador del Policlínico y su área asignada.
34. **MÉDICO MAGISTERIAL:** médicos, empleado del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para atender el primer nivel de atención, el cual se convierte en la puerta de entrada al Programa Especial de Salud.
35. **MÉDICO ESPECIALISTA:** Proveedor de servicios médicos hospitalarios de las diferentes especialidades y sub-especialidades de la medicina, contratado por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, para atender al maestro y su grupo familiar que requiera atención especializada.
36. **MÉDICO ESPECIALISTA MAGISTERIAL:** Médico Especialista o Sub especialista empleado del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, para atender al maestro y su grupo familiar que requiera atención especializada así como el acompañamiento en la práctica del Médico Magisterial.
37. **MEDICAMENTOS ESPECIALES:** Son aquellos medicamentos que por la patología específica del paciente son requeridos para el restablecimiento de su salud, estos pueden estar o no en el Cuadro Básico de Medicamentos.
38. **MONTO ASIGNADO:** Cantidad monetaria asignada mensualmente a un proveedor para poder prestar servicios médico hospitalario por medio de convenios o contratos, a los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
39. **PLAN DE TRABAJO:** Es una herramienta utilizada para programar la atención o promoción de la salud a realizar por parte de la Gerencia de Salud, Subgerencia de Planificación, Subgerencia de Supervisión y Control, además de los Médicos de Supervisión de Apoyo Médico Hospitalario, Médicos de Apoyo Administrativo, Médicos Magisteriales, Médicos Especialista



Magisteriales, Psicólogos, profesionales de química y farmacia, enfermeras y encargados de botiquín que incluye actividades institucionales en los establecimiento, escuelas y comunidades en coordinación con el Sistema Nacional de Salud (SNS) a cumplir durante un periodo de tiempo determinado, en lo aplicable en cada una de las áreas de trabajo.

40. **POLICLÍNICO MAGISTERIAL:** Establecimiento donde se brindará servicios de salud a fin de diagnosticar y tratar enfermedades con una planta de profesionales en medicina general con enfoque en medicina familiar, medicina especializada en ginecología y obstetricia, medicina interna, psicología, servicios de apoyo de laboratorio clínico, electrocardiogramas estudio de ultrasonografías, servicios de auxiliares de enfermería y dispensación de medicamentos de uso repetitivo para enfermedades crónicas.
41. **PROVEEDOR DE SERVICIOS:** Personas naturales o jurídicas contratadas para proporcionar servicios médicos y hospitalarios a los usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
42. **RECETA:** Formato utilizado por los diferentes médicos y odontólogos al servicio del ISBM para la prescripción de medicamentos del cuadro Básico de Medicamentos de los grupos A y B del ISBM.
43. **ROL DE TURNOS PRESENCIAL:** Listado de profesionales responsables en la Atención de usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. Los cuales deberán estar permanentemente en el Hospital, para el periodo de tiempo establecido por turno.
44. **ROL DE TURNOS DE LLAMADA:** Listado de médicos especialistas y Sub-Especialistas responsables en la Atención de usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, debiendo estar a disponibilidad de acuerdo a la programación establecida de ser requerido por el médico de turno de emergencia del hospital, debiéndose presentarse en un plazo máximo de 30 minutos; de no contar con la presencia del especialista de primera llamada se requerirá al especialista de segunda llamada, según el listado y programación establecida.
45. **SISTEMA ISBM EN LINEA:** Sistema Informático para el registro y control de los servicios médico - hospitalario del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial en línea.
46. **SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Es el constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho de la salud de la población.



47. **USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD:** Servidores públicos docentes, cónyuge o su conviviente, hijas e hijos entre los 21 y 25 años de edad, que se encuentren estudiando y dependan económicamente de sus padres, los menores de 21 años de edad, que se encuentren solteras o solteros, y los discapacitados, previo dictamen de la comisión calificadora de invalidez, definida en la ley del sistema de ahorro para pensiones; el hijo o hija de cualquier edad, si es inválido total y su invalidez se hubiese originado siendo beneficiario, y previo dictamen de la comisión calificadora de invalidez definida en la ley del sistema de ahorro para pensiones.



Descripción del Carné de Usuario del ISBM

Anexo No. 2

ISBM INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
CARNÉ DE IDENTIFICACIÓN

Número de Afiliado

Tipo afiliado: COTIZANTE

Nombres:

Apellidos:

Sexo: FEMENINO

Fecha de nacimiento:

NIP:

Emitido:

Vence:

Dirección:

Teléfono:

Estado Familiar:

Dependientes:

Este carné acredita únicamente la inscripción. El cotizante activo y sus beneficiarios deberán presentarlo a todos los proveedores de servicios médicos y hospitalarios.

Cara anterior

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

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

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

Sexo: Masculino, Femenino

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

Número de identificación personal: Documento Único de Identidad

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

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

Firma del titular de ISBM.

Cara posterior del carne:

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

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

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

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

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

Leyenda: este carné acredita únicamente la inscripción en el registro de afiliación. El cotizante activo y sus beneficiarios deberán presentarlo a todos los proveedores de servicios médicos y hospitalarios.



FORMULARIOS A UTILIZAR POR HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE TENGAN SUSCRITOS CONVENIOS O CONTRATOS CON EL ISBM, EN LA PRÁCTICA DIARIA EN LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.

GENERALIDADES.

1. Todos los formularios deben ser llenados por el Médico Tratante.
2. Para efectos de pago cada proveedor deberá anexar los formularios en la facturación del mes debidamente completado y autorizado.
3. El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial proporcionará el modelo de cada de formulario a utilizar en cada tipo de atención.
4. Es obligación del proveedor reproducir los formularios y mantener la existencia necesaria acorde a sus necesidades.
5. Las firma y sello del proveedor deberá de ser en original así como aparecen en el contrato.
6. No se aceptan fotocopias.



INGRESO HOSPITALARIO: “FORMULARIO 1”

Anexo No. 3

- El proveedor deberá de completar este formulario y especificar en cada rubro, la cantidad y el costo unitario de los mismos.
- Todos los rubros que aparecen deberán de sumarse a la derecha para obtener un total de cada uno. Posteriormente deberá de realizar la sumatoria de la columna de la derecha para obtener el costo total a cobrar.
- En los casos en que el costo este dentro de un paquete solo deberá de colocar en el espacio donde corresponda el costo total del paquete sin especificar los otros rubros.
- En los casos en que el procedimiento realizado sea un paquete y por alguna razón fue necesario realizar otros gastos, se deberá de hacer la sumatoria en forma similar agregando el paquete y los costos extras.
- El hospital será responsable de que el paciente ó el encargado de éste firme el es conforme al momento de dar el alta.

OBSERVACIÓN: Este apartado será llenado por el Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario asignado por la División de Supervisión y Control del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, cuando exista algún tipo de corrección o cambio en los rubros detallados.

Este formulario deberá de ser presentado al **Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario** asignado por el Instituto hasta estar debidamente completado con la firma del paciente, numero de DUI y la firma y sello del proveedor.

El **Supervisor de Apoyo Médico Hospitalario** asignado por el Instituto firmara y sellará el formulario después de haber revisado el expediente clínico del paciente, pero los costos de este estarán sujetos a revisión por la Unidad de Revisión de Documentos para Pago de la UACI del ISBM.





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

Anexo No. 3

**HOJA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Y GASTOS PARA TRATAMIENTO
MEDICO – QUIRÚRGICO HOSPITALARIO**

FORMULARIO 1

HOSPITAL: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NÚMERO DE AFILIACIÓN: _____ FECHA DE INGRESO: _____

Fecha de egreso: _____ MEDICO TRATANTE: _____

DIAGNOSTICO DE EGRESO: _____

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
HABITACIÓN (DÍAS):			
CUIDADOS INTERMEDIOS (DÍAS)			
CUIDADOS INTENSIVOS (DÍAS)			
EXÁMENES DE LABORATORIO			
ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O IMÁGENES			
MEDICAMENTOS			
OTROS SERVICIOS			
PAQUETE:			
COSTO TOTAL			

OBSERVACIÓN: _____

1. FIRMA Y SELLO PROVEEDOR DE SERVICIO

2. NOMBRE Y FIRMA PACIENTE O RESPONSABLE

No. DUI: _____

ES CONFORME

3. FIRMA Y SELLO DEL SUPERVISOR DE APOYO MEDICO HOSPITALARIO DEL ISBM

ESTA FIRMA AVALA LA CANTIDAD DE LOS SERVICIOS PRÉSTAMOS SEGÚN CONSTA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE Y ESTA SUJETO A REVISIÓN DE LOS ARANCELES RESPECTIVOS SEGÚN CONTRATO POR LA UNIDAD DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS PARA PAGO DEL ISBM

4. FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS PARA PAGO

AVALA LA EXACTITUD DE LOS ARANCELES ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO



FORMULARIO PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIA AMBULATORIA
“FORMULARIO 2”

En este formulario el proveedor deberá de presentarlo para cobrar aquellas atenciones de emergencia de pacientes que no fueron ingresados y deberá de estar en original debidamente completado en el paquete del mes correspondiente.

El formulario deberá de ser completado con puño y letra del Médico que atendió al paciente y deberá de firmarlo y sellarlo.

2. CONSULTA ESPECIALIZADA. Para el cobro de este tipo de atención solo será necesaria la referencia del Médico de Familia debidamente completada.



FORMULARIO PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA AMBULATORIA

HOSPITAL O ESTABLECIMIENTO:.....

Fecha:..... Hora:

Apellido y Nombre del Afiliado: Edad.....

Número de Afiliación:..... Teléfono.....

Dirección.....

Médico de Familia:..... Teléfono:.....

Resumen de la Historia Clínica.....

.....

.....

Diagnostico.....

Tratamiento (especificar con nombre genérico y cantidad en letras)

RUBRO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
CONSULTA			
MEDICAMENTOS			
EXÁMENES			
OTROS			
COSTO TOTAL			

Sello y Firma del Médico Tratante

Nombre, F y N° DUI de paciente o Responsable

Sello y Firma del Medico Coordinador

Sello y Firma de Egresos



FORMULARIO "A"

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

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

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

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

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

Fecha: Consignara la fecha en que solicita el examen.

Diagnóstico: escribirá el diagnóstico principal.

Resumen clínico: escribirá un resumen clínico detallado del caso

Procedimiento solicitado: Consignará con un cheque el procedimiento que solicita

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

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



INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD

FORMULARIO A

Nombre del Paciente _____ Afiliación _____

Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

Diagnostico _____

Resumen Clínico _____

Procedimiento Solicitado: Terapia Respiratoria Fisioterapia

Otros: _____

Cantidad en número y letras _____

Firma y Sello del Medico Solicitante _____



FORMULARIO "B"

Anexo No. 6

Este formulario será utilizado para solicitar autorización de cirugías electivas y de emergencia, siguiendo los siguientes criterios:

1. Cuando se trate de procedimientos de emergencia o urgencia llenara el formulario en el hospital correspondiente y no necesitara autorización previa.
2. Cuando se trata de procedimientos electivos deberá ser solicitado a comité de médicos supervisores de Hospitales, al menos con quince días de anticipación y con toda la documentación que ampara la justificación del procedimiento.
3. Deberá escribir el nombre del procedimiento tal como aparece en la oferta presentada por el hospital respectivo.
4. Podrá realizar hasta dos cirugías electivas al mes de la siguiente forma: dos cirugías mayores, una cirugía mayor y dos cirugías menores o hasta cuatro cirugías menores; previa autorización del Comité de Evaluación de Cirugías Electivas de la Gerencia de Monitoreo y Control del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
5. Cada Cirujano se limitara a realizar los procedimientos por los cuales ha sido contratado.

DESCRIPCIÓN DEL FORMULARIO B

Se trata de un documento a través del cual, el Médico Especialista solicita la autorización de un procedimiento quirúrgico.

En el rubro electivo y emergencia, consignara con un cheque la naturaleza del procedimiento (cheque (✓)).

Lugar y fecha: describirá el lugar y fecha de solicitud del procedimiento

Nombre del paciente: describirá el nombre del paciente tal como aparece en su carne.

Edad: escribirá la edad en años para mayores de 21 años y en años y meses para los menores de 21 años.

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

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

Diagnostico Pre-Operatorio: describirá el diagnostico presuntivo del procedimiento.

Procedimiento quirúrgico a realizar: escribirá el nombre del procedimiento tal como aparece ofertado en el hospital respectivo.

Especialidad del Cirujano: describirá el nombre de la especialidad por la cual ha sido contratado.



Fecha Projectada a realizar la cirugía: Este apartado lo llenara el Comité Técnico Medico, así mismo estipulara por el nivel de complejidad el Hospital en que se realizara el procedimiento.

Resumen de la Historia Clínica: se escribirá los datos principales que justifiquen la realización del procedimiento.

Estudio de laboratorio o de gabinete que sustentan el diagnostico: Se escribirá los resultados de los exámenes de laboratorio o radiológicos que justifiquen el procedimiento a realizar.

Evaluación Pre-Operatoria (si lo amerita): se le enviara evaluaciones pre-operatoria, según la edad y la patología del paciente, con los respectivos resultados de exámenes de laboratorio clínico que se soliciten.

Firma, nombre, No de DUI de paciente o encargado de aceptación del procedimiento: cuando se trate de un procedimiento quirúrgico será el paciente o el encargado responsable el que firme de aceptación.

Sello y firma de Médico Tratante: será el Médico que realizara el procedimiento el que firme y selle como responsable.

Autorización técnica del procedimiento medico: será el Comité de Evaluación de Trámite de Cirugías Electivas encargado de autorizar o denegar el procedimiento en base a la documentación presentada, colocando su firma y sello en el lugar correspondiente.

Fecha: es la fecha en que se autoriza el procedimiento.

Observaciones: este espacio es utilizado tanto para el Médico tratante, como para el ISBM.

Todo procedimiento quirúrgico electivo, de emergencia o procedimiento diagnostico invasivo debe llevar hoja de consentimiento informado

EI INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL SERÁ EL ENCARGADO DE ASIGNAR EL CENTRO HOSPITALARIO EN EL CUAL SE REALIZARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO





INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD

FORMULARIO B

SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

ELECTIVO

EMERGEN

Lugar y Fecha _____

Nombre del paciente _____ Edad _____

Sexo _____ No de Afiliación _____

Diagnostico Preoperatorio _____

Procedimiento Quirúrgico a realizar _____

Especialidad del Cirujano _____

Fecha proyectada a realizar la cirugía _____

Resumen de la Historia Clínica _____

Resultado de estudios de Gabinete que sustentan el diagnostico (favor anexar)

Evaluación Preoperatorio (si amerita) _____

Ht _____ Hb _____ Tipo y Rh _____ Glicemia _____ EGO _____

Otros _____

Tipo de evaluación preoperatoria que requerirá (según especialidad): _____

Firma, nombre y No. De DUI de paciente o encargado de aceptación del procedimiento

Observaciones _____

Sello y firma del Medico Tratante _____

Autorización Técnica de Procedimiento Médico _____

Fecha _____

Sello

Observaciones _____

EL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL SERÁ EL ENCARGADO DE ASIGNAR EL CENTRO HOSPITALARIO EN EL CUAL SE REALIZARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AUTORIZADO.



FORMULARIO "C"

Anexo No. 7

Solicitud para autorización de exámenes especiales tanto ambulatorios, como para pacientes hospitalizados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estudio previo que sustenta la solicitud del presente examen: se utiliza para sustentar el diagnóstico del especialista que avala el examen a realizar, **Y DEBERÁ DETALLARSE EL RESULTADO DE LOS EXÁMENES PREVIOS Y/O LA JUSTIFICACIÓN CLÍNICA DE LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

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

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

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

Espacio exclusivo para el ISBM

Sello y firma del Médico que autoriza: Estos se tramitarán en la Oficina de Médico de Apoyo Administrativo y Trabajo Social de las Oficinas Centrales del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial o de los Centros de Atención de Oriente y Occidente, quienes determinarán el nivel de autorización requeridos de acuerdo al caso.

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

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

Observaciones: este espacio es utilizado tanto para el Médico tratante, como para Médico de Apoyo Administrativo y Trabajo Social de las Oficinas Centrales del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial o de los Centros de Atención de Oriente y Occidente.



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

SOLICITUD PARA LA AUTORIZACION DE EXAMENES ESPECIALES

AMBULATORIO

HOSPITALIZADO

Lugar y Fecha _____

Nombre del paciente _____

Edad _____ Sexo _____ No de Afiliación _____

Diagnostico _____

Examen solicitado _____

Especialidad del Médico solicitante _____

Resumen Clínico _____

Estudio previo que sustentan la solicitud del presente examen. _____

Que información espera obtener con este examen _____

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

Sello y firma del Medico solicitante _____

(Espacio exclusivo para el INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL)

Sello y firma del Médico que autoriza _____

Fecha _____

Laboratorio donde se realizara el examen solicitado _____

Observaciones _____

TAC RMN ANGIOTAC USG

ELECTROMIOGRAFIA CENTELLOGRAMA HOLTER

NEUROCONDUCCIÓN MAPA ANGIOGRAFIA SELECTIVA

OTROS: _____



FORMULARIO "D"

Anexo No. 8

DESCRIPCIÓN: Este formulario se utilizara siempre que se refiera al paciente al Médico Especialista por una atención que no genere pago, tal como están contempladas en el formulario .Contiene dos apartados: una hoja de referencia y una hoja de retorno,

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

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

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

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

Diagnóstico: se consignara el diagnostico con el cual el paciente fue retornado al médico magisterial en la hoja de retorno.

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

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

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

Formato de retorno:

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

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

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

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

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

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

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





FORMULARIO D
CORRELATIVO _____

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

HOJA DE CONTROL

Nombre del Usuario _____ Afiliación _____

Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

Diagnostico _____

Resumen Clínico _____

Motivo de la Referencia: Control con exámenes Control Posquirúrgico

Programación de Cirugía Respuesta de Exámenes Retiro de Puntos

Otros (especifique) : _____

Firma y Sello del Medico Solicitante _____



FORMULARIO D
CORRELATIVO _____

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

HOJA DE RETORNO

Nombre del Usuario _____ Afiliación _____

Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

Diagnostico _____

Resumen Clínico _____

Plan de Manejo _____

Firma y Sello del Medico Tratante _____



HOJA DE CONTROL MENSUAL DE PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

En este formulario es necesario para que el proveedor describa las hemodiálisis que se realizaron a cada paciente en el mes, el Médico deberá de completar toda la información que se solicita, firmarlo y sellarlo en original así como aparece en su contrato.

Para efectos de pago el proveedor deberá de presentar este formulario debidamente completado en el mes correspondiente a la facturación.

HOJA DE CONTROL MENSUAL DE PACIENTES QUE SE LES REALIZO FISIOTERAPIA

En este formulario es necesario para que el proveedor describa las fisioterapias que se realizaron a cada paciente durante el mes, el proveedor deberá de completar toda la información que se solicita, firmarlo y sellarlo en original así como aparece en su contrato. El usuario deberá firmar cada vez que recibe la fisioterapia

Para efectos de pago el proveedor deberá de presentar este formulario debidamente completado en el mes correspondiente a la facturación.

HOJA DE CONTROL MENSUAL DE PACIENTES QUE SE LES REALIZO TERAPIA RESPIRATORIA

En este formulario es necesario para que el proveedor describa las terapias respiratorias que se realizaron a cada paciente durante el mes, el proveedor deberá de completar todo la información que se solicita, firmarlo y sellarlo en original así como aparece en su contrato.

Para efectos de pago el proveedor deberá de presentar este formulario debidamente completado en el mes correspondiente a la facturación.



HOJA DE CONTROL MENSUAL DE PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

Nombre del Paciente: _____

No de Afiliación: _____ Mes del Procedimiento: _____

Lugar de realización del Procedimiento: _____

No.	Fecha del Procedimiento	Aplicación de Eritropoyetina	Sin Aplicación de Eritropoyetina	Firma del Medico	Firma del Paciente	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Firma y Sello del Proveedor _____

V.B. Supervisor de Apoyo Medico Hospitalario





INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD

Anexo No. 10

HOJA DE CONTROL MENSUAL DE FISIOTERAPIAS

Nombre _____ No de Afiliación _____

Mes del Procedimiento _____ Lugar de realización del Procedimiento _____

No	Fecha de la Fisioterapia	Firma del Fisioterapista	Firma del Paciente	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

V.B. Medico _____





INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD

Anexo No. 11

HOJA DE CONTROL MENSUAL DE TERAPIA RESPIRATORIA

Nombre del Proveedor _____ Mes _____

No.	Nombre del Paciente	No. De Afiliación	Fecha de Procedimiento	Firma de Paciente o Responsable
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Firma y Sello del Proveedor _____ V.B. Medico de Apoyo al Servicio _____



INFORME MENSUAL DE ATENCIONES MÉDICO HOSPITALARIOS

Anexo No. 12

- La información de producción de servicios de atención Médico-Hospitalarios deberá ser enviado en la primera semana del mes por correo electrónico, según plantilla que proporcionara la Unidad de Epidemiología. Los casos de interés epidemiológico, defunciones u otro de notificación inmediata obligatoria deberán ser informados inmediatamente sucedido el evento por correo electrónico o

INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
INFORME DIARIO DE REPORTE DE PACIENTES INGRESADOS



NOMBRE DEL HOSPITAL: _____
 DEPARTAMENTO: _____
 MES REPORTADO: _____
 AÑO: 2014

No.	NOMBRE DEL PACIENTE	No. DE AFILIACION	AMBULATORIO (1) INGRESO EMERGENCIA(2) INGRESO ELECTIVO (3)	ESPECIALIDAD DE INGRESO	EDAD		SEXO	DIAGNOSTICO DE INGRESO (SI ES HOSPITALIZADO)	DIAGNOSTICO DE EGRESO	PROCEDIMIENTO REALIZADO	FECHA DE INGRESO del mes/a	FECHA DE EGRESO del mes/a	NUMERO DE DIAS	CONDICION AL EGRESO MEJORADO (1) TRASLADO (2) MUERTO (3)	COSTO
					AÑOS	MESES									
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															



A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL

PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____ No. AFILIACIÓN _____

B. INFORMACIÓN TÉCNICA

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

NOMBRES DE MEDICAMENTOS Y DOSIS A UTILIZAR (si aplica) _____

TIPO DE ANESTESIA (en caso que se necesite) _____

C. DECLARACIÓN DEL PACIENTE O RESPONSABLE DE ESTE

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

Y que los posibles riesgos más importantes son: _____

Y que será realizado por el Doctor _____

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

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

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

Firma y DUI del paciente _____

Firma y DUI de un Testigo _____

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

Firma y DUI del paciente _____

Firma y DUI de un Testigo _____

D. DECLARACIONES Y FIRMAS

1. Médico tratante _____, He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de las alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Sello y Firma del Profesional _____

E. LUGAR Y FECHA _____



GUÍA DE LLENADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento Informado Escrito es el documento que busca dar fe de la autorización que un paciente o su representante legal emite para que se le realice un procedimiento quirúrgico, de diagnóstico o de tratamiento farmacológico que se va a realizar.

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

A. DATOS DEL PACIENTE.

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

B. INFORMACIÓN TÉCNICA.

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

C. DECLARACIÓN DEL PACIENTE O RESPONSABLE DE ESTE.

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

D. DECLARACIONES Y FIRMAS.

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

E. LUGAR Y FECHA.

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



ALTA EXIGIDA

Yo, _____ de _____ años de edad, usuario (a) del Programa Especial de Salud del ISBM, con No. de Afiliación _____ en mi calidad de _____ por medio del presente documento

Manifiesto:

- I- Que me encuentro recibiendo asistencia médica Hospitalaria en el Hospital _____ tal y como consta en el expediente Clínico No. _____.
- II- Que voluntariamente he solicitado el Alta sin que esta se me haya indicado por el Médico tratante.
- III- Que me encuentro en el pleno uso de mis facultades mentales, con la capacidad para entender, decidir y consentir sobre los hechos que me informan.
- IV- En este acto, el (la)(los) Doctor (es) _____ quien es (son) mayor (es) de edad, Médico (s) que presta sus servicios a usuarios del ISBM en este Hospital, cumpliendo con los preceptos Constitucionales, Ética Profesional y Reglamento Hospitalario, me ha(n) expresado que es su deber y obligación informarme y explicarme en forma clara, precisa y consiente.

a) Evaluación, diagnóstico, pronóstico y tiempo que se requiere de _____ ingreso

b) Los riesgos según experiencia y ciencia de la medicina, así como las posibles consecuencias de exigir el Alta, los cuales consisten _____ en



V- En virtud de que he recibido la información necesaria sobre mi enfermedad y las consecuencias de la misma, haciendo uso de mi derecho de libertad de decisión expreso en forma escrita, que mi deseo es solicitar se me conceda el ALTA EXIGIDA.

Asimismo personalmente asumo todos los riesgos y las consecuencias que posteriormente a mi decisión se presenten, exonerando por consiguiente al ISBM, al Hospital _____ y al Médico (s) tratante (s) _____ de toda responsabilidad. Razón por la cual ratifico el contenido del presente documento y para constancia firmo.

En la Ciudad de _____ a las _____ horas y _____ minutos, del día _____ de _____ del año _____.

Firma de (la) (el) Paciente

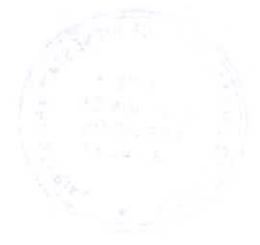
Firma del testigo

Nombre: _____

Documento de Identidad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____



BOLETAS PARA EXÁMENES

Anexo No. 15

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

El llenado del encabezado de la boleta con los datos generales del usuario podrá ser realizado por el recurso de apoyo administrativo o secretaria sin dejar ningún espacio en blanco, la cantidad de exámenes indicados será llenado de carácter obligatorio de puño y letra por el médico, el cual deberá escribir la cantidad de exámenes indicados en números y en letras, además deberá firmarla y sellarla. Se deberá llevar la fecha en la que fue emitida. Los exámenes indicados deberán de ser señalados con un cheque (✓)

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



Nombre del médico remitente: _____ Firma: _____ Sello: _____

Nombre Paciente: _____

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

Numero de exámenes indicados (en letras): _____

Diagnostico: _____

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

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

Nombre del laboratorio: _____ Fecha de realización de los exámenes: _____

Sello del laboratorio: _____

Justificación Técnica del médico a partir del cuarto examen: _____

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

Sello del Médico

Firma: _____



Nombre del médico remitente: _____ Firma: _____ Sello: _____

Nombre Paciente: _____

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

Numero de exámenes indicados (en letras): _____

Diagnostico: _____

REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN	
QUIMICA CLINICA		
1	Glucosa	
2	Colesterol	
3	Triglicéridos	
4	HDL Colesterol	
5	LDL Colesterol	
6	Creatinina	
7	Nitrogeno uréico	
8	Acido urico	
9	Transaminasa Glutámico Piruvica	
10	Transaminasa Glutámico Oxalacetica	
11	Fosfatasa alcalina	
12	Albumina	
13	Proteinas totales	
14	Amilasa	
15	Bilirrubina Directa	
16	Bilirrubina Total	
17	Magnesio	
18	Fósforo	
19	Cloro	
20	Potasio	
21	Sodio	
22	Calcio	
23	Hemoglobina Glicosilada	
24	Curva de tolerancia a la glucosa	
HEMATOLOGIA		
25	Hematocrito y hemoglobina	
26	Hemograma	
27	Plaquetas	

REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN	
PRUEBAS RAPIDAS		
28	Sangre Oculta en Heoes	
29	Prueba de embarazo en sangre	
30	H.I.V.	
31	Anticuerpos para dengue IgG e IgM (Cualitativo)	
32	PSA (Cualitativo)	
33	Antígeno para Helicobacter pylori en heces	
34	Hemoglucoest	
SEROLOGIA		
35	Tiipo y Rh	
36	Antigenos Febriles	
37	RPR	
38	Anti streptolisina O	
39	Proteina C reactiva	
COMBUR TEST (UROANALISIS)		
1	Glucosa	
2	Proteinas	
3	pH	
4	Densidad Especifica	
5	Cuerpos Cetonicos	
6	Nitros	
7	Leucocitos	
8	Sangre Oculta en Orna	
9	Urobilinógeno	
10	Bilirrubina	

Justificación Técnica del médico a partir del cuarto examen: _____

Fecha de realización de los exámenes: _____

Firma: _____

Nombre Licdo. (a): _____

Sello del Médico

Sello:

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





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

Nombre del médico remitente: _____ Firma: _____ Sello: _____

Nombre Paciente: _____

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

Numero de exámenes indicados (en letras): _____

Diagnostico: _____

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

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

Justificación Técnica del médico para indicar el o los exámenes: _____

Observaciones: Autorizado Observado: _____ No Autorizado

Nombre del médico que autoriza: _____

Fecha: _____ Firma: _____ Sello del Médico: _____

Nombre del laboratorio: _____ Fecha de realización de los exámenes: _____

Sello del laboratorio: _____

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



Nombre del médico remitente: _____ Firma: _____ Sello: _____

Nombre Paciente: _____

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

Numero de exámenes indicados (en letras): _____

REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN
1	COLUMNA CERVICAL A.P. Y LATERAL
2	COLUMNA CERVICAL CON OBLICUAS
3	COLUMNA CERVICAL A.P. LATERAL, FLEXIÓN Y EXTENSIÓN
4	COLUMNA DORSAL A.P. Y LATERAL
5	COLUMNA LUMBAR A.P. Y LATERAL
6	COLUMNA LUMBO SACRA CON OBLICUAS
7	SACRO COXIS A.P. Y LATERAL
8	LUMBAR CON OBLICUAS
9	ABDOMEN SIMPLE
10	ABDOMEN AGUDO (2 PLACAS)
11	PELVIS A.P.
12	TUBO DIGESTIVO SUPERIOR (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO)
13	ESOFAGOGRAMA
14	TRANSITO INTESTINAL (INTESTINO DELGADO)
15	COLON POR ENEMA
19	VENOGRAFIA MIEMBRO SUPERIOR CADA UNO
20	VENOGRAFIA MIEMBRO INFERIOR CADA UNO
21	BIALOGRAFIA
24	COLECISTOGRAMA ORAL
25	PIELOGRAMA I.V.
26	PIELOGRAMA POR INFUSION O SECUENCIA RAPIDA
27	PIELOGRAMA RETROGRADO O ASCENDENTE
28	FISTULOGRAMA
29	CISTOGRAMA O CISTOGRAMA
30	URETEROGRAMA O URETROGRAMA
32	SERIE CARDIACAS
34	CISTOURETROGRAMA
35	MANO A.P. Y OBLICUAS
36	MUÑECA A.P. Y LATERAL
37	ANTEBRAZO A.P. Y LATERAL

REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN
38	ODONTO A.P. Y LATERAL
39	HUMERO A.P. Y LATERAL
40	HOMBRO A.P. Y LATERAL
41	CLAVICULA A.P.
42	CADERA A.P. Y LATERAL
43	FÉMUR A.P. Y LATERAL
44	RODILLA A.P. Y LATERAL
45	PIERNA A.P. Y LATERAL
46	TOBILLO A.P. Y LATERAL
47	PIE A.P. Y OBLICUA
48	HOMBRO A.P.
49	CALCANEO BILATERAL
50	CRÁNEO A.P. Y LATERAL OCCIPITAL
51	MASTOIDES (2 VISTAS BILATERALES)
52	SEÑOS PARANASALES
53	AGUJEROS OPTICOS
54	CARA WATERS Y LATERAL
55	MAXILARES INFERIORES Y OBLICUAS
56	HUESOS NASALES
57	ARTICULACIÓN (SIMPLE BILATERAL)
58	ORBITAS
59	CONDUCTOS AUDITIVOS INTERNOS
60	TÓRAX A.P.
61	TÓRAX A.P. Y LATERAL
62	TÓRAX P.A.
63	ESTERNON A.P. Y LATERAL
64	COSTILLA A.P.
65	COSTILLA AP Y OBLICUA
66	MAMOGRAFIA BILATERAL
77	ULTRASONOGRAFIA TRANSPONTANELAR

RESUMEN CLINICO ORIENTADOR POR LO QUE SE INDICA EL EXAMEN: _____

Nombre del laboratorio: _____ Fecha de realización de los exámenes: _____

Sello del laboratorio: _____

Justificación Técnica del médico a partir del cuarto examen: _____

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

Sello del Médico

Firma: _____





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

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

NOMBRE PACIENTE: _____ SEXO: _____

No. DE AFILIACIÓN: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA: _____

OPERACIÓN PRACTICADA: _____

MUESTRA REMITIDA: _____

NÚMERO DE MUESTRAS REMITIDAS: _____

DIAGNOSTICO CLÍNICO: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO REMITENTE: _____

NOMBRE Y SELLO DEL LABORATORIO: _____
.....



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

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ESTUDIO CITOPATOLOGICO

NOMBRE PACIENTE: _____ SEXO: _____

No. DE AFILIACIÓN: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL VAGINAL OTROS

ESPECIFICAR: _____

DATOS CLÍNICOS:

FUR _____ FPR _____ LACTANDO PARIDAD

TERAPIA HORMONAL RADIACIÓN CRIOTERAPIA

CITOLOGÍAS PREVIAS: _____

OTROS DATOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS PARA EL DIAGNOSTICO CITOLÓGICO:

DIAGNOSTICO CLÍNICO: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO REMITENTE: _____

NOMBRE Y SELLO DEL LABORATORIO: _____



**PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD
SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DE PRORROGA HOSPITALARIA**

NOMBRE DEL HOSPITAL QUE SOLICITA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ No. DE AFILIACIÓN: _____

TIPO DE BENEFICIARIO: COTIZANTE: CONYUGUE: HIJA /O:

FECHA DE INGRESO: _____ HORA: _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

DIAGNOSTICO DE INSTANCIA HOSPITALARIA: _____

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE: _____

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO (SI APLICA): _____

JUSTIFICACIÓN O CRITERIOS PARA LA SOLICITUD DE LA PRORROGA: _____

NUMERO DE DÍAS SOLICITADOS: _____

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO COORDINADOR DEL HOSPITAL: _____

FIRMA Y SELLO DEL SUPERVISOR DE APOYO MÉDICO HOSPITALARIO DEL ISBM:

NUMERO DE DÍAS AUTORIZADOS: _____

OBSERVACIONES: _____

LUGAR Y FECHA: _____



FORMULARIO DE REFERENCIA Y RETORNO

Anexo No. 17

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

“HOJA DE REFERENCIA”

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

“HOJA DE RETORNO”

- Nombre del Médico Especialista: se escribirá el nombre del Médico Especialista que efectuó la consulta o el control
- Teléfono del Médico Especialista: se escribirá el número de teléfono del consultorio del Médico especialista.



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

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

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

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



HOJA DE REFERENCIA

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

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

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

INFORME CLINICO RELEVANTE:

EXAMENES DE LABORATORIO / GABINETE RELEVANTES:

DIAGNOSTICO SEGUN CIE-10, DSM-IV:

FIRMA DEL MEDICO MAGISTERIAL: _____

SELLO:

HOJA DE RETORNO

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

RESUMEN DE LA HISTORIA DEL PACIENTE:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

PLAN A SEGUIR:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

FIRMA DEL MEDICO: _____

SELLO:

