INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA

AÑO 2007

APROBADO POR LA DIRECCION MEDICA NACIONAL

EN MEMORANDO NO. 2190-DMDSS-IHSS-13

29 DE AGOSTO 2013

I N D I C E

DESCRIPCION	NO. DE PAGINA
CONTENIDO	
I.- PRESENTACION	1-
II.- OBJETIVO	2-
III.- METODOLOGIA UTILIZADA	3-
IV.- PERSONAL QUE PARTICIPO EN LA ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	4-
V.- PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE ATENCION MEDICA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA	5-
A.- ADMISION	6-
.- PROCEDIMIENTO DE ADMISION DE PACIENTES A CONSULTA MEDICA EXTERNA SEGUNDO NIVEL	7 al 10
.- PROCEDIMIENTO DE NORMAS ESPECIFICAS DEL AREA DE PRE-CLINICA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	11 al 14
B.- ARCHIVO CLINICO	15-
.- PROCEDIMIENTO DE CUSTODIA DE EXPEDIENTE CLINICO	16 al 17

C.- ATENCION A PACIENTES CONSULTA EXTERNA **18-**

.- PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE APLICACIÓN DE INYECCIONES A PACIENTES AMBULATORIOS 19 al 24

.- PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE CURACIONES AL PACIENTE 25 al 27

.- PROCEDIMIENTO DEL CONTROL DE VACUNACIONES A PACIENTES HOSPITALARIOS 28 al 29

.- PROCEDIMIENTO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A PACIENTES AMBULATORIOS, HOSPITALIZADOS Y DE EMERGENCIA 30 al 34

.- PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE MUESTRAS Y ENVIO DE RESULTADOS DE EXAMENES DE CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION 35 al 40

.- PROCEDIMIENTO DE EXTENSION Y ENTREGA DE INCAPACIDADES EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION 41 al 43

.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN EL SERVICIO DE INHALOTERAPIA A PACIENTES AMBULATORIOS, DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION (ADULTOS Y NIÑOS. 44 al 46

.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN SERVICIO DE ELECTRODIAGNOSTICO A PACIENTES AMBULATORIOS, EMERGENCIA Y HOSPITALIZADOS 47 al 52

.- PROCEDIMIENTO DE ANTENCION EN SERVICIOS DE RAYOS X A PACIENTES AMBULATORIOS, DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION 53 al 58

.- PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACION, REGISTRO Y RECUPERACION DE VALORES POR TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS POR SERVICIO SOCIA (P.S.S.) 59 al 66

.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA A PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZACION 79 al 81

.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION DE RADIOTERAPIA A PACIENTES DEL IHSS, EN EL CENTRO DE CANCER "EMMA ROMERO DE CALLEJAS". 82 al 85

.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN SERVICIO DE EXAMENES ESPECIALES (AUDITIVOS, DE LENGUAJE, LOCOMOCION, ETC) 86 al 88

.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN EL SERVICIO DE SALA DE AISLADOS A PACIENTES 89 al 91

.- PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACION, REGISTRO Y RECUPERACION DE VALORES POR ASISTENCIA MEDICO-HOSPITALARIA " POR SERVICIO SOCIAL". 92 al 99

.- PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACION, REGISTRO Y RECUPERACION DE VALORES POR ASISTENCIA MEDICA-HOSPITALARIA A FAMILIARES DE EMPLEADOS EN CLAUSULA NO. 58 DEL CONTRATO COLECTIVO DE CONDICIONES DE TRABAJO. 102 al 117

D.- OTROS PROCEDIMIENTOS

.- PROCEDIMIENTO PARA ARRENDAMIENTO Y PRESTAMO DE APARATOS Y ACCESORIOS ORTOPEDICOS A PACIENTES 112 al 118

.- PROCEDIMIENTO PARA REEMBOLSO DE DEPOSITO POR PRESTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPEDICOS 125 al 128

.- PROCEDIMIENTO PARA VENTA DE MATERIALES DESECHADOS E INSERVIBLES (PLACAS RADIOLOGICAS Y OTROS) 131 al 133

.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCION Y ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA EN LA SECCION DE LAVANDERIA 134 al 140

.- PROCEDIMIENTO PARA ASIGNACION, CONTROL, DEPOSITO Y PAGO MENSUAL POR ALQUILER DE SILLA DE RUEDAS 147 al 156

I.- PRESENTACION

LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, TIENE COMO FINALIDAD PRIMORDIAL, LA UNIFICACION DE LOS PROCESOS DE TRABAJO, QUE SE HAN VENIDO DESARROLLANDO EN LAS DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARIAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION Y QUE QUEDAN PLASMADOS EN UN INSTRUMENTO DOCUMENTADO, EL CUAL ESTA DEBIDAMENTE NORMATIZADO.

LA PREPARACION DEL DOCUMENTO, ES PRODUCTO DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS, A QUIEN LE CORRESPONDIO VERIFICAR Y ACTUALIZAR LOS DOCUMENTOS EXISTENTES CON LAS AREAS INVOLUCRADAS, QUIENES BRINDARON TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA SU ELABORACION

II.- OBJETIVO

PROPORCIONAR A LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL IHSS QUE CONFORMAN EL SERVICIO DE ATENCION MEDICA EN EL SEGUNDO NIVEL, INFORMACION ESCRITA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE ESPECIFICAN CLARAMENTE SU FORMA DE REALIZACION, EVITANDO QUE SE COMETAN ERRORES POR CARECER DE MECANISMOS QUE NORMATICEN SU EJECUCION.

EN ALGUNAS AREAS, POR SU MISMA NATURALEZA, EL PROCEDIMIENTO AGRUPA LO REFERENTE A ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN EL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION MEDICA

LA REALIZACION DE ESTA ACTIVIDAD PERMITE HOMOGENIZAR LOS DIFERENTES PROCESOS A NIVEL INSTITUCIONAL.

III.- METODOLOGIA UTILIZADA

PARA ELABORAR ESTE DOCUMENTO, SE PROCEDIO DE LA MANERA SIGUIENTE:

.- RECOPILACION Y REVISION DE DOCUMENTOS EXISTENTES

.- ENTREVISTAS Y VISITAS DE OBSERVACION DIRECTA EN LAS AREAS DONDE SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES

.- DISCUSION CON LOS ENCARGADOS O JEFES DE LOS SECTORES Y ORGANOS RESPONSABLES DE SU EJECUCIION

.- ACTUALIZACION DE NORMAS O REGLAS NECESARIAS, PARA EL MEJOR DESARROLLO DE LOS PASOS Y ACTIVIDADES DE CADA PROCEDIMIENTO

IV.- PERSONAL QUE ELABORO ESTE DOCUMENTO

ESTE DOCUMENTO HA SIDO REALIZADO BAJO LA:

COORDINACION	DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO GERENTE PLANIFICACION ESTRATEGICA
SUPERVISION Y REVISION	LIC. IGNACIO ANTONIO FLORES VALLADARES SUB-GERENTE ORGANIZACIÓN Y METODOS
ENTREVISTA Y REDACCION:	LIC. MARIA LILIANA CASTILLO ZUNIGA ANALISTA SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
TRABAJO SECRETARIAL:	S.E. EMMA LASTENIA HERNANDEZ TURCIOS SECRETARIA SUB-GERENCIA ORGANIZACIÓN Y METODOS

V.- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE ATENCION MEDICA EN EL SEGUNDO (II) NIVEL

A.- A D M I S I O N

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

ADMISION DE PACIENTES A CONSULTA MEDICA EXTERNA II NIVEL

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE ATENCION A PACIENTES DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ADMISION	1	RECIBE Y REVISA DOCUMENTOS DE DERECHO DEL PACIENTE	.- Conforme al segundo nivel de atención médica establecido para la Unidad Médica, el paciente debe presentar los documentos siguientes: a) Del Asegurado Directo * Carnet de Afiliacion * Comprobante de Vigencia de Derechos * Tarjeta de Identidad (en caso de no portar el Carnet de Afiliacion b) De los beneficiarios (Claúsula No. 58 del Contrato Colectivo Vigente) * Carnet de Afiliacion * Comprobante de Vigencia de Derechos

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Cédula de Identidad (en caso de no portar el Carnet de Afiliacion) c) Del beneficiario infante * Los tres primeros documentos indicados en el inciso b) y el carné de vacunas .- Cuando el paciente es de primo atención, se le pide su remisión al especialista, referencia y contrareferencia, extendiéndole cita, dependiendo si la remisión no es de emergencia. Cuando el paciente es de subsiguiente atención, se le pide la cita extendida por el médico tratante, para - que se le brinde la consulta del día. Una vez revisada la uniformidad de los datos en los documentos (a,b,c), vigencia de los mismos y existen- cia de cupo, se procederá a fechar en reloj marcador la entrada en el comprobante de vigencia de derechos
	2	INTERROGA AL PACIENTE	.- De haber datos incompletos en los documentos o fal- ta de uno de ellos, se reservará el cupo y se remitirá al paciente a Vigencia de Derechos o Trabajo Social, para que resuelva el caso.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	3	ELABORA FALSO DEL EXPEDIENTE CLINICO	.- Para fines de atención médica del segundo nivel, se consideran dos tipos de pacientes a) De primo atención: es aquel paciente que por primera vez hace uso de los servicios médicos permitiendo con ello la elaboración de un expediente clínico, conforme a los datos de los documentos personales del mismo b) De subsiguiente atención: es aquel paciente que ha venido siendo usuario de los servicios médicos, existiendo en el archivo un expediente clínico que lo identifica.
	4	ANOTA A EL /LA PACIENTE EN LISTADO DIARIO DE CONTROL DE CONSULTAS	.- En el formulario se anotan los datos siguientes: * Fecha * Nombre del médico tratante * Tipo de consulta ambulatoria * Apellidos y nombres * Número de afiliacion

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Número de clínica * Asignación de número de turno de consulta .- Adjunta turno y cita de consulta al expediente clínico falso .- Devuelve documentos al paciente y boleta de número de cupo .- Remite al paciente a sala de espera de la clínica respectiva .- Envía expediente clínico falso al área de Archivo Clínico
AREA DE ARCHIVO CLINICO	5	BUSCA EXPEDIENTE CLINICO DEL PACIENTE	.- Una vez recibido el expediente falso, busca el expediente clínico, siempre y cuando el paciente sea de subsiguiente atención. .- Coloca expediente clínico falso en el lugar que ocupa el expediente clínico .- Envía expediente del paciente a la pre-clinica respectiva
lc/emma	**6**	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

NORMAS ESPECIFICAS DEL AREA DE PRECLINICA EN EL II NIVEL DE ATENCION

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE ATENCION EN EL AREA DE PRECLINICA, EL QUE FUNCIONA DE LUNES A VIERNES DURANTE 11 HORAS,COMPRENDIDA EN EL SIGUIENTE HORARIO: DE 7:00 A 11:00 A.M. Y DE 1:00 A 6:00 P.M., CON PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA, ASIGNADAS A CADA TURNO

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ENFERMERA PROFESIONAL Y AUXILIARES DE ENFERMERIA	1	ORGANIZA CLINICA	.- El equipamiento y ordenamiento (material, equipo, papelería, útiles de oficina, etc), del área debe ser previa solicitud de requisicion a la Sección de Suministros de la Unidad Médica .- En el cambio de turno el recibo y entrega de las existencias de material, equipo, papelería, etc., debe realizarse mediante inventario. .- El tiempo mínimo de atención al paciente, debe ser de 5 (cinco) minutos en toma de signos vitales
	2	RECEPCION, CLASIFICACION Y DISTRIBUCION	.- La remisión de expedientes clínicos a las respectivas clínicas debe ser conforme al orden del número de turno de consulta. .- La falta de un expediente, resultados de exámenes de laboratorio, rayos x, etc., debe comunicarse de inmedia

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			to al área de Archivo Clínico para su investigación y recuperación, anexándolo al expediente a que corresponde
	3	IDENTIFICACION	.- La localización del paciente debe ser identificándolo por su nombre completo, previa verificación del número de turno de consulta. .- Debe revisarse cada expediente clínico, a efecto de anotar datos faltantes y anexar hojas de evolución y resultados de exámenes. .- Previa a la atención del paciente, deberá informarse si este viene por resultados de examenes u otros estu dios, debiendo confirmar la existencia de los mismos en el expediente, caso contrario, solicitarlos a la dependencia respectiva.
	4	TOMA DE SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRICOS	.- La atención médica en esta área constituye en tomar al paciente, los siguientes signos vitales: * Presión arterial * Peso en kilos .- Paciente pediátrico (de primo atención o subsiguiente:

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Temperatura rectal * Peso en kilos * Talla en cms. (mensual hasta los 5 años) * Perimetro cefálico en cm. (mensual hasta los 2 años) * Edad (en días, meses y años)
	5	REGISTRO DE DATOS EN EXPEDIENTE CLINICO	.- Los resultados de la toma de signos vitales por paciente, en especial pediátricos, deben ser anotados en la casilla indicada en la hoja de evolución, adscrita en el expediente, elaborándose la respectiva graficación antropométrica.
	6	SELECCIÓN DE PACIENTES	.- Si los resultados de los signos vitales o el estado físico del paciente indica que amerita atención inmediata, se establecerán prioridades, y éste pasará a la Clínica, independientemente de su número de turno.
	7	DISTRIBUCION DE EXPEDIENTES	.- El traslado de expedientes a las respectivas clínicas de atención médica, conforme al número de turno.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			de consulta, debe ser simultáneo a la ubicación de los pacientes la sala de espera y en el mismo orden .- Finalizada la consulta del médico, se retiran los expedientes de las respectivas clínicas.
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	8	RETIRA EXPEDIENTES DE CLINICAS	.- Terminada la jornada de atención, se retiran los expedientes y se devuelven a archivo, previa comprobación en listado
AUXILIAR DE ENFERMERIA	9	CONSERVACION DE MOBILIARIO Y EQUIPO	.- Al terminar la jornada de preclínica,, el personal asignado al mismo, debe revisar el material, equipo, mobiliario, etc, a efecto de que los bienes queden completos,ordenados e higienizados.
	10	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

B.- ARCHIVO CLINICO

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

CUSTODIA DE EXPEDIENTE CLINICO

OBJETIVO: ESTABLECER LOS MECANISMOS PRECISOS PARA EL MANEJO DE EXPEDIENTES CLINICOS

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE ARCHIVO CLINICO	1	RECIBE Y REVISA EXPEDIENTE CLINICO FALSO Y DOCUMENTOS ADJUNTOS	.- Al recibir el expediente clínico falso debe verificar si va acompañado del codo de turno de consulta.
	2	CLASIFICA EXPEDIENTES FALSOS	.- La clasificación se hace de acuerdo al número de afiliación del paciente
	3	BUSCA EXPEDIENTES CLÍNICOS EN ANAQUELES	.- La extracción de los expedientes clínicos debe ser de acuerdo al número de afiliación y apellidos del paciente, que establece el falso. .- Todo expediente clínico que salga del area de Archivo Clínico debe ser respaldado por un expediente clínico falso, que garantice el préstamo del mismo, quedando el falso en calidad de depósito. .- Una vez localizado el expediente clínico, se le adjuntaran los documentos que acompañen al falso.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	4	CLASIFICA Y ORDENA EXPEDIENTES CLINICOS	.- Los expedientes clínicos se clasifican según médico tratante, número de clínica y número de turno.
	5	TRASLADA EXPEDIENTES AL AREA DE PRE-CLINICA QUE CORRESPONDA	.- El traslado de expedientes al área de pre-clinica debe ser realizado exclusivamene por el personal de la Sección de Archivo Clínico
	6	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

C.- ATENCION A PACIENTES CONSULTA EXTERNA

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

CONTROL DE APLICACIÓN DE INYECCIONES A PACIENTES AMBULATORIOS

OBJETIVO: ESTABLECER LAS REGLAS PARA MANTENER CONTROL SOBRE APLICACIÓN DE INYECCIONES A PACIENTES AMBULATORIOS.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE INYECTABLES	1	RECIBE Y REVISA RECETA(S) Y CARNET DE AFILIACION	.- Por una o varias de las siguientes razones se le devolverá la receta al paciente: - Incumplimiento de las normas del cuadro básico terapéutico de parte del médico. - Datos incompletos del paciente - Incompleta prescripción médica - falta de firma y/o sello del médico De presentarse una de las irregularidades anteriores, se enviará al paciente a la clínica del médico que lo atendió, a fin de que haga las respectivas correcciones o cambios. .- Si el paciente solicita llevarse el medicamento, se determinará si la cantidad ordenada de inyecciones y dosis es "**Cerrada**" en relación al contenido total del frasco o en ampollas.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			Se envía al solicitante donde el Jefe del Departamento Médico para que, previa conveniencia o no del tipo de farmacobiológico que se trate, autorice la entrega, me diante la firma y sello, al reverso de la receta. .- Una vez obtenido el Visto Bueno, el paciente se dirige al Servicio de Farmacia a retirar el medicamento de conformidad a la receta y carnet de afiliación. En caso contrario, se procede a realizar las actividades subsiguientes, que establece el presente procedimiento
	2	ELABORA TARJETA DE IDENTIFICACION	.- La elaboración de la tarjeta de identificación procede cuando la receta indica la aplicación de más de dos (2) unidades de tratamiento parcial o completo de periodicidad diaria o alterna. En caso contrario, cuando se indiquen cantidades iguales o menores a dos (2) unidades, se entregaran cupones (ticket) al paciente (procedimiento adicional). .- Para fines de control, la tarjeta se elabora por duplicado (2), a fin de constalar si el paciente sigue o abandona el tratamiento indicado por el médico, y en ambas se registraran los siguientes datos: * Nombre del paciente

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Nombre del médico tratante * Número de afiliación * Nombre del medicamento * Cantidad de dosis y vía de administración * Fecha de inicio y finalización del tratamiento * Firma empleado(a) .- Distribucion de las tarjetas. Una se entrega al paciente y la otra queda archivada en ficheros para fines de control.
	3	BRINDA ORIENTACION AL PACIENTE	.- Al paciente se le instruye sobre el uso y presentación de la Tarjeta de Identificación y carnet de afiliación cada vez que haga uso del servicio de inyectables.
	4	SOLICITA DOCUMENTOS AL PACIENTE	.- Con la finalidad de brindar atención en inyectables, al paciente se le solicita la Tarjeta de Identificación y Carnet de Afiliación, y de conformidad con los datos de los mismos, se extrae del fichero la otra t arjeta de identificación (de control)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	5	APLICA MEDICAMENTO INDICADO	.- De conformidad al nombre del medicamento, dosis, vía de administración y periodicidad indicada en la Tarjeta de Identificación, se brindará atención de inyectables al paciente.
	6	DEVUELVE DOCUMENTOS AL PACIENTE	**.-** Al paciente se le devuleven los siguientes documentos * Tarjeta de identificación personal * Carnet de Afiliación .- Durante la jornada, o al final de la misma, se deberán depositar en el fichero, las tarjetas de identificación de los pacientes atendidos
	7	ELABORA INFORME	.- Al final de la jornada, se deben revisar las tarjetas de identificación que se encuentran en el fichero, para determinar qué pacientes han abandonado el tratamiento indicado y proceder de inmediato a informar sobre los mismos en dos (2) tipos de informe: * Un informe consistirá en reportar a los pacientes en el formulario denominado " Reporte de Abandono Voluntario del Tratamiento de Inyectables", por cada uno de ellos, debidamente firmado y sellado

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			por el Jefe de Servicio, el cual será enviado al Area de Archivo para que sea anexado al respectivo expediente clínico. - Otro informe en forma de listado de aquellos paceientes que abandonaron el tratamiento, sobre casos conlados de enfermedades transmisibles y remitido al Departamento de Medicina Preventiva para investigación y establecimiento de medidas preventivas Contenido del Listado: * Nombre del paciente * Número de afiliación * Nombre del medicamente * Dosis * Vía de Administración .- Tanto los reportes como el listado deberán ser enviados al día siguiente hábil de haberse determinado el abandono del tratamiento por parte del paciente y cada 15 -- (quince) días se enviará al médico tratante,

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			las tarjetas de identificación del fichero sobre abandono o no del tratamiento de sus pacientes. **.- Es estrictamente prohibido a todo el personal de Inyectables aplicar inyecciones a pacientes que no presenten orden médica**
	8	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CURACIONES AL PACIENTE

OBJETIVO: NORMATIZAR EL CONTROL DE CURACIONES A PACIENTES

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE CURACIONES	1	RECIBE ORDEN DE CURACIONES	.- Si la orden para curaciones por primera vez que presenta el paciente, no reune las características que indica el formulario, se atenderá por única vez, dandole indicaciones para futuras atenciones. .- Previa atención a la primera curación, se solicita al paciente la presentación del carnet de afiliación y comprobante de vigencia de derechos.
	2	EFECTUA CURACION	.- El tipo de curación debe ser de conformidad a lo indicado por el médico en la orden respectiva <u>Tipos de Curaciones según Región u Organo Afectado</u> * Cambio de Materiales Quirúrgicos * Retiro de puntos * Aplicación de medicamentos (solidos/liquidos)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	3	REGISTRA DATOS DEL PACIENTE	.- En Libro Especial de Control deben registrarse los datos del paciente por cada atención de curación efectuada * Número de Afiliación * Nombre y apellidos * Región u Organo Afectado * Tipo de Curación * Firma del empleado que atendió al paciente
	4	DETERMINA ALTA O NO DEL PACIENTE	.- La enfermera auxiliar, encargada de la atención del paciente en ese día, determinará el alta, según haya evolucionado al tratamiento indicado.
	5	REGISTRA HORA Y FECHA DE LA CURACION SUBSIGUIENTE	.- En la respectiva casilla de "Control" de la orden para curaciones, se registrará la curación subsiguiente o alternar, - si el caso lo amerita.
	6	DEVUELVE DOCUMENTOS AL PACIENTE	.- Los documentos se devuelven al paciente, en los siguientes casos:

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Por primera vez de curación: los documentos de derecho y la orden de curaciones. * Por curaciones subsiguientes,la orden para curaciones .- Cuando el paciente ha finalizado su tratamiento, se le decomisa la orden. .- Se descartan las ordenes de curaciones de pacientes que han finalizado su tratamiento
	7	ELABORA INFORME MENSUAL DE CURACIONES	.- El informe de curaciones contendrá la cantidad de curaciones efectuadas en el mes, y desglozado en la siguiente forma: * Cantidad de pacientes atendidos * Cantidad de curaciones, por tipo .- Remite informe al Jefe de Departamento de Diagnóstico y Tratamiento. **.- Es obligatorio al Area de Curaciones prestar los primeros auxilios a toda aquella persona que haya sufrido lesión, sea o no asegurada.**
lc/emma	**8**	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE VACUNACIONES A PACIENTES HOSPITALARIOS

OBJETIVO: NORMATIZAR EL CONTROL DE VACUNAS A PACIENTES AMBULATORIOS (ADULTOS Y NIÑOS)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ARCHIVO CENTRAL DE VACUNACION	1	RECIBE DOCUMENTOS DEL SOLICITANTE	.- El solicitante de vacuna debe presentar: * Carnet de vacunas, si es de subsiguiente atención * Boleta de Sala Cuna, si se trata de recién nacido * Orden del médico, si se trata de paciente asegurada o beneficiaria, en estado de embarazo. * Carnet de Identificación, si se trata de empleado del Instituto .- En caso de recién nacidos, de inmediato se le elabora carnet de vacunas, el que deberá presentar para las pro-lximas vacunas a aplicar.
	2	REGISTRA DATOS DEL PACIENTE	.- En formato especial, registra los datos del paciente y tipo de vacuna a aplicar : * Ficha índice

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Registro diario de inmunizaciones * Carnet de vacunas .- Una vez anotados los datos respectivos, remite al paciente con sus documentos de derecho a la clínica de vacunación.
	3	ARCHIVA REGISTRO DE INMUNIZACIONES	.- En forma diaria archiva el registro de inmunizaciones y ficha indice.
CLINICA DE VACUNACION	3	RECIBE DOCUMENTOS DEL PACIENTE	.- Previo a la aplicación de las vacunas, debe solicitarse al paciente, la presentación del Carnet de Vacunas .- Entrevista al paciente .- Prepara y aplica vacuna indicada en Carnet .- Registra en Control del Gasto, la vacuna aplicada .- Registra en el Carnet del paciente, la fecha y nombre de la próxima vacuna a aplicar .- Devuelve Carnet de Vacunas al paciente
lc/emma	**4**	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO SOBRE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A PACIENTES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE EMERGENCIA

OBJETIVO: ESTABLECER LAS NORMAS PARA SUMINISTRAR MEDICAMENTOS A PACIENTES DEL IHSS

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SERVICIO DE FARMACIA	1	RECIBE RECETAS DEL PACIENTE	.- Revisa las recetas del paciente ambulatorio de Emergencia y Hospitalizado - No se suministraran medicamentos al paciente, cuando la(s) receta(s) presenten una o mas de las siguientes situaciones: a) Incumplimiento de la normas del cuadro básico terapéutico. b) Falta de la firma y/o sello del médico que atendió al paciente c) Datos incompletos del paciente y unidad * Nombres y apellidos * Número de afiliación * Riesgo

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Fecha * Código y nombre de la Unidad Asistencial remitente d) Incompleta prescripción médica e) Caducidad de las recetas f) Por adulteraciones o borrones g) Deterioro h) Cuando la receta contenga dos (2) o más medicamentos i) Si en emergencia u hospitalización recetaran medicamentos para cubrir solamente 24 horas de tratamiento j) Emisión de recetas para cubrir necesidades de fin de semana o días feriados De presentarse uno de los incisos del a) al d) se enviará al paciente a la clínica respectiva

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			De los restantes incisos del e) al j) no se suministrará el el medicamento
	2	VERIFICA EXISTENCIA DEL MEDICA - MENTO SOLICITADO	.- De no haber en existencia el medicamento solicitado, se devolverá la receta y se enviará al paciente a la clínica del médico tratante para que le extienda una nueva receta con medicamento sustituto.
	3	PREPARA Y ENTREGA MEDICAMENTOS	.- La entrega de medicamentos debe ser conforme lo indica la receta: * Cantidad * Forma de tratamiento * Periodicidad .- En el sobre se indicará: Nombre del medicamento, dosis, vía de administración y forma de conservación (si es ne- cesario)
	4	SELLADO DE RECETAS	.- Una vez atentido el paciente, la Auxiliar de Farmacia le colocará el sello de despachado, que contiene la siguiente leyenda, así:

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Despachado * Código 02 Unidad Asistencial * Código 01 Hospital -Emergencia * Digito Identificación de empleado
	5	CLASIFICA RECETAS	.- La clasificación de recetas debe hacerse según color. así: Blanco: Medicamentos de tratamiento común Rosado: De droga y estupefacientes de casos controla-dos .- Una vez que la Auxiliar de Farmacia haya clasificado las recetas se los trasladará al Codificador y/o Digitador para registro en el sistema computarizado de información de medicamentos.
	6	PREPARACION DE LEGAJOS	.- Las recetas deben prepararse en legados para su alma-cenamiento

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	7	ENTREGA RECETAS PARA MECANIZACION	.- Los legajos serán enviados al día siguiente hábil para procesar la información en el sistema computarizado.
	8	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE MUESTRAS Y ENVIO DE RESULTADOS DE EXAMENES DE CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION

OBJETIVO. NORMATIZAR EL PROCESO DE RECOLECCION DE MUESTRAS Y ENVIO DE RESULTADOS DE EXAMENES A LAS AREAS SOLICITANTES

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SERVICIO DE LABORATORIO	1	RECIBE DOCUMENTOS DEL PACIENTE	.- Recibe del derechohabiente lo siguiente: * Orden(es) de Servicio de Laboratorio * Carnet de Afiliación * Comprobante de Vigencia de Derechos .- En el caso de examenes ordenados por Medicina Especializada (II Nivel), constata en cita médica la fecha de próxima cita y de acuerdo con ella, señala la fecha en que deberá presentarse a prácticarselos , (continúa con Regla No. 2) .- Cuando se trata de pacientes hospitalizados o de emergencia, recibe y revisa orden de análisis y se continua - tinua con la Regla No. 6.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Una vez revisados los documentos, procede a recibir las las muestras para la realización de las pruebas solicitadas por el médico tratante. .- En caso de examenes de sangre, secreciones y otros, el técnico asignado le tomará la muestra al paciente en la respectiva área (cubiculo), a excepción de las muestras ginecológicas que no se tomarán .-Debe examinarse cada orden de examen para verificar si contiene los siguientes datos del paciente y Unidad Médica remitente: * Nombres y apellidos * Número de Afiliación * Sexo * Edad * Unidad Asistencial y servicio solicitante * Tipo de examen * Nombre, firma y sello del médico

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Si la orden de examen no contiene uno o mas de los datos anteriores, se le completaran en Servicio de Laboratorio para evitar retrasos en su tratamiento.
	2	REGISTRA DATOS DEL PACIENTE	.- En el libro especial deben registrarse los siguientes datos: * Número de Control * Número de Afiliación * Nombre del paciente * Unidad Asistencial remitente
	3	ENUMERA MUESTRAS Y ORDENES DE EXAMENES	.- La muestra y orden de examen debe llevar el mismo número de control registrado en el libro especial.
	4	DEVUELVE DOCUMENTOS AL PACIENTE	.- Se le devolverán al paciente los siguientes documentos: * Carnet de Afiliación * Comprobante d eVigencia de Derechos

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	5	DISTRIBUYE ORDENES DE EXAMENES	.- La distribución de las ordenes debe ser según área especializada para cada tipo de examen. En el caso de pacientes hospitalizados, el técnico se traslada a la sala en que se encuentra interno el paciente, a tomar las respectivas muestras. .- Realiza examenes indicados .- Registra datos del paciente y tipo de examen En el libro de registro diario de examenes debe anotarse los siguientes datos: * Nombre del paciente * Número de afiliación * Tipo de examen * Resultado
	6	ANOTA DATOS EN FORMULARIO ESPECIAL	.- En el formulario "Hoja de Informe de Examenes de Laboratorio", se anotan los resultados de cada tipo de exámen y datos del paciente.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	7	ORDENA HOJAS DE INFORME DE EXAMENES	.- Las hojas de informe de examenes de laboratorio deben anotarse por paciente, de conformidad al número de control,recolectándose las hojas de informe.
	8	ELABORA LISTADO DE PACIENTES	.- Una vez ordenadas las hojas de informe de laboratorio realizados, se elabora listado (original y copia), el que que contendrá los siguientes datos: * Número de afiliación * Nombres y apellidos del paciente * Cantidad de examenes (hojas de informe de examenes) * Firma y sello del técnico que lo realizó Los resultados de examenes practicados a pacientes hospitalizados o de emergencia los remitirá de inmediato al área de la que fueron solicitados, con su respectivo informe.
	9	ENVIA LISTADO DE PACIENTES E INFORME DE RESULTADOS	.- Elabora listado de pacientes, por cada unidad asistencial, con sus respectivos resultados de examenes, en original y copia

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE ARCHIVO CLINICO	10	RECIBE LISTADO DE RESULTADOS DE EXAMENES	.- Revisa el listado e informe de examenes. Si está de acuerdo con el contenido, firma de recibido. Si faltare algún examen, deja constancia de ello, haciendo la anotación correspondiente .- Devuelve copia de lista, firmado y sellado .- Archiva listado original
	11	ARCHIVA RESULTADOS DE EXAMENES	.- Los informes de resultados de examenes de laboratorios, los archiva en el expediente clínico de cada paciente
SERVICIO DE LABORATORIO	12	RECIBE COPIA DE LISTADOS	.- Revisa si la copia de listados se encuentran debidamente firmadas. .- Archiva copias
	13	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	

lc/emma

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE EXTENSION Y ENTREGA DE INCAPACIDADES EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

OBJETIVO : NORMATIZAR EL SISTEMA DE EXTENSION Y ENTREGA DE INCAPACIDADES

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
MEDICO	1	LLENA CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL	.- Conforme estado de salud del paciente, el médico tratante extiende Certificado de Incapacidad Temporal, mismo que puede ser hasta un máximo de veintiseis (26) semanas, (ciento ochenta y dos días). .- Si al concluir su período de incapacidad, el paciente llegara a necesitar prórroga, se le concede, previo dictámen, por trece (13) semanas más (noventa y un dias). .- Si su estado de salud se mantiene, la Comisión de Invalidez dictaminará una prórroga adicional por trece (13) semanas más (noventa y un días) (Ver Procedimiento de Extensión y Prórroga de Incapacidad Temporal Laboral).
	2	UBICA EXPEDIENTES	.- El médico ubica expedientes, separando los que llevan incapacidades de los que no lo tienen

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AUXILIAR DE ENFERMERIA	3	RETIRA EXPEDIENTES	.-La enfermera auxiliar retira de la clinica del médico los expedientes, tanto los que tienen incapacidades como - los que no tienen. .- Clasifica expedientes .- Los expedientes que tienen más de tres (3) días de incapacidad, los traslada a firma del Jefe de la Unidad Asistencial .- Los expedientes que no tienen incapacidad los envía al Area de Archivo Clínico.
JEFE DE UNIDAD ASISTENCIAL	4	REVISA EXPEDIENTES	.- Evalúa, de acuerdo a las normas de atención médica, los días de incapacidad otorgados. .- Firma las incapacidades
SECRETARIA MEDICA	5	RETIRA EXPEDIENTES	.- La Secretaria de la Unidad Médica Asistencial retira los expedientes con las incapacidades ya firmadas. .- Registra en Libro de Control .- Remite Incapacidades,con su respectivo expediente a la Sección de Incapacidades

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE INCAPACIDADES	6	RECIBE EXPEDIENTES	.-Revisa los expedientes con las incapacidades y verifica si todas están firmadas. Si hace falta alguna firma la devuelve para que se resuelva lo encontrado. .-Si todas las incapacidades están en orden, firma de recibido. .- Adjunta copia azul al expediente
	7	ENTREGA INCAPACIDADES AL INTERESADO	.- Para efectos de entrega de las incapacidades, el interesado deberá presentar: * Comprobante de Vigencia de Derechos * Carnet de Afiliación .- Al interesado le entrega el original y la copia rosada. .- Anexa copia azul al expediente clínico .- Envía expedientes al Archivo Clínico mediante listado.
	8	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN EL SERVICIO DE INHALOTERAPIA A PACIENTES AMBULATORIOS,DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION (ADULTOS Y NIÑOS)

OBJETIVO : NORMATIZAR EL SERVICIO DE ATENCION A PACIENTES EN INHALOTERAPIA

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SERVICIO DE INHALOTE-RAPIA	1	RECIBE DOCUMENTOS DEL PACIENTE	.- El derechohabiente entrega en el Servicio de Inhaloterapia lo siguiente: - Orden del médico tratante indicando el tratamiento a aplicar, que puede ser: * Nebulizaciones * Canalizaciones * Toracotomías * Torasentesis * Biopsias de pleura * Carnet de Afiliación

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	2	REGISTRA DATOS DEL PACIENTE	.- En el Cuadro de Control registra los siguientes datos: * Número de afiliación * Nombre del paciente * Diagnóstico
	3	DEVUELVE DOCUMENTOS AL PACIENTE	.- Una vez registrados los datos, al paciente se le devuelve: * Carnet de Afiliación - Cuando se trata de Canalizaciones, toracotomías, torasentesis,biopsias de pleura o nebulización por una sola vez, el Servicio de Inhaloterapia archiva la orden .- Si se trata de varias nebulizaciones, al paciente le devuelve la orden y en la parte posterior, se le indica los días en que deberá presentarse y mostrarla cada vez que acuda a recibir su tratamiento Cuando se trata de pacientes hospitalizados, al personal de enfermería de la Sala, se le proporciona el material para aplicar las nebulizaciones indicadas.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Devuelve documentos al paciente
PACIENTE	4	RECIBE DOCUMENTOS	.- Los documentos que recibe el paciente son: * Carnet de Afiliacion * Orden del médico tratante, con sus respectivas indicaciones
SERVICIO DE INHALO-TERAPIA	5	BRINDA EL SERVICIO	.- Aplica al paciente el servicio ordenado por el médico tratante .- Anota en Informe "Control Interno", los datos siguientes: * Nombres y apellidos del paciente * Número de afiliacion * Tratamiento aplicado
	6	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN SERVICIO DE ELECTRODIAGNOSTICO A PACIENTES AMBULATORIOS, DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZADOS

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE ATENCION Y ENVIO DE RESULTADOS DE ELECTRODIAGNOSTICOS A AREAS SOLICITANTES

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SERVICIO DE ELECTRO-DIAGNOSTICO	1	RECIBE DOCUMENTOS	.- En el Servicio de Electrodiagnóstico se reciben del asegurado, los siguientes documentos: * Orden de exámen de electrodiagnóstico * Carnet de Afiliación * Comprobante de Vigencia de Derechos .- Se constata en Cita Médica, la fecha de la próxima cita, y de acuerdo con ella, se señala la fecha en que deberá presentarse a practicarse su examen, brindando las especificaciones precisas, previas a su realización. (dependiendo del tipo de exámen a practicarse). .- Cuando se trata de pacientes hospitalizados o de emergencia, recibe y revisa orden de exámenes y se continúa con la Actividad 2.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- La orden de Electrodíagnostico es revisada para verificar si contiene todos los datos requeridos como ser: * Nombres y apellidos * Número de Afiliación * Sexo * Edad * Unidad Asistencial * Tipo de examen * Firma y sello del médico .- Si la orden de examen no contiene uno o mas de los datos anteriores, se le devuelve al paciente dicha orden para que solicite al médico tratante la corrección correspondiente.
	2	REGISTRA DATOS DEL PACIENTE	.- En el Libro Especial, se registran los datos siguientes: * Número de Control

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Número de afiliación * Nombre del paciente * Unidad Asistencial remitente .- Una vez registrados los datos, devuelve documentos al paciente
PACIENTE	3	RECIBE DOCUMENTACION	.- Al paciente se le devuelve: * Carnet de Afiliación * Comprobante de Vigencia de Derechos
SERVICIO DE ELECTRO-DIAGNOSTICO	4	ENTREGA ORDEN DE EXAMEN	.- La orden de examen se destribuye al área especializada, según tipo de examen. En el caso de pacientes hospitalizados o de emergencia, se procederá de igual manera que con el paciente ambulatorio, pero con atención especial, según sea su estado de salud.
	5	REALIZA EXAMEN INDICADO	.- Registra en Libro de Examenes el tipo de examen a

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			practicar y los siguientes datos: * Nombre del paciente * Número de afiliación * Tipo de examen .- Anota los resultados en formulario especial "Hoja de Informe de Electrodiagnóstico".
	6	ORDENA HOJAS DE INFORME	.- De conformidad al número de control de cada paciente, deben recolectarse las hojas de informe de electrodiagnóstico. .- Ordena las hojas de informe de exámenes de electrodiágnostico, elabora listado en original y copia, el que contendrá los siguientes datos: * Número de afiliación * Nombres y apellidos del paciente * Cantidad de exámenes (Hojas de Informe de Examenes)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Firma y sello del Jefe de Servicio .- Los resultados de exámenes practicados a pacientes hospitalizados o de emergencia, serán remitidos de inmediato al área de la que fueron solicitados, con su respectivo informe
	7	ENVIA LISTADO DE INFORMES A ARCHIVO CLINICO	.- Elabora listado de pacientes por Unidad Asistencial y envía al Archivo Clinico de la Unidad Asistencial solicitante, acompañado de los respectivos resultados
ARCHIVO CLINICO	8	RECIBE LISTADO E INFORME	.- Revisa el listado e informe de resultados de examenes, si está de acuerdo con el contenido, firma de recibido Si falta algún resultado de examen, deja constancia de los examenes pendientes de recibir y que se mencionan en dicho listado. .- Devuelve copia, debidamente firmada y sellada
	9	ARCHIVA LISTADOS	.- Las copias de los listados las archiva en el lugar correspondiente.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Los resultados de examenes de electrodiagnóstico se archivan en el expediente clínico de cada paciente.
SERVICIO DE ELECTRO-DIAGNOSTICO	10	ARCHIVA LISTADOS	.- Recibe y revisa los listados de informes remitidos y los archiva
	11	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN SERVICIO DE RAYOS X A PACIENTES AMBULATORIOS, DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE ATENCION Y ENVIO DE RESULTADOS DE EXAMENES REALIZADOS A AREAS SOLICITADAS

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SERVICIO DE RAYOS X	1	RECIBE DOCUMENTOS DEL PACIENTE	.- El derechohabiente entrega los siguientes documentos: * Orden (es) de examen radiológico * Carnet de Afiliación * Comprobante de Vigencia de Derechos .- En el caso de exámenes radiológicos, ordenados por Medicina Especializada (II Nivel), constata en cita médica, la fecha de próxima cita, y de acuerdo con ella, señala la fecha en que deberá presentarse a practicarse su examen, brindando las especificaciones precisas, previas a su realización (dependiendo del tipo de exámen a practicar). .- Cuando se trata de pacientes hospitalizados o de emergencia, recibe y revisa orden de examenes y se

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			continúa con la Actividad 2. La orden de exámenes radiológicos debe ser revisada y verificar si cuenta con toda la información requerida para su atención. Los datos a verificar son: * Nombre y apellidos del paciente * Número de afiliación * Sexo * Edad * Unidad Asistencial remitente * Tipo de examen * Firma y sello del médico .- Si la orden del médico no contiene uno o mas de los datos anteriores, se devuelve la orden al paciente para que solicite a su médico tratante la corrección indicada. .- Una vez corroborada la información procede a registrar

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			los datos del paciente, en el Libro de Control, y que consisten en: * Número de Control * Número de afiliación * Nombre del paciente * Unidad Asistencial remitente .- Devuelve documentos al paciente. - Al paciente se le devuelve: * Carnet de Afiliación * Comprobante de Vigencia de Derechos
	2	DISTRIBUYE ORDENES DE EXAMENES	.- En el caso de pacientes hospitalizados o de emergencia, se procederá de igual manera que con el paciente ambulatorio, pero con grado de atención especial, por su estado de salud.
	3	REALIZA EXAMENES INDICADOS	.- En el libro Registro Diario de Examenes, debe anotarse los siguientes datos:

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Nombre del paciente * Número de afiliación * Tipo de examen * Nombre del técnico que realizó el examen * Cantidad de material utilizado en el estudio, por paciente .- En el formulario "Registro Diario de Rayos X" anota los examenes realizados y los traslada a Archivo de Rayos X para su interpretación.
ARCHIVO DE RAYOS X	4	CLASIFICA PLACAS RADIOLOGICAS	.- Se buscan controles (antecedentes) de paciente .- Se clasifican por médico tratante (cantidad de examenes) .- Traslada placas radiológicas a interpretación
MEDICO TRATANTE	5	INTERPRETA PLACAS RADIOLOGICAS	.- El médico tratante revisa, interpreta y dictámina sobre las placas tomadas a sus pacientes. .- Anota resultados en formulario especial, con indicación

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			del tipo de exámen y datos del paciente .- Envia resultados a Archivo de Rayos X
ARCHIVO DE RAYOS X	6	ORDENA HOJAS DE INFORME	.- Conforme número de control de cada paciente, se clasi-fican las hojas de informes radiológicos, por paciente y según Sala o Unidad Médica Asistencial.
	7	ELABORA LISTADO DE INFORME	.- Elabora listado de informe de resultados, en original y copia, y contendrá la siguiente información: * Número de afiliación * Nombres y apellidos del paciente * Cantidad de examenes (Hojas de Informe de Exá-menes) * Firma y sello del Jefe de Servicio .- Los resultados de examenes prácticados a pacientes hospitalizados o de emergencia, serán remitidos de inmediato al área de la que fueron solicitados, con su respectivo informe.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	8	TRASLADA RESULTADOS DE EXAMENES PRACTICADOS	.-Remite listado de pacientes e informe de resultados (original y copia) al área de Archivo de cada Unidad asistencial.
AREA DE ARCHIVO UNIDAD ASISTENCIAL	9	RECIBE LISTADOS E INFORMES RADIO-LOGICOS	.- Revisa el listado e informes de resultados de examenes, firma de aceptación.- Si faltare uno o más resultados, deja constancia de ello, en el mismo listado de remision .- Entrega copia de listado, firmado y sellado .- Archiva listado original .- Ingresa resultados de examenes radiológicos al expe-diente clínico de cada paciente.
SERVICIO DE RAYOS X	10	ARCHIVA COPIA DE LISTADO	.- Al recibir la copia del listado, revisa si se encuentra debidamente sellado y firmado. .- Archiva copia de listado
lc/emma	**11**	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACION, REGISTRO Y RECUPERACION DE VALORES POR TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS POR SERVICIO SOCIAL (P. S. S.)

OBJETIVO: MANTENER REGISTRO REAL DE ATENCIONES POR TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS POR SERVICIO SOCIAL (P.S.S.) Y SU FORMA DE RECUPERACION

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SOLICITANTE	1	PRESENTA SOLICITUD DE HEMO-DIALISIS	.- Presenta, por escrito, solicitud de tratamiento de Hemo-dialisis en la Coordinación de Negociación de Convenios .- El formulario de solicitud debe contener la información siguiente. I. Datos del solicitante responsable * Nombre completo del solicitante responsable * Número de Identidad * Teléfono domicilio/ celular * Dirección del domicilio * Nombre de la Institución o empresa en que labora * Dirección del Lugar de Trabajo y teléfono

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Salario que devenga II.-Datos del Paciente * Nombre completo del paciente * Número de identidad * Teléfono domicilio/ celular * Médico que lo remite * Parentesco con el responsable * Diagnóstico III. Datos de los avales * Nombre completo del Aval 1 * Número de Identidad * Teléfono domicilio/celular * Dirección del domicilio * Nombre de la Institución o empresa en que labora * Dirección del lugar de trabajo y teléfono

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Salario * Igual información del Aval 2 * Firma del Solicitante Responsable Para uso exclusivo de Coordinación de Negociación de Convenios * Observaciones * Hora y fecha de Recepción de Solicitud * Nombre completo de quien recibe la solicitud * Aprobada por * Fecha de Aprobacion **Nota**: Esta solicitud no es válida sin la firma y sello de autorización por la Coordinación de Negociación de Convenios .- Traslada solicitud a Sub-Gerencia de Registros Contables (Sección de Costos)
SUB-GERENCIA DE REGISTROS CONTABLES (SECCION DE COSTOS)	2	ESTABLECE COSTOS	.- Establece los costos que implicaría el tratamiento solicitado

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Informa al solicitante sobre el monto que le correpondería pagar por el tratamiento, indicando que debe pagar el valor completo, según aplicaciones a recibir.
SOLICITANTE	3	AUTORIZA ELABORACION DE CONVENIO	.-Acepta los costos y solicita la elaboración del convenio de pago
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	4	ELABORA CONVENIO	.- El convenio de pago deberá contener, entre otra la siguiente información: * Nombre del responsable * Estado civil * Número de tarjeta de identidad * Domicilio * Lugar de trabajo (acompañar constancia de trabajo y sueldo) * Nombre del paciente * Cantidad a depositar como pago * Nombre de los dos (2) avales

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Dirección de los avales * Lugar de trabajo (acompañar constancia de trabajo y fotocopia de documentos personales) * Fecha de suscripción del convenio * Número de memorandum de autorizacion * Número de recibo de pago * Firma del responsable * Firma de los dos (2) avales * Observaciones (Formato No. 2) .- El convenio de pago deberá ser redactado así: Original - Negociacion de Convenios Copia - Interesado Copia - Sección de Costos Copia - Administración Hospital

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			Copia - Servicio de Hemodialisis Copia - Expediente Copia - Archivo .- Una vez firmado el Convenio, tanto por el Director Ejecutivo como por el interesado, se traslada a la Gerencia del Hospital, a fin de que se programen las citas al paciente, conforme a lo indicado por el médico tratante.
ADMINISTRADOR HOSPITAL	5	RECIBE COPIA DE CONVENIO	.- Con la copia del convenio, instruye al Servicio de Hemodialisis para que lleve control de las aplicaciones y medicamentos aplicados , a fin de contar con registros actualizados. .- En los dos (2) primeros días del mes remite informe a la Sección de Costos para elaborar el respectivo Estado de Cuenta.
SECCION DE COSTOS	6	ELABORA ESTADO DE CUENTA	.- Con los datos enviados por la Administración del Hospital, elabora el respectivo Estado de Cuenta, con el propósito de que el suscriptor del Convenio, conozca si se ha hecho gastos adicionales que deberá hacer efectivo al recibir la notificación correspondiente.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SUSCRIPTOR DEL CONVENIO	7	CANCELA VALORES ADEUDADOS	.- Se presenta a Tesorería del IHSS a cancelar el valor indicado.
TESORERIA DEL IHSS	8	RECIBE EFECTIVO	.- Conforme al Estado de Cuenta, recibe del suscriptor el valor indicado, por el cual extiende el recibo correspondiente, entregando el original al interesado.
SUSCRIPTOR DEL CONVENIO	9	RECIBE ORIGINAL DEL RECIBO	.- Este comprobante lo presenta a la Coordinación Negociación de Convenios para que se realicen los registros respectivos.
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	10	REALIZA ANOTACIONES	.- El número de recibo lo anota en la copia del convenio. Si el tratamiento continua, el proceso de registro de tratamiento y medicamentos aplicados se continua manejando para su recuperación posterior. .- De haber faltado al cumplimiento de sus obligaciones, se notificará a la Dirección/Gerencia del Hospital y al Servicio de Hemodialisis para suspender el tratamiento. .- En la Oficina Regional del Norte, se procederá de igual forma y la autorización será otorgada por el Director/ Gerente del Hospital Regional

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			NOTA : Por el tipo de tratamiento que se brinda, el contrato podría tener válidez por seis (6) meses, y a su finalización podría suscribirse uno nuevo, siempre y cuando se haya dado fiel cumplimiento al anterior.
	11	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA A PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS

OBJETIVO: NORMATIZAR EL SERVICIO DE ATENCION A PACIENTES EN QUIMIOTERAPIA

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SERVICIO DE QUIMIO-TERAPIA	1	RECIBE DOCUMENTOS DEL PACIENTE	.- El paciente presenta los siguientes documentos: * Carnet de Afiliación * Comprobante de Vigencia de Derechos * Tarjeta de Remisión
	2	REGISTRA DATOS DEL PACIENTE	.- En el libro de control se registran los siguientes datos: * Nombre del paciente * Número de afiliación * Médico remitente * Diagnóstico * Medicamento

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Persona que lo aplicará .- Una vez hechas las anotaciones correpondientes, al paciente se le devuelve: * Carnet de Afiliación * Comprobantes de Vigencia de Derechos .- El procedimiento para pacientes hospitalizados es igual que con los ambulatorios
	3	SE BRINDAN INSTRUCCIONES AL PACIENTE	.- Al paciente se le instruye sobre el tratamiento a recibir tal como: * Si es intravenoso * Efectos que produce * Medicamento que debe traer para controlar el vomito * Indicar que debe venir con un acompañante
	4	APLICA TRATAMIENTO	.- Al paciente se le aplica el tratamiento el primer día que se presente.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	5	SE CITA PACIENTE	.- Al paciente se le indica la fecha en que deberá presentarse a próxima cita, que será para 21 días después, recordándole que debe traer medicamento para vómito .- Si el caso lo amerita, se le brindará refuerzo a los ocho (8) días. **NOTA : La enfermera que aplique el tratamiento, deberá tomar todas las medidas de protección necesarias a fin de evitar contaminacion**
	6	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION DE RADIOTERAPIA A PACIENTES DEL IHSS, EN EL CENTRO DE CANCER EMMA ROMERO DE CALLEJAS

OBJETIVO: NORMATIZAR EL SERVICIO DE ATENCION A PACIENTES EN RADIOTERAPIA

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
MEDICO ESPECIALISITA (ONCOLOGO)	1	REMITE PACIENTE A CONSULTA	.- El Médico Especialista, despues de efectuar los análisis correspondientes, determina la necesidad de aplicar radioterapia al paciente, y lo remite al Centro de Cancer Emma Romero de Calleja, con la documentación que lo acredite.
SERVICIO DE RADIOTERAPIA (CENTRO DE CANCER EMMA ROMERO DE CALLEJAS)	2	PRESENTA REMISION DEL ESPECIALISTA	.- El paciente, previo a ser atendido deberá presentar lo siguiente: * Referencia de la Dirección Ejecutiva del IHSS para su atención * Referencia del Médico (Oncologo), detallando el padecimiento del paciente * Biopsia,confirmando diagnóstico * Tratamiento recomendado

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	3	RECIBE DOCUMENTACION	.- En el Servicio de Radioterapia se revisa la documentación presentada por el paciente, con la que se procede de la siguiente manera: * Se elabora expediente personal * Se elabora la planificación para su atención, para protección de áreas .- Se le instruye sobre el tratamiento a recibir, tal como: * Informe sobre el diagnóstico médico * Efectos que produce el tratamiento * Dieta * Otros .- Se le asigna cita para el día y hora en que se iniciará la radioterapia.
	4	APLICA TRATAMIENTO	.- El día señalado para cita, se le aplica la radioterapia. El técnico que atiende al paciente hará uso de las medidas de protección necesarias para evitar la contaminación por radiación

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	5	REGISTRA APLICACIONES REALIZADAS	.- En el expediente se anota, el tipo de aplicación realizada .- En los Controles especiales, detalla: * Nombre del paciente * Tratamiento aplicado * Medicamentos usados en la aplicación .- Indica al paciente fecha, día y hora de la próxima cita .- A inicios del mes siguiente , elabora informe mensual de las radioterapias aplicadas, con sus respectivos costos.
	6	PRESENTA INFORME DE COSTOS	.- Elabora el informe de las radioterapias aplicadas a pacientes del IHSS, con sus respectivos costos. .- El informe debe ser remitido al Director / Gerente del Hospital de Especialidades, con detalle de la información siguiente: * Nombre del paciente

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Número de afiliación * Número de radioterapias aplicadas en el mes * Costo unitario y costo total .- El Director / Gerente del Hospital de Especialidades traslada este informe al Administrador del Hospital para que revise los montos especificados, de acuerdo a lo estipulado en el Convenio de Pago Una vez revisado, el Departamento de Administración prepara documentación para efectos de pago, el que se remite a la Subgerencia de Presupuesto para que proceda a hacer efectivo los valores pendientes de pago La solicitud de pago deberá estar autorizada por el Administrador y Director Gerente del Hospital, respectivamente.
	7	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN SERVICIO DE EXAMENES ESPECIALES (AUDITIVOS, DE LENGUAJE, LOCOMOCION, ETC.)

OBJETIVO: ESTABLECER LOS MECANISMOS PRECISOS PARA ATENCION A PACIENTES CON LIMITACIONES

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PSICOLOGO	1	ATIENDE AL PACIENTE	.- Interroga al paciente sobre el tipo de problemas que presenta. .- Anota en el expediente, las observaciones sobre el caso. .- Solicita al paciente realizar algunos ejercicios de prueba (de acuerdo a su padecimiento) para conocer la intensidad de su problema. .- De acuerdo a lo observado, establece el tipo de tratamiento a aplicar .- Si se trata de niños, el mismo aplica la terapia requerida o lo remite a Medicina Física y Rehabilitación para su tratamiento. .- En el caso de adultos, lo remite directamente a Medina - Fisica y Rehabilitación para su tratamiento

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (FONOAUDIOLOGIA, TERAPISTA DE LENGUAJE Y/O PSICOLOGO)	2	APLICA TRATAMIENTO	.- En tarjeta especial, registra los datos siguientes: * Número de Control * Número de Afiliación * Nombre del paciente * Tratamiento a aplicar * Días en que será atendido * Hora en deberá presentarse * Implementos que deberá traer a cada cita .- Cada mes, el Fonoaudiologo,Terapista de Lenguaje o Psicologo, que lo remitio, deberá evaluar el desarrollo obtenido y conforme a ello, continuar, suspender o concluir el tratamiento .- Los pacientes pediátricos serán atendidos hasta la edad de once (11) años, y si necesitan continuar tratamiento, se les hará la boleta de evaluación y remisión a: * TELETON

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Escuelas Especiales * PREPACE
	3	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN EL SERVICIO DE SALA DE AISLADOS A PACIENTES

OBJETIVO: NORMATIZAR EL SERVICIO DE ATENCION A PACIENTES EN SALA DE AISLADOS

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SALA DE AISLADOS	1	RECIBE DOCUMENTOS	.- Revisa los documentos que presenta el paciente y son: * Remisión del Infectologo * Resúmen Clínico * Examenes practicados * Compromiso con su enfermedad (Tuberculosis Pulmonar y Cuadro Cardiológico asociado con SIDA) * Referencia del infectólogo o médico que lo evaluó. .- Tanto la remisión como la referencia deben venir avalados con la firmna del médico que hizo la evaluación.
	2	REGISTRA DATOS DEL PACIENTE	.- Los datos que se registran para ingreso del paciente son: * Número de expediente

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Nombre * Sexo * Cupo Los pacientes, antes de ser ingresados, deberán ser evaluados en el Servicio de Emergencia y ordenar su ingreso.
	3	INGRESA AL PACIENTE	.- A los pacientes de primer ingreso se les brinda consejería sobre la enfermedad que adolece, desarrollo de su enfermedad, cuidados especiales que requiere, tratamiento a recibir y otros detalles de interés especial durante su estadía en el Hospital.
	4	APLICA TRATAMIENTO	.- El personal del Servicio de Aislados, aplica el tratamiento indicado por el médico. .-Una vez estabilizados en su padecimiento, se les da el alta.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Las próximas citas son atendidas por el médico infectó-logo, en su consultorio del IHSS.
	5	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACION, REGISTRO Y RECUPERACION DE VALORES POR ASISTENCIA MEDICO-HOSPITALARIA, " POR SERVICIO SOCIAL"

OBJETIVO. MANTENER REGISTRO REAL DE ATENCIONES MEDICO-HOSPITALARIAS POR SERVICIO SOCIAL (PSS) Y SU FORMA DE RECUPERACION

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SOLICITANTE	1	PRESENTA SOLICITUD DE ASISTENCIA MEDICA	.- La persona que solicite asistencia médica-hospitalaria deberá cumplir con los siguientes requisitos. * Que trabaje en empresa privada, reconocida * Que cuente con un minimo de un año de antigüedad * Que cuente con un salario base mensual de Lps. 10,000.oo * Que presente constancia de trabajo, con detalle de las deducciones. * Presentar dos avales que trabajen en una empresa privada reconocida * Que cuente con un año de antigüedad, como minimo * Que perciba un salario base mensual no menor de Lps. 7,000.oo

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Presentar constancia (avales), con detalle de las deducciones .- En caso de que la persona que directamente necesita la atención médica no trabaje, la solicitud deberá ser presentada por la persona responsable del paciente. .- La persona interesada o su responsable deberá llenar la solicitud que el Instituto le proporcionará y que contiene -- la siguiente información: * Datos del solicitante responsable (nombre completo, número de identidad, teléfono del domicilio y celular, dirección del domicilio, nombre de la institución o empresa en que labora, dirección del lugar de trabajo y teléfono). * Datos del paciente (nombre completo, número de identidad, teléfono del domicilio y celular, médico que lo remite, parentesco con el responsable, diagnóstico) *Datos de los Avales 1 y 2 (Nombre completo del avales número de identidad,telefono domicilio/celular, direción del domicilio, nombre de la institución o empresa en que labora, dirección del lugar de trabajo y telefóno, salario L.)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Firma del solicitante responsable .- Para uso exclusivo de la Coordinación de Negociación de Convenios. (Observaciones, hora y fecha de recepción de solicitud, nombre completo de quien recibe la solicitud, aprobada por, fecha de aprobación). .- La solicitud debidamente llenada, debe venir acompañada de: Resúmen clínico, placas de rayos x, examenes y todos los estudios realizados a el (la) paciente y presentarla en la Coordinación de Negociación de Convenios.
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	2	RECIBE SOLICITUD	.- Revisa si la solicitud viene acompañada de la documentación requerida. Si le falta parte de los examenes o documentos necesarios la devuelve al solicitante para que la complete. .- Si la solicitud cuenta con todos los elementos necesarios, la traslada a la Sub-Gerencia de Registros Contables (Sección de Costos) a fin de que se haga la respectiva la respectiva investigación de costos.
SUB GERENCIA DE REGISTROS CONTABLES (SECCION DE COSTOS)	3	INVESTIGA COSTOS	.- Investiga los costos del tratamiento solicitado, emitiendo para ello el respectivo informe.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Traslada solicitud, acompañada del informe de costos a la Dirección Ejecutiva para que autorice o no la suscripción del Convenio.
DIRECCION EJECUTIVA	4	AUTORIZA O DENIEGA AUTORIZACION	.- Revisa la solicitud. Si no está de acuerdo con la información, devuelve la solicitud a Negociación de Convenios -- para que informe al solicitante que su solicitud ha sido denegada. Si esta conforme, firma de aprobación. .- Traslada solicitud a Sub -Gerencia de Registros Contables.
SUBGERENCIA DE REGIS - TROS CONTABLES	5	INFORMA DE LA APROBACION	.- El documento de solicitud aprobado lo traslada a la Gerencia de Afiliación mediante Memorandum para la elaboración del respectivo contrato
GERENCIA DE AFILIACION (COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS)	6	ELABORA CONVENIO	.- Una vez aprobada la solicitud, se elabora el Convenio de pago, el cual es emitido en original y cuatro (4) copias, las cuales se distribuyen así: Original: Interesado Copia: Subgerencia de Registros Contables

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			Copias (2): Gerencia y Subgerencia del Hospital de Especialidades Copia: Expediente Administrativo .- Al interesado se le entrega orden para que haga efectivo el pago completo del tratamiento.
INTERESADO	7	REALIZA EL PAGO	.- Realiza el pago total del tratamiento en la Tesorería del Instituto
TESORERIA DEL IHSS	8	EXTIENDE RECIBO	.- Elabora recibo a favor del solicitante por el valor señalado en la orden emitida por la Negociación de Convenios .- Entrega recibo original al interesado
INTERESADO	9	PRESENTA COMPROBANTE DE PAGO	.- El comprobante de pago lo presenta en Negociación de Convenios para que sea anotado en el Convenio
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	10	INFORMA AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	.- Remite al Hospital de Especialidades (Gerencia y Sub-Gerencia respectivamente), las dos copias del Convenio para que procedan a realizar el tramite correspondiente.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	11	RECIBE COPIAS DEL CONVENIO	.- Coordina con el área de Admisión la cita para el paciente. .- Comunica al paciente la fecha en que tiene cita con el Médico Especialista
PACIENTE	12	ASISTE A CITA CON EL ESPECIALISTA	.- El día indicado, se presenta a consulta con el Médico Especialista a quien le da detalles completos de su padeci - miento y el porqué de la solicitud del tratamiento.
MEDICO ESPECIALISTA	13	PROGRAMA CIRUGIA	.- Dependiendo de la gravedad del caso, programa la cirugía, instruyendo al paciente sobre los pasos a seguir, previo a la intervención quirúrgica.
PACIENTE	14	CUMPLE REQUISITOS SEÑALADOS	.- Lleva a cabo las actividades señaladas por el Médico Especialista, se somete a la operación quirurgica .- Una vez recuperado el paciente, se le da el alta
ADMINISTRACION DEL HOSPITAL	15	REGISTRA COSTOS DEL TRATAMIENTO	.- La Administración del Hospital debe llevar registro de todos y cada uno de los costos que implica el tratamiento al paciente .- Si los costos resultan más elevados que los estimados,

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			se le informa al responsable con la finalidad de que cubra dicha deuda, previo al egreso del paciente. .- Traslada información a la Negociación de Convenios para que realice el tramite correspondiente a la recuperación
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	16	ELABORA ADDENDUM	.- Con la información generada en el Hospital de Especialidades, elabora addendum al Convenio original, estableciendo la cantidad que se adeuda al Instituto. .- Instruye al responsble a hacer efectivo el pago, en la Tesorería del IHSS.
RESPONSABLE	17	RECIBE NOTIFICACION DE PAGO	.- Se presenta a Tesorería a hacer efectivo el pago de los costos estimados, fuera de convenio.
TESORERIA DEL IHSS	18	EXTIENDE RECIBO DE PAGO	.- Recibe la cantidad especificada en la notificación, y entrega al interesado el recibo original.
RESPONSABLE	19	PRESENTA COMPROBANTE DE PAGO	.- En Coordinación de Negociación de Convenios presenta el comprobante de pago a fin de que sea anotado en la copia del Convenio.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	20	NOTIFICA AL HOSPITAL SOBRE PAGO REALIZADO	.- Emite notificación al Hospital sobre el pago efectuado por el responsable.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	21	AUTORIZA ALTA DEL PACIENTE	.- Con la notificación de pago, instruye a quien correspon-da para que se de el alta al paciente.
PACIENTE	22	ABANDONA EL HOSPITAL	.- Una vez cumplidos con todos los requisitos de egreso hospitalario, el paciente abandona el Hospital.
	23	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	

lc/emma

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACION,REGISTRO Y RECUPERACION DE VALORES POR ASISTENCIA MEDICO-HOSPITALARIA FAMILIARES DE EMPLEADOS EN CLAUSULA No. 58 DEL CONTRATO COLECTIVO DE CONDICIONES DE TRABAJO

OBJETIVO: MANTENER REGISTRO REAL DE ATENCIONES MEDICO-HOSPITALARIAS A BENEFICIARIOS DE CLAUSULA 58

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EMPLEADO DEL IHSS	1	PRESENTA SOLICITUD DE ASISTENCIA MEDICA	.- El empleado que solicita la asistencia médica-hospitalaria para pariente incluido en la Clausula 58 deberá cumplir con los siguientes requisitos: * Que sea empleado permanente * Que presente Constancia de Trabajo * Partida de nacimiento de la persona para quien solicita la asistencia médica-hospitalaria (para verificar el parentesco) .- El empleado solicitante deberá llenar la solicitud que el Instituto le proporcionará y que contiene la siguiente información: * Datos del solicitante responsable (nombre completo, número de identidad, teléfono del domicilio y celular, dirección del domicilio, Area donde trabaja en el Instituto, cargo que desempeña, salario que devenga)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Datos del paciente (nombre del paciente, número de identidad o partida de nacimiento, teléfono del domicilio y celular, médico que lo remite, parentesco con el empleado, diagnóstico) * Firma del solicitante responsable .- Para uso exclusivo de la Coordinación de Negociación de Convenios (Observaciones, hora y fecha de recepción de solicitud, nombre completo de quien recibe la solicitud, aprobada por, fecha de aprobación). .- La solicitud debidamente llenada, debe venir acompañada de: Resúmen Clínico, placas de rayos x,, examenes y todos los estudios realizados a el (la) paciente y presentarla en la Coordinacion de Negociación de Convenios
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	2	RECIBE SOLICITUD	.- Revisa si la solicitud viene acompañada de la documentación requerida. Si le falta parte de los exámenes o documentos necesarios, la devuelve al solicitante para que la complete. .- Si la solicitud cuenta con todos los elementos necesarios, la traslada a la Sub-Gerencia de Registros Contables (Sección de Costos) a fin de que se haga la respectiva investigación.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SUBGERENCIA DE REGIS-TROS CONTABLES (SECCION DE COSTOS)	3	INVESTIGA COSTOS	.- Investiga los costos del tratamiento solicitado, emitiendo para ello el respectivo informe. .- Traslada solicitud, acompañada del informe de costos a la Dirección Ejecutiva para que autorice la suscripción del Convenio
DIRECCION EJECUTIVA	4	AUTORIZA TRATAMIENTO	.- Revisa y firma solicitud. .- Traslada solicitud d Sub-Gerencia de Registros Contables
SUBGERENCIA DE REGISTROS CONTABLES	5	INFORMA DE LA APROBACION	.- El documento de solicitud aprobado lo traslada a la Gerencia de Afiliación, mediante Memorandum, para la elaboración del respectivo contrato.
GERENCIA DE AFILIACION (NEGOCIACION DE CONVENIOS)	6	ELABORA CONVENIO	.- Una vez aprobada la solicitud, se elabora el Convenio de Pago, el cual es emitido en original y cuatro (4) copias, las cuales se distribuyen así: Original: Interesado Copia: Subgerencia de Registros Contables

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			Copias(2): Gerencia y Sub-Gerencia del Hospital de Especialidades Copia: Expediente Administrativo .- De acuerdo al monto de los costos, el sueldo que devenga el empleado y lo que percibe de sueldo, despues de deducciones, se negocía el número de cuotas en que podrá cancelar la deuda, al igual que el valor de cada una de ellas, las cuales serán deducidas por planilla, para lo cual deberá firmar la respectiva autorización autorización.
	7	INFORMA AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	.- Remite al Hospital de Especialidades (Gerencia y Sub-Gerencia respectivamente), las dos copias del Convenio para que procedan a realizar el trámite correspondiente
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	8	RECIBE COPIAS DEL CONVENIO	.- Coordina con el Area de Admisión la cita para el (la) paciente .- Comunica a el (la) paciente la fecha en que tiene cita con el médico

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PACIENTE	9	ASISTE A CITA CON EL ESPECIALISTA	.- El día indicado, se presenta a consulta con el Médico Especialista a quien le da detalles completos de su padecimiento y el porqué de la solicitud de tratamieto.
MEDICO ESPECIALISTA	10	PROGRAMA CIRUGIA	.- Dependiendo de la gravedad del caso, programa la cirugía, instruyendo al paciente sobre los pasos a seguir, previo a la intervención quirúrgica.
PACIENTE	11	CUMPLE REQUISITOS SEÑALADOS	.- Lleva a cabo las actividades señaladas por el Médico y el día indicado por el Médico Especialista, se somete a la operación quirúrgica.
ADMINISTRACION DEL HOSPITAL	12	REGISTRA COSTOS DEL TRATAMIENTO	.- La Administración del Hospital debe llevar registro de todos y cada uno d e los costos que implica el tratamiento al paciente. .- Si los costos generados por el tratamiento son iguales a los costos estimados, una vez recuperado el paciente, se le da el alta. .- Si los costos resultan más elevados que los estimados, se le informa al responsable con la finalidad de que sean agregados como addendum .

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Autoriza el alta del paciente .- Traslada información a la Negociación de Convenios para que realice el trámite correspondiente
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	13	ELABORA ADDENDUM	.- Con la información generada en el Hospital de Especialidades, elabora addendum al Convenio Original, estableciendo la cantidad que será agregada al costo primario, con lo cual puede variar el plazo en que había negociado el pago o el monto de las cuotas en forma mensual
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	14	BRINDA ATENCION MEDICA	.- Si se tratara de un accidente o una emergencia, el empleado deberá presentar su Carnet de Afiliación, comprobante de vigencia de derechos y Carnet de identificación personal (empleado) a fin de que se le brinde a su partiente la atención médica de emergen cia y al día siguiente hábil realizar el trámite correspondiente, para la inscripción del Convenio de Pago, cumpliendo todos los requisitos exigidos por la Coordinación de Negociación de Convenios.
lc/emma	**15**	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	

D.- OTROS PROCEDIMIENTOS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA ARRENDAMIENTO Y PRESTAMO DE APARATOS Y ACCESORIOS ORTOPEDICOS A PACIENTES			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA OTORGAR LOS APARATOS Y ACCESORIOS ORTOPEDICOS A PACIENTES DE LA CLINICA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, EN CALIDAD DE ARRENDAMIENTO Y/O PRESTAMO			
VALIDADO POR MEDICINA FISICA Y REHABILITACION MEDIANTE MEMO-144-UMFR-2006 DEL 9-05-06			
RESPONSABLE	**No.**	**ACTIVIDADES**	**REGLA O NORMA**
PACIENTE O RESPONSABLE	1	PRESENTA REQUERIMIENTO .	.- Se presenta a Trabajo Social, con la receta extendida por el medico tratante Este formato especifica el tipo de accesorio o aparato ortopédico que necesita el paciente y el tiempo durante el cual debe ser utilizado. (Formato No. 1)
TRABAJO SOCIAL (CLINICA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION)	2	RECIBE RECETA	.- Verifica la información contenida en la receta * Verifica existencia del accesorio o aparato ortopedico solicitado * De no haber disponibilidad lo informa de esa manera al paciente o responsable y le orienta sobre otras opciones fuera del Instituto * De existir la disponibilidad del accesorio o aparato ortopedico solicitado, informa al paciente o responsable

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			sobre los costos que deberá asumir los que se detallan al final de este procedimiento.
PACIENTE O RESPONSABLE	3	RECIBE INFORMACION SOBRE LOS COSTOS	.- Si no esta de acuerdo con los costos, Trabajo Social realiza estudio socio-económico , mediante el cual justifica, si procede, costos menores a los establecidos, informando al paciente o responsable, quien tomará la decisión correspondiente. (Formato No. 2) * Si el paciente o responsable no acepta los costos manifestados, el estudio socio-económico se traslada a la Jefatura de la Clínica de Médicina Física y Rehabilitación para que decida, dependiendo del aparato o accesorio de que se trate, si se asigna con o sin depósito. Si se asigna sin depósito, hace la respectiva anotación al final del estudio socio-económico, debidamente sellado y firmado .- Envia paciente a Trabajo Social (Continua con actividad 12)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
CLINICA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (TRABAJO SOCIAL)	4	PREPARA DOCUMENTACION	.- Llena notificación de depósito el cual contiene la siguiente información: * Nombre del paciente o responsable * Número de afiliación * Nombre y código del medico emisor * Cantidad del depósito en letras y números (si procede) * Fecha probable de devolución * Firma y sello de la Clínica de Médicina Física y Rehabilitación * Fecha, dirección y número telefónico (En caso de ser menor de edad, se deben incluir los datos de éste) (Formato No. 3) .- Entrega al paciente o responsable la notificación de depósito, copia del estudio socio-económico (si es necesario) copia de receta y lo remite a la Coordinación de Negociación de Convenios.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PACIENTE O RESPONSABLE	5	RECIBE NOTIFICACION DE DEPOSITO Y ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO (SI PROCEDE)	.- Se presenta a la Coordinación de Negociación de Convenios y entrega la documentación
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	6	AUTORIZA EL PAGO DEL DEPOSITO	.- Verifica los datos de la notificación y si estan todos correctos, otorga su Visto Bueno, firmando y sellando y remite al paciente o responsable a Caja Receptora a realizar el pago correspondiente
PACIENTE O RESPONSABLE	7	REALIZA EL PAGO	.- Presenta documentación en caja receptora y efectúa el pago
CAJA RECEPTORA	8	EMITE RECIBO DE PAGO	.- Elabora recibo de pago y entrega original a paciente o responsable. (Formato No. 4)
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	9	ELABORA CONTRATO	.- En la notificación de Depósito, anota número de Recibo de Pago y fecha de emisión * Elabora Contrato, si procede, dependiendo del accesorio o aparato solicitado En la notificación, anota el número de Contrato y la fecha

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			de emisión * Solicita al paciente o responsable la respectiva firma
PACIENTE O RESPONSABLE	10	FIRMA CONTRATO	* Firma contrato (Formato No. 5)
COORDINACION DE NEGO-CIACION DE CONVENIOS	11	ENTREGA COPIA DE CONTRATO	.- Entrega al paciente o responsable copia del Contrato, de--bidamente firmado, así como la copia de la Notificación de Depósito y el recibo de pago original y lo remite a la Clínica de Médicina Física y Rehabilitación a reclamar el aparato o accesorio
CLINICA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (TRABAJADORA SOCIAL)	12	ENTREGA APARATO O ACCESORIO	.- Una vez verificados los datos del paciente o responsable, llena el formato de Entrega y Recepción de Bienes el que contiene: * Fecha de entrega * Número de Contrato * Datos del responsable del Contrato * Número de identidad

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Nombre y número de afiliación * Datos del paciente * Nombre y número de afiliación * Descripción del bien * Estado del bien * Firma de recibido por parte del paciente o responsable * Firma del empleado que entrega el bien * Archiva la copia de notificación de Depósito y entrega al paciente el recibo de pago (original) (Formato No. 3 y 4) .- Registra en el Cuadro " Control de Devolución de Aparatos Medicina Física y Rehabilitación " los bienes asignados a cada paciente, consignando la fecha en que deberá hacer la devolución (Formato No. 6) .- Traslada a la Coordinación de Negociación de Convenios

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			copia del Formato de Entrega y Recepción de Bienes
COORDINACION DE NEGO-CIACION DE CONVENIOS	13	ARCHIVA DOCUMENTACION	.- La documentación generada por la asignación del apara-to o accesorio se archiva hasta que este es devuelto, y se solicita el reintegro del valor dejado en depósito.
TRABAJADOR SOCIAL	14	HACE RECORDATORIO	.- Realiza llamadas para recordar al paciente o responsable sobre la fecha en que debe realizar la devolución del apa-rato o accesorio prestado
	15	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPOSITO POR PRESTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPEDICOS

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE REEMBOLSO DE DEPOSITO POR PRESTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPEDICOS

VALIDADO POR MEDICINA FISICA Y REHABILITACION MEDIANTE MEMO- 144-UMFR-2006 DEL 9-05-06

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PACIENTE O RESPONABLE	1	DEVUELVE APARATO O ACCESORIO ORTOPEDICO	.- Al expirar la fecha para devolver el accesorio o aparato ortopedico, se presenta a la Clínica de Médicina Física y Rehabilitación a hacer la respectiva devolución.
CLINICA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (TRABAJO SOCIAL)	2	RECIBE ACCESORIO O APARATO ORTOPEDICO	.- Retira del Archivo la notificación de Depósito y Formato de Entrega y Recepción de Bienes .- Verifica las condiciones en que se recibe el bien, haciendo la respectiva anotación en el Formato de Entrega y Recepción de Bienes y fecha en que se recibe (Formato No. 1) .- Llena el formulario " Solicitud de Reembolso" en donde registra: a.- Nombre del paciente o responsable b.- Número de identidad

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			c.- Número de carnet de afiliación d.- Valor que se reembolsa e.- Fecha y número del recibo con que realizó el depósito f.- Detalle del bien retornado g.- Fecha de solicitud de reembolso h.- Lugar, fecha, firma y sello (Formato No. 2) .- Entrega el formato a paciente o responsable, guarda una copia en archivo y lo remite a la Coordinación de Negociación de Convenios.
PACIENTE O RESPONSABLE	3	PRESENTA SOLICITUD DE REEMBOLSO	.- En la Coordinación de Negociación de Convenios, presenta la solicitud de reembolso
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	4	SOLICITA EMISION DE ORDEN DE PAGO	.- Verifica los datos de " Solicitud de Reembolso" así como la copia del Contrato (si lo hay), Notificación de Depósito; recibo de Pago de Depósito y Formato de Entrega y Recepción de Bienes y le da el Visto Bueno

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Informa al paciente o responsable que deberá presentarse en el termino de diez (10) días hábiles a reclamar su cheque .- Elabora memorandum adjuntando Solicitud de Reembolso dirigido a Gerencia Administrativa y Financiera
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	5	ORDENA EMISION DE ORDEN DE PAGO	.- Solicita a la Sub-Gerencia de Presupuesto la emisión de Orden de Pago
SUB-GERENCIA DE PRESUPUESTO	6	ELABORA ORDEN DE PAGO	.- De acuerdo con las indicaciones de la Gerencia Administrativa y Financiera, elabora Orden de Pago, la que se incluye en el Boletín de Ordenes de Pago y se continúa con el proceso correspondiente (Ver " Procedimiento de Elaboración de Orden de Pago")
OFICINA DE TESORERIA (CAJERO PAGADOR)	7	EFECTUA PAGO DE CHEQUE	.- Previa presentación de tarjeta de identidad y comprobante hace entrega del cheque al paciente o responsable
PACIENTE O RESPONSABLE	8	RECIBE CHEQUE DE PAGO	.- El interesado firma copia del cheque y copia azul de la Orden de Pago, anotando número de tarjeta de identidad

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
CAJERO PAGADOR	9	ORDENA COMPROBANTES DE PAGO	.- Una vez ordenadas las copias y vaucher del cheque, los remite a Sub-Gerencia de Registros Contables
SUB-GERENCIA DE REGIS-TROS CONTABLES	10	EFECTUA REGISTROS CONTABLES	.- Al realizar los registros contables, archiva documentación
	11	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	

lc/emma

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA VENTA DE MATERIALES DESECHADOS E INSERVIBLES (PLACAS RADIOLOGICAS Y OTROS)

OBJETIVO: LLEVAR A CABO EN FORMA CLARA Y PRECISA LA VENTA DE MATERIALES DESECHADOS E INSERVIBLES (PLACAS Y OTROS)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
COMPRADOR	1	SE PRESENTA A ADMINISTRACION DEL HOSPITAL	.- Las personas interesadas en adquirir los materiales desechados, se presentarán a las Oficinas de la Administración Hospitalaria de las Unidades del IHSS, a consultar sobre la existencia de material desechado e inservible (placas y otros).
ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL	2	CLASIFICA MATERIAL DESECHADO	.- El Administrador del Hospital consultará con el Jefe de Servicio o Area que corresponda si existe gran cantidad de productos desechados, solicitando la asignación de - una persona del archivo para su clasificación, actividad - que deberá realizarse en horas inhabiles de trabajo
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL	3	REALIZA VENTA DE MATERIAL	.- Los representantes del IHSS y el comprador, determinan el precio de venta de los materiales desechados, de conformidad al peso por libra o por unidad, etc., dependiendo de la clase de material que se trate, más un costo adicional por mano de obra invertida en la clasificación (personal de archivo de rayo x), el cual se determinará de común

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA CON EXISTENCIA DE MATERIAL DESECHADO			acuerdo entre el comprador y el personal de archivo de de rayos x, evitando así el pago de horas extras de parte del IHSS. .- Se levanta acta de descargo del material a venderse.
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	4	ELABORA RECIBO POR LA VENTA	.- El representante de la Gerencia Administrativa y Financiera emite notificación de pago a favor del comprador por el valor de la compra del material, haciendo mención de la clase de producto vendido. .- Entrega notificación de pago al comprador
COMPRADOR (INTERESADO)	5	CANCELA EL VALOR DE LA COMPRA	.- Se presenta a Tesorería del IHSS a hacer efectivo el valor de la compra.
TESORERIA DEL IHSS	6	EMITE COMPROBANTE DE RECIBO	.- Extiende recibo de pago por el valor señalado en la notificación de pago. .- Entrega original del recibo al comprador
COMPRADOR (INTERESADO)	7	RETIRA MATERIAL DE DESECHO	.- El comprador se presenta a la Administración del Hospintal, exhibe recibo de pago a fin de que se haga entre-

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			ga del material adquirido.
ADMINISTRACION DEL HOSPITAL	8	ENTREGA MATERIAL	.- La Administración del Hospital entrega material comprado, previa presentación del recibo de pago, colocando el sello de "Entregado".
	9	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCION Y ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA EN LA SECCION DE LAVANDERIA			
OBJETIVO: ESTABLECER MECANISMOS DE CONTROL QUE GARANTICEN EL USO ADECUADO DE LA ROPA HOSPITALARIA			
RESPONSABLE	**No.**	**ACTIVIDADES**	**REGLA O NORMA**
AREA DE LAVANDERIA Y ROPERIA	1	PREPARA INSTRUMENTOS DE RECOLECCION	.- Prepara los instrumentos a utilizar para la recolección de ropa hospitalaria y que son: a) Bata, gorro, mascarilla, guantes, bolsas plásticas y carro recolector. b) Formatos de control de recepción y entrega de ropa hospitalaria, y que contiene las especificaciones siguientes: * Lugar y fecha * Sala o Servicio * Cantidad de ropa sucia * Cantidad de ropa limpia * Faltante en lavandería y/o Sala o Servicio * Observaciones

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	2	RECOLECTA ROPA	.- Los horarios para recolectar ropa sucia, se encuentran previamente señalados y son: 7:30 a.m. y 11:00 a.m. .- El auxiliar de lavandería y ropería se presenta a las Salas o Servicios, a recolectar la ropa sucia, y que será entregada por los encargados en cada area de trabajo.
SERVICIOS O SALAS (AYUDANTE DE HOSPITAL Y/O AUXILIAR DE ENFERMERIA)	3	RETIRA ROPA SUCIA	.- El auxiliar de lavandería cuenta pieza por pieza,revisando su color y marca, y la deposita en las bolsas diseñadas para tal efecto. .- Corresponde al Auxiliar de Lavandería anotar en la hoja de control el número de piezas de ropa sucia, entregada .- El conteo debe hacerse en voz alta, para que los involucrados cotejen el número de piezas recibidas y entregadas. .- Una vez realizada la entrega y recibo de ropa sucia, la hoja de control la firma el Auxiliar de Lavandería (receptor de ropa sucia) y el Ayudante de Hospital o Auxiliar de enfermería (el que entrega la ropa sucia). .- Hacen entrega de la bolsa de ropa sucia al Auxiliar de Lavandería

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- En las área de Quirofano y Labor y Parto no se efectuará el conteo de ropa sucia, por falta de espacio físico y por contaminación. El proceso se realiza hasta que el espacio sea lavado.
AREA DE LAVANDERIA Y ROPERIA (AUXILIAR DE LAVANDERIA)	4	TRASLADA ROPA SUCIA A LA LAVANDERIA	.- La ropa sucia se deposita en el carro de recolección. .- Se traslada a la lavandería en forma inmediata, a fin de evitar la contaminación del ambiente.
	5	LAVA Y CLASIFICA ROPA LIMPIA	.- La ropa sucia se deposita en la máquina lavadora, con sus respectivos detergentes para efectuar el proceso de lavado. .- Los auxiliares de lavandería efectúan la primera clasificación de la ropa lavada, que consiste en agrupar, por separado, lo que es sábanas, gabachas, fundas, etc. .- La segunda clasificación consiste en determinar lo que que correponde a cada sala o servicio, identificándolo por colores o por las marcas que tiene cada pieza y proceden a ubicarlos en los anaqueles que corresponden a cada área.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	6	ELABORA ACTA DE DESCARGA	.- Se elabora acta de descargo de la ropa hospitalaria que será descartada, especificando motivo, número de piezas, sala o servicio a que pertenece. .- El acta se elabora en original y tres copias. Original: para la Administración del Hospital, copias: lavandería, Auditoría y Sala o Servicio a que pertenece.
	7	DISTRIBUYE ROPA LIMPIA A SALAS O SERVICIOS	.- La distribución de ropa limpia, se efectuará en los siguientes horarios: a las 10:30 a.m y 2:30 p.m. .- El auxiliar de lavandería prepara los instrumentos a utilizar en la distribución de la ropa limpia, que son: a) Carro repartidor y guantes b) Formularios de control de entrega de ropa hospitalaria .- Efectúa la clasificación de la ropa, por pisos, y por áreas a distribuir. .- Toma de los anaqueles la ropa limpia de cada sala y/o servicio y procede a contar el número de piezas de cada producto, anotándola en la respectiva hoja de control de ropa hospitalaria y lo deposita en el carro repartidor,

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			siguiendo el mismo proceso para las otras áreas .- En la Hoja de Control, en la casilla de "Observaciones" anota el número de piezas descartadas y adjunto copia del acta levantada. .- Traslada la ropa limpia a cada Sala o Servicio.
SALA O SERVICIO (AYUDANTE DE HOSPITAL O AUXILIAR DE ENFERMERIA)	8	RECIBE ROPA LIMPIA	.- El Auxiliar de Lavandería al hacer la entrega de la ropa lo hace en voz alta, pieza por pieza, conforme a "Hoja de Control", la que es elaborada en original y copia. .- El ayudante de Hospital o Auxiliar de Enfermería verifica en la hoja de control el número de piezas limpias recibidas, conforme al número de piezas de ropa sucia entregada para ser lavada. .- Si resulta faltante lo anota en la casilla de "lavandería", formulando el respectivo reclamo para que el Auxiliar de lavandería busque lo faltante. .- La hoja de control deberá ser firmada por el Auxiliar de lavandería y el ayudante de Hospital o Auxiliar de Enfermería, tanto el original como la copia. .- Entrega Hoja de Control a Auxiliar de Lavandería

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE LAVANDERIA	9	RECIBE HOJA DE CONTROL	.- El Jefe de Lavandería recibe la Hoja de Control (Original y Copia). * La copia de la Hoja de Control diariamente se remite a la Administración del Hospital, a fin de que efectúe consolidado de faltantes. * El Original se guarda en el Archivo del Area de Lavandería
ADMINISTRACION DEL HOSPITAL	10	REALIZA CONSOLIDADO	.- Con la copia de la Hoja de Control recibida del área de lavandería, llena el formato del Consolidado de faltante de ropa hospitalaria, y que contiene la siguiente información: a) Período b) Sala o Servicio c) Descripción de piezas d) Días 1-30 e) Total faltantes

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Mensualmente se reunirá con las áreas que presentes faltantes de ropa hospitalaria, a quienes, en caso de no justificar dicho faltante, se le deducirán las responsabilidades que se ameriten
	11	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUB-GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA ASIGNACION, CONTROL, DEPOSITO Y PAGO MENSUAL POR ALQUILER SILLA DE RUEDAS

OBJETIVO: CONTROLAR EL USO Y MANEJO DE SILLAS DE RUEDAS, ASIGNADAS A DERECHOHABIENTES EN CALIDAD DE ALQUILER

RESOLUCION APROBADA MEDIANTE OFICIO No. 334-DE-IHSS DEL 24 DE ENERO DEL 2003.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
DERECHOHABIENTE	1	PRESENTA REMISION DEL MEDICO REHABILITADOR	.- Se evalúa condición física del paciente Si el médico lo considera pertinente, recomienda el uso de silla de ruedas.
MEDICO TRATANTE	2	ENTREGA A PACIENTE ORDEN DE SILLA DE RUEDAS	.- El paciente recibe órden para que se le asigne la silla de ruedas (Formato No.1, Orden de Silla de Ruedas)
DERECHOHABIENTE	3	RECIBE ORDEN DE ENTREGA DE SILLA DE RUEDAS	.- Con la orden de entrega de silla de ruedas, se presenta a la Unidad de Médicina Física y Rehabilitacion.
UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION. (TRABAJO SOCIAL)	4	RECIBE DEL DERECHOHABIENTE, ORDEN DE ENTREGA DE SILLA DE RUEDAS	.- La Oficina de Trabajo Social de la Unidad de Médicina Física y Rehabilitación, al recibir la orden efectúa las siguientes acciones * Verifica la disponibilidad de silla de ruedas

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Verifica que la silla de ruedas sea para uso exclusivo de un afiliado o beneficiario. .- En caso de no ser para ninguno de los arriba enunciados, rechaza la solicitud * De no haber disponibilidad o informa de esa manera al paciente o responsable y le orienta sobre otras opciones fuera del Instituto * De existir la disponibilidad de la Silla de Ruedas, informa al paciente o responsable sobre los costos que deberá asumir
PACIENTE O RESPONSABLE	5	RECIBE INFORMACION SOBRE LOS COSTOS	.- Si no esta de acuerdo con los costos, Trabajo Social realiza estudio socio-economico, mediante el cual justifica si procede, costos menores a los establecidos, informando al paciente o responsable, quien tomará la decisión correspondiente (Formato No. 2) * Si el paciente o responsable no acepta los costos manifestados, el estudio socio-económico se traslada a la Jefatura de la Clínica de Médicina Física y Rehabilitación para que decida, si se asigna con o sin depósito. Si se asigna sin depósito, hace la respectiva anotación al

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			final del estudio socio-económico, debidamente sellado y firmado .- Envía paciente a Trabajo Social (Continúa con actividad 14)
CLINICA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	6	PREPARA DOCUMENTACION	.- Llena notificación de depósito, el cual contiene la siguiente información: * Nombre del paciente o responsable * Número de afiliación *Nombre y código del médico emisor * Cantidad del depósito y/o alquiler mensual, en letras y números (si procede) * Firma y sello de la Clínica de Médicina Física y Rehabilitación * Fecha, dirección y número telefónico (En caso de ser menor de edad, se debe incluir los datos de éste) (Formato No. 3)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Entrega al paciente o responsable la noticiación de depósito, copia del estudio socio-económico (si es necesario) copia de receta y lo remite a la Coordinación de Negociación de Convenios.
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	7	PREPARA CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE UNA SILLA DE RUEDAS	.- Solicita a el/la paciente la siguiente información: * Tarjeta de identidad * Profesión u Oficio * Dirección completa de su domicilio y/o de su empresa * Números de teléfono Con estos datos se elabora el Contrato de Arrendamiento en Original y tres (3) copias, distribuidas así: .- Original: Secretaría Adjunta .- Copia: Dirección Ejecutiva .- Copia: Interesado .- Copia Medicina Física y Rehabilitación .- El Contrato de Arrendamiento, estipula entre otras lo siguiente:

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			* Tiempo de alquiler, especificando inicio y término . Si en el transcurso de éste tiempo, el derechohabiente o beneficiario recupera su salud, devuelve la silla de ruedas, quedando el Contrato sin valor y efecto. * El compromiso de pagar un depósito de Lps. 400.00 (CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS), y pagar mensualmente y por adelantado, el monto del alquiler equivalente a Lps. 200.00 (DOSCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS). * La obligación de devolver la silla de ruedas en buen estado. Si al devolver la silla ésta necesita reparación, el IHSS enviará a reparar, cubriendo el gasto con la cantidad dejada en depósito por el derechohabiente o beneficiario. * Si en una nueva evaluación médica, se establece que el derechohabiente o beneficiario necesita la silla de ruedas en forma permanente, sus familiares deberán obtenerla fuera del Instituto, por sus propios medios * Firmas.- El Contrato de Arrendamiento, deberá ser firmado por el Directory y/o Sub-Director Ejecutivo, así como por el derechohabiente. Si la silla es para uso de un beneficiario, tambien deberá firma el asegurado directo como responsable

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			(Formato No. 2 Contrato de Arrendamiento de una Silla de Ruedas)
	8	ELABORA NOTIFICACION DE PAGO	.- La notificación de pago, se elabora en original y una (1) copia así: Original: Tesorería Copia: Medicina Física y Rehabilitación En la notificación se indica que el suscriptor del Convenio entera la cantidad de Lps. 600.00 (SEISCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS), desglosados así: .- Lps. 400.00 (CUATROCIENTOS LEMPIRAS), en concepto de depósito y Lps. 200.00 (DOSCIENTOS LEMPIRAS) en concepto de alquiler, cantidad que será efectiva el día _____ de cada mes. * El original se entrega al derechabiente, y lo remite a Tesorería para realizar el pago (Formato No. 3 (Notificación de pago))
DERECHOHABIENTE	9	RECIBE "NOTIFICACION DE PAGO"	.- Con esta noticicación se dirige a Tesorería para hacer el pago señalado.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
TESORERIA	10	RECIBE DEL DERECHOHABIENTE LA	.- Al recibir la notificación de pago, extiende recibo por el valor que se ha establecido en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. El recibo se elaborará en original y tres (3) copias así: * Original: Derechohabiente * Copia: Tesorería * Copia: Sub-Gerente Registros Contables * Copia: Ingresos
	11	RECIBE EL PAGO	.- Al recibir el monto del pago, adhiere la noticiación a la copia del recibo y entrega el original al derechohabiente
DERECHOHABIENTE	12	RECIBE ORIGINAL DE RECIBO DE PAGO	.- Con este recibo, regresa a la Coordinación de Negociación de Convenios.
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	13	RECIBE DEL DERECHOHABIENTE EL RECIBO ORIGINAL	.- Anota el número y fecha de recibo en el Contrato de Arrendamiento así como en notificación de pago y lo archiva .- Devuelve el recibo de pago al derechohabiente, indicandole la necesidad de guardarlo a fin de tramitar la devolución

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			del depósito, una vez finalizado el trámite
	14	ELABORA CONTRATO	.- En la notificación de Depósito, anota número de Recibo de Pago y fecha de emisión * Elabora Contrato, si procede En la notificacion, anota el número de Contrato y la fecha de emisión. * Solicita al paciente o responsable la respectiva firma
PACIENTE O RESPONSABLE	15	FIRMA CONTRATO	.- Firma Contrato (Formato No.5)
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	16	ENTREGA COPIA DE CONTRATO	.- Entrega al paciente o responsable copia del Contrato, debidamente firmado, así como la copia de la Notificación de Depósito y el recibo de pago original y lo remite a la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación a reclamar la Silla de Ruedas
CLINICA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	17	SILLA DE RUEDAS	.- Una vez verificados los datos del paciente o responsable, llena el formato de Entrega y Recepción de Bienes, el que

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			contiene: * Fecha de entrega * Número de Contrato * Datos del responsable del Contrato * Número de identidad * Nombre y número de afiliación * Datos del paciente * Nombre y número de afiliación * Descripción del bien * Estado del bien * Firma de recibido por parte del paciente o responsable * Firma del empleado que entrega el bien * Archiva la copia de notificación de Depósito y entrega al paciente el recibo de pago (original) (Formato No. 1 y 6)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			.- Llena hoja de control de recibo de silla de ruedas y se lo dá al derechohabiente, para ser firmado
DERECHOHABIENTE	18	RECIBE SILLA DE RUEDAS	.- Firma hoja de control, así como Contrato de Arrendamiento de una Silla de Ruedas
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (TRABAJADOR SOCIAL)	19	REGISTRA DATOS	.- Registra en el Cuadro " Control de Devolución de Aparatos Medicina Física y Rehabilitación", los bienes asignados a cada paciente, consignando la fecha en que deberá hacer la devolución (Formato No. 1 y 6) .- Traslada a la Coordinación de Negociación de Convenios copia del Formato de Entrega y Recepción de Bienes
COORDINACION DE NEGOCIACION DE CONVENIOS	20	ARCHIVA DOCUMENTACION	.- La documentación generada por la asignación de la Silla de Ruedas, hasta que este es devuelto, y se solicita el reintegro del valor dejado en depósito
TRABAJADOR SOCIAL	21	HACE RECORDATORIO	.- Realiza llamadas para recordar al paciente o responsable sobre la fecha en que debe realizar la devolución del aparato o accesorio prestado
lc/emma	**22**	**FIN DEL PROCEDIMIENTO**	