DIF ESTATAL TLAXCALA | DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD

LINEAMIENTOS

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTORIOS DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

PROGRAMA:

CLÍNICA DE SALUD SEDIF

2025

Calle José Ma. Morelos 5, Centro, C.P. 90000 Tlaxcala, Tlax. Tel. 246 465 04 40 Ext. 223

Contenido

1. Portada.....1
2. Índice 2
3. Introducción.....3
4. Glosario.....3
5. Objetivo.....4
6. Requisitos 4
7.Procedimiento 4
8. Quejas.....4

Calle José Ma. Morelos 5, Centro, C.P. 90000 Tlaxcala, Tlax. Tel. 246 465 04 40 Ext. 223

3. Introducción

En el estado de Tlaxcala, el acceso a la salud representa un eje fundamental para el desarrollo y el bienestar de la población. En concordancia con el Plan Estatal de Desarrollo 2021–2027, el Gobierno del Estado ha priorizado la atención médica como un derecho esencial, especialmente en comunidades rurales y marginadas donde las condiciones sociales y económicas limitan el acceso a servicios médicos.

En este contexto, el **Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF)** opera **Clínicas de Salud de Primer Nivel**, diseñadas para brindar atención médica básica, oportuna y accesible. Estas clínicas forman parte de un modelo de atención cercano a la comunidad, que prioriza la **prevención de enfermedades**, el **fortalecimiento de hábitos saludables** y el **seguimiento de padecimientos comunes y crónicos**.

Los servicios ofrecidos incluyen medicina general, odontología, nutrición y enfermería, con acciones orientadas tanto al tratamiento como a la prevención, tales como consultas generales, chequeos médicos, campañas de vacunación, orientación nutricional, atención a enfermedades crónicas y procedimientos odontológicos básicos.

La Clínica de Salud del SEDIF no solo representa un punto de atención médica primaria, sino que también constituye una herramienta estratégica para **reducir las brechas en el acceso a la salud**, contribuir al **bienestar integral de las familias** y **fortalecer el sistema de salud pública en Tlaxcala** con un enfoque humano, inclusivo y equitativo.

4. Glosario

Atención Primaria de Salud: Primer nivel de contacto entre el sistema de salud y la comunidad; incluye promoción de la salud, prevención de enfermedades y tratamiento de condiciones comunes.

Equidad en Salud: Principio que busca asegurar que todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud, sin ser desventajadas por factores sociales o económicos.

Factores de Riesgo: Características o condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad o condición de salud.

Medicina Preventiva: Rama de la medicina que se centra en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Programas de prevención: Campañas de concientización sobre enfermedades prevalentes y prevención de enfermedades crónicas.

Calle José Ma. Morelos 5, Centro, C.P. 90000 Tlaxcala, Tlax. Tel. 246 465 04 40 Ext. 223

5. Objetivo

Optimizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad para toda la población del Estado, fomentando la equidad y la inclusión. A través de la implementación de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, buscaremos empoderar a la comunidad para que adopte estilos de vida saludables, mejorando así su bienestar general y calidad de vida a largo plazo

6. Requisitos

- INE o CURP para verificar si cuentan o no con derechohabiencia, el cual no es un requisito indispensable para su registro.

7. Procedimiento

7.1 Ingreso a la clínica SEDIF.
7.2 Solicitar servicio en el área de recepción del Departamento de Fomento a la salud a clínica de salud SEDIF.
7.3 Presentar INE o CURP para verificar si cuentan con derechohabientica la cual no es indispensable.
7.4 En caso de contar derechohabiencia se realiza el pago autorizado en el área de caja.
7.5 En caso de no contar con derechohabiencia no se realiza ningún pago.
7.6 Se realiza la apertura de expediente y/o búsqueda del mismo.
7.7 Toma de signos vitales en el área de enfermería.
7.8 Ingreso al servicio(s) solicitados

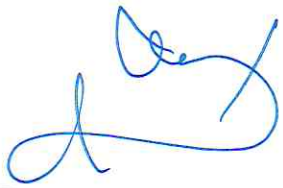
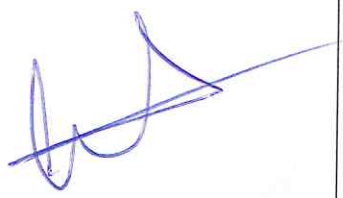
8. Quejas

Medios para interponer quejas y denuncias en caso de requerirlo:

De manera presencia

- En la Oficina de Control Interno, Ubicada en Calle Morelos N°4, Colonia Centro, Tlaxcala,Tlax.
- A través del buzón de quejas, ingresando un escrito libre.

Firmas

CONTROL DE EMISIÓN		
	FECHA	FIRMA
ELABORA Y EJECUTA **LIC. ALICIA ZÁRATE XOCHITEOTZI** JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD		
AUTORIZA Y SUPERVISA **DRA. ROSALBA REYES ILHUICATZI** DIRECTORA DE ATENCIÓN A LA SALUD Y DISCAPACIDAD		
Vo. Bo. **LIC. SERGIO PADILLA HERRERA** COORDINADOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN		
Vo. Bo. **MTRA. FLOR DE MARIA LÓPEZ HINOJOSA** DIRECTORA GENERAL		

ANEXOS:

Historia clínica

DIF ESTATAL TLAXCALA | DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD

CLÍNICA DE SALUD SEDIF

EXPEDIENTE CLÍNICO

NOMBRE DEL PACIENTE

NÚMERO DE EXPEDIENTE

DIF ESTATAL TLAXCALA | DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD

4. ANTECENDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

QUIRURGICOS: _____

ALERGICOS: _____

TRAUMATICOS: _____

TRANSFUSIONALES: _____

HOSPITALIZACIONES PREVIAS: _____

ENFERMEDADES CRONICO- DEGENERATIVAS: _____

ENFERMEDADES INFECCTOCONTAGIOSAS: _____

5. ANTECENDENTES GINECOOBSTETRICOS

MENARCA: _____ TELARCA: _____ CICLOS: _____

FRECUENCIA: _____ IVSA: _____ ORIENTACIÓN: _____

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: _____

G: ___ P: ___ C: ___ A: ___ DISMENORREA: (SI/NO) ETS: (SI/NO) _____

ANTECENDENTES ANDROGENICOS

PRIAPISMO: _____ IVSA: _____ ORIENTACIÓN: _____

ALTERACION DE LA ERECCIÓN/EYACULACIÓN: _____

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: _____

ETS: (SI/NO) _____

SECRECION URETERAL: (SI/NO) _____

DOLOR TESTICULAR: (SI/NO) _____

6. PADECIMIENTO ACTUAL

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Calle José Ma. Morelos 5, Centro, C.P. 90000 Tlaxcala, Tlax. Tel. 246 465 04 40 Ext. 223

DIF ESTATAL TLAXCALA | DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE ELABORACIÓN: _____ INTERROGATORIO: DIRECTO ( ) INDIRECTO ( )

1. FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

ESTADO CIVIL: _____ OCUPACION: _____

RELIGION: _____ ESCOLARIDAD: _____

2. ANTECENDENTES HEREDO FAMILIARES

MADRE	VIVO ( ) FINADO ( )	ENFERMEDADES:
PADRE	VIVO ( ) FINADO ( )	ENFERMEDADES:
HERMANOS	VIVO ( ) FINADO ( )	ENFERMEDADES:
ABUELA MATERNA	VIVO ( ) FINADO ( )	ENFERMEDADES:
ABUELO MATERNO	VIVO ( ) FINADO ( )	ENFERMEDADES:
ABUELA PATERNA	VIVO ( ) FINADO ( )	ENFERMEDADES:
ABUELO PATERNO	VIVO ( ) FINADO ( )	ENFERMEDADES:

3. ANTECENDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

CASA: PROPIA ( ) RENTADA ( ) PRESTADA ( ) # DE PERSONAS ( ) DORMITORIOS ( )

ILUMINACIÓN _____ VENTILACIÓN_____

SERVICIOS: AGUA ( ) DRENAJE ( ) LUZ ( ) RECOLECCIÓN DE BASURA ( )

ALIMENTACIÓN: # DE COMIDAS REALIZADAS ( ) VERDURAS (/7) LEGUMBRES (/7) FRUTAS (/7)

POLLO (/7) CERDO (/7) RES (/7) PESCADO (/7) MARISCOS (/7) COMIDA CHATARRA (/7)

REFRESCO (LTS X DIA) AGUA (LTS X DIA).

HIGIENE: BAÑO _____

CAMBIO DE ROPA: INTERIOR _____ EXTERIOR _____

LAVADO DE DIENTES: _____ LAVADO DE MANOS _____

ZOONOSIS: _____

ALCOHOLISMO (SI/NO) TIPO: _____

FRECUENCIA_____ INDICE DE ALCOHOLISMO: _____

TABAQUISMO (SI/NO) TIPO: _____

FRECUENCIA_____ INDICE DE TABAQUICO: _____

TOXICOMANIAS: (SI/NO) TIPO: _____

FRECUENCIA_____

DIF ESTATAL TLAXCALA | DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD

7. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO CARDIOVASCULAR	
APARATO RESPIRATORIO	
APARATO DIGESTIVO	
SISTEMA NEFROUROLOGICO	
SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO	
SISTEMA HEMATOPOYETICO	
SISTEMA NERVIOSO	
SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	
PIEL Y TEGUMENTOS	
ORGANO DE LOS SENTIDOS	
ESFERA PSIQUICA	

Calle José Ma. Morelos 5, Centro, C.P. 90000 Tlaxcala, Tlax. Tel. 246 465 04 40 Ext. 223

DIF ESTATAL TLAXCALA | DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD

8. EXPLORACIÓN FÍSICA

TALLA:	
PESO:	
TA:	
FC:	
FR:	
TEMP:	
SATO2:	

9. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

IDx.

TRATAMIENTO:

PRONOSTICO:

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORO	NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

DIF ESTATAL TLAXCALA | DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD

ESTUDIOS DE IMAGEN

NOMBRE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
FECHA: _____ DIAGNOSTICO: _____

ULTRASONIDO
__ 3D
__ ABDOMINAL
__ DOPPLER DE CAROTIDEAS
__ ENDOVAGINAL
__ GINECOLOGICO
__ GLÁNDULA MAMARIA
__ HEPATOBILIAR
__ MUSCULO ESQUELETICO
__ OBSTRÉTICO
__ PANCREAS Y BAZO
__ PARTES BLANDAS
__ PANCREAS Y BAZO
__ PEDIÁTRICO
__ ESTRUCTURAL
__ PRÓSTATA

__ RIÑONES
__ SEGUIMIENTO FOLICULAR
__ SEGUIMIENTO PRENATAL
__ TESTICULAR
__ TIROIDES
__ TRASFONTANELAR
__ TRANSRECTAL

RAYOS X

CRANEO
__ AP Y LATERAL
__ PERFILOGRAMA
__ SENOS PARANASALES
__ SCHULLER
__ TOWNE
__ WATTERS

COLUMNA
__ CERVICAL AP Y LATERAL
__ CERVICAL AP BOCA ABIERTA
__ CERVICAL DINAMICAS
__ CERVICAL OBLICUAS
__ DORSAL AP Y LATERAL
__ DORSAL OBLICUAS
__ LUMBAR AP Y LATERAL
__ LUMBAR DINAMICAS
__ LUMBAR OBLICUAS

TORAX Y ABDOMEN
__ ABDOMEN PIE Y DECUBITO
__ PELVIS AP
__ PELVIS POSICIÓN DE RANA
__ TELE DE TORAX PA
__ TELE DE TORAX LATERAL
__ TORAX ÓSEO AP
__ TORAX ÓSEO OBLICUA

MIEMBROS SUPERIORES
__ ANTEBRAZO AP Y LATERAL
__ CODO AP Y LATERAL
__ HOMBRO AP
__ HOMBRO TRANSTORÁCICA
__ HUMERO AP Y LATERAL
__ MANO AP Y OBLICUA
__ MANO AP Y LATERAL
__ MUÑECA AP Y LATERAL

MIEMBROS INFERIORES
__ FEMUR AP
__ FEMUR LATERAL
__ RODILLA AP Y LATERAL
__ PIE AP Y OBLICUA
__ PIE AP Y LATERAL
__ PIES LATERAL CALCANEO
__ TOBILLO AP Y LATERAL
__ TOBILLO OBLICUA

ESPECIALES
__ AUDIOMETRÍA
__ DENSITOMETRÍA
__ ELECTROENCEFALOGRAMA
__ ELECTROMIOGRAFÍA
__ POTENCIALES EVOCADOS
__ ENDOSCOPIA
__ COLONOSCOPIA
__ TOMOGRAFIA
__ ECOCARDIOGRAMA
__ ELECTROCARDIOGRAMA
__ HOLTER
__ RESONANCIA MAGNETICA

OBSERVACIONES: _____
MEDICO: _____
CEDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____

Calle José Ma. Morelos 5, Centro, C.P. 90000 Tlaxcala, Tlax. Tel. 246 465 04 40 Ext. 223

Formato Estudios de laboratorio

DIF ESTATAL TLAXCALA | DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD

ESTUDIOS DE LABORATORIOS

NOMBRE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
FECHA: _____ DIAGNOSTICO: _____

HEMATOLOGIA
__ BIOMETRIA HEMATICA
__ GPO. SANGUINEO
__ CUENTA DE PLAQUETAS
__ RETICULOCITOS

QUIMICA SANGUINEA
__ 3 ELEMENTOS
__ 6 ELEMENTOS
__ 12 ELEMENTOS
__ 24 ELEMENTOS
__ HEMOGLOBINA GLUCOSILADA

PERFILES
__ PERFIL TIROIDEO
__ PERFIL LIPIDOS
__ PERFIL GINECOLOGICO
__ PERFIL DE COAGULACIÓN
__ PERFIL TORCH
__ PERFIL HEPÁTICO
__ PERFIL REUMÁTICO
__ PERFIL DE FUNCIÓN RENAL
__ PERFIL CARDIACO
__ PERFIL PRENUPCIAL
__ PERFIL PRENATAL
__ PERFIL NEONATAL
__ ELECTROLITOS SERICOS

MICROBIOLOGIA
__ EXUDADO FARINGEO
__ BACILOSCOPIA
__ COPROCULTIVO
__ COPROPARASITOSCÓPICO
__ SANGRE OCULTA EN HECES
__ VIH
__ VDRL
__ PANEL VIRAL

UROANALISIS
__ EXAMEN GENERAL DE ORINA
__ GLUCOSA EN ORINA
__ ORINA EN 24 HRS

ÁREA GINECOLÓGICA
__ CUANTIFICACIÓN DE LA FRACCIÓN BETA DE GONADOTROPINA CORIÓNICA
__ PRUEBA INMUNOLOGICA DE EMBARAZO
__ EXUDADO VAGINAL
__ PAPANICOLAOU

OTROS
__ ANTIGENO PROSTATICO
_____
_____

MEDICO: _____
CEDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____

Calle José Ma. Morelos 5, Centro, C.P. 90000 Tlaxcala, Tlax. Tel. 246 465 04 40 Ext. 223

Calle José Ma. Morelos 5, Centro, C.P. 90000 Tlaxcala, Tlax. Tel. 246 465 04 40 Ext. 223