



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES  
RESPIRATORIAS  
ISMAEL COSÍO VILLEGAS**





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL  
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

**JUNIO, 2022**





|  |                           |  |                      |
|--|---------------------------|--|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  |  | Rev. 2               |
|  | SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA |  | Código:<br>NCDPR 041 |

| <b>ÍNDICE</b>  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>  | <b>1</b>    |
| <b>I. OBJETIVO DEL MANUAL</b>  | <b>2</b>    |
| <b>II. MARCO JURÍDICO</b>  | <b>3</b>    |
| <b>III. PROCEDIMIENTOS</b>   | <b>10</b>   |
| 1. ATENCIÓN EN LA SECCIÓN DE PRECONSULTA Y 1ER NIVEL DE ESTOMATOLOGÍA (PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN)                | 10          |
| 2. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA AMBULATORIA EN CASOS DE URGENCIA  | 35          |
| 3. ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA SECCIÓN DE INTEGRALES I, II, III Y 2DO NIVEL DE ESTOMATOLOGÍA (ESPECÍFICO CONSERVADOR)    | 47          |
| 4. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA 3ER NIVEL (ESPECÍFICO, CONSERVADOR, RADICAL Y REHABILITADOR) | 66          |
| 5. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE ENDODONCIA 3ER NIVEL (ESPECÍFICO RADICAL)                                    | 86          |
| 6. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE CIRUGÍA BUCAL Y MÁXILO FACIAL 3ER NIVEL (ESPECÍFICO RADICAL)                 | 105         |
| 6.1 PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO RADICAL (CIRUGÍA MENOR)   | 126         |
| 6.2 PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO RADICAL (CIRUGÍA MAYOR)   | 139         |
| 7. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE REHABILITACIÓN I, 3ER NIVEL (ESPECÍFICO RESTAURATIVO)                        | 160         |
| 8. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE REHABILITACIÓN II. 3ER NIVEL (ESPECÍFICO RESTAURATIVO)                       | 177         |
| 9. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE REHABILITACIÓN III. 3ER NIVEL (PRÓTESIS PARCIAL, REMOVIBLE)                  | 195         |

|   |                                  |   |                              |
|---|----------------------------------|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
|            | <b>Y TOTAL) 3ER NIVEL DE ATENCIÓN (ESPECÍFICO REHABILITADOR)</b>  |            |
| <b>10.</b> | <b>ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE ORTOPEDIA MAXILOMANDIBULAR 3ER NIVEL (ESPECÍFICO CORRECTIVO)</b>  | <b>214</b> |
| <b>11.</b> | <b>ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE ORTODONCIA PREVENTIVA, INTERCEPTIVA Y CORRECTIVA, 3ER NIVEL DE ATENCIÓN (ESPECÍFICO, PREVENTIVO, RESTAURATIVO Y CORRECTIVO)</b> | <b>234</b> |
| <b>12.</b> | <b>CONCENTRACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA DEL PACIENTE</b>   | <b>251</b> |
| <b>13.</b> | <b>TOMA DE IMPRESIONES PARA LA CONFECCIÓN DE APARATOS INTRABUCALES</b>  | <b>261</b> |
| <b>IV.</b> | <b>APROBACIÓN DEL MANUAL</b>  | <b>271</b> |

|  |                                  |   |                              |
|--|----------------------------------|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  |                                  |   | <b>Hoja 1</b>                |



## **INTRODUCCIÓN**

El manual de procedimientos del Servicio de Estomatología es el documento que establece de manera clara y precisa todas y cada una de las actividades que se realizan en el servicio, para el desempeño del personal de salud.

El contenido del documento integra los objetivo, políticas de operación, descripción de actividades, diagramas de flujo y uso de formatos que se utilizan en los procedimientos, lo que se ve reflejado en la atención médica que se ofrece a los pacientes.



La actualización del manual, busca mantener vigente la información contenida en los documentos para la eficiencia de los procesos, por lo que su difusión se realiza a través de la página oficial institucional, dentro del apartado de Normateca Interna.

Este manual ha sido realizado por el Servicio de Estomatología, sancionado por el Departamento de Planeación y autorizado por la Subdirección de Atención Médica de Neumología y la Dirección Médica.

|   |                           |   |                      |
|---|---------------------------|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  |  | Rev. 2               |
|   | SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   |                           |   | Hoja 2               |

## I. OBJETIVO

Establecer las políticas, normas, lineamientos que se llevan a cabo en el Servicio de Estomatología, a través de la descripción de actividades secuenciales, a fin de obtener un mejor aprovechamiento por el personal de salud de este servicio dedicado a la atención de pacientes con padecimientos del aparato respiratorio y requieran atención estomatológica.

|  |                                  |   |                              |
|--|----------------------------------|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  |                                  |   | <b>Hoja 3</b>                |

## II. MARCO JURÍDICO

### CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

D.O.F. 05-02-1917. Última reforma publicada DOF 28-05-2021

### LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

DOF 29-12-1976. Última reforma publicada DOF 20-10-2021

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

DOF 14-05-1986. Última reforma publicada DOF 01-03-2019

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

DOF 26-05-2000. Última reforma publicada DOF 29-11-2019

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

DOF 18-07-2016. Última reforma publicada DOF 22-11-2021

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

DOF 09-05-2016. Última reforma publicada DOF 20-05-2021

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.



DOF 04-05-2015. Última reforma publicada DOF 20-05-2021

Ley General de Salud.

DOF 07-02-1984. Última reforma publicada DOF 22-11-2021

Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

DOF 16-04-2008. Última reforma publicada 20-05-2021

|  |                                  |   |                              |
|--|----------------------------------|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  |                                  |   | <b>Hoja 4</b>                |

Ley de Amparo, Reglamentaría de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF 02-04-2013. Última reforma publicada DOF 07-06-2021. Declaratoria de invalidez de artículo transitorio de decreto de reforma por Sentencia de la SCJN DOF 18-02-2022

Ley Federal para Administración y enajenación de Bienes del Sector Público.

DOF 13-12-2002. Última reforma publicada DOF 14-09-2021

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

DOF 29-06-1992. Última reforma publicada DOF 20-05-2021

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de sujetos Obligados.

DOF 26-01-2017

## **CÓDIGOS**

Código Civil Federal.

DOF 26-05-1928. Última reforma publicada DOF 11-01-2021

Código Federal de Procedimientos Civiles.

DOF. 24-02-1943. Última reforma publicada DOF 07-06-2021, Declaratoria de invalidez de artículo transitorio de decreto de reforma por Sentencia de la SCJN, notificada para efectos legales el 17-11-2021

Código Penal Federal.

DOF 14-08-1931. Última reforma publicada DOF 12-11-2021



Código Nacional de Procedimientos Penales.

DOF 05-03-2014. Última reforma publicada DOF 19-02-2021

Código de Ética de la Administración Pública Federal

DOF 08-02-2022



|   |                                  |   |                              |
|---|----------------------------------|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   |                                  |   | <b>Hoja 5</b>                |

## **REGLAMENTOS**

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
DOF 11-06-2003

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.  
DOF 14-05-1986. Última reforma publicada DOF 17-07-2018

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.  
DOF 06-01-1987. Última reforma publicada DOF 02-04-2014

Reglamento General de Seguridad Radiológica.  
DOF 16-01-1988

Reglamento de la Ley de Información Estadística y Geográfica.  
DOF 03-11-1982, Última reforma publicada DOF 24-03-2004

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
DOF 26-01-1990. Última reforma publicada DOF 23-11-2010



Reglamento de Insumos para la Salud.  
DOF 04-02-1998. Última reforma publicada DOF 31-05-2021

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
DOF 10-07-2006

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.  
DOF 09-08-1999. Última reforma publicada DOF 12-02-2016

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal.  
DOF 29-11-2006

Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

|   |                                  |   |                              |
|---|----------------------------------|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   |                                  |   | <b>Hoja 6</b>                |

DOF 19-05-2009. Última reforma publicada 22-06-2012

## **DECRETOS**

Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

DOF 03-06-1996

Decreto para realizar la entrega-recepción del Informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

DOF 14-09-2005

Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2021-2024.

DOF 30-09-2019

## **ACUERDOS**

Acuerdo 71 por el que se crea el sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud

DOF 20-04-1987

Acuerdo que reforma el diverso por el que se establecen los Lineamientos generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción de cuentas de la Administración Pública Federal.

DOF 06-12-2018



Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.

DOF 13-06-2008

Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

DOF 13-06-2008

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar, los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de Insumo.

|   |                                  |   |                              |
|---|----------------------------------|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   |                                  |   | <b>Hoja 7</b>                |

DOF 24-12-2002

Acuerdo que establece los lineamientos que deberán observarse en los establecimientos públicos que presten servicios de atención médica para regular su relación con los fabricantes y distribuidores de medicamentos y otros insumos para la salud, derivada de la promoción de productos o la realización de actividades académicas, de investigación o científicas.

DOF 12-08-2008

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

DOF 06-07-2017

## **LINEAMIENTOS**

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección; y los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.

DOF 18-08-2015.

Lineamientos para la creación y uso de Sistemas Automatizados de Gestión y Control de Documentos.



DOF 03-07-2015

Lineamientos en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal.

DOF 18-09-2020

## **NORMAS OFICIALES MEXICANAS**

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

|  |                                  |   |                              |
|--|----------------------------------|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  |                                  |   | <b>Hoja 8</b>                |

DOF 15-10-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo.

DOF 09-12-2008

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

DOF 30-11-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, condiciones de seguridad- prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo.

D.O.F. 09-12-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SCFI-1998, Seguridad de equipo de procesamiento de datos.

DOF 11-12-1998

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

DOF 17-02-2003

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

DOF 17-02-2003



Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

DOF 30-11-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-206-SS1-202, Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

DOF 15-09-2004

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, que establece la utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

|   |                                  |   |                              |
|---|----------------------------------|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   |                                  |   | <b>Hoja 9</b>                |

DOF 06-01-2005

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

DOF 08-01-2013

### **PLANES Y PROGRAMAS**

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

DOF 12-07-2019

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

DOF 17-08-2020

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.

DOF 30-08-2019

### **DOCUMENTOS NORMATIVOS**



Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

05-11-2020



### **OTROS**

Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud 2016-2019.

NOTA: el presente marco normativo incorpora disposiciones vigentes al momento de su elaboración, con independencia de la expedición y/o modificación de disposiciones realizadas de manera posterior, particularmente de aquellas cuya vigencia queda sujeta al ejercicio fiscal en curso.

|  |  |   |                              |
|--|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | <b>Hoja 10</b>               |

**1. PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN EN LA SECCIÓN DE PRECONSULTA  
y 1ER NIVEL DE ESTOMATOLOGÍA  
(PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN)**

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | <b>Hoja 11</b>               |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos para la atención estomatológica de primer nivel (promoción, prevención y detección oportuna) a todo paciente con problema respiratorio que lo requiera tanto de consulta externa y urgencia, especialidades de apoyo y hospitalización.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del Instituto que solicitan el servicio.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.
- 3.3 Se proporciona atención médica de estomatología, a toda persona con padecimientos respiratorios que cuenten con número de expediente clínico, y sean enviados a través de

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | <b>Hoja 12</b>               |



una interconsulta avalada por médico tratante del Servicio de Consulta Externa, Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo u hospitalización.

- 3.4 Es requisito para el paciente ambulatorio de primera vez presentar hoja de interconsulta y carnet de citas, para poder registrar y programar su consulta en el Módulo de Preconsulta, salvo en casos de urgencia, en los cuales se brindará la atención conforme a lo establecido en el procedimiento 2 Atención estomatológica en casos de urgencia de paciente ambulatorio.
- 3.5 Es condición indispensable para la atención de cualquier persona por primera vez, registrarlo en la libreta de control interno, asignando sección correspondiente para inicio de tratamiento.
- 3.6 La historia clínica estomatológica, como la exploración se realiza en forma ordenada a todo aquella persona que acuda a recibir atención médica por primera vez y será realizada como actividad preliminar, para integrar un diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento.
- 3.7 Sólo se atiende a todo aquella persona que se encuentre hospitalizada y se le haya realizado los estudios de gabinete y/o de rutina; con diagnóstico establecido, así como con esquema terapéutico específico instituido, con el fin de poder establecer el tratamiento estomatológico adecuado e indicado específicamente.
- 3.8 Se atiende a todo aquel paciente remitido de la consulta externa, siempre y cuando su expediente clínico se encuentre actualizado, instituido su esquema terapéutico, así como sus notas de evolución concomitantes a la fecha de su atención.
- 3.9 Todo persona con padecimientos respiratorios y requieran atención estomatológica de primer nivel, será canalizado en forma simultánea al segundo nivel de estomatología, debiendo darse prioridad en casos excepcionales a las áreas de Cirugía Bucal y Maxilo-Facial y/o Endodoncia.




|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | <b>Hoja 13</b>               |

- 3.10 Todo paciente que se derive a la sección de Endodoncia debe ser valorado y diagnosticado clínica y radiográficamente para que se justifique su tratamiento en esta sección.
- 3.11 Los pacientes en el servicio serán atendidos previa cita programada o agendada y tendrán una tolerancia de 15 minutos para acudir a la misma. En caso de que no asistan a su cita de forma puntual, serán atendidos al final de las consultas programadas, el día respectivo, o bien si el paciente lo solicita, se le otorgará una nueva cita.
- 3.12 A todo paciente con padecimientos respiratorios que se derive al 3er. del 2do. Nivel de estomatología se le deberá realizar curetaje y/o profilaxis correspondiente del maxilar y mandíbula en su totalidad.
- 3.13 En todos los casos se debe comunicar a la persona que recibe la atención médica de estomatología el diagnóstico y el tratamiento a seguir; exceptuando los casos de mayor severidad (HIV+, cáncer pulmonar).
- 3.14 La atención estomatológica se da a los pacientes en el mismo orden en que se encuentren registrados, previa programación por parte de las secciones en la agenda correspondiente.
- 3.15 El personal administrativo que tenga a su cargo las actividades secretariales deberá atender todas las solicitudes de citas y registrarlas en la agenda de consulta e interconsultas de hospitalización y especialidades de apoyo, así como orientar al paciente y a sus familiares, derivándolos a la sección correspondiente, de forma amable y cortés y de acuerdo a sus necesidades.
- 3.16 El personal médico encargado de la guardia debe atender las urgencias de los diferentes servicios clínicos de estomatología (de acuerdo al rol mensual previamente elaborado), así como verificar en el Sistema de Administración Hospitalario (Medsys) de aplicación de pacientes diariamente y dar atención al paciente.
- 3.17 Solo se atiende a todo aquel paciente infectocontagioso (HIV+) en áreas de hospitalización y consulta externa con número de expediente actualizado en calidad de urgencia, sin

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | <b>Hoja 14</b>               |

distinción de horario, ni de personal adscrito, una vez resuelta, se le debe asignar sección correspondiente para continuar su tratamiento en la sección de integrales I - II - III.


- 3.18 A todo aquel paciente infectocontagioso (HIV+) solo se le debe otorgar tratamiento en 1er. y 2do. Nivel de atención de estomatología.
- 3.19 Todo aquel paciente infectocontagioso (HIV+) que requiera atención estomatológica, será atendido en las secciones de integral I - II - III con horario específico pre-establecido.

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección) |

Hoja 15


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable                              | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                      |
|--|----------|---|---|
| <b>Consulta Externa</b>                  |          |   |   |
| Paciente                                 | 1        | Acude a la recepción del Servicio de Estomatología y solicita una cita para atención estomatológica, presentando su carnet de cita y la solicitud de interconsulta.   | Solicitud de Interconsulta (INER-EC-08) |
| Secretaría del Servicio de Estomatología | 2        | Recibe al paciente y documentos; registra datos del paciente en control de pacientes de primera vez.  | Solicitud de Interconsulta (INER-EC-08) |
|  | 3        | Entrega el carnet y Solicitud de Interconsulta (INER-EC-08) al paciente; indica la normativa a seguir para su atención (Sección de Integrales que iniciará su Tratamiento (I y II turno matutino y III turno vespertino). |   |
|  | 4        | Recibe la hoja de interconsulta, carnet de citas con la cita programada por la Sección de Integrales (I y II turno matutino o III turno vespertino).  |   |
| Paciente                                 | 5        | Acude a la cita en la fecha indicada mostrando documentación necesaria: carnet y solicitud de interconsulta.  | Carnet<br>Solicitud de interconsulta    |
| Secretaría del Servicio de Estomatología | 6        | Recibe los documentos, verifica datos previamente registrados e indica al paciente en donde será atendido.  |   |
|  | 7        | Envía al paciente a la sección de Preconsulta y entrega al médico adscrito carnet del paciente y hoja de interconsulta.   |   |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección) |


Hoja 16

| Responsable                              | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo   |
|--|----------|--|--|
| Médico adscrito (Sección de Preconsulta) | 8        | Recibe el carnet, solicitud de interconsulta y comprobante de pago cuando sea el caso, Solicitud de tratamiento en el Sistema de Administración Hospitalario y las anexa al Expediente Clínico y llama al paciente para dar inicio con su atención.                | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                         |
|  | 9        | Estudia el expediente clínico e interroga al paciente registrando resumen de diagnóstico general en formato: Resumen clínico estomatológico integral I-II-III.   | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III (INER-EST-02) |
|  | 10       | Interroga; inspecciona y explora al paciente; detectando padecimientos buco dentales y anota los datos obtenidos en el formato: Resumen clínico estomatológico integral I-II-III.  | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III (INER-EST-02) |
|  | 11       | Establece el diagnóstico estomatológico en el formato: Resumen clínico estomatológico integral I-II-III.   | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III (INER-EST-02) |
|  | 12       | Instituye el plan de tratamiento a seguir en primer nivel y sugiere o propone alternativas a seguir para el segundo y/o tercer nivel de atención (de acuerdo al caso); indicando y registrando datos en formato: Resumen clínico estomatológico integral I-II-III. | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III (INER-EST-02) |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección) |


Hoja 17

| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo   |
|--|----------|---|--|
| Médico adscrito (Sección de Preconsulta)             | 13       | Informa al paciente su estado de salud bucal y le indica acciones (prevención y control de placa dentobacteriana; y técnica de cepillado); si el caso lo requiere realiza aplicación de flúor y/o selladores. Sobre lo concerniente a su tratamiento a seguir en un 2do. y/o 3er. nivel de atención de acuerdo al diagnóstico establecido en el Resumen clínico estomatológico integral I-II-III. | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III (INER-EST-02)                                   |
|  | 14       | Informa al paciente que debe solicitar cita próxima para inicio de tratamiento, derivándolo a la sección de especialidad para registro de cita.   |  |
| Paciente   | 15       | Recibe la información y carnet para solicitar una cita a la sección indicada por el médico.   |  |
| Médico adscrito (Sección de integrales I – II - III) | 16       | Registra datos del paciente en el formato: Notas de estomatología y firma el resumen clínico estomatológico integral I-II-III y lo anexa al expediente clínico del paciente.  | Notas de estomatología INER-EST-06, Resumen clínico estomatológico integral I-II-III INER-EST-02 |
|  | 17       | Contesta la hoja de solicitud de interconsulta al reverso de la misma y la anexa al expediente clínico.   | Hoja de solicitud de interconsulta (INER-EC-08)  |
|  | 18       | Procede al llenado y firma la hoja de Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio.   | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07)  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |  |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección) |  |


Hoja 18

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                   |
|---|----------|---|--------------------------------------|
| <b>Urgencias</b>                                      |          |   |                                      |
| Médico adscrito (Guardia)                             | 19       | Consulta durante todo el día el Sistema de Administración Hospitalario en la aplicación de servicio a pacientes del área de hospitalización.  |                                      |
|   | 20       | Acude al servicio clínico registrado en el Sistema de Administración Hospitalario y revisa al paciente, diagnóstica, médica y realiza nota médica en el expediente.   |                                      |
|   | 21       | ¿El paciente debe acudir al Servicio de Estomatología para continuar tratamiento?<br><br>No. Termina procedimiento.<br>Si. Programa cita de acuerdo al control de citas de primera vez en la sección de integral. |                                      |
| Secretaría del Servicio de Estomatología              | 22       | Recibe al paciente e indica al camillero a que sección del Servicio debe llevar de acuerdo a cita programada en el expediente del paciente.   |                                      |
| Camillero   | 23       | Conduce al paciente a la sección de integral o especialidad según sea el caso, entrega al médico adscrito el expediente clínico del paciente.   |                                      |
| Médico adscrito (Sección de integrales I – II - III ) | 24       | Recibe expediente y llama al paciente para su atención.   |                                      |
|   | 25       | Estudia expediente clínico e interroga al paciente registrando resumen de diagnóstico general en formato: Notas de estomatología.   | Notas de estomatología (INER-EST-06) |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección) |

Hoja 19



| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                   |
|---|----------|---|--------------------------------------|
| Médico adscrito (Sección de integrales I – II - III ) | 26       | Interroga, inspecciona y explora al Paciente; detectando padecimientos buco dentales y anota los datos obtenidos en el formato: Notas de estomatología.   | Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|   | 27       | Establece diagnóstico estomatológico en formato de notas de estomatología.  | Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|   | 28       | Instituye plan de tratamiento a seguir de 1er. nivel y sugiere o propone alternativas a seguir para el 2do. y/o 3er. Nivel de Atención (de acuerdo al caso); indicando y registrando datos en formato de notas de estomatología. Lo anterior de acuerdo al resumen de diagnóstico general, inspección padecimiento actual y diagnóstico estomatológico. | Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|   | 29       | Informa al paciente su estado de salud bucal y le indica las acciones (prevención y control de caries y técnica de cepillado); si el caso lo requiere realiza aplicación de flúor y/o selladores.   |                                      |
|   | 30       | Comunica al paciente sobre lo concerniente a su tratamiento a seguir en 2do. y/o 3er. nivel de Atención de acuerdo a las notas de estomatología.  |                                      |
|   | 31       | Registra notas de estomatología, firma y la anexa al expediente clínico del paciente.   | Notas de estomatología (INER-EST-06) |

|   |   |
|---|---|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección) |

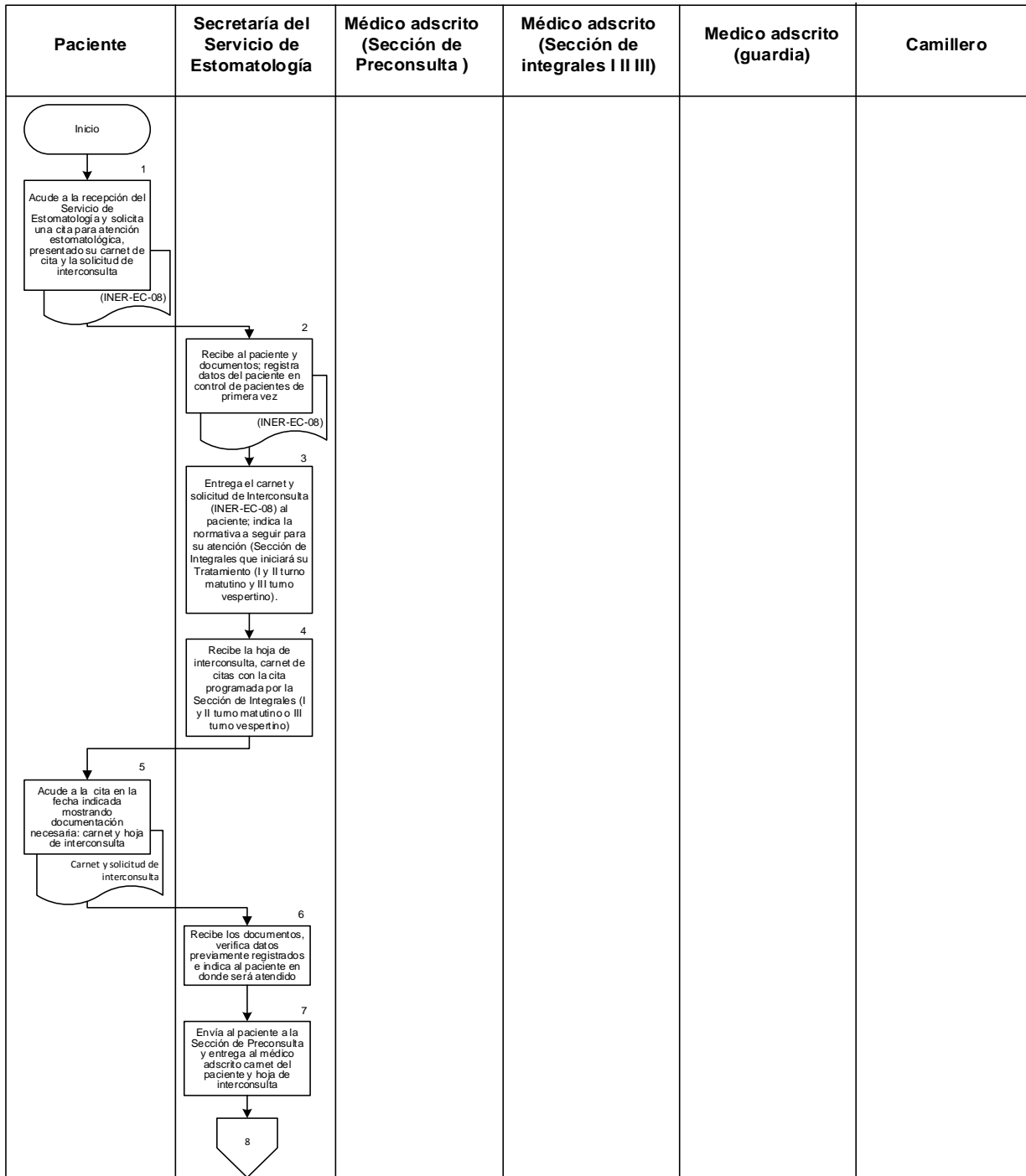
Hoja 20

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo |
|---|----------|--|--------------------|
| Médico adscrito (Sección de integrales I – II - III ) | 32       | Anota en el expediente las indicaciones a seguir en el servicio clínico (Nota de estomatología INER-EST-06) y si es necesario se programa cita para continuar tratamiento.           |                    |
|   | 33       | Captura en el Sistema de Administración Hospitalario en el apartado de: cargos a cuenta del paciente, la consulta y tratamiento otorgado al paciente hospitalizado, en su caso.      |                    |
|   | 34       | Solicita vía telefónica a la Coordinación de Camilleros, que lleven al paciente al servicio clínico al que pertenece, y entrega el expediente clínico para el traslado del paciente. |                    |
|   |          | <b>Termina procedimiento</b>   |                    |



|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | Hoja 21              |

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 22

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Preconsulta) | Médico adscrito (Sección de integrales I II III) | Medico adscrito (guardia) | Camillero |
|----------|--|--|--|---------------------------|-----------|
|          |  |  |  |                           |           |



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

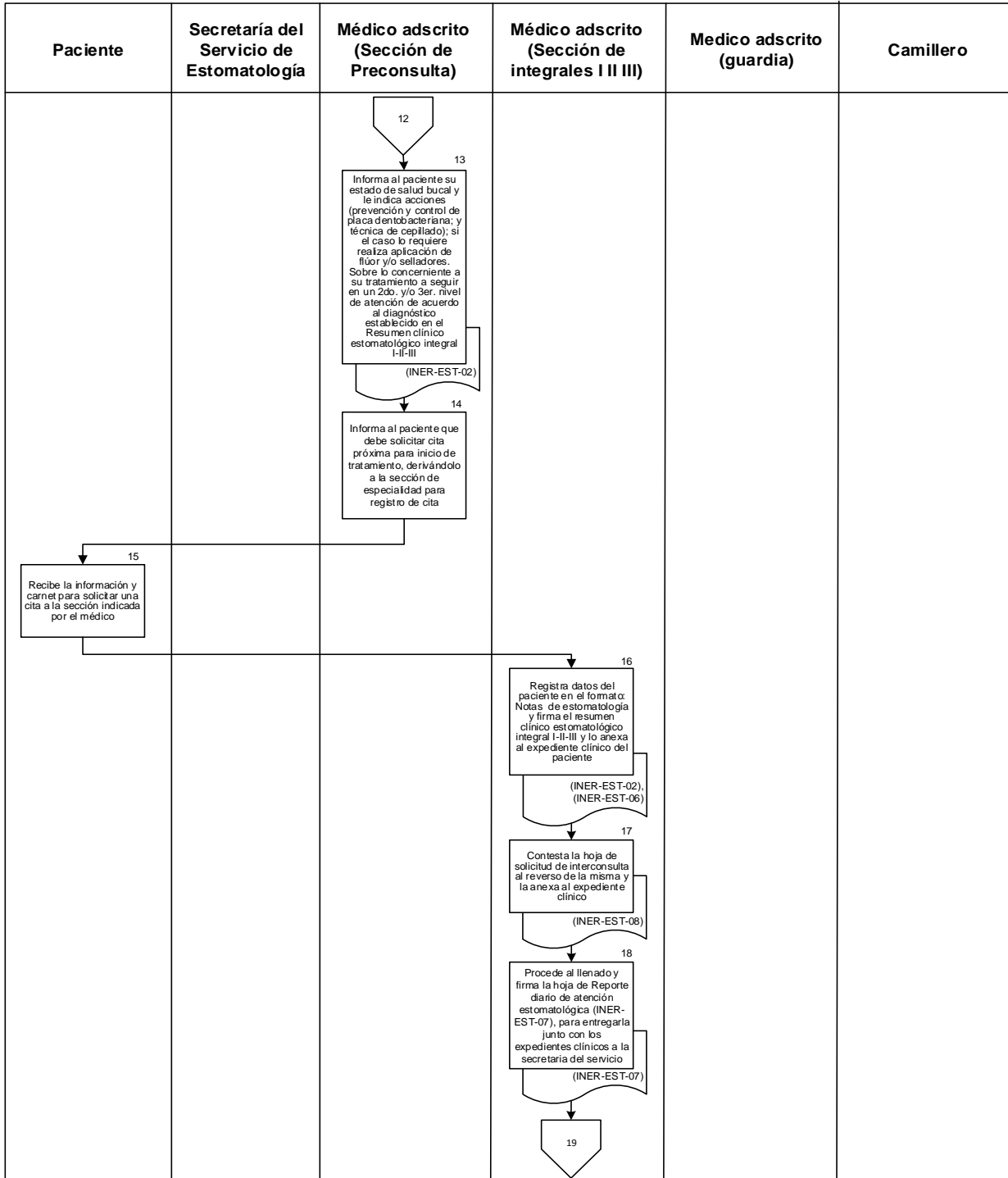
1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 23





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

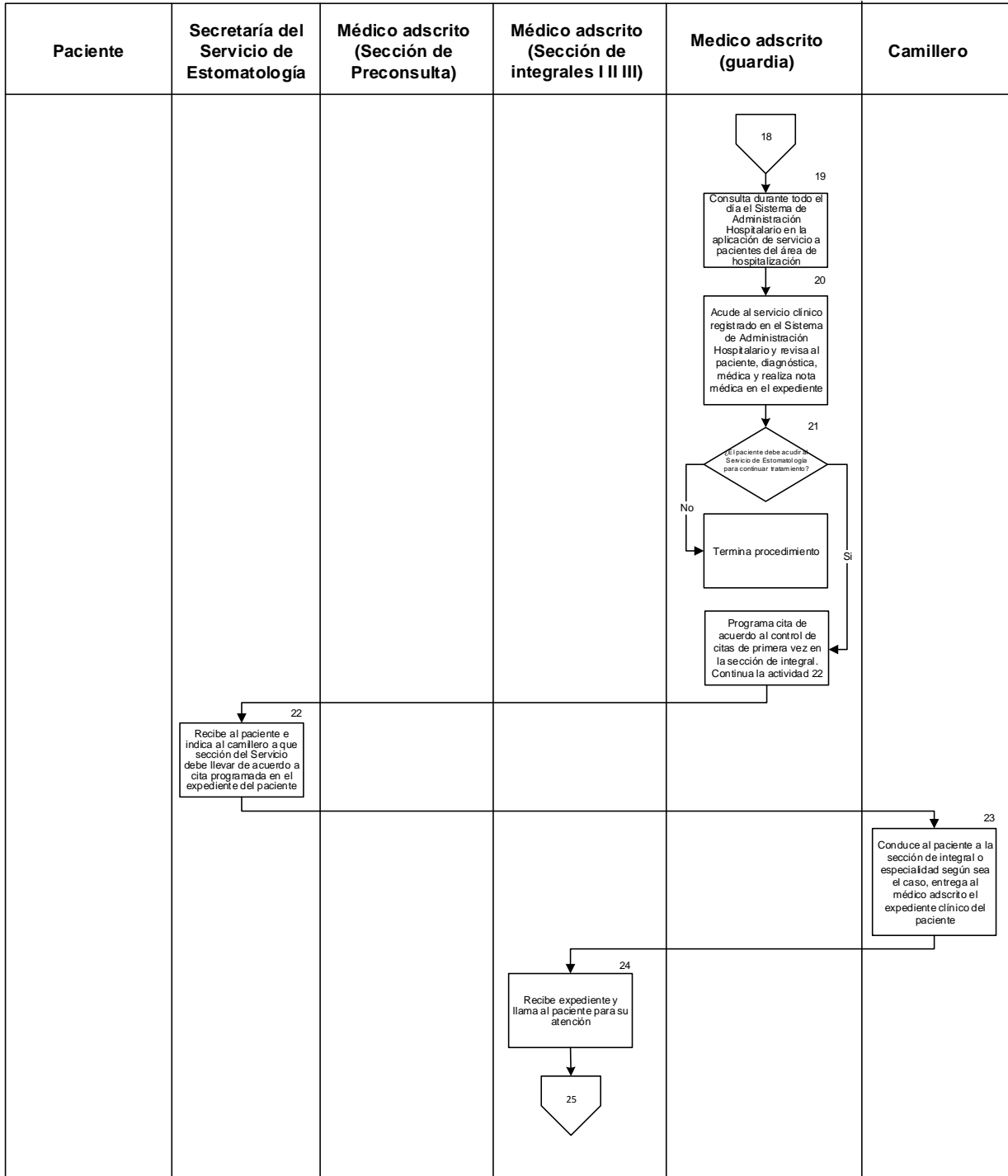
1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 24





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 25

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Preconsulta) | Médico adscrito (Sección de integrales I II III) | Medico adscrito (guardia) | Camillero |
|----------|--|--|--|---------------------------|-----------|
|          |  |  |  |                           |           |



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección).





Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 26

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Preconsulta) | Médico adscrito (Sección de integrales I II III)  | Medico adscrito (guardia) | Camillero |
|----------|--|--|---|---------------------------|-----------|
|          |  |  | <pre> graph TD     29{29} --&gt; 30[30]     30 --&gt; 31[31]     31 --&gt; 32[32]     32 --&gt; 33[33]     33 --&gt; 34[34]     34 --&gt; 35[35]     35 --&gt; End([Termina el procedimiento])     </pre> |                           |           |

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | <b>Hoja 27</b>               |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| <b>Documentos</b>   | <b>Código<br/>(cuando aplique)</b> |
|---|------------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                          |

## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>                                     | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 Solicitud de Interconsulta                       | No aplica                     | Consulta Externa                  | INER-EC-08                                       |
| 7.2 Solicitud de tratamiento                         | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-01                                      |
| 7.3 Resumen clínico estomatológico integral I-II-III | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-02                                      |
| 7.4 Notas de estomatología                           | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-06                                      |
| 7.5 Reporte diario de atención estomatológica        | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-07                                      |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.
- 8.2 **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.
- 8.3 **Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia.

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | <b>Hoja 28</b>               |



## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>                                   |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos, de acuerdo a operación actual. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Interconsulta INER-EC-08.
- 10.2 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.3 Resumen clínico estomatológico integral I-II-III INER-EST-02.
- 10.4 Notas de estomatología INER EST-06.
- 10.5 Registro diario de atención estomatológica INER-EST-07.



|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS   |  | Rev. 2               |
|   | SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA  |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | Hoja 29              |

### 10.1 Formato

### Solicitud de Interconsulta INER-EC-08

  
 SECRETARÍA DE SALUD



**SOLICITUD DE INTERCONSULTA**

  
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
 ISMAEL COSÍO VILLEGAS

DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Fecha: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

No. DE PROTOCOLO: \_\_\_\_\_

MARQUE LAS INTERCONSULTAS QUE SOLICITE, RESALTANDO LA PRINCIPAL  
\*En estas especialidades llenar una solicitud por interconsulta



| CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA |   |      |   |
|--------------------------------|---|------|---|
| CE01                           | PRECONSULTA DE NEUMOLOGÍA                     | CE21 | CLÍNICA DE EPOC                               |
| CE02                           | PRECONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA*          | CE22 | CLÍNICA DE INTERSTICIALES                     |
| CE03                           | PSIQUIATRÍA                                   | CE23 | CIRUGÍA                                       |
| CE04                           | CARDIOLOGÍA                                   | CE24 | CLÍNICA DE TRAQUEA                            |
| CE05                           | MEDICINA INTERNA                              | CE25 | GASTROENTEROLOGÍA                             |
| CE06                           | NEUMOLOGÍA                                    | CE26 | AUDILOGÍA (OTORRINOLARINGOLOGÍA)*             |
| CE07                           | NEUMOPEDIATRÍA                                | CE27 | CLÍNICA DE VASCULITIS                         |
| CE08                           | OTORRINOLARINGOLOGÍA*                         | CE31 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ A ESPECIALIDAD        |
| CE09                           | REUMATOLOGÍA                                  | CE32 | CONSULTA DE VALORACIÓN ANESTÉSICA             |
| CE10                           | ONCOLOGÍA (PABELLÓN 3)                        | CE33 | CONSULTA DE LA CLÍNICA DE TRASPLANTE PULMONAR |
| CE11                           | INFECTOLOGÍA NEUMOLÓGICA                      | CE34 | CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL              |
| CE12                           | DIETOLOGÍA                                    | CE35 | NEUMOLOGÍA CLÍNICA (PABELLÓN 4)               |
| CE13                           | CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO | CE36 | CIRUGÍA CARDIOVASCULAR                        |
| CE15                           | HEMATOLOGÍA*                                  | SE01 | ALERGOLOGÍA                                   |
| CE16                           | CLÍNICA DEL DOLOR                             | ES02 | ESTOMATOLOGÍA*                                |
| CE17                           | REHABILITACIÓN RESPIRATORIA *                 | CT07 | CLÍNICA DE TABAQUISMO (CONSULTA NEUMOLÓGICA)* |
| CE18                           | CLÍNICA DE TUBERCULOSIS                       |      |   |
| CE20                           | CARDIOPEDIATRÍA*                              |      |   |

Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

Motivo de interconsulta(s): \_\_\_\_\_

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Nombre del médico tratante | Firma |
|----------------------------|-------|

- Importante:**
- Se recomienda enviar estudios actualizados para la adecuada realización de la interconsulta.
  - El reporte de la interconsulta se realizará en la hoja de nota médica.
  - Es estrictamente necesario el envío de esta solicitud, para la correcta programación por el personal administrativo de la consulta externa.
  - Para la interconsulta a cardiología se deberá anexar el formato de electrocardiograma INER-CE-29 (12.2013)
  - Neumología consulta externa, solo para especialidades no neurológicas.

|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>INER</b> | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |  | <b>Hoja 30</b>               |

### 10.2 Formato



### Solicitud de tratamiento INER-EST-01



### SOLICITUD DE TRATAMIENTO



|   |                        |   |                |                                   |  |  |
|---|------------------------|---|----------------|-----------------------------------|--|--|
| Fecha:  |                        |   |                |                                   |  |  |
| Nombre completo del paciente:   |                        |   |                | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |  |  |
| Genero  | No. Expediente clínico | Sección   | No. de factura | Costo                             |  |  |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento (s) otorgado (s) así como el número realizado.  |                        |   |                |                                   |  |  |
| <b>1ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>INTEGRAL I-H-II</b><br><input type="checkbox"/> ES02 Consulta<br><input type="checkbox"/> ES03 Preconsulta<br><input type="checkbox"/> ES04 Aplicación tópica fluor adulto<br><input type="checkbox"/> ES05 Profilaxis adulto maxilar-mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES06 Toma de rayos X Periapical<br><input type="checkbox"/> ES128 Toma de rayos X Oclusal<br><input type="checkbox"/> ES101 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u<br><br><b>2DO. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>INTEGRAL I-H-II</b><br><input type="checkbox"/> ES07 Curetaje maxilar o mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES08 Placa con amalgama c/u<br><input type="checkbox"/> ES09 Odontotomía (exodoncia) adulto c/u<br><input type="checkbox"/> ES102 Obturación provisional simple<br><input type="checkbox"/> ES 125 Obturación con ionómero de vidrio<br><br><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>ODONTODIAGNÓSTICA</b><br><input type="checkbox"/> ES10 Profilaxis infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES11 Placa amalgama y/o resina c/u<br><input type="checkbox"/> ES12 Odontotomía infantil (exodoncia) c/u<br><input type="checkbox"/> ES13 Pulpotomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES14 Pulpotomía infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES15 Colocación corona acero / cromo c/u<br><input type="checkbox"/> ES16 Selladores fosetas y fisuras c/u<br><input type="checkbox"/> ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u<br><input type="checkbox"/> ES103 Aplicación tópica fluor a infantes<br><input type="checkbox"/> ES104 Obturación provisional simple c/u<br><input type="checkbox"/> ES105 Toma de impresión c/u<br><br><b>ENDODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES20 Tratamiento conductos anteriores<br><input type="checkbox"/> ES21 Tratamiento conductos posteriores<br><input type="checkbox"/> ES106 Obturación temporal conductos |                        | <b>CIRUGÍA MENOR</b><br><input type="checkbox"/> ES23 Caninos ó terceros molares retenidos c/u<br><input type="checkbox"/> ES24 Odontotomías múltiples c/u alveoloplastias por cuadrantes<br><input type="checkbox"/> ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasias<br><input type="checkbox"/> ES26 Cirugía preprotésica por arcada<br><input type="checkbox"/> ES27 Tratamiento Dilefusión A.T.M.<br><input type="checkbox"/> ES28 Biopsia glándulas salivales menores<br><input type="checkbox"/> ES29 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante<br><input type="checkbox"/> ES30 Apicectomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> ES95 Colocación de implantes dentarios c/u<br><br><b>CIRUGÍA MAYOR MAXILOFACIAL</b><br><input type="checkbox"/> CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-menton)<br><input type="checkbox"/> CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula<br><input type="checkbox"/> CM 06 Extracción glándula salival mayor<br><input type="checkbox"/> CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido<br><input type="checkbox"/> CM 08 Toma y colocación injerto mentón<br><input type="checkbox"/> CM 09 Antriotomía Caldwell-luc<br><input type="checkbox"/> CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial<br><br><b>REHABILITACIÓN I</b><br><input type="checkbox"/> ES 42 Colocación resina fotopolimerizable<br><br><b>APARATOLOGÍA</b><br><input type="checkbox"/> ES 117 Mantenedor de espacio fijo<br><input type="checkbox"/> ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes<br><input type="checkbox"/> ES 121 Mantenedor de espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 122 Elaboración aparatología removible.<br><input type="checkbox"/> ES 124 Elaboración aparatología fija. |                |                                   | <b>ORTODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 89 Recamentado brackets c/u<br><input type="checkbox"/> ES 90 Reposición aparatología fija<br><input type="checkbox"/> ES 97 Control aparatología ortodóncica<br><input type="checkbox"/> ES 98 Tracado cefalométrico<br><input type="checkbox"/> ES 110 Análisis y medición modelos de estudio<br><input type="checkbox"/> ES 111 Colocación separadores inter dentarios<br><input type="checkbox"/> ES 112 Prueba bandas y punteado tubos c/u<br><input type="checkbox"/> ES 113 Aparatología fija bésica (brackets)<br><input type="checkbox"/> ES 114 Arcos conformados<br><input type="checkbox"/> ES 115 Ligaduras metálicas y/o aléticas<br><input type="checkbox"/> ES 116 Retiro de brackets<br><br><b>ORTOPEDIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 81 Colocación guarda aducal<br><input type="checkbox"/> ES 82 Colocación mantenedor espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible<br><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAGS<br><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación reteador removible c/u<br><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible<br><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación reteador fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica |  |
| Nombre y firma de quien solicita  |                        |   |                |                                   |  |  |

|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>INER</b> | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |  | <b>Hoja 31</b>               |

### 10.3 Formato

#### Resumen clínico estomatológico integral I-II-III INER-EST-02



#### RESUMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO INTEGRAL I II III



INSTITUTO NACIONAL DE  
ENFERMEDADES  
RESPIRATORIAS  
SHARIL COYOUILLEAS  
SECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEURORADIOLOGÍA  
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA

|   |                   |
|---|-------------------|
| Fecha   |                   |
| Nombre completo del paciente  |                   |
| Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)   |                   |
| No. Expediente clínico  | Género            |
| Estado civil  | Edad              |
| Domicilio   |                   |
| Teléfono  |                   |
| Diagnóstico general   |                   |
| Interrogatorio<br>Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/> |                   |
| Antecedentes heredo-familiares.   |                   |
| Antecedentes heredo-familiares no patológicos   |                   |
| Lugar de nacimiento   | Ocupación         |
| Habitación y servicios públicos   |                   |
| Hábitos alimenticios  |                   |
| Higiene personal  | Higiene bucal     |
| Antecedentes personales patológicos   |                   |
| Enfermedades de la niñez  |                   |
| Quirúrgicos   |                   |
| Traumáticos   | Transfusionales   |
| Alergias  | Adicciones        |
| Medicamentos  |                   |
| Padecimiento estomatológico actual.   |                   |
| Labios  | Lengua            |
| Mucosa yugal  | Paladar duro      |
| Paladar blando  | Fiso de boca      |
| Glándulas salivales   | Cadena ganglionar |
| Periodonto  | Oclusión          |
| A.T.M.  | Otros             |
| Diagnóstico estomatológico  |                   |

Licencia Sanitaria No. 12-AM-08-012-0002

INER-057-03 (07.2021)



#### RESUMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO INTEGRAL I II III





INSTITUTO NACIONAL DE  
ENFERMEDADES  
RESPIRATORIAS  
SHARIL COYOUILLEAS  
SECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEURORADIOLOGÍA  
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA

|  |                   |                                       |               |               |
|--|-------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|
| Odontograma<br>Estado actual   |                   |                                       |               |               |
| Primer cuadrante   | Segundo cuadrante |                                       |               |               |
| 11   | 21                |                                       |               |               |
| 12   | 22                |                                       |               |               |
| 13   | 23                |                                       |               |               |
| 14   | 24                |                                       |               |               |
| 15   | 25                |                                       |               |               |
| 16   | 26                |                                       |               |               |
| 17   | 27                |                                       |               |               |
| 18   | 28                |                                       |               |               |
| Tercer cuadrante   | Cuarto cuadrante  |                                       |               |               |
| 31   | 41                |                                       |               |               |
| 32   | 42                |                                       |               |               |
| 33   | 43                |                                       |               |               |
| 34   | 44                |                                       |               |               |
| 35   | 45                |                                       |               |               |
| 36   | 46                |                                       |               |               |
| 37   | 47                |                                       |               |               |
| 38   | 48                |                                       |               |               |
| Plan de tratamiento  |                   |                                       |               |               |
|  | 1er cuadrante     | 2do cuadrante                         | 3er cuadrante | 4to cuadrante |
| a) Operatoria  |                   |                                       |               |               |
| b) Exodoncia   |                   |                                       |               |               |
| c) Rehabilitación I  |                   |                                       |               |               |
| Se me explica en qué consiste el tratamiento, así como sus riesgos y beneficios, resolviendo mis dudas |                   |                                       |               |               |
| Nombre y firma del paciente  |                   | Nombre y firma del médico responsable |               |               |

Licencia Sanitaria No. 12-AM-08-012-0002

INER-057-03 (07.2021)

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | <b>Hoja 32</b>               |

### 10.3 Formato (2da parte)

#### Resumen clínico estomatológico integral I-II-III INER-EST-02



#### RESUMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO INTEGRAL I II III





#### ODONTOGRAMA INICIAL

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18                       | 17                       | 16                       | 15                       | 14                       | 13                       | 12                       | 11                       | 21                       | 22                       | 23                       | 24                       | 25                       | 26                       | 27                       | 28                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                          | 55                       | 54                       | 53                       | 52                       | 51                       | 61                       | 62                       | 63                       | 64                       | 65                       |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | 65                       | 64                       | 63                       | 62                       | 61                       | 71                       | 72                       | 73                       | 74                       | 75                       |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| 48                       | 47                       | 46                       | 45                       | 44                       | 43                       | 42                       | 41                       | 31                       | 32                       | 33                       | 34                       | 35                       | 36                       | 37                       | 38                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |


#### ODONTOGRAMA DE SEGUIMIENTO

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18                       | 17                       | 16                       | 15                       | 14                       | 13                       | 12                       | 11                       | 21                       | 22                       | 23                       | 24                       | 25                       | 26                       | 27                       | 28                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                          | 55                       | 54                       | 53                       | 52                       | 51                       | 61                       | 62                       | 63                       | 64                       | 65                       |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | 65                       | 64                       | 63                       | 62                       | 61                       | 71                       | 72                       | 73                       | 74                       | 75                       |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| 48                       | 47                       | 46                       | 45                       | 44                       | 43                       | 42                       | 41                       | 31                       | 32                       | 33                       | 34                       | 35                       | 36                       | 37                       | 38                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | Hoja 33              |

### 10.4 Formato


#### Notas de estomatología INER-EST-06



**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**


INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

INSTITUCIÓN QUE ATIENDE AL PACIENTE EN ESTOMATOLOGÍA



|                              |               |                                   |  |
|------------------------------|---------------|-----------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente |               | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |  |
| Sexo                         | Estado civil  | No. de expediente                 |  |
| Domicilio                    |               | Teléfono                          |  |
| Fecha y hora                 | Notas médicas |                                   |  |
|                              |               |                                   |  |


Dirección telefónica No. 52 566 96 00 2000      INER 521 492 21 2000



**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**



INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

INSTITUCIÓN QUE ATIENDE AL PACIENTE EN ESTOMATOLOGÍA



|              |               |
|--------------|---------------|
| Fecha y hora | Notas médicas |
|              |               |

Dirección telefónica No. 52 566 96 00 2000      INER 521 492 21 2000

|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 1. Procedimiento para la atención en la Sección de Preconsulta y 1er nivel de estomatología (promoción, prevención y detección). |   | Hoja 34              |

### 10.5 Formato

#### Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**





INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

| No.                                 | Nombre del paciente | Expediente | Consulta |       | Procedencia |                   | Edad | Género           | Etiología CIE 10 |             | Actividades    |                     | Tratamiento terminado |
|-------------------------------------|---------------------|------------|----------|-------|-------------|-------------------|------|------------------|------------------|-------------|----------------|---------------------|-----------------------|
|                                     |                     |            | Ata.     | Ver.  | Col.        | C.A.              |      |                  | Imp.             | General     | Estomatológica | Clase               |                       |
| 1                                   |                     |            |          |       |             |                   |      |                  |                  |             |                |                     |                       |
| 2                                   |                     |            |          |       |             |                   |      |                  |                  |             |                |                     |                       |
| 3                                   |                     |            |          |       |             |                   |      |                  |                  |             |                |                     |                       |
| 4                                   |                     |            |          |       |             |                   |      |                  |                  |             |                |                     |                       |
| 5                                   |                     |            |          |       |             |                   |      |                  |                  |             |                |                     |                       |
| 6                                   |                     |            |          |       |             |                   |      |                  |                  |             |                |                     |                       |
|                                     |                     |            |          |       | Da          | Me                | Año  |                  |                  |             |                |                     |                       |
| Nombre completo del médico tratante |                     | Firma      |          | Fecha |             | Horas de consulta |      | No. de pacientes |                  | Actividades |                | Área estomatológica |                       |

ISSA 001-01-01-001

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                              |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>                             |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 2. Atención estomatológica ambulatoria en casos de urgencia. |   | <b>Hoja 35</b>               |

## 2. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA AMBULATORIA EN CASOS DE URGENCIA

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                              |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>                             |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 2. Atención estomatológica ambulatoria en casos de urgencia. |   | <b>Hoja 36</b>               |

## 1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Definir los lineamientos para la atención estomatológica de urgencias a los pacientes, en forma eficaz y oportuna, que permita restablecer su función y equilibrio estomatológico.



## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.
- 3.3 El paciente con padecimiento del aparato respiratorio que cuente con número de expediente, debe presentar su carnet de citas actualizado, para ser atendido de urgencia y posteriormente continúe con su tratamiento dentro del Servicio de Estomatología.



|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                              |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>                             |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 2. Atención estomatológica ambulatoria en casos de urgencia. |   | <b>Hoja 37</b>               |

3.4 Todo aquel paciente que no reúna los requisitos anteriores y acuda a la atención estomatológica de urgencias se atiende por primera y única vez realizándose las acciones específicas y/o terapéuticas específicas, una vez resuelta su urgencia, se derivará posteriormente a la institución de salud correspondiente, previa elaboración del formato Contrarreferencia INER-CE-30.


3.5 Los medicamentos no odontológicos sólo se administran con previa valoración clínica del paciente que acude por urgencia estomatológica.

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 2. Procedimiento para la atención estomatológica ambulatoria en caso de urgencias |

Hoja 38



#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable                              | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                                      |
|--|----------|---|---|
| Paciente                                 | 1        | Acude a la recepción en el Servicio de Estomatología solicitando atención de urgencias.   |   |
| Secretaria del Servicio de Estomatología | 2        | Solicita el carnet para solicitar expediente clínico. Canaliza al paciente de acuerdo al rol de guardia, para su atención.  |   |
| Médico adscrito (Guardia)                | 3        | Recibe la documentación correspondiente y llama al paciente para su atención.   |   |
|  | 4        | Inspecciona, revisa, valora al paciente y registra en el formato: Notas de estomatología, propone plan de tratamiento a seguir.   | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|  | 5        | Realiza las acciones específicas para dar solución al problema de urgencia.   |   |
|  | 6        | Elabora las notas médicas respectivas anexándola al expediente clínico el reporte diario de atención estomatológica, previamente firmadas.                                      | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07) |
|  | 7        | Informa al paciente las acciones realizadas y lo orienta en su tratamiento.   |   |
|  | 8        | ¿El paciente requiere continuar con su tratamiento?<br><br>No: Genera el alta del paciente. Termina procedimiento.<br>Si: Deriva al paciente a II nivel de atención a la salud. |   |

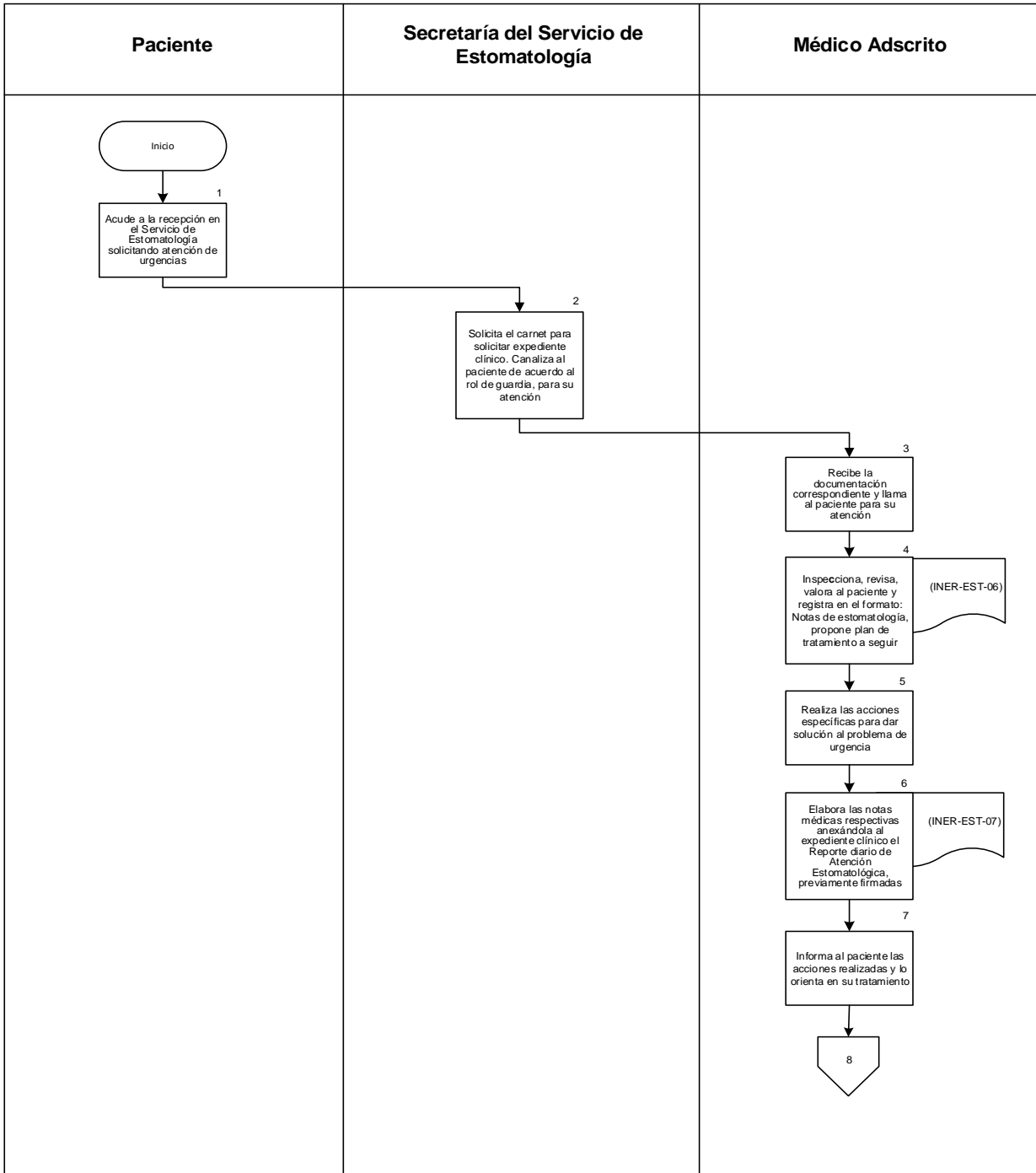
|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 2. Procedimiento para la atención estomatológica ambulatoria en caso de urgencias |

Hoja 39

| Responsable                              | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                   |
|--|----------|--|--------------------------------------|
| Secretaria del Servicio de Estomatología | 9        | <p>Realiza el llenado del formato: Solicitud de tratamiento, de acuerdo al procedimiento a realizar, cuando sea el caso se asigna el número de folio, emitido por el Sistema Administración Hospitalario, para que el paciente realice el pago correspondiente.</p> <p style="text-align: center;"><b>Termina el procedimiento</b></p> | Solicitud de tratamiento INER-EST-01 |

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | Rev. 2  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | Código:<br><b>NCDPR 041</b>   |
|   | 2. Procedimiento para la atención estomatológica ambulatoria en caso de urgencias. | <br><b>Hoja 40</b> |

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

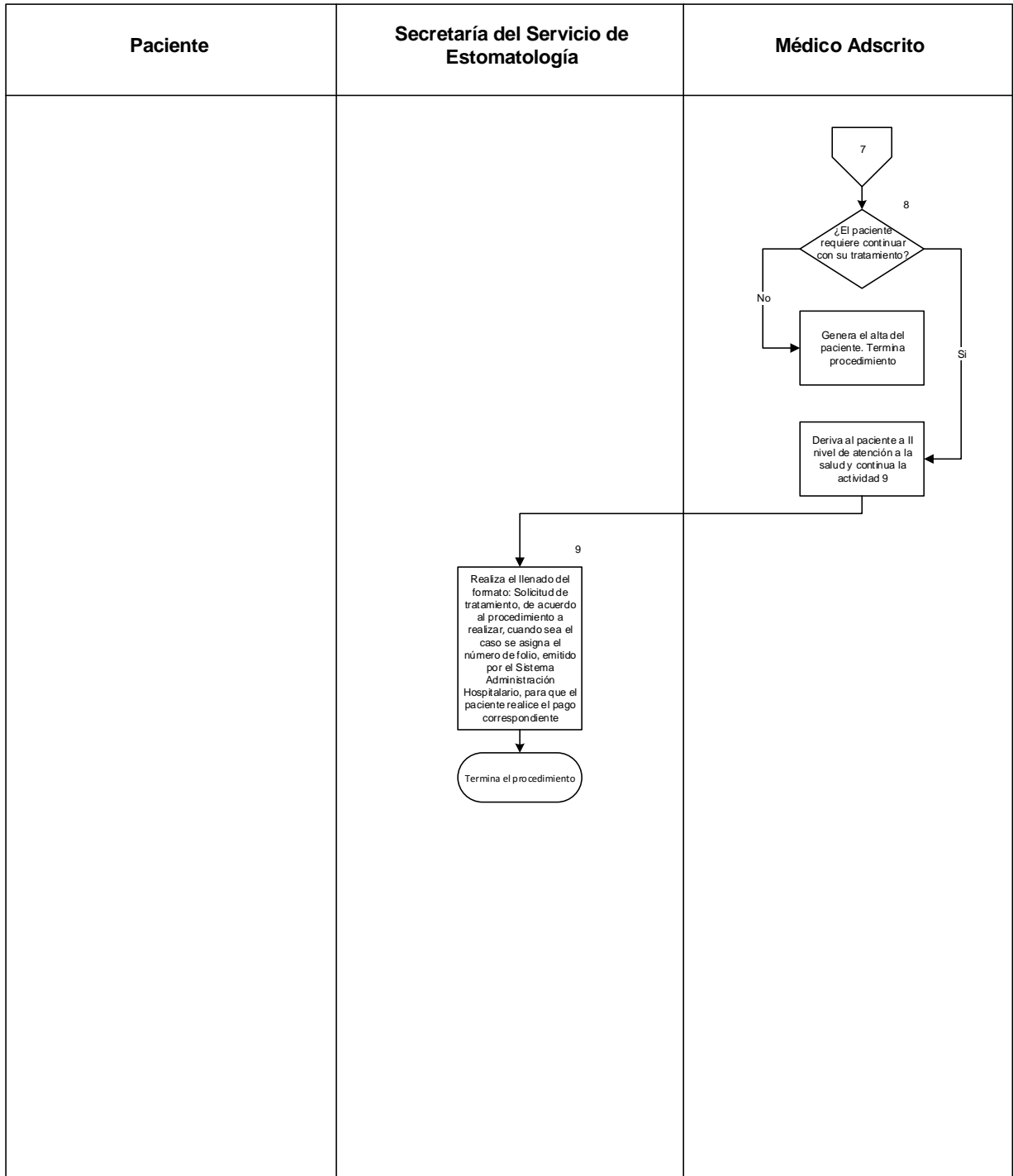
2. Procedimiento para la atención estomatológica ambulatoria en caso de urgencias.





Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 41



|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 2. Procedimiento para la atención estomatológica ambulatoria en caso de urgencias. |   | Hoja 42              |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| Documentos  | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros                                     | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Solicitud de tratamiento                  | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-01                               |
| 7.2 Notas de Estomatología                    | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-06                               |
| 7.3 Reporte diario de Atención Estomatológica | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-07                               |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 No aplica.

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 2. Procedimiento para la atención estomatológica ambulatoria en caso de urgencias. |   | <b>Hoja 43</b>               |

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>   |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos, de acuerdo con la operación actual en el servicio. |

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.

10.2 Notas de estomatología INER-EST-06.

10.3 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.

|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 2. Procedimiento para la atención estomatológica ambulatoria en caso de urgencias. |   |                      |

### 10.1 Formato

### Solicitud de tratamiento INER-EST-01





### SOLICITUD DE TRATAMIENTO




|  |  |   |                |                                   |
|--|--|---|----------------|-----------------------------------|
| Fecha:   |  |   |                |                                   |
| Nombre completo del paciente:  |  |   |                | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |
| Genero   | No. Expediente clínico   | Sección   | No. de factura | Costo                             |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento [x] otorgado [x] así como el número realizado.   |  |   |                |                                   |
| <p><b>SEP. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-II-III</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES02 Consulta</p> <p><input type="checkbox"/> ES03 Preconsulta</p> <p><input type="checkbox"/> ES04 Aplicación tópica fluor adulto</p> <p><input type="checkbox"/> ES05 Profilaxis adulto maxilar-mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES06 Toma de rayos X Periapical</p> <p><input type="checkbox"/> ES128 Toma de rayos X Oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> ES101 Selladores fosetas y fissuras adulto c/u</p> <p><b>IGO. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-II-III</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES07 Curetaje maxilar o mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES08 Placa con amalgama c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES09 Odontotomía (exodoncia) adulto c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES102 Obturación provisional simple</p> <p><input type="checkbox"/> ES 125 Obturación con ionómero de vidrio</p> <p><b>SEP. NIVEL DE ATENCIÓN ODONTODIAGNÓSTICA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES10 Profilaxis infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES11 Placa amalgama y/o resina c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES12 Odontotomía infantil (exodoncia) c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES13 Pulpotomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES14 Pulpotomía infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES15 Colocación corona acero / cromo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES16 Selladores fosetas y fissuras c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES103 Aplicación tópica fluor a Infantes</p> <p><input type="checkbox"/> ES104 Obturación provisional simple c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES105 Toma de Impresión c/u</p> <p><b>ENDODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES20 Tratamiento conductos anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ES21 Tratamiento conductos posteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ES106 Obturación temporal conductos</p> | <p><b>QUIRÚJIA MENOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES23 Casinos ó terceros molares retenidos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES24 Odontectomías múltiples c/u alveoloimplantes por cuadrantes</p> <p><input type="checkbox"/> ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasias</p> <p><input type="checkbox"/> ES26 Cirugía preprotésica por arcada</p> <p><input type="checkbox"/> ES27 Tratamiento Diferenciación A.T.M.</p> <p><input type="checkbox"/> ES28 Biopsia glándulas salivales menores</p> <p><input type="checkbox"/> ES29 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante</p> <p><input type="checkbox"/> ES30 Apioctomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> ES95 Colocación de Implantes dentarios c/u</p> <p><b>QUIRÚJIA MAYOR MAXILOFACIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-menton)</p> <p><input type="checkbox"/> CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula</p> <p><input type="checkbox"/> CM 06 Extracción glándula salival mayor</p> <p><input type="checkbox"/> CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido</p> <p><input type="checkbox"/> CM 08 Toma y colocación injerto mentón</p> <p><input type="checkbox"/> CM 09 Astratotomía Caldwell-lac</p> <p><input type="checkbox"/> CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial</p> <p><b>REHABILITACIÓN I</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 42 Colocación resina fotopolimerizable</p> <p><b>APARATOLOGÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 117 Mantenedor de espacio fijo</p> <p><input type="checkbox"/> ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes</p> <p><input type="checkbox"/> ES 121 Mantenedor de espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 122 Elaboración aparatología removible.</p> <p><input type="checkbox"/> ES 124 Elaboración aparatología fija.</p> | <p><b>ORTODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ES 89 Recamamento brackets c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 90 Reposición aparatología fija</p> <p><input type="checkbox"/> ES 97 Control aparatología ortodóncica</p> <p><input type="checkbox"/> ES 98 Trazocefalométrico</p> <p><input type="checkbox"/> ES 130 Análisis y medición modelos de estudio</p> <p><input type="checkbox"/> ES 131 Colocación separadores inter dentarios</p> <p><input type="checkbox"/> ES 132 Prueba bandas y puntado tubos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 133 Aparatología fija básica (brackets)</p> <p><input type="checkbox"/> ES 134 Arcos conformados</p> <p><input type="checkbox"/> ES 135 Ligaduras metálicas y/o elásticas</p> <p><input type="checkbox"/> ES 136 Retiro de brackets</p> <p><b>ORTOPEDIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ES 81 Colocación guarda occlusal</p> <p><input type="checkbox"/> ES 82 Colocación mantenedor espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SACOS</p> <p><input type="checkbox"/> ES 95 Colocación retenedor removible c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo e removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica</p> |                |                                   |
|  |  |   |                | Nombre y firma de quien solicita  |



|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 2. Procedimiento para la atención estomatológica ambulatoria en caso de urgencias. |   | Hoja 45              |

## 10.2 Formato

### Notas de estomatología INER-EST-06

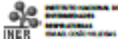


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS


INER

INSTITUCIÓN PÚBLICA  
ASISTENCIAL DEL SISTEMA DE SALUD DEL ESTADO DE CALIFORNIA  
SECRETARÍA DE ESTOMATOLOGÍA



|                              |               |                                   |  |
|------------------------------|---------------|-----------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente |               | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |  |
| Sexo                         | Estado civil  | No. de expediente                 |  |
| Dirección                    |               | Teléfono                          |  |
| Fecha y hora                 | Notas médicas |                                   |  |
|                              |               |                                   |  |

Documento formato No. 12-ANM-06-01-006
INER-EST-06(01-006)

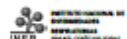


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS


INER

INSTITUCIÓN PÚBLICA  
ASISTENCIAL DEL SISTEMA DE SALUD DEL ESTADO DE CALIFORNIA  
SECRETARÍA DE ESTOMATOLOGÍA



|              |               |
|--------------|---------------|
| Fecha y hora | Notas médicas |
|              |               |



Documento formato No. 12-ANM-06-01-006
INER-EST-06(01-006)

|   |  |                      |
|---|--|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 2. Procedimiento para la atención estomatológica ambulatoria en caso de urgencias. | Hoja 46              |



### 10.3 Formato

#### Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07

| No.                                 | Nombre del paciente | Expediente | Consulta |       | Procedencia       |      | Edad             | Género      | Etiología CE ED |                     | Actividades |     | Tratamiento terminado |
|-------------------------------------|---------------------|------------|----------|-------|-------------------|------|------------------|-------------|-----------------|---------------------|-------------|-----|-----------------------|
|                                     |                     |            | Int. Val | Sub.  | C.A.              | Imp. |                  |             | Genes           | Estomatológica      | Clase       | No. |                       |
| 1                                   |                     |            |          |       |                   |      |                  |             |                 |                     |             |     |                       |
| 2                                   |                     |            |          |       |                   |      |                  |             |                 |                     |             |     |                       |
| 3                                   |                     |            |          |       |                   |      |                  |             |                 |                     |             |     |                       |
| 4                                   |                     |            |          |       |                   |      |                  |             |                 |                     |             |     |                       |
| 5                                   |                     |            |          |       |                   |      |                  |             |                 |                     |             |     |                       |
| 6                                   |                     |            |          |       |                   |      |                  |             |                 |                     |             |     |                       |
| Número completo del médico tratante |                     | Firma      |          | Fecha | Horas de consulta |      | No. de pacientes | Actividades |                 | Área estomatológica |             |     |                       |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 47</b>               |

### 3. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE INTEGRALES I – II – III NIVEL (ESPECÍFICO CONSERVADOR)

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 48</b>               |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Definir los criterios para brindar atención estomatológica de segundo nivel (específico-conservador) a pacientes del Servicio de Consulta Externa, Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y de hospitalización, con problema respiratorio que requieran de atención; de acuerdo a la capacidad física y técnica del servicio.

## 2.0 ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del Instituto que solicitan el servicio.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.
- 3.3 Todo paciente atendido en un 2do. nivel de atención requiere mostrar su comprobante de pago y la solicitud de tratamiento (INER-EST-01) en forma secuencial a medida que se desarrolle su plan de tratamiento.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 49</b>               |

- 3.4 Todo paciente debe ser canalizado a través del primer nivel (Preconsulta) para que se le otorgue atención en segundo nivel.
- 3.5 Sin excepción, ningún paciente es canalizado a 3er. nivel, específicamente a Rehabilitación I-II-III y Ortodoncia Maxilo - Mandibular sin que se le haya resuelto su necesidad de 2do. nivel.
- 3.6 Todo paciente atendido en un 2do. nivel que requiera atención inmediata de 3er. nivel, de acuerdo a su necesidad sentida y severidad del caso (Cirugía Bucal y Maxilo-Facial y/o Endodoncia) se le procederá a realizar y una vez concluido, retomará el tratamiento hasta concluirlo nuevamente.
- 3.7 Al concluir su consulta el médico adscrito debe entregar a la secretaria del servicio los expedientes clínicos y el reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).
- 3.8 La secretaria del servicio es responsable de gestionar el préstamo de expedientes clínicos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.9 Para la realización del procedimiento ya sea específico, conservador y/o radical estas serán las acciones a seguir, tomando en cuenta los tipos de tratamiento antes mencionados:
- Toma radiografías
  - Curetaje Maxilo-Mandibular localizado
  - Eliminación parcial y/o total de caries
  - Preparación de cavidades
  - Recubrimiento pulpar directo (rutina)
  - Recubrimiento pulpar indirecto (rutina)
  - Pulpectomía (Urgencia)
  - Odontectomía simple
  - Odontectomía a colgajo.

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador) |

Hoja 50

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable                                      | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo  |
|--|----------|--|---|
| Paciente   | 1        | Acude a su cita programada presentando formato: Solicitud de Tratamiento y carnet a la secretaria en el Servicio de Estomatología.                                     | Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01)                          |
| Secretaria (Recepción de estomatología)          | 2        | Recibe el carnet y confirma cita programada, canalizando al paciente a la sección de Integrales I-II-III y entrega al médico adscrito de esta sección los documentos.  |   |
| Médico adscrito (Sección de Integrales I-II-III) | 3        | Recibe el carnet y llama al paciente para su atención.   | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III, (INER EST-02) |
|  | 4        | Estudia el expediente clínico (previamente recibido), interroga al paciente y registra resumen de diagnóstico general en el formato de resumen clínico estomatológico. |   |
|  | 5        | Interroga, inspecciona y explora al paciente anotando el padecimiento actual en el formato de resumen clínico estomatológico.  |   |
|  | 6        | Revalora al paciente y establece diagnóstico estomatológico integral específico, registrándolo en el formato de resumen clínico estomatológico.                        |   |
|  | 7        | Instituye el plan de tratamiento específico a seguir en 2do. nivel de atención.  |   |




**PROCEDIMIENTO**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador)

| Responsable                                      | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo  |
|--|----------|---|---|
| Médico adscrito (Sección de Integrales I-II-III) | 8        | Informa al paciente su estado de salud bucal, así como las acciones a realizar.   |   |
|  | 9        | Realiza las acciones de rutina: curetaje y rectificación de técnica de cepillado.   |   |
|  | 10       | Elabora la solicitud de tratamiento, cuando sea el caso emite el número de folio en el Sistema de Administración Hospitalaria (Medsys) y entrega al paciente para que éste realice el pago correspondiente. | Solicitud de tratamiento INER EST-01  |
|  | 11       | Informa al paciente lo concerniente a su tratamiento en 2do. nivel de atención.   |   |
|  | 12       | Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (2do. nivel) en formato (INER-EST-02); así mismo registra esta información en el formato (INER-EST-01).           | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III, INER EST-02                                     |
|  | 13       | Entrega al paciente el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) dando indicaciones para conocer su presupuesto, y una vez realizado su pago obtenga la realización del tratamiento a seguir.          | Solicitud de tratamiento INER-EST-01  |
|  | 14       | Indica al paciente los requisitos para su atención en la próxima consulta (presentación de formato Solicitud de tratamiento INER-EST-01 y carnet), así mismo registra la próxima cita y le regresa carnet.  | Solicitud de tratamiento INER EST-01  |
|  | 15       | Registra las notas médicas en el formato Resumen clínico estomatológico integral I-II-III, (INER EST-02 e INER-EST-06).   | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III, INER EST-02, Notas de estomatología INER-EST-06 |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador) |

Hoja 52

| Responsable                                      | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo  |
|--|----------|--|---|
| Médico adscrito (Sección de Integrales I-II-III) | 16       | Firma el resumen clínico estomatológico integral I-II-III, (INER EST-02 e INER-EST-06) y lo anexa al expediente clínico.   | Reporte Diario de atención estomatológica INER-EST-07         |
|  | 17       | Procede al llenado y firma la hoja de Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio.  |   |
| <b>TRATAMIENTO ESPECÍFICO</b>                    |          |  |   |
| Paciente   | 18       | Acude a su cita programada.  |   |
| Secretaria del Servicio de Estomatología         | 19       | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la sección de Integrales I-II-III, entrega al médico adscrito de esta sección documentos.  |   |
| Médico adscrito (Sección de Integrales I-II-III) | 20       | Recibe de la secretaria documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.   | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III, INER EST-02 |
|  | 21       | Revisa los documentos y carnet e inicia llenado de Resumen clínico estomatológico integral I-II-III, INER EST-02, coteja los datos del expediente clínico previamente recibido.  |   |
|  | 22       | Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura al resumen clínico estomatológico integral I-II-III, INER EST-02 y procede a realizar acciones de acuerdo al tratamiento instituido (Específico, conservador y/o radical). |   |





**PROCEDIMIENTO**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

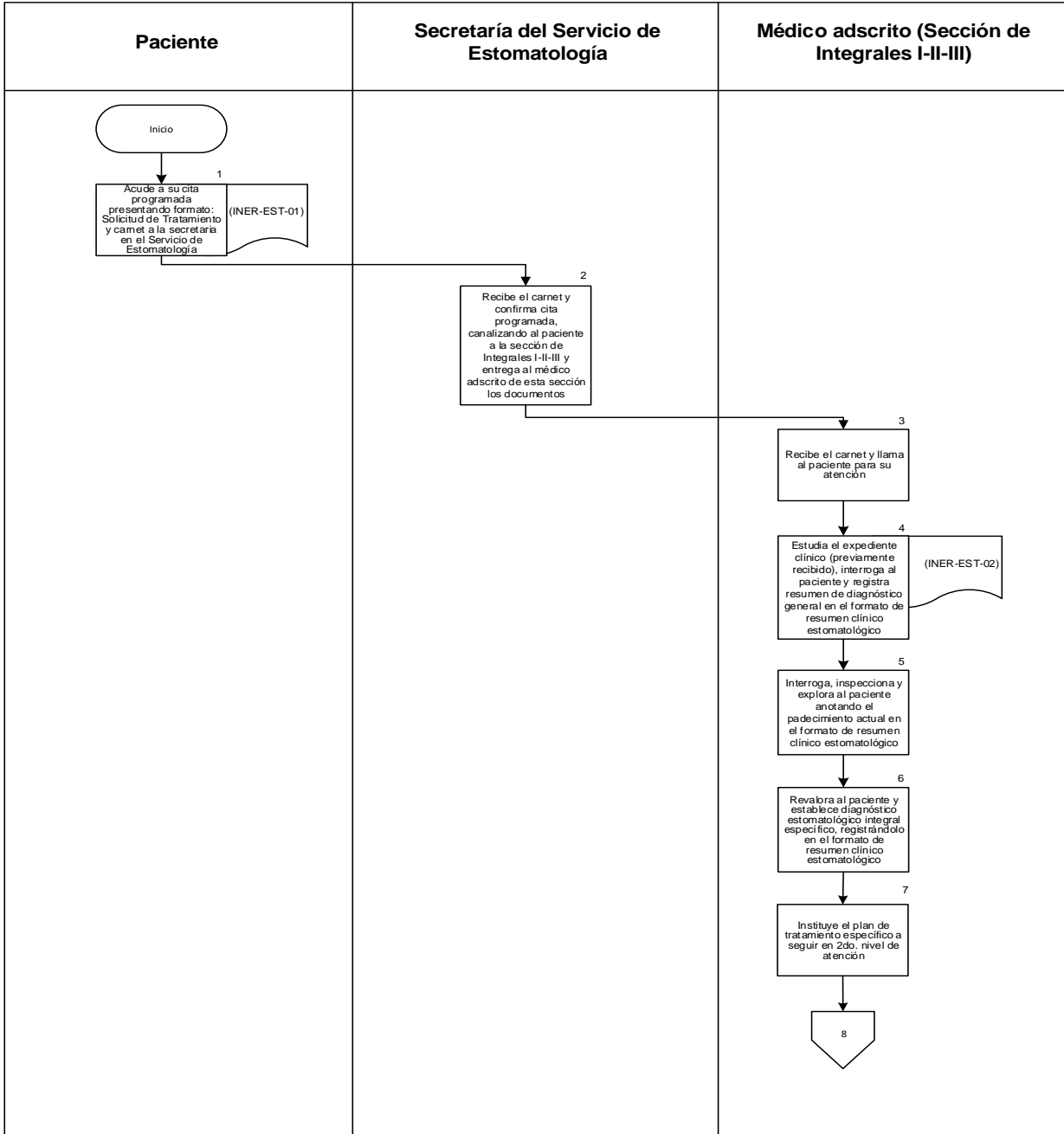
3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador)

Hoja 53

| <b>Responsable</b>                               | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>   | <b>Documentos o anexo</b>                                     |
|--|-----------------|---|---|
| Médico adscrito (Sección de Integrales I-II-III) | 23              | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento y lo deriva a la recepción.  |   |
|  | 24              | Elabora la Solicitud de tratamiento INER-EST-01 y emite número de folio del Sistema de Administración Hospitalario (Medsys), para el pago correspondiente, cuando sea el caso, registra la próxima cita del paciente y le entrega su carnet.          | Solicitud de tratamiento INER-EST-01                          |
|  | 25              | ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br>No: Pasa a la actividad 27.<br>Si: Entrega el carnet al paciente informándole a su vez la terminación del tratamiento y lo da de alta de la sección, continua con la actividad 26. |   |
|  | 26              | Registra la nota de alta del paciente de la sección en el formato INER-EST-06, lo firma y anexa al expediente clínico.  | Notas de estomatología INER-EST-06                            |
|  | 27              | Registra la nota de evolución del paciente en el formato resumen clínico estomatológico integral I-II-III, INER EST-02, lo firma y anexa al expediente clínico.   | Resumen clínico estomatológico integral I-II-III, INER EST-02 |
|  | 28              | Indica al paciente los requisitos para su atención en su próxima consulta.  |   |
| Paciente   | 29              | Recibe las indicaciones médicas a seguir y el carnet.   |   |
| Médico adscrito (Sección de Integrales I-II-III) | 30              | Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07, y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.<br><b>Termina el procedimiento</b>        | Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07         |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 54</b>               |

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador).



**Rev. 2**

**Código:  
NCDPR 041**

**Hoja 55**

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Integrales I-II-III)  |
|----------|--|---|
|          |  | <pre> graph TD     7[7] --&gt; 8[8: Informa al paciente su estado de salud bucal, así como las acciones a realizar]     8 --&gt; 9[9: Realiza las acciones de rutina: curetaje y rectificación de técnica de cepillado]     9 --&gt; 10[10: Elabora la solicitud de tratamiento, cuando sea el caso emite el número de folio en el Sistema de Administración Hospitalaria (Medsys) y entrega al paciente para que este realice el pago correspondiente]     10 --&gt; 11[11: Informa al paciente lo concerniente a su tratamiento en 2do. nivel de atención]     11 --&gt; 12[12: Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (2do. nivel) en formato (INER-EST-02); así mismo registra esta información en el formato (INER-EST-01)]     12 --&gt; 13[13: Entrega al paciente el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) dando indicaciones para conocer su presupuesto, y una vez realizado su pago obtenga la realización del tratamiento a seguir]     13 --&gt; 14[14]     </pre> |



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

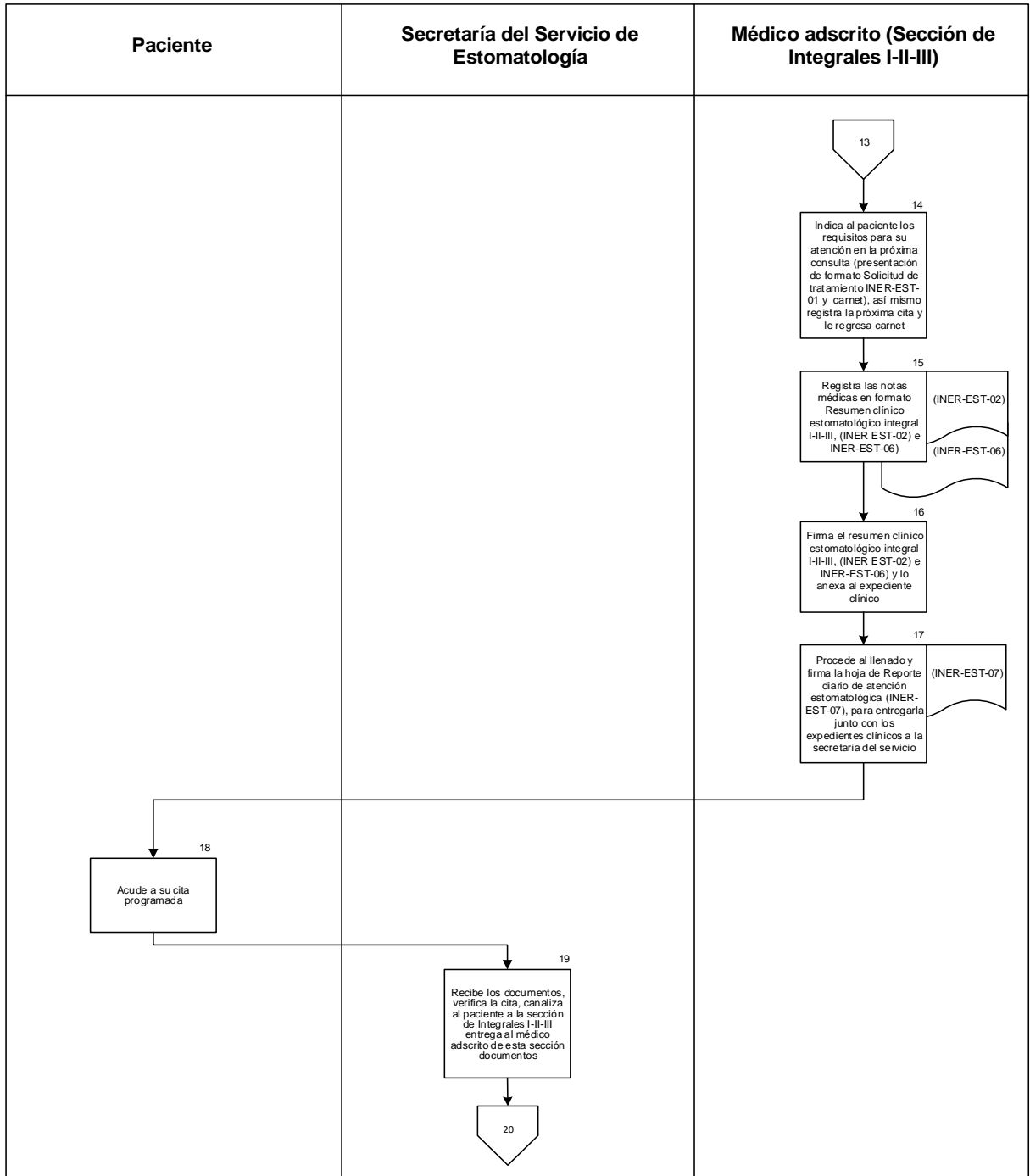
3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 56





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador).



**Rev. 2**

**Código:  
NCDPR 041**

**Hoja 57**

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Integrales I-II-III)  |
|----------|--|---|
|          |  | <pre> graph TD     19[19] --&gt; 20[20<br/>Recibe de la secretaría documentos, los revisa y llama al paciente para su atención]     20 --&gt; 21[21<br/>Revisa los documentos y carné e inicia llenado de Resumen clínico estomatológico integral I-II-III, (INER EST-02) coteja los datos del expediente clínico previamente recibido]     21 --&gt; 22[22<br/>Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura al resumen clínico estomatológico integral I-II-III, (INER EST-02) y procede a realizar acciones de acuerdo al tratamiento instituido (Específico, conservador y/o radical)]     22 --&gt; 23[23<br/>Informa al paciente sobre las acciones realizadas: lo orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento y lo deriva a la recepción]     23 --&gt; 24[24<br/>Elabora la Solicitud de tratamiento INER-EST-01 y emite número de folio del Sistema de Administración Hospitalario (Medsys), para el pago correspondiente, cuando sea el caso, registra la próxima cita del paciente y le entrega su carné]     24 --&gt; 25[25]     </pre> |



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

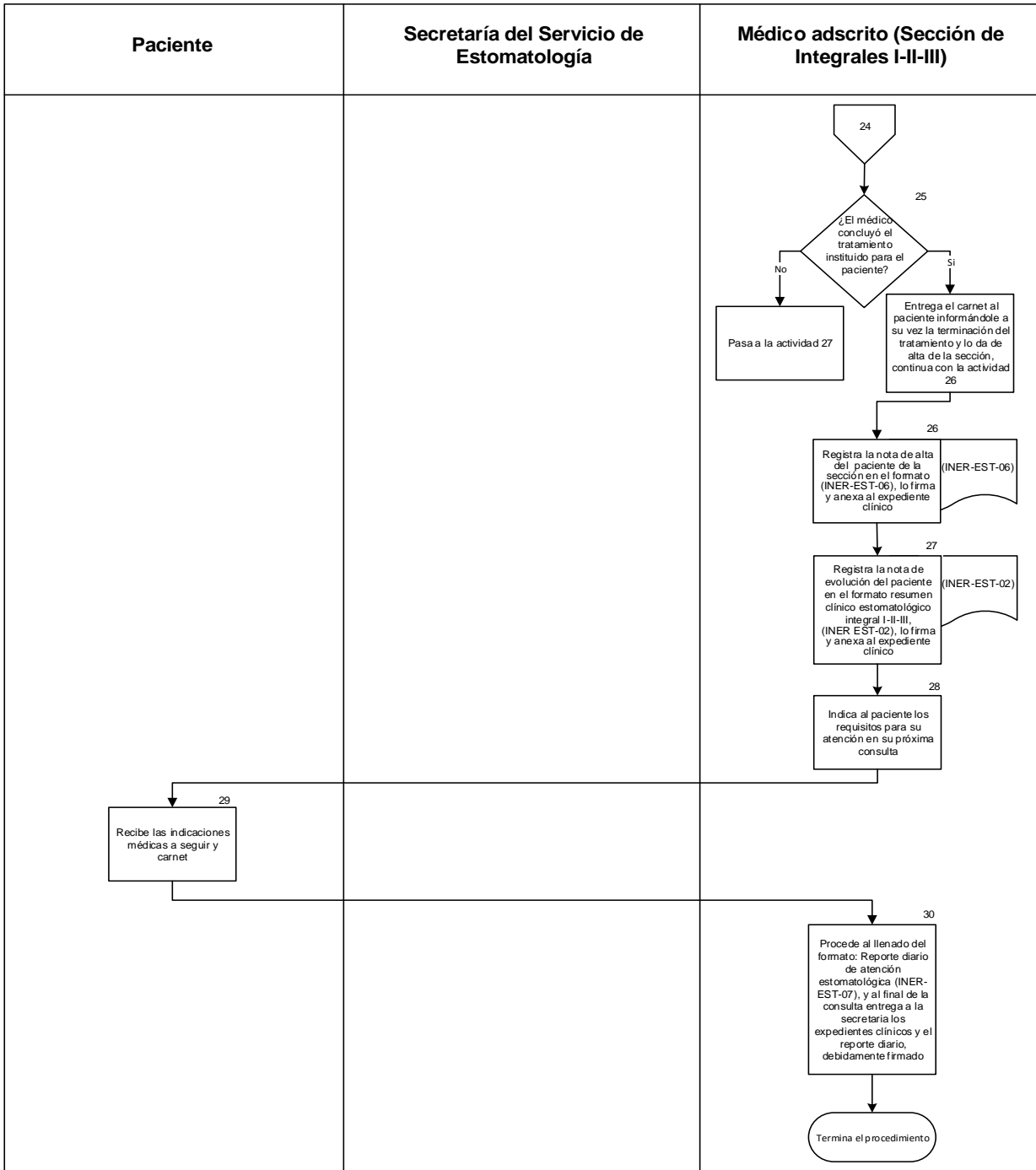
3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador).





**Rev. 2**

**Código:  
NCDPR 041**

**Hoja 58**



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 59</b>               |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| Documentos  | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica               |

## 7.0 REGISTROS

| Registros  | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Solicitud de tratamiento                         | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-01                               |
| 7.2 Resumen clínico estomatológico integral I-II-III | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER EST-02                               |
| 7.3 Notas de estomatología                           | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-06                               |
| 7.4 Reporte diario de atención estomatológica        | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-07                               |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.
- 8.2 **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.
- 8.3 **Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acuden de forma espontánea o por urgencia.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 60</b>               |



## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>                                      |
|---------------------------|-------------------------------|--|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos, de acuerdo a la operación actual. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.3 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.4 Resumen clínico estomatológico integral I-II-III INER-EST-02.
- 10.5 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.6 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.



|   |   |   |                      |
|---|---|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | Hoja 61              |



**10.1 Formato**  
**Solicitud de tratamiento**  
**INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**



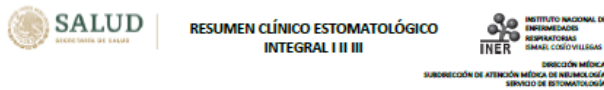
|  |  |  |                                   |
|--|--|--|-----------------------------------|
| Fecha:   |  |  |                                   |
| Nombre completo del paciente:  |  |  | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |
| Genero   | No. Expediente clínico   | Sección  | No. de factura                    |
|  |  |  | Costo                             |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento [ ] otorgado [x] así como el número realizado.   |  |  |                                   |
| <p><b>III. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-II-III</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0502 Consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 0503 Preconsulta</p> <p><input type="checkbox"/> 0504 Aplicación tópica flúor adulto</p> <p><input type="checkbox"/> 0505 Profilaxis adulto maxilar-mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0506 Toma de rayos X Periapical</p> <p><input type="checkbox"/> 05128 Toma de rayos X Oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> 05101 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u</p> <p><b>II. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-II-III</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0507 Curetaje maxilar o mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0508 Placa de amalgama c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0509 Odontotomía (exodoncia) adulto c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 05102 Obturación provisional simple</p> <p><input type="checkbox"/> 05 125 Obturación con ionómero de vidrio</p> <p><b>I. NIVEL DE ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0510 Profilaxis infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0511 Placa de amalgama y/o resina c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0512 Odontotomía infantil (exodoncia) c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0513 Pulpotomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0514 Pulpotomía infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0515 Colocación corona acero / cromo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0516 Selladores fosetas y fisuras c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0518 Colocación mantenedor espacio fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0519 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 05103 Aplicación tópica flúor a infantes</p> <p><input type="checkbox"/> 05104 Obturación provisional simple c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 05105 Toma de impresión c/u</p> <p><b>ENDODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0520 Tratamiento conductos anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> 0521 Tratamiento conductos posteriores</p> <p><input type="checkbox"/> 05106 Obturación temporal conductos</p> | <p><b>OROFARINGE</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0523 Caninos é terceros molares retenidos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0524 Odontotomías múltiples c/u alveoloplastias por cuadrantes</p> <p><input type="checkbox"/> 0525 Eliminaciones quistes e hiperplasias</p> <p><input type="checkbox"/> 0526 Cirugía preprotésica por arcada</p> <p><input type="checkbox"/> 0527 Tratamiento Disfunción A.T.M.</p> <p><input type="checkbox"/> 0528 Biopsia glándulas salivales menores</p> <p><input type="checkbox"/> 0529 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante</p> <p><input type="checkbox"/> 0530 Apiolectomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 0531 Reducción cerrada de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> 0535 Colocación de implantes dentarios c/u</p> <p><b>OROFARINGE MAYOR MAXILOFACIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> 05 01 Cirugía ortogónica (mandibular-maxilar-menton)</p> <p><input type="checkbox"/> 05 04 Reducción abierta de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> 05 05 Excisión quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula</p> <p><input type="checkbox"/> 05 06 Extirpación glándula salival mayor</p> <p><input type="checkbox"/> 05 07 Cirugía labio y/o paladar hendido</p> <p><input type="checkbox"/> 05 08 Toma y colocación injerto mentón</p> <p><input type="checkbox"/> 05 09 Arrostomía Cadwell-lac</p> <p><input type="checkbox"/> 05 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> 05 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> 05 12 Reducción fracturas de maxilo facial</p> <p><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> 05 42 Colocación resina fotopolimerizable</p> <p><b>APARATOLOGÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> 05 117 Mantenedor de espacio fijo</p> <p><input type="checkbox"/> 05 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes</p> <p><input type="checkbox"/> 05 121 Mantenedor de espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> 05 122 Elaboración aparatología removible.</p> <p><input type="checkbox"/> 05 124 Elaboración aparatología fija.</p> | <p><b>ORTODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> 05 85 Tratamiento ortodéxico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> 05 89 Receramiento brackets c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 05 90 Reposición aparatología fija</p> <p><input type="checkbox"/> 05 97 Control aparatología ortodéctica</p> <p><input type="checkbox"/> 05 98 Trazado cefalométrico</p> <p><input type="checkbox"/> 05 130 Análisis y medición modelos de estudio</p> <p><input type="checkbox"/> 05 111 Colocación separadores inter dentarios</p> <p><input type="checkbox"/> 05 112 Prueba bandas y puentes de tubos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 05 113 Aparatología fija básica (brackets)</p> <p><input type="checkbox"/> 05 114 Arcos conformados</p> <p><input type="checkbox"/> 05 115 Ligaduras metálicas y/o elásticas</p> <p><input type="checkbox"/> 05 116 Retiro de brackets</p> <p><b>ORTOPEDIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> 05 79 Tratamiento ortopédico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> 05 81 Colocación guarda oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> 05 82 Colocación mantenedor espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> 05 83 Reposición de aparatología fija y/o removible</p> <p><input type="checkbox"/> 05 84 Colocación de aparato SACIS</p> <p><input type="checkbox"/> 05 96 Colocación retenedor removible c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 05 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible</p> <p><input type="checkbox"/> 05 108 Colocación retenedor fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> 05 109 Control aparatología ortopédica</p> |                                   |
|  |  |  | Nombre y firma de quien solicita  |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 62</b>               |

### 10.2 Formato 2

### Resumen clínico estomatológico integral I-II-III

### INER-EST-02



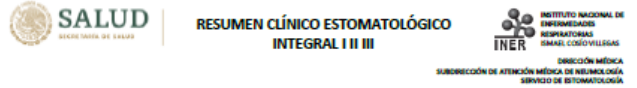
#### RESUMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO INTEGRAL I II III

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS SAMUEL COSÍO VILLERIAS  
DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA

|   |                   |   |      |
|---|-------------------|---|------|
| Fecha   |                   | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)   |      |
| Nombre completo del paciente                  |                   |   |      |
| No. Expediente clínico                        | Género            | Estado civil  | Edad |
| Domicilio                                     |                   | Teléfono  |      |
| Diagnóstico general                           |                   | Interrogatorio<br>Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/> |      |
| Antecedentes heredo-familiares.               |                   |   |      |
| Antecedentes heredo-familiares no patológicos |                   |   |      |
| Lugar de nacimiento                           |                   | Ocupación   |      |
| Habitación y servicios públicos               |                   |   |      |
| Hábitos alimenticios                          |                   |   |      |
| Higiene personal                              |                   | Higiene bucal   |      |
| Antecedentes personales patológicos           |                   |   |      |
| Enfermedades de la niñez                      |                   |   |      |
| Quirúrgicos                                   |                   |   |      |
| Traumáticos                                   |                   | Transfusionales   |      |
| Alérgicos                                     |                   | Adicciones  |      |
| Medicamentos                                  |                   |   |      |
| Padecimiento estomatológico actual:           |                   |   |      |
| Labios  | Lengua            |   |      |
| Mucosa yugal                                  | Paladar duro      |   |      |
| Paladar blando                                | Piso de boca      |   |      |
| Glándulas salivales                           | Cadena ganglionar |   |      |
| Periodonto                                    | Oclusión          |   |      |
| A.T.M.  | Otros             |   |      |
| Diagnóstico estomatológico                    |                   |   |      |

Licencia Sanitaria No. 13-AM-09-013-0002

INER-017-01 (07.2021)



#### RESUMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO INTEGRAL I II III

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS SAMUEL COSÍO VILLERIAS  
DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA

| Odontograma Estado actual |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Primer cuadrante          | Segundo cuadrante |
| 11                        | 21                |
| 12                        | 22                |
| 13                        | 23                |
| 14                        | 24                |
| 15                        | 25                |
| 16                        | 26                |
| 17                        | 27                |
| 18                        | 28                |
| Tercer cuadrante          | Cuarto cuadrante  |
| 31                        | 41                |
| 32                        | 42                |
| 33                        | 43                |
| 34                        | 44                |
| 35                        | 45                |
| 36                        | 46                |
| 37                        | 47                |
| 38                        | 48                |



| Plan de tratamiento |               |               |               |               |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                     | 1er cuadrante | 2do cuadrante | 3er cuadrante | 4to cuadrante |
| a) Operatoria       |               |               |               |               |
| b) Exodoncia        |               |               |               |               |
| c) Rehabilitación I |               |               |               |               |

Se me explica en qué consiste el tratamiento, así como sus riesgos y beneficios, resolviendo mis dudas

|                             |                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------|
|                             |                                       |
| Nombre y firma del paciente | Nombre y firma del médico responsable |

Licencia Sanitaria No. 13-AM-09-013-0002

INER-017-01 (07.2021)

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 63</b>               |

### 10.2 Formato 2 (2da parte)

#### Resumen clínico estomatológico integral I-II-III

#### INER-EST-02



#### RESUMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO INTEGRAL I II III





#### ODONTOGRAMA INICIAL



|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18                       | 17                       | 16                       | 15                       | 14                       | 13                       | 12                       | 11                       | 21                       | 22                       | 23                       | 24                       | 25                       | 26                       | 27                       | 28                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                          | 55                       | 54                       | 53                       | 52                       | 51                       | 61                       | 62                       | 63                       | 64                       | 65                       |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | 85                       | 84                       | 83                       | 82                       | 81                       | 71                       | 72                       | 73                       | 74                       | 75                       |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48                       | 47                       | 46                       | 45                       | 44                       | 43                       | 42                       | 41                       | 31                       | 32                       | 33                       | 34                       | 35                       | 36                       | 37                       | 38                       |

#### ODONTOGRAMA DE SEGUIMIENTO

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18                       | 17                       | 16                       | 15                       | 14                       | 13                       | 12                       | 11                       | 21                       | 22                       | 23                       | 24                       | 25                       | 26                       | 27                       | 28                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                          |                          | 55                       | 54                       | 53                       | 52                       | 51                       | 61                       | 62                       | 63                       | 64                       | 65                       |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          | 85                       | 84                       | 83                       | 82                       | 81                       | 71                       | 72                       | 73                       | 74                       | 75                       |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48                       | 47                       | 46                       | 45                       | 44                       | 43                       | 42                       | 41                       | 31                       | 32                       | 33                       | 34                       | 35                       | 36                       | 37                       | 38                       |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 64</b>               |



**10.3 Formato 3**  
**Notas de estomatología**  
**INER-EST-06**


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**


INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
AV. INSURGENTES SUR S/N. SECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA INTEGRAL I - II - III NIVEL  
CALLE DE LOS MEXICANOS S/N. SECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA INTEGRAL I - II - III NIVEL

|                              |               |                                   |  |
|------------------------------|---------------|-----------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente |               | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |  |
| Sexo                         | Estado civil  | No. de expediente                 |  |
| Dirección                    |               | Teléfono                          |  |
| Fecha y hora                 | Notas médicas |                                   |  |
|                              |               |                                   |  |



Última versión No. 12 del 06/01/2006


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**


INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
AV. INSURGENTES SUR S/N. SECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA INTEGRAL I - II - III NIVEL  
CALLE DE LOS MEXICANOS S/N. SECCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA INTEGRAL I - II - III NIVEL

|              |               |
|--------------|---------------|
| Fecha y hora | Notas médicas |
|              |               |

Última versión No. 12 del 06/01/2006

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 3. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Integrales I – II – III nivel (específico conservador). |   | <b>Hoja 65</b>               |

10.4 Formato 4

**Reporte diario de atención estomatológica**

**INER-EST-07**





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**





| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta  |      | Procedimiento |       | Edad              | Género | Diagnóstico CS 10 |                | Actividades |     | Tratamiento terminado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|-----------|------|---------------|-------|-------------------|--------|-------------------|----------------|-------------|-----|-----------------------|
|                                     |                     |              | Ord. Ver. | Sub. | C.A.          | Impl. |                   |        | General           | Estomatológica | Clave       | No. |                       |
| 1                                   |                     |              |           |      |               |       |                   |        |                   |                |             |     |                       |
| 2                                   |                     |              |           |      |               |       |                   |        |                   |                |             |     |                       |
| 3                                   |                     |              |           |      |               |       |                   |        |                   |                |             |     |                       |
| 4                                   |                     |              |           |      |               |       |                   |        |                   |                |             |     |                       |
| 5                                   |                     |              |           |      |               |       |                   |        |                   |                |             |     |                       |
| 6                                   |                     |              |           |      |               |       |                   |        |                   |                |             |     |                       |
|                                     |                     |              |           | Da   | Me            | Año   |                   |        |                   |                |             |     |                       |
| Nombre completo del médico tratante |                     |              | Firma     |      | Fecha         |       | Horas de consulta |        | No. de pacientes  |                | Actividades |     | Área estomatológica   |

ISSN 001-9000 (2012)

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | <b>Hoja 66</b>               |

**4. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA  
EN SECCIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA DE 3ER. NIVEL  
(ESPECÍFICO, CONSERVADOR, RADICAL Y REHABILITADOR)**

|  |  |   |                              |
|--|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | <b>Hoja 67</b>               |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los criterios para proporcionar la atención estomatológica de 1er, 2do y 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador) a pacientes pediátricos del Servicio de Consulta Externa, Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y de hospitalización con problema respiratorio que requieran del servicio; de acuerdo a la capacidad física y técnica.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del Instituto que solicitan el servicio.



## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | <b>Hoja 68</b>               |

- 3.3 Todo paciente pediátrico que requiere de atención estomatológica de 1er, 2do y 3er. nivel de atención, tendrá resolución exclusivamente en la sección de Odontopediatría.
- 3.4 Todo paciente pediátrico de hospitalización y de consulta externa, que solicite la atención estomatológica debe ser canalizado a través de su médico tratante (otorrinolaringólogo, neumólogo y neumopediatra).
- 3.5 Todo paciente, tanto de hospitalización como de consulta externa que requiera un tratamiento específico radical (cirugía) debe llevar a cabo los trámites administrativos correspondientes para su admisión.
- 3.6 El procedimiento de atención de primera vez, para el paciente pediátrico es similar al procedimiento de "Atención Estomatológica en la Sección de Preconsulta, 1er. nivel", se lleva a cabo en la Sección de Odontopediatría (Ver procedimiento correspondiente).
- 3.7 El procedimiento de atención de urgencia para el paciente pediátrico, es similar al procedimiento de urgencia de la sección de preconsulta, pero se llevará a cabo en la Sección de Odontopediatría (Ver procedimiento, Atención estomatológica en casos de urgencia).
- 3.8 Todo paciente atendido en un 1er., 2do. y 3er. nivel de atención, para la correcta resolución de su tratamiento, debe mostrar el pago total, de sus acciones de procedimientos para iniciarlo o continuarlo.
- 3.9 Para poder proporcionar tratamientos en la sección de Odontopediatría, es requisito sean acompañados por familiar en línea directa.
- 3.10 Al concluir su consulta el médico adscrito debe entregar a la secretaria del servicio los expedientes clínicos y el reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).



|  |  |   |                              |
|--|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | <b>Hoja 69</b>               |

3.11 La secretaria del servicio es responsable de gestionar el préstamo de expedientes clínicos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.

3.12 Para los pacientes del Servicio de Estomatología es necesario realizar las siguientes actividades tomando en cuenta el diagnóstico:

- Toma de serie radiográfica
- Aplicación tópica de flúor
- Aplicación de selladores de fosetas y fisuras
- Odontoxesis (Profilaxis)
- Enseñanza de técnica de cepillado


3.13 Para los tipos de tratamiento (Específico, conservador restaurativo y rehabilitador) se debe tomar en cuenta:

2° nivel:

- Eliminación parcial y/o total procesos cariosos
- Preparación de cavidades
- Exodoncias
- Obturación definitiva con amalgama y/o resina autocurables.

3° nivel


- Pulpotomía (si se requiere)
- Pulpectomía (si se requiere)
- Adaptación, ajuste, colocación coronas acero / cromo
- Colocación mantenedor de espacio
- Colocación expansores palatinos
- Colocación de obturadores palatinos

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador) |

Hoja 70


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable                                  | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                                      |
|--|----------|---|---|
| Paciente pediátrico                          | 1        | Acude a su cita programada, presentando la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y carnet de citas a la secretaria en el Servicio de Estomatología.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
| Secretaria del Servicio de Estomatología     | 2        | Recibe la solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y carnet de citas; corrobora cita, canaliza al paciente a la sección de Odontopediatría y entrega al médico adscrito de esta sección la documentación correspondiente. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
| Médico adscrito (Sección de Odontopediatría) | 3        | Recibe la solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y carnet de citas, llama al paciente para su atención.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
|  | 4        | Estudia el expediente clínico (Previamente recibido), interroga al paciente y o familiar y registra el resumen de diagnóstico general en el formato.  |   |
|  | 5        | Interroga, inspecciona y explora al paciente anotando el padecimiento actual en el formato (INER-EST-03).   | Hoja de atención, Sección Odontopediatría (INER-EST-03) |
|  | 6        | Valora al paciente y establece diagnóstico estomatológico integral específico, registrándolo en el formato.   |   |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador) |


Hoja 71

| Responsable                                  | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo   |
|--|----------|--|--|
| Médico adscrito (Sección de Odontopediatría) | 7        | De acuerdo a las acciones procedentes, instituye el plan de tratamiento específico a seguir en 1er, 2do y 3er. nivel de atención.  |  |
|  | 8        | Informa al paciente y/o familiar su estado de salud bucal, así como las acciones a realizar y lo concerniente a su tratamiento en 2do. y 3er. nivel de atención y entrega la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con el número de folio del Sistema de Administración Hospitalario (Medsys) para su pago, cuando sea el caso. | Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01)                     |
|  | 9        | Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (2do. y 3er. nivel) en formato (INER-EST-03).  | Hoja de atención sección de odontopediatría (INER-EST-03). |
|  | 10       | Entrega al paciente el formato facturado Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01), dando indicaciones para conocer su presupuesto y autorización.  | Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01)                     |
|  | 11       | Indica al paciente y/o familiar los requisitos para su atención en su próxima consulta (presentación del formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y carnet; así mismo registra su nueva cita.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                     |
|  | 12       | Recibe las indicaciones y Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) de acuerdo al plan de tratamiento que se deba seguir (dos o más citas) y proceden a registrar las citas en la agenda correspondiente para la posterior captura de las mismas en el Sistema de Administración Hospitalario (Medsys).                             | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                     |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador) |


Hoja 72

| <b>Responsable</b>                           | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>   | <b>Documentos o anexo</b>                               |
|--|-----------------|---|---|
| Médico adscrito (Sección de Odontopediatría) | 13              | Registra la nota médica en el formato: Hoja de Atención, Sección Odontopediatría (INER-EST-03).   | Hoja de Atención, Sección Odontopediatría (INER-EST-03) |
|  | 14              | Firma la Hoja de Atención Sección Odontopediatría, (INER-EST-03).   | Hoja de Atención, Sección Odontopediatría (INER-EST-03) |
|  | 15              | Procede al llenado y firma la hoja de Reporte Diario de Atención Estomatológica (INER-EST-07), la cual al final de la consulta, entrega tanto con los expedientes clínicos a la secretaria. | Reporte Diario de Atención Estomatológica (INER-EST-07) |
| <b>Tratamiento Específico</b>                |                 |   |   |
| Paciente pediátrico y familiar adulto        | 16              | Acude a su cita programada presentando Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01) y carnet de citas a la secretaria en el Servicio de Estomatología.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
| Secretaria del Servicio de Estomatología     | 17              | Recibe los documentos, verifica cita, canaliza al paciente a la sección de Odontopediatría y entrega al médico adscrito de esta sección Solicitud de tratamiento (INER-EST-01).             | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
| Médico adscrito (Sección de Odontopediatría) | 18              | Recibe de la secretaria documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  |   |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador) |



Hoja 73

| Responsable                                  | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                                     |
|--|----------|---|--|
| Médico adscrito (Sección de Odontopediatría) | 19       | Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a la Hoja de Atención Sección de Odontopediatría (INER-EST-03).   | Hoja de Atención Sección Odontopediatría (INER-EST-03) |
|  | 20       | Procede a realizar las acciones de acuerdo al tratamiento instituido.   |  |
|  | 21       | Informa al paciente y/o familiar sobre las acciones realizadas; los orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento, entrega la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con folio del Sistema de Administración Hospitalario (Medsys), para realizar el pago correspondiente, cuando sea el caso.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                 |
|  | 22       | ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br><br>No: Entrega la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) al paciente y registra cita. Informa a la sección correspondiente para continuar su tratamiento en 3er. nivel. Continúa en actividad 24.<br>Si: Entrega el carnet informándole a su vez la terminación del tratamiento dándole de alta de la sección. Continúa en la actividad 23. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                 |
|  | 23       | Registra la nota de alta del servicio en el formato (INER-EST-06), la firma y la anexa al expediente clínico.   | Notas de estomatología (INER-EST-06)                   |
|  | 24       | Registra la nota de evolución del paciente en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06), la firma y la anexa al expediente clínico.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)                   |

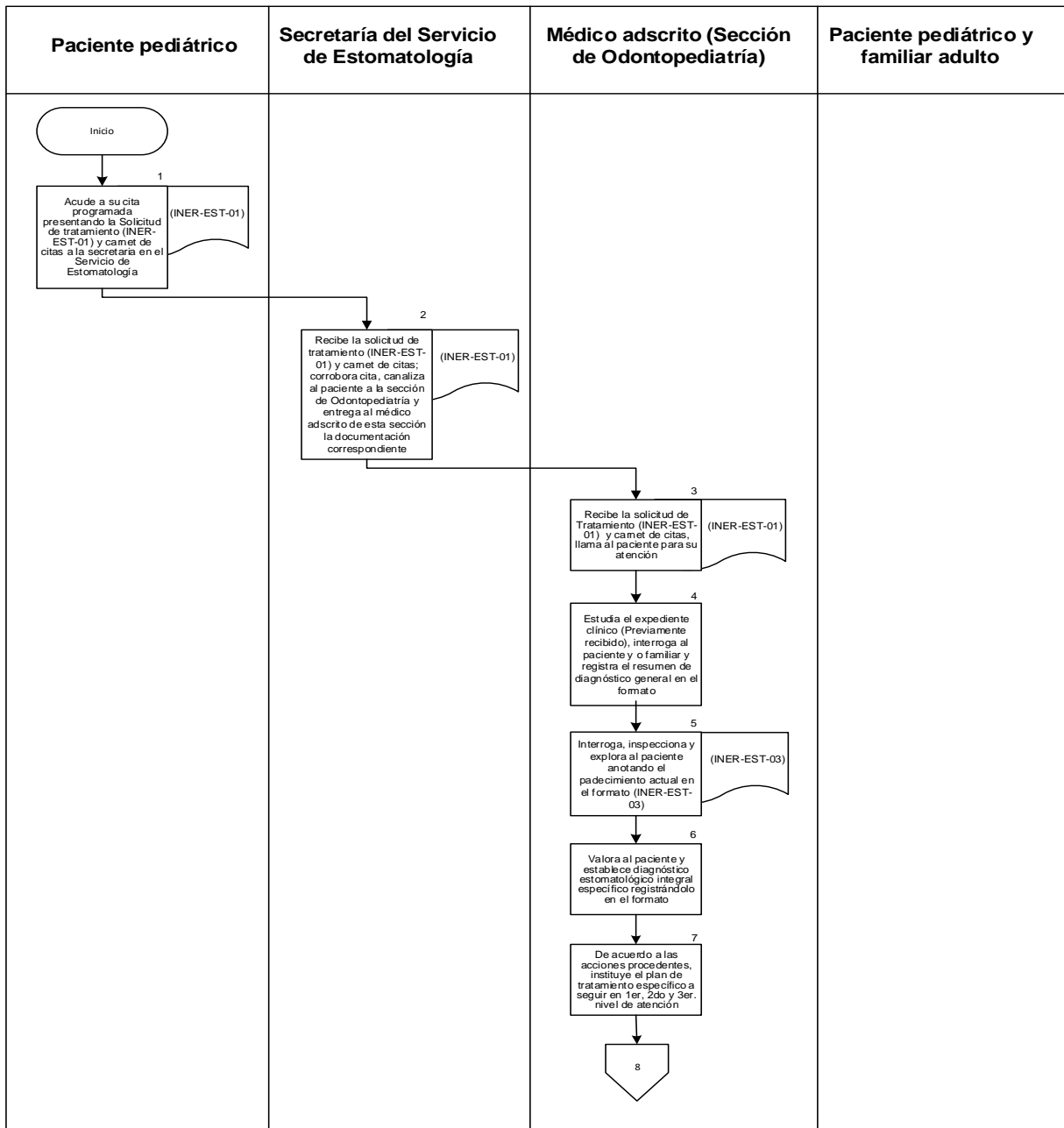
|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador) |

Hoja 74

| Responsable                                  | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo   |
|--|----------|--|--|
| Médico adscrito (Sección de Odontopediatría) | 25       | Indica al paciente los requisitos para su atención en su próxima consulta.   |  |
| Paciente pediátrico o familiar               | 26       | Recibe las indicaciones médicas a seguir y la solicitud de tratamiento (INER-EST-01). Con número de folio emitido por el Sistema de Administración Hospitalario (Medsys), para realizar el pago correspondiente, cuando sea el caso.                 | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                     |
|  | 27       | Acude con la secretaria para registrar su cita para el tratamiento subsecuente en el 3er. nivel de atención.   |  |
| Médico adscrito (Sección de Odontopediatría) | 28       | Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.<br><br><b>Termina el procedimiento</b> | Reporte diario de atención estomatológica " (INER-EST-07), |

|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | Hoja 75              |

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

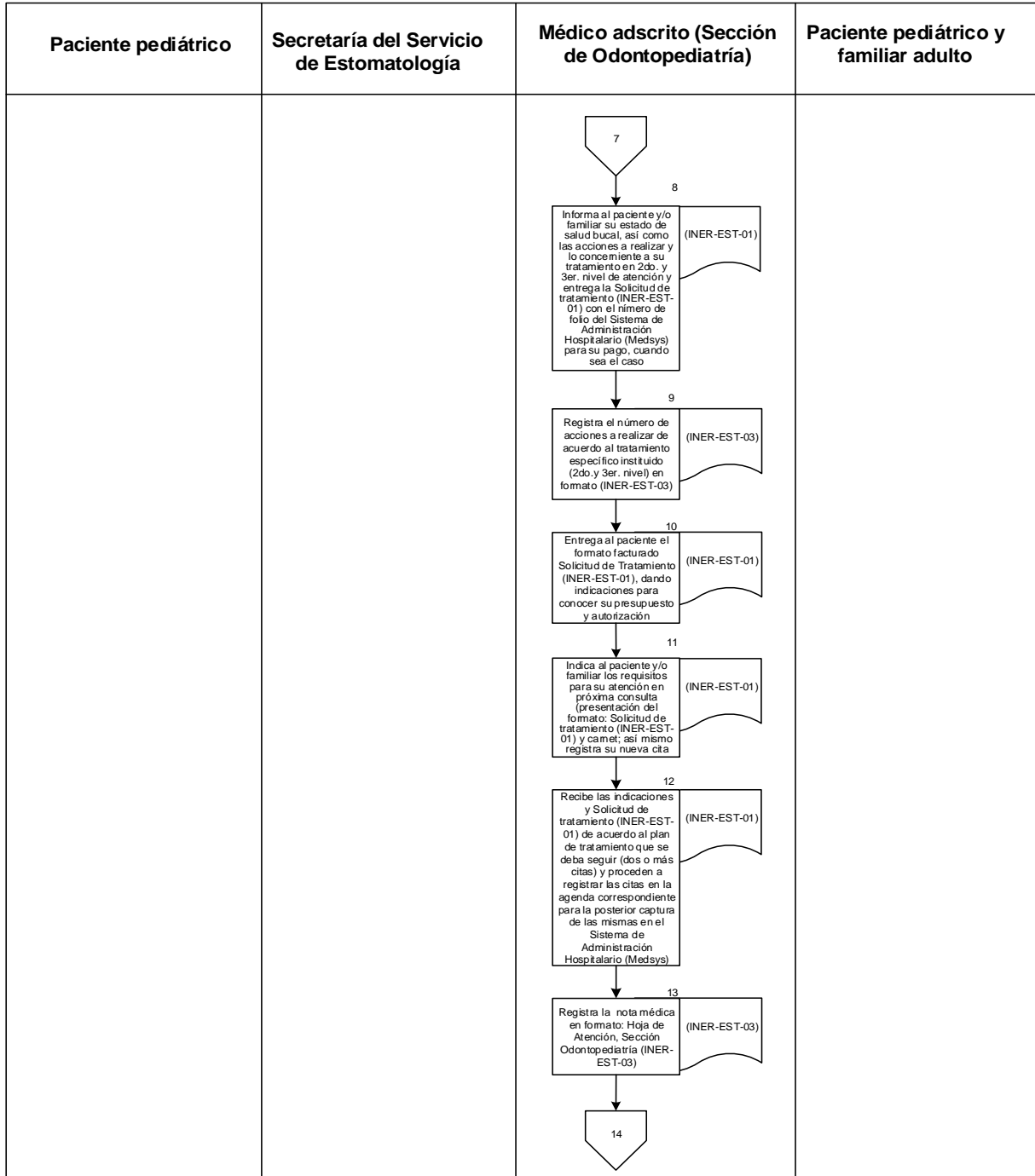
4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 76







**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

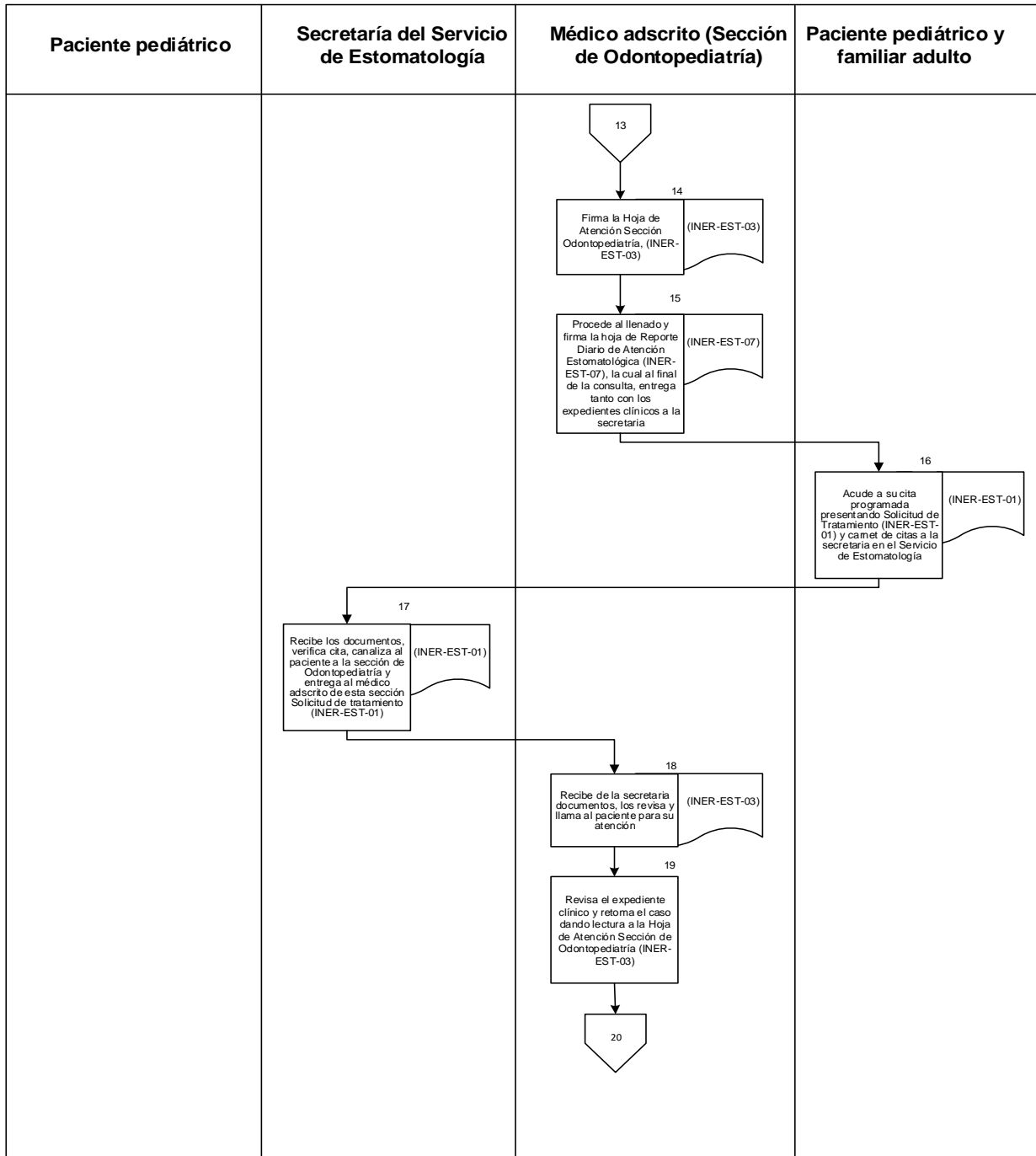
4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 77





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

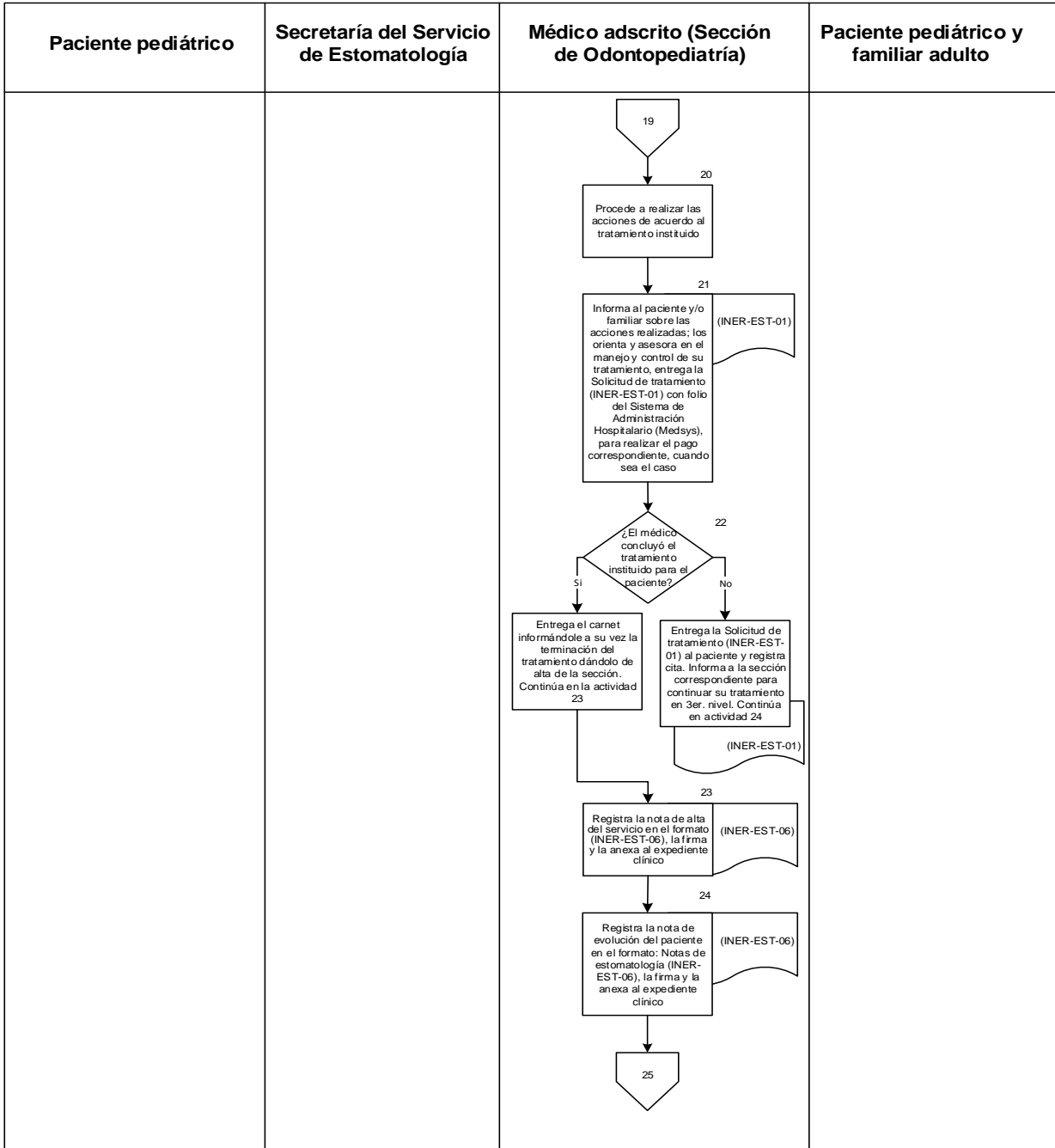
4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 78





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

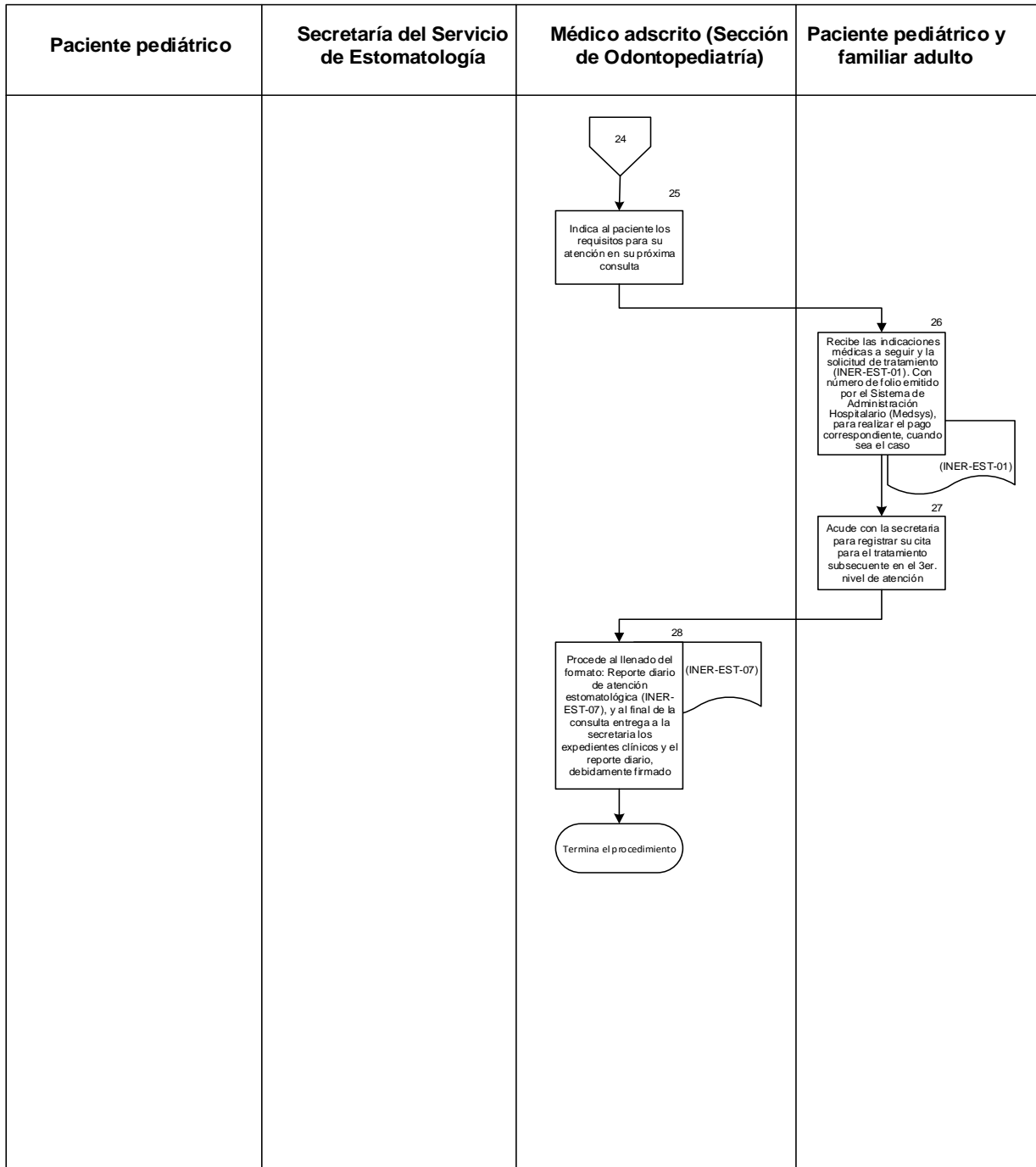
4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador).





Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 79



|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | <b>Hoja 80</b>               |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| <b>Documentos</b>   | <b>Código (cuando aplique)</b> |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                      |

## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>                                | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 Solicitud de tratamiento                    | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-01                                      |
| 7.2 Hoja de atención sección de odontopediatría | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-03                                      |
| 7.3 Notas de Estomatología                      | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-06                                      |
| 7.4 Reporte diario de atención Estomatológica   | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-07                                      |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.
- 8.2 Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.
- 8.3 Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acuden de forma espontánea o por urgencia.



|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | <b>Hoja 81</b>               |

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>                                       |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos de acuerdo con la operación actual. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.3 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.4 Hoja de atención sección de odontopediatría INER-EST-03.
- 10.5 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.6 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.

|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | Hoja 82              |



**10.1 Formato 1**  
**Solicitud de tratamiento**  
**INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**





|  |  |   |                |                                   |  |
|--|--|---|----------------|-----------------------------------|--|
| Fecha:   |  | Nombre completo del paciente:   |                | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |  |
| Genero   | No. Expediente clínico   | Sección   | No. de factura | Costo                             |  |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento [ ] otorgado [x] así como el número realizado.   |  |   |                |                                   |  |
| <p style="text-align: center;"><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br/><b>INTEGRAL I-4-II</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E502 Consulta</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E503 Preconsulta</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E504 Aplicación tópica fluor adulto</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E505 Perfilado adulto maxilar-mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E506 Toma de rayos X Periapical</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5128 Toma de rayos X Oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5101 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u</p> <p style="text-align: center;"><b>2DO. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br/><b>INTEGRAL I-1-II</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E507 Curetaje maxilar o mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E508 Placa con amalgama c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E509 Odontotectomía (modocia) adulto c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5102 Obturación provisional simple</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 125Obturación con ionómero de vidrio</p> <p style="text-align: center;"><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br/><b>ODONTOPEDIATRÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E510 Perfilado infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E511 Placa amalgama y/o resina c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E512 Odontotectomía infantil (modocia) c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E513 Pulpotomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E514 Pulpotomía infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E515 Colocación corona acero / cromo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E516 Selladores fosetas y fisuras c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E518 Colocación mantenedor espacio fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E519 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5103 Aplicación tópica fluor a Infantes</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5104 Obturación provisional simple c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5105 Toma de impresión c/u</p> <p style="text-align: center;"><b>ENDODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E520 Tratamiento conductos anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E521 Tratamiento conductos posteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5106 Obturación temporal conductos</p> | <p style="text-align: center;"><b>QUIRÚJIA MENOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E523 Carinos ó terceros molares retenidos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E524 Odontotomías múltiples c/u alveoloplastias por cuadrantes</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E525 Eliminaciones quistes e hiperplasias</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E526 Cirugía preprotésica por arcada</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E527 Tratamiento Diferenciación A.T.M.</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E528 Biopsia glándulas salivales menores</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E529 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E530 Aploctomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E531 Reducción cerrada de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E595 Colocación de Implantes dentarios c/u</p> <p style="text-align: center;"><b>QUIRÚJIA MAYOR MAXILOFACIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-menton)</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandibula</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 06 Estipación glándula salival mayor</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 08 Toma y colocación injerto mentón</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 09 Anotomía Cadwel-lac</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial</p> <p style="text-align: center;"><b>REHABILITACIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 42 Colocación resina fotopolimerizable</p> <p style="text-align: center;"><b>APARATOLOGÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 117 Mantenedor de espacio fijo</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 121 Mantenedor de espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 122 Elaboración aparatología removible.</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 124 Elaboración aparatología fija.</p> | <p style="text-align: center;"><b>ORTODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 89 Reacomodo brackets c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 90 Reposición aparatología fija</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 97 Control aparatología ortodóncica</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 98 Trazado cefalométrico</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 130 Análisis y medición modelos de estudio</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 131 Colocación separadores Inter dentarios</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 132 Prueba bandas y punteado tubos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 133 Aparatología fija básica (brackets)</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 134 Arcos conformados</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 135 Ligaduras metálicas y/o elásticas</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 136 Retiro de brackets</p> <p style="text-align: center;"><b>ORTOPEDIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 79 Tratamiento ortopédico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 81 Colocación guarda actual</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 82 Colocación mantenedor espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 83 Reposición de aparatología fija y/o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 84 Colocación de aparato SACS</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 96 Colocación retenedor removible c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 108 Colocación retenedor fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 109 Control aparatología ortopédica</p> <p style="text-align: right;">Nombre y firma de quien solicita</p> |                |                                   |  |

|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>INER</b> | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |  | <b>Hoja 83</b>               |



10.2 Formato 2

**Hoja de atención sección de odontopediatría  
INER-EST-03**

|   |  |                              |                      |  |  |
|---|--|------------------------------|----------------------|--|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   |  |                              |                      | <b>HOJA DE ATENCIÓN<br/>SECCIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA</b> |  <b>INER</b><br>INSTITUTO NACIONAL DE<br>EMERGENCIAS<br>RESPIRATORIAS<br>DIRECCIÓN MÉDICA<br>SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA<br>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA |
| Fecha   |  | Nombre completo del paciente |                      | Fecha de nacimiento [Año/Mes/Día]                      |  |
| No. Expediente clínico  |  | Genero                       |                      | Estado civil   |  |
| Domicilio   |  |                              | Teléfono             |  |  |
| Antecedentes heredo-familiares  |  |                              |                      |  |  |
| Antecedentes personales patológicos   |  |                              |                      |  |  |
| Inspección general  |  |                              |                      |  |  |
| Altura m  |  | Peso kg                      |                      | Edad   |  |
| Condiciones generales (signos y síntomas)   |  |                              |                      |  |  |
| Cardiovascular  |  |                              | Respiratorio         |  |  |
| Digestivo   |  |                              | Hemático y linfático |  |  |
| Urinario  |  |                              | Endócrino            |  |  |
| Nervioso  |  |                              | Otros                |  |  |
| Diagn. general (estado actual y terapéutico)  |  |                              |                      |  |  |
| Tercer nivel de atención a la salud: Específico conservador, radical y rehabilitador.   |  |                              |                      |  |  |
| Procedimiento actual  |  |                              |                      |  |  |
| E.F.B.A.  |  |                              |                      |  |  |
| Labios  |  | Mucosa labial                |                      | Lengua   |  |
| Plato de boca   |  | Paladar duro                 |                      | Paladar blando   |  |
| Oclusión  |  | Sobremordida                 |                      | Mordida cruzada  |  |
| Molar   |  | Horizontal                   |                      | Anterior   |  |
| Canine  |  | vertical                     |                      | Posterior  |  |
| Desviación líneas 1/2   |  | A.T.M.                       |                      |  |  |
| Diagnóstico estomatológico  |  |                              |                      |  |  |
| Plan de tratamiento   |  |                              |                      |  |  |
| 1er nivel de atención (Promoción de salud)  |  |                              |                      |  |  |
| Prevenición y control de caries <input type="checkbox"/> Técnicas de cepillado <input type="checkbox"/> Aplicación de fluor <input type="checkbox"/> Selladores <input type="checkbox"/>              |  |                              |                      |  |  |
| 2do nivel de atención (prevención específicas, conservadora y radical)  |  |                              |                      |  |  |
| Eliminación De Caries Y Obturaciones Con Amalgamo O Resinas <input type="checkbox"/> Pulpotomía <input type="checkbox"/> Pulpsectomía <input type="checkbox"/> Odontectomías <input type="checkbox"/> |  |                              |                      |  |  |
| 3er nivel de atención (Rehabilitación)  |  |                              |                      |  |  |
| Colocación de corona de acero-cromo <input type="checkbox"/> mantenedores de espacio <input type="checkbox"/> aparatología de ortopedia <input type="checkbox"/>                                      |  |                              |                      |  |  |
| Resumen de tratamiento  |  |                              |                      |  |  |
| No. de citas programadas:   |  | No. de radiografías:         |                      |  |  |
| 1)  |  | 5)                           |                      |  |  |
| 2)  |  | 6)                           |                      |  |  |
| 3)  |  | 7)                           |                      |  |  |
| 4)  |  | 8)                           |                      |  |  |
|   |  |                              |                      |  | Nombre y firma del médico responsable  |



Uso exclusivo No. 13-AM-09-011-0002

INER-037-09 (07.2021)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD |  | <b>HOJA DE ATENCIÓN<br/>SECCIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA</b> |  <b>INER</b><br>INSTITUTO NACIONAL DE<br>EMERGENCIAS<br>RESPIRATORIAS<br>DIRECCIÓN MÉDICA<br>SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA<br>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA |
| <b>ODONTOGRAMA INICIAL</b>   |  |  |  |
| Superior   | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Superior   |  |
|  | 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |  |  |
|  | 06 04 03 02 01 11 12 14 16<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | Derecho-----Lingual-----Izquierdo                      |  |
| Inferior   | 08 07 06 05 04 03 02 01 11 12 13 14 15 16 17 18<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Inferior   |  |
| <b>Tratamiento</b>   |  |  |  |
| 18   |  |  | 28   |
| 17   |  |  | 27   |
| 16   |  |  | 26   |
| 15   | 35   |  | 65 25  |
| 14   | 34   |  | 64 24  |
| 13   | 33   |  | 63 23  |
| 12   | 32   |  | 62 22  |
| 11   | 31   |  | 61 21  |
| 41   | 81   |  | 71 31  |
| 42   | 82   |  | 72 32  |
| 43   | 83   |  | 73 33  |
| 44   | 84   |  | 74 34  |
| 45   | 85   |  | 75 35  |
| 46   |  |  | 36   |
| 47   |  |  | 37   |
| 48   |  |  | 38   |
| <b>ODONTOGRAMA FINAL</b>   |  |  |  |
| Superior   | 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Superior   |  |
|  | 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |  |  |
|  | 06 04 03 02 01 11 12 14 16<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | Derecho-----Lingual-----Izquierdo                      |  |
| Inferior   | 08 07 06 05 04 03 02 01 11 12 13 14 15 16 17 18<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Inferior   |  |

Uso exclusivo No. 13-AM-09-011-0002


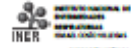
INER-037-09 (07.2021)

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | <b>Hoja 84</b>               |

10.3 Formato 3

**Notas de estomatología**

**INER-EST-06**


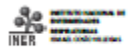



**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
 SECRETARÍA DE SALUD  
 AV. INSURGENTES SUR S/N. SECTOR 02, PO BOX 7-733, CIUDAD DE MEXICO, D.F.

|                              |               |                                   |  |
|------------------------------|---------------|-----------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente |               | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |  |
| Sexo                         | Estado civil  | No. de expediente                 |  |
| Dirección                    |               | Teléfono                          |  |
| Fecha y hora                 | Notas médicas |                                   |  |
|                              |               |                                   |  |

SECRETARÍA DE SALUD No. 12-ABR-06-001-0000 INER-EST-06(01) (06/11)



**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
 SECRETARÍA DE SALUD  
 AV. INSURGENTES SUR S/N. SECTOR 02, PO BOX 7-733, CIUDAD DE MEXICO, D.F.

|              |               |
|--------------|---------------|
| Fecha y hora | Notas médicas |
|              |               |

SECRETARÍA DE SALUD No. 12-ABR-06-001-0000 INER-EST-06(01) (06/11)




|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 4. Procedimiento para la atención estomatológica en Sección de Odontopediatría de 3er. nivel (específico, conservador, radical y rehabilitador). |   | <b>Hoja 85</b>               |

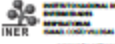
10.4 Formato 4

**Reporte diario de atención estomatológica**

**INER-EST-07**





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**





| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |      | Procedimiento |       | Edad             | Número | Clasificación CE 10 |                | Actividades         |      | Tratamiento especializado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|------|---------------|-------|------------------|--------|---------------------|----------------|---------------------|------|---------------------------|
|                                     |                     |              | Urg.     | Sec. | C.E.          | Impl. |                  |        | General             | Estomatológico | Clave               | Por. |                           |
| 1                                   |                     |              |          |      |               |       |                  |        |                     |                |                     |      |                           |
| 2                                   |                     |              |          |      |               |       |                  |        |                     |                |                     |      |                           |
| 3                                   |                     |              |          |      |               |       |                  |        |                     |                |                     |      |                           |
| 4                                   |                     |              |          |      |               |       |                  |        |                     |                |                     |      |                           |
| 5                                   |                     |              |          |      |               |       |                  |        |                     |                |                     |      |                           |
| 6                                   |                     |              |          |      |               |       |                  |        |                     |                |                     |      |                           |
| Nombre completo del médico tratante |                     | Firma        |          | De   | Mes           | Año   | Hora de consulta |        | Nº. de pacientes    | Actividades    | Área estomatológica |      |                           |

1000-001-07 (04/2002)

|  |   |   |                              |
|--|---|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 86</b>               |

**5. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA DE LA SECCIÓN DE ENDODONCIA 3ER. NIVEL (ESPECÍFICO RADICAL)**

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 87</b>               |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Definir los criterios para proporcionar atención estomatológica de 3er. nivel (específico radical) a pacientes del Servicio de Consulta Externa y Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y hospitalización con problema respiratorio que requieran del servicio; de acuerdo a la capacidad física y técnica de la Sección de Endodoncia para realizar tratamiento en conductos radiculares.

## 2.0 ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del Instituto que solicitan el servicio.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 88</b>               |


- 3.3 Todo paciente de hospitalización que requiera de atención de 3er. nivel (tratamiento de conductos) deberá cubrir un mínimo de un mes de estancia hospitalaria.
- 3.4 Es requisito indispensable para iniciar el tratamiento de conductos que el paciente conozca y acepte que se requiere para la culminación de la reconstrucción del órgano dentario, apoyo con otras secciones.
- 3.5 Todo tratamiento de conducto que requiera el paciente estará supeditada a valorarse en coordinación de las áreas de rehabilitación II y III, así mismo con la sección de Cirugía Bucal.
- 3.6 Solo por excepción se atenderá al paciente de 2do. nivel que presente por razones de necesidad sentida dolor atención de tratamiento de conductos y una vez concluido retomara el tratamiento de origen.
- 3.7 Al concluir su consulta el médico adscrito debe entregar a la secretaria del servicio los expedientes clínicos y el reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).
- 3.8 La secretaria del servicio es responsable de gestionar el préstamo de expedientes clínicos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.9 Para el tratamiento específico radical se deberá:
- Tomar radiográfica unitaria de inicio (por cada uno de los órganos dentarios afectados)
  - Accesar a un conducto y/o a los conductos dentarios
  - Conductometría aparente o real.
  - Trabajo Biomecánico
  - Conometría radiográfica
  - Obturación del o los conductos
  - Tomar radiografía unitaria de terminación.

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |

Hoja 89


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable                              | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo  |
|--|----------|---|---|
| Paciente                                 | 1        | Acude a su cita programada, presentando la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y el carnet a la secretaria, en el Servicio de Estomatología.                                       | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                      |
| Secretaria del Servicio de Estomatología | 2        | Recibe la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01); verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Endodoncia y entrega al médico adscrito de esta sección carnet del paciente. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                      |
| Médico adscrito (Sección de Endodoncia)  | 3        | Recibe la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) de la secretaria y llama al paciente para su atención.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                      |
|  | 4        | Estudia el expediente clínico, (Previamente recibido) interroga al paciente y registra el resumen del diagnóstico general en el formato.  |   |
|  | 5        | Interroga, inspecciona y explica al paciente anotando el padecimiento actual en el formato (INER-EST-04).   | Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04) |
|  | 6        | Revalora al paciente, y establece el diagnóstico pulpar y periapical específico registrándolo en el formato (INER-EST-04).  | Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04) |

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |  |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |  |


Hoja 90

| Responsable                              | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo  |
|--|----------|--|---|
| Médico adscrito (Sección de Endodoncia)  | 7        | De acuerdo a las acciones precedentes, instituye el plan de tratamiento específico a seguir en 3er. nivel de atención.   |   |
|  | 8        | Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido en el 3er. nivel en el formato (INER-EST-04), así mismo registra esta información en el formato: Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01) para su facturación, cuando sea el caso. | Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04)<br>Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
| Secretaria del Servicio de Estomatología | 9        | Entrega al paciente el formato (INER-EST-01), dando indicaciones para conocer su presupuesto, una vez aceptado se procede a la facturación de tratamiento de conductos.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)  |
|  | 10       | Recibe la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y emite el número de folio del Sistema de Administración Hospitalario (Medsys) y entrega al paciente para que efectúe el pago correspondiente, cuando este aplique.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)  |
| Médico adscrito (Sección de Endodoncia)  | 11       | Programa la cita subsecuente; anotándolo en el carnet y agenda de la sección, elabora y genera número de folio en la Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01).   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)  |
|  | 12       | Indica al paciente los requisitos para su atención en la próxima cita. Presentando previo el pago en la Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01), cuando este aplique.   |   |
| Paciente                                 | 13       | Recibe las indicaciones y la Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01), y el carnet con la fecha de su próxima cita.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |  |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |  |

Hoja 91


| Responsable                              | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo  |
|--|----------|---|---|
| Médico adscrito (Sección de Endodoncia)  | 14       | Asienta los datos clínicos específicos de endodoncia en la Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04), la firma y anexa al expediente clínico.                 | Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04) |
|  | 15       | Registra las notas médicas en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06) la firma y anexa al expediente clínico.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)                        |
|  | 16       | Procede al llenado y firma la hoja de Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio. | Reporte Diario de Atención Estomatológica (INER-EST-07)     |
| <b>Tratamiento Específico</b>            |          |   |   |
| Paciente                                 | 17       | Acude a su cita programada presentando la solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y el carnet de citas, a la secretaria en el Servicio de Estomatología.                         | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                      |
| Secretaria del Servicio de Estomatología | 18       | Recibe los documentos, verifica las citas, canaliza al paciente a la Sección de Endodoncia y entrega al médico adscrito de esta sección la documentación.                       |   |
| Médico adscrito (Sección de Endodoncia)  | 19       | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  |   |

|  |   |
|--|---|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|  | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |

Hoja 92


| Responsable                             | No. Act.   | Descripción de actividades  | Documentos o anexo  |
|---|--|---|---|
| Médico adscrito (Sección de Endodoncia) | 20   | Solicita al paciente su solicitud de tratamiento (INER-EST-01). y la integra la Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04), en el expediente clínico (previamente recibido).   | Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01)<br>Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04) |
|   | 21   | Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a la Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04).   | Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04)   |
|   | 22   | Procede a realizar las acciones de acuerdo al tratamiento instituido (específico radical).  |   |
|   | 23   | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento, elabora la Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01) e indica al paciente pasar con la secretaria para que emita el número de folio del Sistema de Administración Hospitalario (Medsys) y realice el pago correspondiente cuando este aplique. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)  |
|   | 24   | ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br><br>No: Programa la cita en el carnet y agenda de la sección, entregando carnet de citas al paciente. Continúa actividad 26.<br>Si: Continúa en la actividad 25.   |   |
| 25                                      | Registra la nota de alta de la sección en formato (INER-EST-06), lo firma anexandolo al expediente clínico y entrega solicitud de tratamiento (INER-EST-01) al paciente. | Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01), Notas de estomatología (INER-EST-06)  |   |



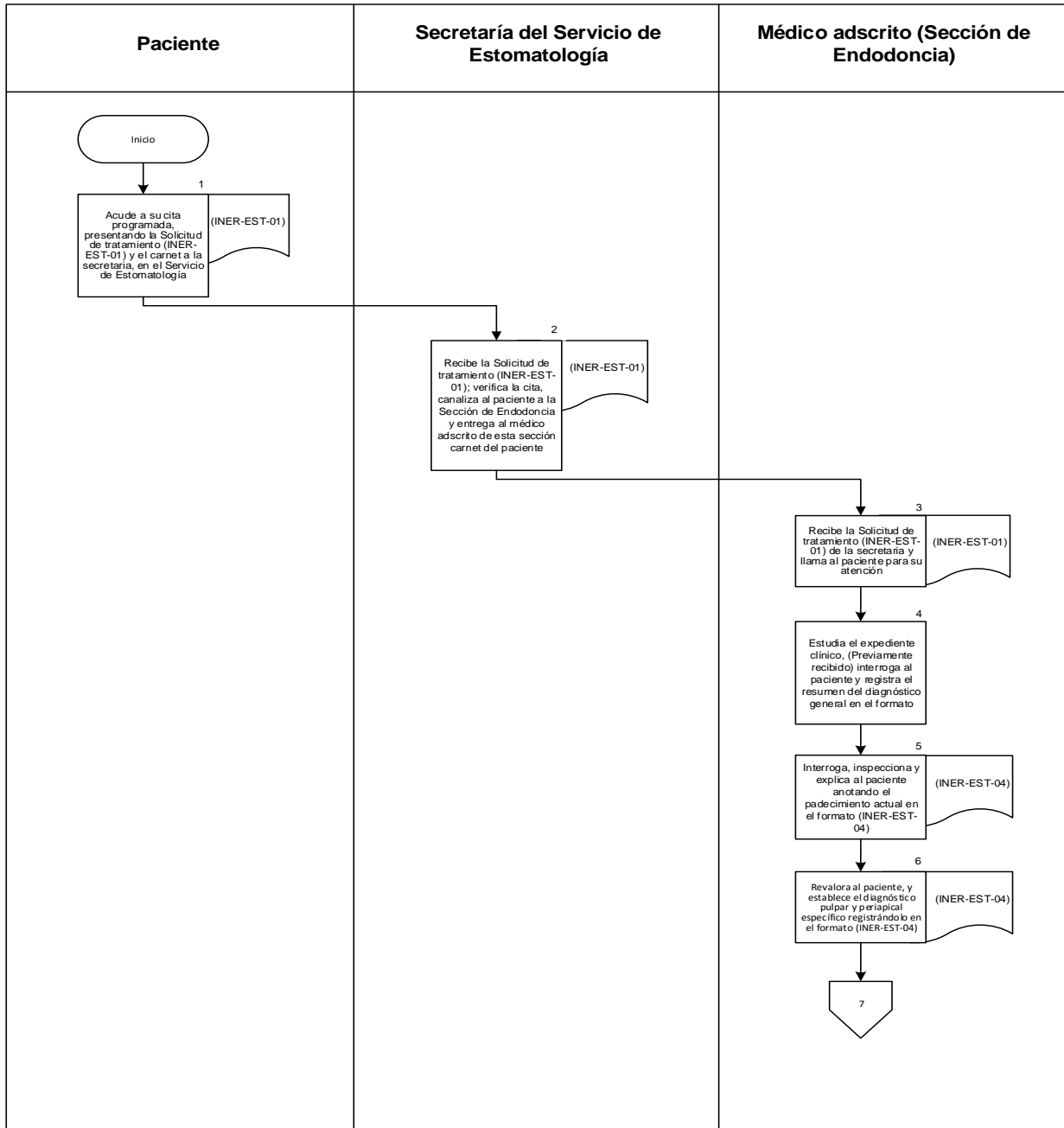
|  |   |
|--|---|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|  | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |



Hoja 93

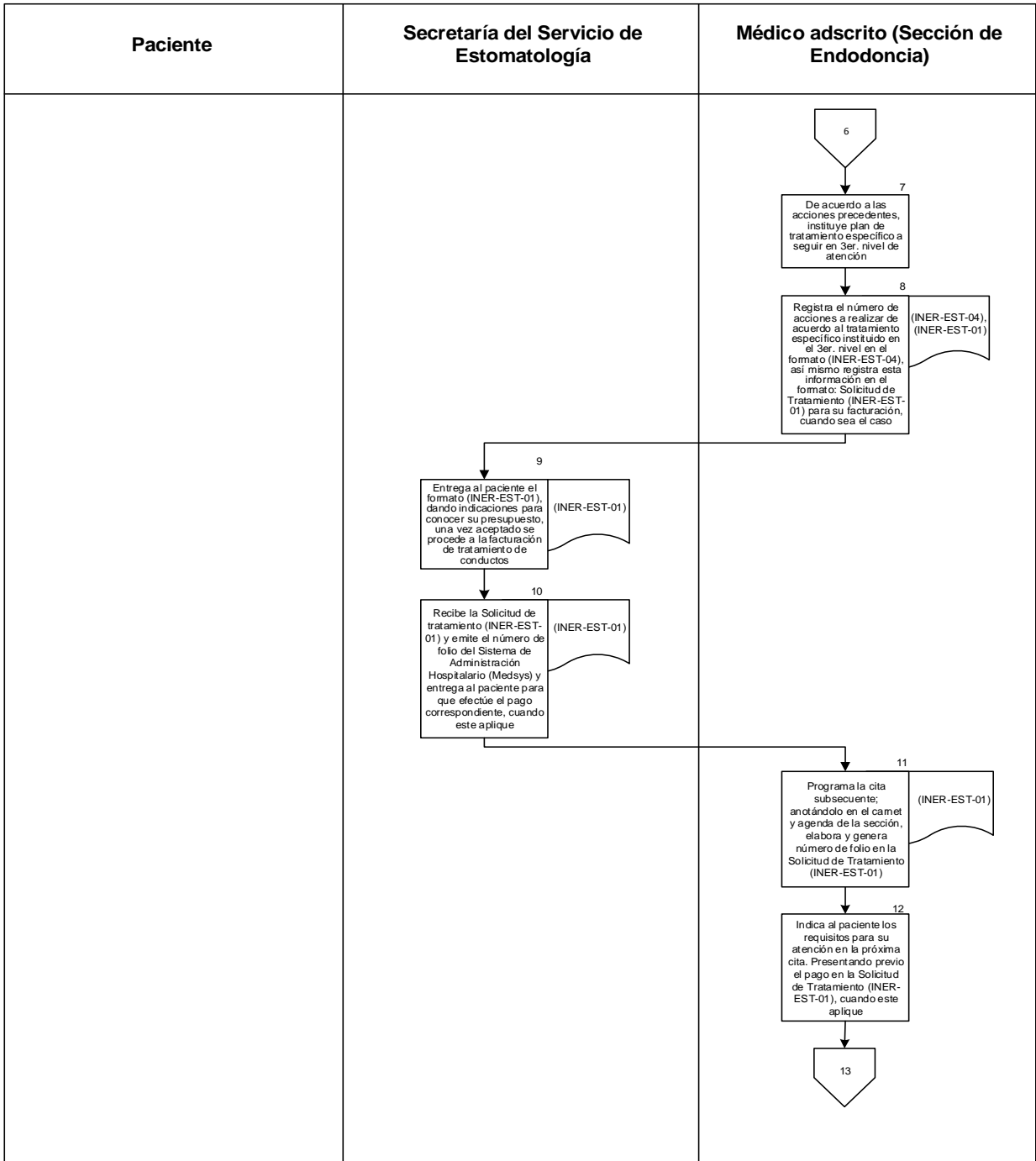
| Responsable                             | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo  |
|---|----------|--|---|
| Médico adscrito (Sección de Endodoncia) | 26       | Registra las notas de evolución del paciente en el formato: Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04), la firma y la anexa al expediente clínico.  | Solicitud de atención, Sección de endodoncia, (INER-EST-04) |
|   | 27       | Indica al paciente los requisitos para su atención en su próxima consulta y registra la cita en su agenda, elabora la Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01) para que la secretaria proporcione numero de folio del Sistema de Administración Hospitalario (Medsys), cuando sea el caso. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                      |
| Paciente                                | 28       | Recibe la información, indicaciones médicas y numero de folio para realizar el pago correspondiente y continuar con el tratamiento, cuando el pago aplique.  |   |
| Médico adscrito (Sección de Endodoncia) | 29       | Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente requisitado y firmado.<br><br><b>Termina procedimiento</b>                          | Reporte Diario de Atención Estomatológica" (INER-EST-07)    |

|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). | <b>Hoja 94</b>               |

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 95</b>               |





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA

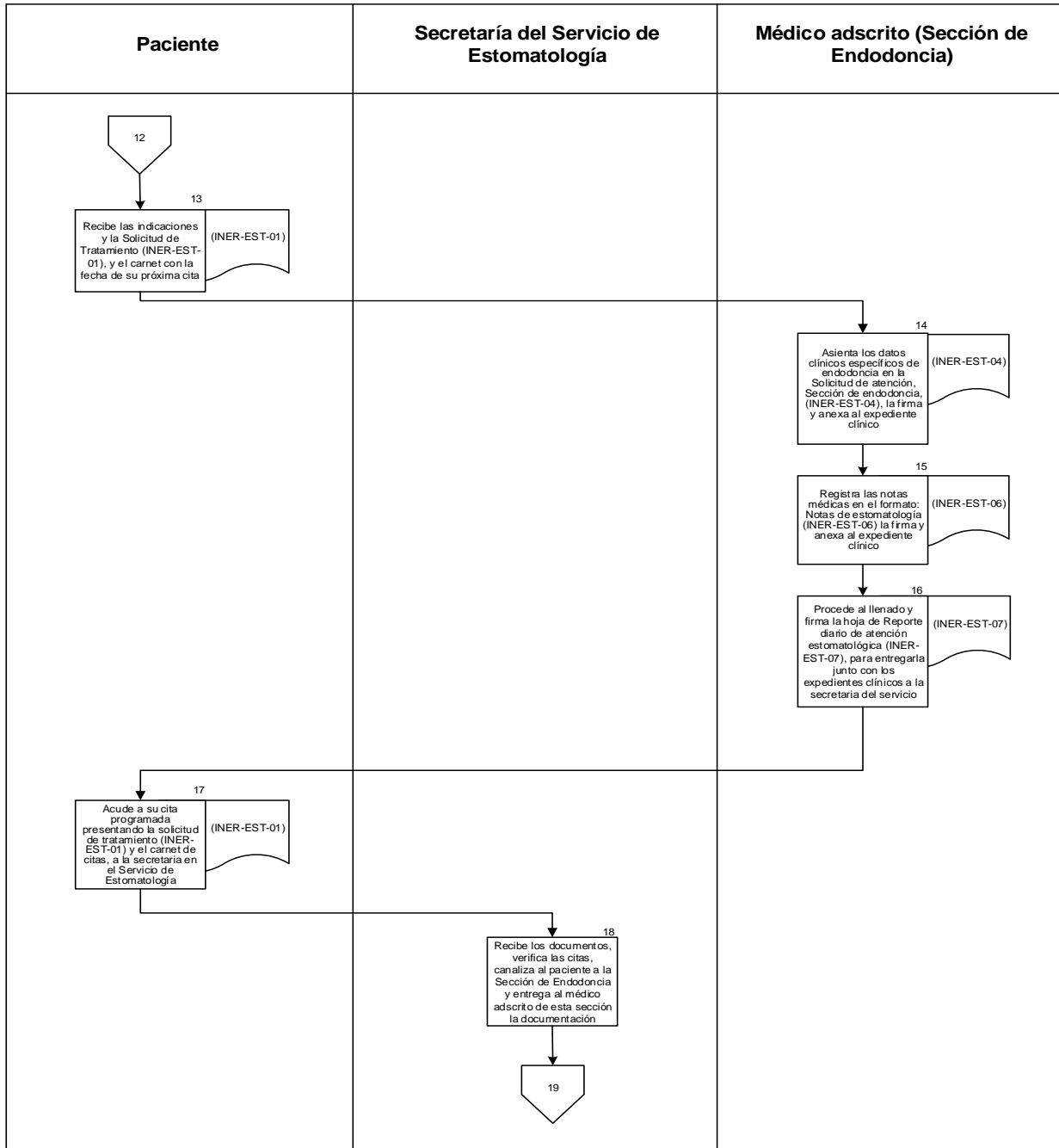
5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical).




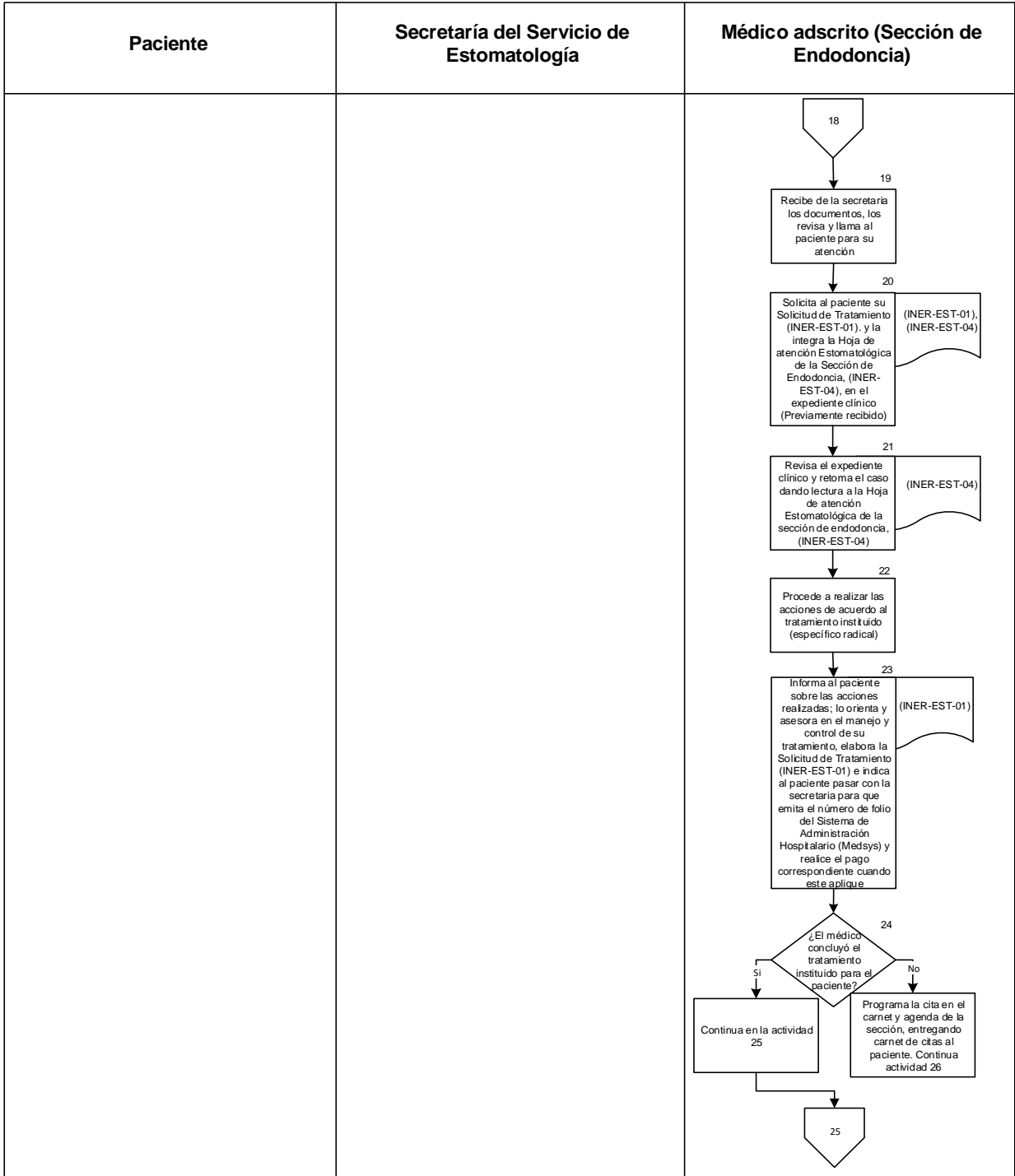
Rev. 2



Código:  
NCDPR 041

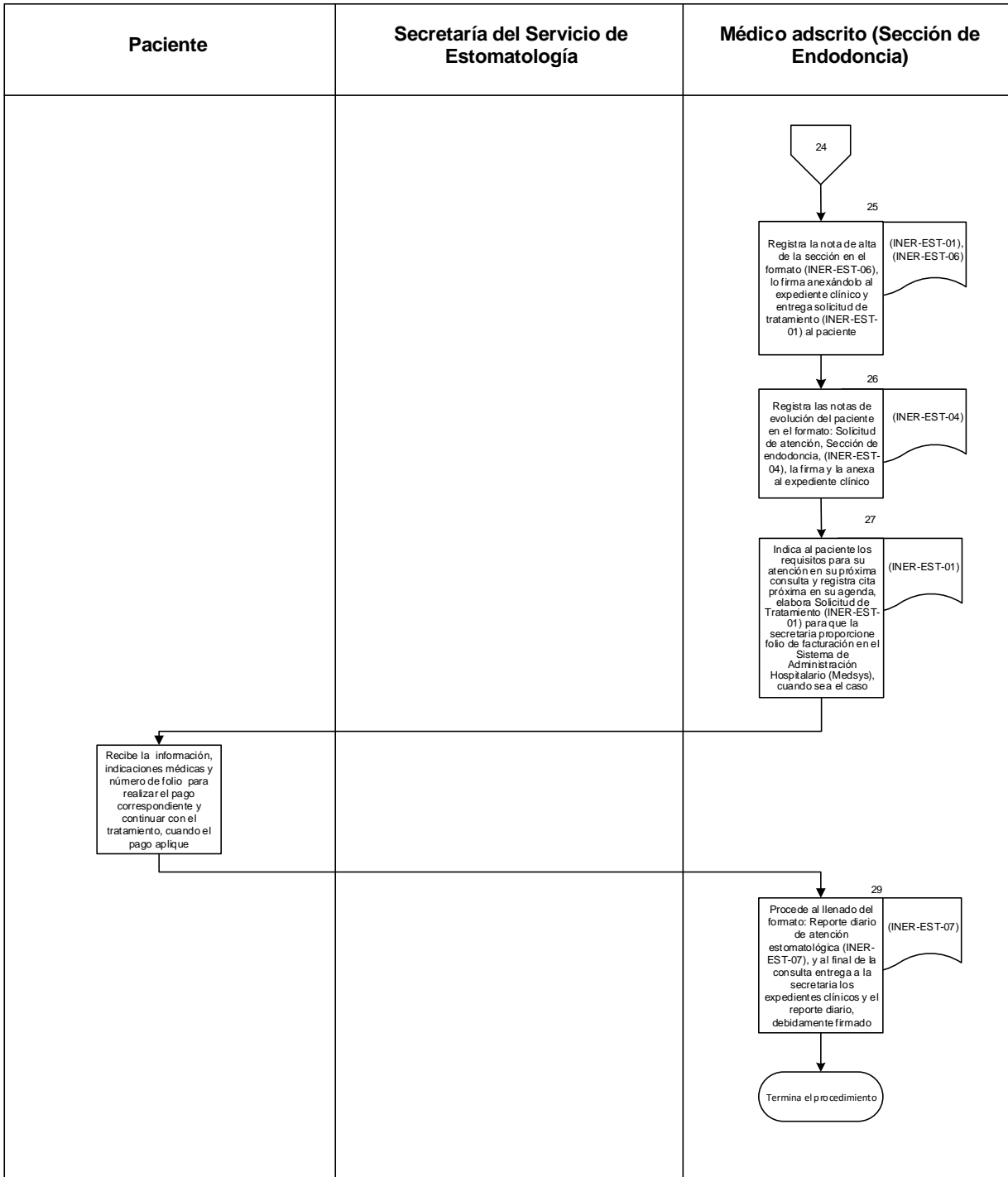
Hoja 96





|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). | <b>Hoja 97</b>               |



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 98</b>               |



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 99</b>               |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| <b>Documentos</b>   | <b>Código (cuando aplique)</b> |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                      |

## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>   | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 Solicitud de tratamiento                                     | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-01                                      |
| 7.2 Hoja de atención estomatológica de la sección de endodoncia. | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-04                                      |
| 7.3 Notas de estomatología.                                      | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-06                                      |
| 7.4 Reporte diario de atención estomatológica.                   | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-07                                      |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.
- 8.2 **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.
- 8.3 **Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 100</b>              |

personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia.



## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>  |
|---------------------------|-------------------------------|--|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos, de acuerdo con la operación actual. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.3 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.4 Hoja de atención estomatológica de la sección de endodoncia INER-EST-04.
- 10.5 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.6 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.



|   |   |   |                             |
|---|---|---|-----------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 2                      |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | Código:<br><b>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (especifico radical). |   |                             |

**10.1 Formato 1**  
**Solicitud de tratamiento**  
**INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**





|   |   |   |                |                                   |  |
|---|---|---|----------------|-----------------------------------|--|
| Fecha:  |   | Nombre completo del paciente:   |                | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |  |
| Genero  | No. Expediente clínico  | Sección   | No. de factura | Costo                             |  |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento [ ] otorgado [x] así como el número realizado.  |   |   |                |                                   |  |
| <p style="text-align: center;"><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br/><b>INTEGRAL I-A-II</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E502 Consulta</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E503 Preconsulta</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E504 Aplicación tópica fluor adulto</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E505 Profilaxis adulto maxilar-mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E506 Toma de rayos X Periapical</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5128 Toma de rayos X Oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5101 Selladores fosetas y fissuras adulto c/u</p> <p style="text-align: center;"><b>1DO. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br/><b>INTEGRAL I-A-II</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E507 Curetaje maxilar o mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E508 Plasta con amalgama c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E509 Odontotectomía (exodoncia) adulto c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5102 Obturación provisional simple</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 125 Obturación con ionómero de vidrio</p> <p style="text-align: center;"><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br/><b>ODONTOESTOMATÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E510 Profilaxis infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E511 Plasta amalgama y/o resina c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E512 Odontotectomía infantil (exodoncia) c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E513 Pulpotomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E514 Pulpotomía infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E515 Colocación corona acero / cromo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E516 Selladores fosetas y fissuras c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E518 Colocación mantenedor espacio fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E519 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5103 Aplicación tópica fluor a Infantes</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5104 Obturación provisional simple c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5105 Toma de Impresión c/u</p> <p style="text-align: center;"><b>ENDODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E520 Tratamiento conductos anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E521 Tratamiento conductos posteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5106 Obturación temporal conductos</p> | <p style="text-align: center;"><b>QUIRURJÍA MENOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E523 Carinos é terceros molares retenidos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E524 Odontectomías múltiples c/u alveoplastias por cuadrantes</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E525 Eliminaciones quistes e hiperplasias</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E526 Cirugía preprotésica por arcada</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E527 Tratamiento Diferenciación A.T.M.</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E528 Biopsia glándulas salivales menores</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E529 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E530 Aploctomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E531 Reducción cerrada de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E535 Colocación de Implantes dentarios c/u</p> <p style="text-align: center;"><b>QUIRURJÍA MAYOR MAXILOFACIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-menton)</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 06 Extracción glándula salival mayor</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 08 Toma y colocación injerto mentón</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 09 Astrotomía Cadwé-lac</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> ___ CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial</p> <p style="text-align: center;"><b>REHABILITACIÓN I</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 42 Colocación resina fotopolimerizable</p> <p style="text-align: center;"><b>APARATOLOGÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 117 Mantenedor de espacio fijo</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 121 Mantenedor de espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 122 Elaboración aparatología removible</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 124 Elaboración aparatología fija.</p> | <p style="text-align: center;"><b>ORTODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 89 Recambio brackets c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 90 Reposición aparatología fija</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 97 Control aparatología ortodóncica</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 98 Trazado oftalmométrico</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 130 Análisis y medición modelos de estudio</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 131 Colocación separadores Inter dentarios</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 132 Prueba bandas y pastado tubos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 133 Aparatología fija básica (brackets)</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 134 Arcos conformados</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 135 Ligaduras metálicas y/o elásticas</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 136 Retiro de brackets</p> <p style="text-align: center;"><b>ORTOPEDIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 79 Tratamiento ortopédico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 81 Colocación guarda ocusal</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 82 Colocación mantenedor espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 83 Reposición de aparatología fija y/o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 84 Colocación de aparato SACS</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 96 Colocación retenedor removible c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 107 Colocación aparato ortopédico fijo e removible</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 108 Colocación retenedor fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ___ E5 109 Control aparatología ortopédica</p> <p style="text-align: center;">Nombre y firma de quien solicita</p> |                |                                   |  |

|   |   |  |                              |
|---|---|--|------------------------------|
| <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (especifico radical). |  | <b>Hoja 102</b>              |

10.2 Formato 2

**Hoja de atención estomatológica de la sección de endodoncia  
INER-EST-04**



| <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p>  | <p><b>SOLICITUD DE ATENCIÓN<br/>SECCIÓN DE ENDODONCIA</b></p> | <p><b>INER</b><br/>INSTITUTO NACIONAL DE<br/>ENDODONCIAS<br/>RESPIRATORIAS<br/>DENTAL CÓMO VILLERIAS<br/>DIRECCIÓN MÉDICA<br/>SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE ENDOLOGÍA<br/>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</p> | <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>SOLICITUD DE ATENCIÓN<br/>SECCIÓN DE ENDODONCIA</b></p> | <p><b>INER</b><br/>INSTITUTO NACIONAL DE<br/>ENDODONCIAS<br/>RESPIRATORIAS<br/>DENTAL CÓMO VILLERIAS<br/>DIRECCIÓN MÉDICA<br/>SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE ENDOLOGÍA<br/>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</p> |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
|--|---|--|---|---|--|---------------------------------------|--|--------------|----------------------------|--|-----------|--|---------------|------------------------|--|------------------------|--|--|---------------------|--|--|--|--------------------|-----------------|------------------|--|--|--|--|--|--------------------|-------------|----------|------|------------|----------------|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|
| <p>Fecha _____</p> <p>Nombre completo del paciente _____ Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) _____</p> <p>Genero <input type="checkbox"/> Paciente externo <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Servicio Clínico <input type="checkbox"/> No. Expediente clínico _____ Folio _____</p> <p><b>Dx. General:</b></p> <p>_____<br/>_____</p> <p>Tercer nivel de atención a la salud _____<br/>Padecimiento actual _____</p> <p><b>Diagnóstico pulpar</b></p> <p>Diagnóstico periapical _____</p> <p>No. de Org. Dent. _____ No de conductos _____ Pronóstico _____</p> <p><b>Plan de tratamiento (Órgano dentario)</b></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">3er nivel de atención (endodoncia)</th> <th>Resumen de tratamiento</th> </tr> <tr> <td>A) Valoración y toma de Rx periapical</td> <td rowspan="2"></td> <td>Tx. anterior</td> </tr> <tr> <td>B) Conductometría aparente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C) Acceso</td> <td rowspan="2"></td> <td>Tx. Posterior</td> </tr> <tr> <td>D) Conductometría y Rx</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E) Trabajo biomecánico</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F) Cronometría y Rx</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G) Obturación de conducto radicular y Rx</td> <td>No. de citas _____</td> <td>No. de Rx _____</td> </tr> <tr> <td>H) Revisión y Rx</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Observaciones</b></p> <p>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____</p> <p style="text-align: right;">Nombre y firma del médico responsable _____</p> |   |  | 3er nivel de atención (endodoncia)          |   | Resumen de tratamiento   | A) Valoración y toma de Rx periapical |  | Tx. anterior | B) Conductometría aparente |  | C) Acceso |  | Tx. Posterior | D) Conductometría y Rx |  | E) Trabajo biomecánico |  |  | F) Cronometría y Rx |  |  | G) Obturación de conducto radicular y Rx | No. de citas _____ | No. de Rx _____ | H) Revisión y Rx |  |  | <p><b>1. Sintomatología.</b></p> <p>Frio <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Espontaneo <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Masticación <input type="checkbox"/></p> <p><b>2. Exploración.</b></p> <p>Perc. Horizontal _____ Perc. Vertical _____</p> <p><b>3. Palpación Periapical</b></p> <p>Normal _____ Fístula _____ Tumefacción Parodontal _____</p> <p><b>4. Movilidad</b></p> <p>Grado: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Bolsa paranasal _____</p> <p><b>5. Etiología</b></p> <p>Caries _____ Trauma OCL _____ Trauma Accid. _____ Erosión _____</p> <p><b>6. Paquete vasculonervioso</b></p> <p>Integro _____ Expuesto _____ Sin pulpa. _____</p> <p><b>7. Conducto radicular</b></p> <p>Normal _____ Estrecho _____ Preperado _____ Amplio _____ Calcificado _____</p> <p>Recto _____ Acodado _____ Curvo _____</p> <p><b>8. Dx. Rx.</b></p> <p>Zone apical _____ Reflección difusa _____ Parefación circunscrita _____</p> <p><b>9. Observaciones radiológicas:</b></p> <p>Ligamento: Normal <input type="checkbox"/> Ensanchado <input type="checkbox"/></p> <p>Reabsorción int. <input type="checkbox"/> Reabsorción ext. <input type="checkbox"/> Rx. Rad.: Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Obturación completa. _____</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>10. Conductometría</th> <th>No. de O.D.</th> <th>Aparente</th> <th>Real</th> <th>Referencia</th> </tr> <tr> <td>Conducto Único</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vestibular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Palatino</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesiovestibular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Disto Vestibular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesioíngual</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  |  | 10. Conductometría | No. de O.D. | Aparente | Real | Referencia | Conducto Único |  |  |  |  | Vestibular |  |  |  |  | Palatino |  |  |  |  | Mesiovestibular |  |  |  |  | Disto Vestibular |  |  |  |  | Mesioíngual |  |  |  |  | Distal |  |  |  |  |
| 3er nivel de atención (endodoncia)   |   | Resumen de tratamiento   |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| A) Valoración y toma de Rx periapical  |   | Tx. anterior   |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| B) Conductometría aparente   |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| C) Acceso  |   | Tx. Posterior  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| D) Conductometría y Rx   |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| E) Trabajo biomecánico   |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| F) Cronometría y Rx  |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| G) Obturación de conducto radicular y Rx   | No. de citas _____  | No. de Rx _____  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| H) Revisión y Rx   |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| 10. Conductometría   | No. de O.D.   | Aparente   | Real  | Referencia  |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| Conducto Único   |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| Vestibular   |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| Palatino   |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| Mesiovestibular  |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| Disto Vestibular   |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| Mesioíngual  |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |
| Distal   |   |  |   |   |  |                                       |  |              |                            |  |           |  |               |                        |  |                        |  |  |                     |  |  |  |                    |                 |                  |  |  |  |  |  |                    |             |          |      |            |                |  |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |        |  |  |  |  |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 103</b>              |

**10.3 Formato 3**



**Notas de estomatología**

**INER-EST-06**


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ENDODONCIA  
SECRETARÍA DE SALUD



|                              |                |                                   |  |
|------------------------------|----------------|-----------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente |                | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |  |
| Apellido                     | Estado civil   | No. de expediente                 |  |
| Dirección                    |                | Teléfono                          |  |
| Fecha y hora                 | Notas clínicas |                                   |  |
|                              |                |                                   |  |

Formato 3 (Rev. 01/2012)


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ENDODONCIA  
SECRETARÍA DE SALUD

|              |                |
|--------------|----------------|
| Fecha y hora | Notas clínicas |
|              |                |

Formato 3 (Rev. 01/2012)

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 5. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Endodoncia 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 104</b>              |

10.4 Formato 4

**Reporte diario de atención estomatológica**

**INER-EST-07**




**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**




**INER**  
 INSTITUTO NACIONAL DE  
 ENDODONCIA RADICULAR  
 ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN ESPECIALIDAD  
 DE ENDODONCIA RADICULAR

| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |      |      | Procedimiento |      | Edad | Género           | Elegibilidad CIE 10 |                  | Actividades |             | Tratamiento terminado |                     |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|------|------|---------------|------|------|------------------|---------------------|------------------|-------------|-------------|-----------------------|---------------------|
|                                     |                     |              | Día      | Hor. | Min. | C.A.          | Maq. |      |                  | General             | Estomatológica   | Clase       | No.         |                       |                     |
| 1                                   |                     |              |          |      |      |               |      |      |                  |                     |                  |             |             |                       |                     |
| 2                                   |                     |              |          |      |      |               |      |      |                  |                     |                  |             |             |                       |                     |
| 3                                   |                     |              |          |      |      |               |      |      |                  |                     |                  |             |             |                       |                     |
| 4                                   |                     |              |          |      |      |               |      |      |                  |                     |                  |             |             |                       |                     |
| 5                                   |                     |              |          |      |      |               |      |      |                  |                     |                  |             |             |                       |                     |
| 6                                   |                     |              |          |      |      |               |      |      |                  |                     |                  |             |             |                       |                     |
| Nombre completo del médico tratante |                     |              | Firma    |      |      | Fecha         |      |      | Hora de consulta |                     | No. de pacientes |             | Actividades |                       | Área estomatológica |

ISS 001-01 (01/2013)

|  |  |   |                              |
|--|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 105</b>              |

**6. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA  
DE LA SECCIÓN DE CIRUGÍA BUCAL  
Y MAXILO FACIAL 3ER. NIVEL (ESPECÍFICO RADICAL)**

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 106</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos para proporcionar atención estomatológica de 3er. nivel (específico radical) a pacientes del Servicio de Consulta Externa y Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y hospitalización con problema respiratorio que requieran del servicio.

## 2.0 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del Instituto que solicitan el servicio.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.


|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 107</b>              |

- 3.3 No se realiza el procedimiento o la intervención quirúrgica si el médico adscrito de la sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial, no considera conveniente el estado del paciente para su realización.
- 3.4 El médico tratante en la sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial, debe dar instrucciones precisas al paciente sobre su tratamiento; así mismo lo hará en coordinación con el médico tratante de otorrinolaringología o neumología.
- 3.5 El médico adscrito en la sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial, debe estudiar detalladamente los expedientes clínicos de los pacientes citados, antes de iniciar la consulta del día.
- 3.6 Todo paciente atendido en un 3er. nivel de atención, requiere para la resolución de su tratamiento, mostrar el pago total de sus procedimientos para así iniciarlo.
- 3.7 Para poder dar inicio al tratamiento correspondiente en Cirugía Bucal y Maxilo Facial (específico radical), todos los pacientes deben contar con nota médica y/o interconsulta de envío que justifique el tratamiento solicitado.
- 3.8 Todos los pacientes que sean sometidos a procedimientos invasivos deben firmar el formato: Consentimiento informado para estomatología INER-EC/CI/DM/07.
- 3.9 Al concluir su consulta el médico adscrito debe entregar a la secretaria del servicio los expedientes clínicos y el reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).
- 3.10 La secretaria del servicio es responsable de gestionar el préstamo de expedientes clínicos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.11 Los estudios complementarios para este procedimiento son:
- Laboratorio clínico
  - Radiográficos (Especializados)
  - Fotográficos

|  |  |   |                              |
|--|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial 3er. nivel (específico radical). |   | <b>Hoja 108</b>              |

- Modelos de estudio
- Modelos de trabajo
- Citología exfoliativa




|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial 3er. nivel (específico radical). |

Hoja 109


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                     |
|---|----------|--|--|
| <b>Valoración de paciente y elaboración del formato de Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01)</b> |          |  |  |
| Paciente  | 1        | Acude a su cita programada, presentando la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y el carnet de citas a la secretaria, en el Servicio de Estomatología.                 | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
| Secretaria del Servicio de Estomatología  | 2        | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial y entrega al médico adscrito de esta sección los documentos. |  |
| Médico adscrito (Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial)  | 3        | Recibe de la secretaria documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.   | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|   | 4        | Estudia el expediente clínico (previamente recibido); interroga al paciente y registra resumen de diagnóstico general en formato.  |  |
|   | 5        | Interroga, inspecciona y explora al paciente anotando el padecimiento actual en formato (INER-EST-06).   |  |
|   | 6        | Revalora al paciente y establece diagnóstico específico registrándolo en el formato (INER-EST-06).   |  |
|   | 7        | De acuerdo a las acciones precedentes instituye plan de tratamiento específico a seguir en 3er. nivel de atención.   |  |
|   | 8        | Informa al paciente su estado de salud bucal, así como las acciones a realizarle y llena solicitud de estudios complementarios.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial 3er. nivel (específico radical). |


Hoja 110

| <b>Responsable</b>                                      | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>  | <b>Documentos o anexo</b>  |
|---|-----------------|--|--|
| Médico adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 9               | Informa al paciente lo concerniente a su tratamiento en el 3er. nivel de atención.   |  |
|   | 10              | Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel) en formato (INER-EST-06); asimismo registra esta información en formato Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01) y emite el folio del Sistema de Administración Hospitalario (Medsys) cuando sea el caso. | Notas de estomatología (INER-EST-06), Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
|   | 11              | Entrega al paciente el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con número de folio para el pago correspondiente.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                                       |
|   | 12              | Indica al paciente los requisitos para su atención en la próxima consulta (presentación de solicitud de tratamiento INER-EST-01) y carnet, para registrar su próxima cita.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                                       |
| Paciente  | 13              | Recibe indicaciones y el carnet con la próxima cita.   |  |
| Médico adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 14              | Asienta los datos clínicos específicos de cirugía bucal y maxilo-facial en la Notas de estomatología (INER-EST-06) la firma y la anexa al expediente clínico.  |  |
|   | 15              | Firma la hoja, notas de estomatología (INER-EST-06) y la anexa al expediente clínico.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial 3er. nivel (específico radical). |  |


Hoja 111

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo   |
|---|----------|---|--|
| Médico adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 16       | Procede al llenado y firma la hoja de Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio.   | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07)  |
| <b>Tratamiento específico conservador</b>               |          |   |  |
| Paciente  | 17       | Acude a su cita programada, presentando el carnet a la secretaria, en el Servicio de Estomatología.   |  |
| Secretaria del Servicio de Estomatología                | 18       | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo-Facial y entrega al médico adscrito de esta sección el registro de control de citas.                               |  |
| Médico adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 19       | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  | <p style="text-align: center;">Notas de estomatología (INER-EST-06)</p><br><br><br><br><p style="text-align: center;">Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)</p> |
|   | 20       | Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a las notas de estomatología (INER-EST-06).   |  |
|   | 21       | Procede a realizar acciones de acuerdo al tratamiento instituido (específico conservador), análisis de oclusión (A. O.) y análisis de articulación temporo mandibular (A.T.M.).   |  |
|   | 22       | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento entrega formato (INER-EST-01) con folio de factura en Sistema de Administración Hospitalario (Medsys). |  |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial 3er. nivel (específico radical). |



Hoja 112

| <b>Responsable</b>                                      | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>   | <b>Documentos o anexo</b>              |
|---|-----------------|---|--|
| Médico adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 23              | ¿El Médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br><br>No. Entrega el número de folio y el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y registra su próxima consulta en el carnet del paciente e informa a la sección a la que deberá pasar; Rehabilitación II, Rehabilitación III; Ortopedia Maxilo Mandibular u Ortodoncia. Continúa la actividad 25.<br><br>Si. Entrega el carnet e informa a su vez la terminación de su tratamiento. Continúa actividad 24. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
|   | 24              | Registra la nota de alta al paciente de la sección en el formato (INER-EST-06), y los formatos específicos de la sección correspondiente, los firma y los anexa al expediente clínico.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|   | 25              | Registra la nota de evolución del paciente en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06), la firma y anexa al expediente clínico.   | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|   | 26              | Indica al paciente los requisitos para su atención en su próxima consulta.  |  |
| Paciente  | 27              | Recibe información e indicaciones médicas, así como su registro de control de citas.  |  |
| Médico adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 28              | Acude a registrar cita con la sección de 3er. nivel a la que fue referido y continúa tratamiento subsecuente en 3er. nivel de atención.   |  |

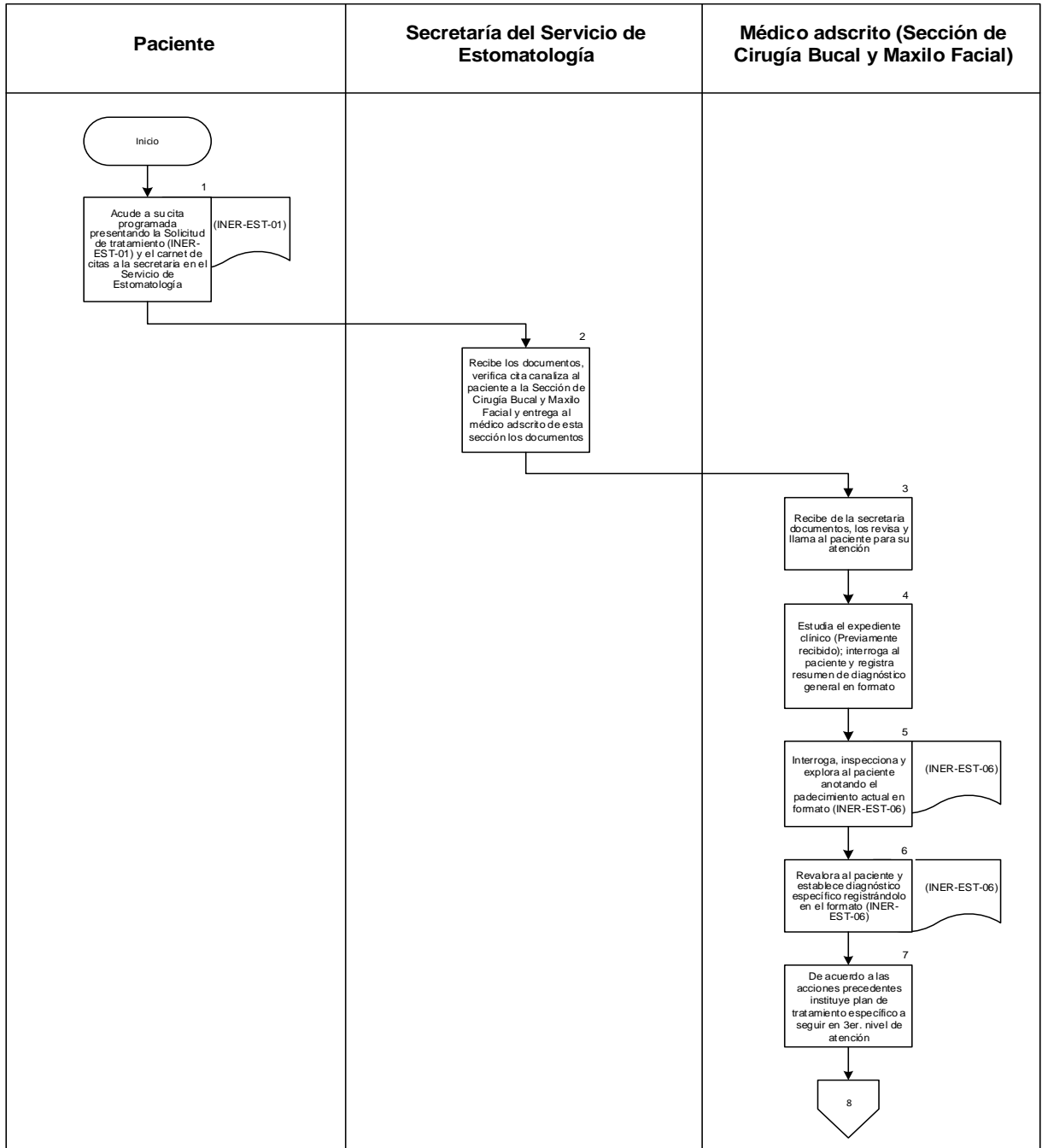
|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial 3er. nivel (específico radical). |



Hoja 113

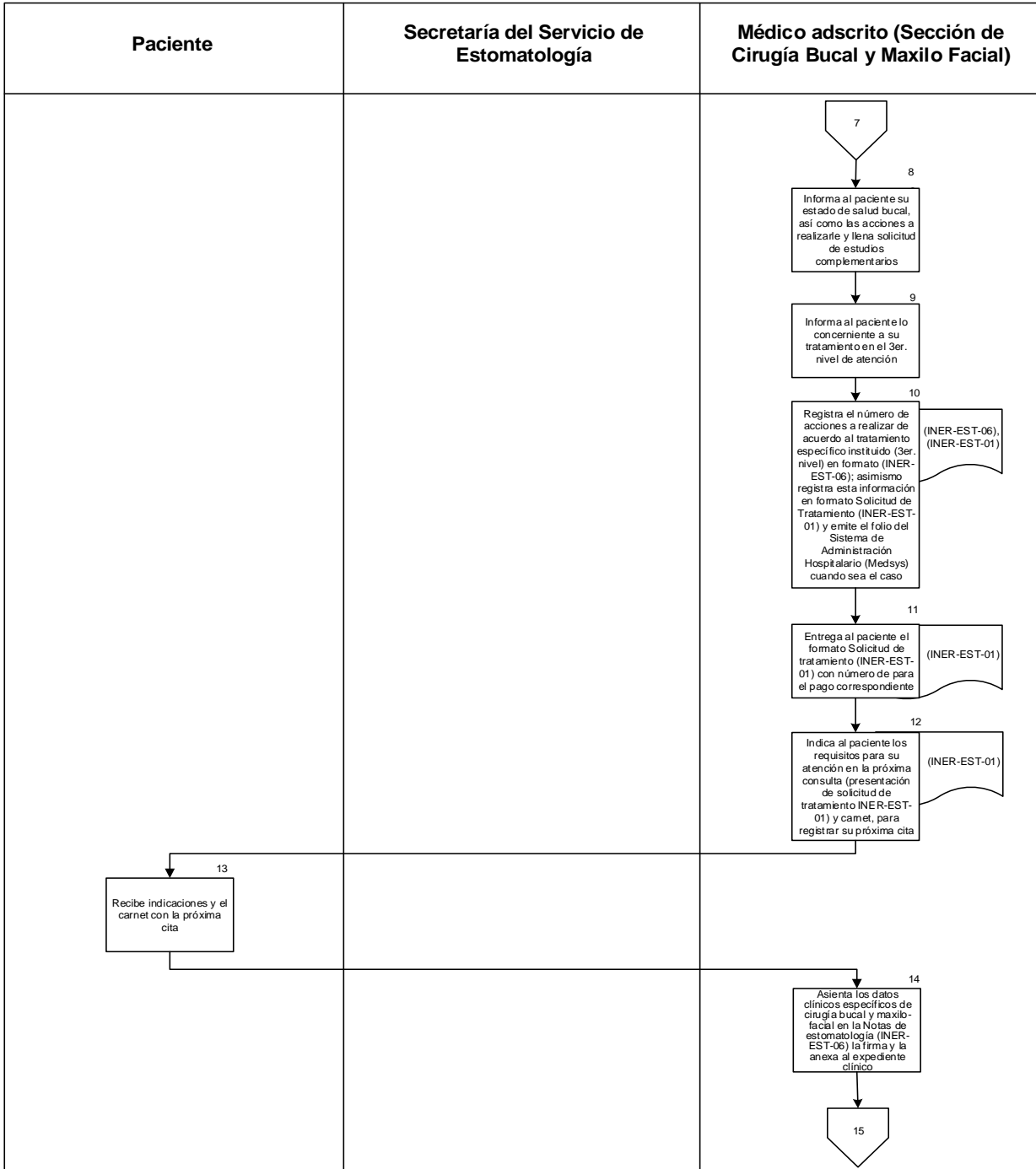
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                                       |
|-------------|----------|--|--|
|             | 29       | <p>Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Termina procedimiento</b></p> | Reporte diario de atención estomatológica, (INER-EST-07) |

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). |   | <b>Hoja 114</b>              |

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). |   | <b>Hoja 115</b>              |





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

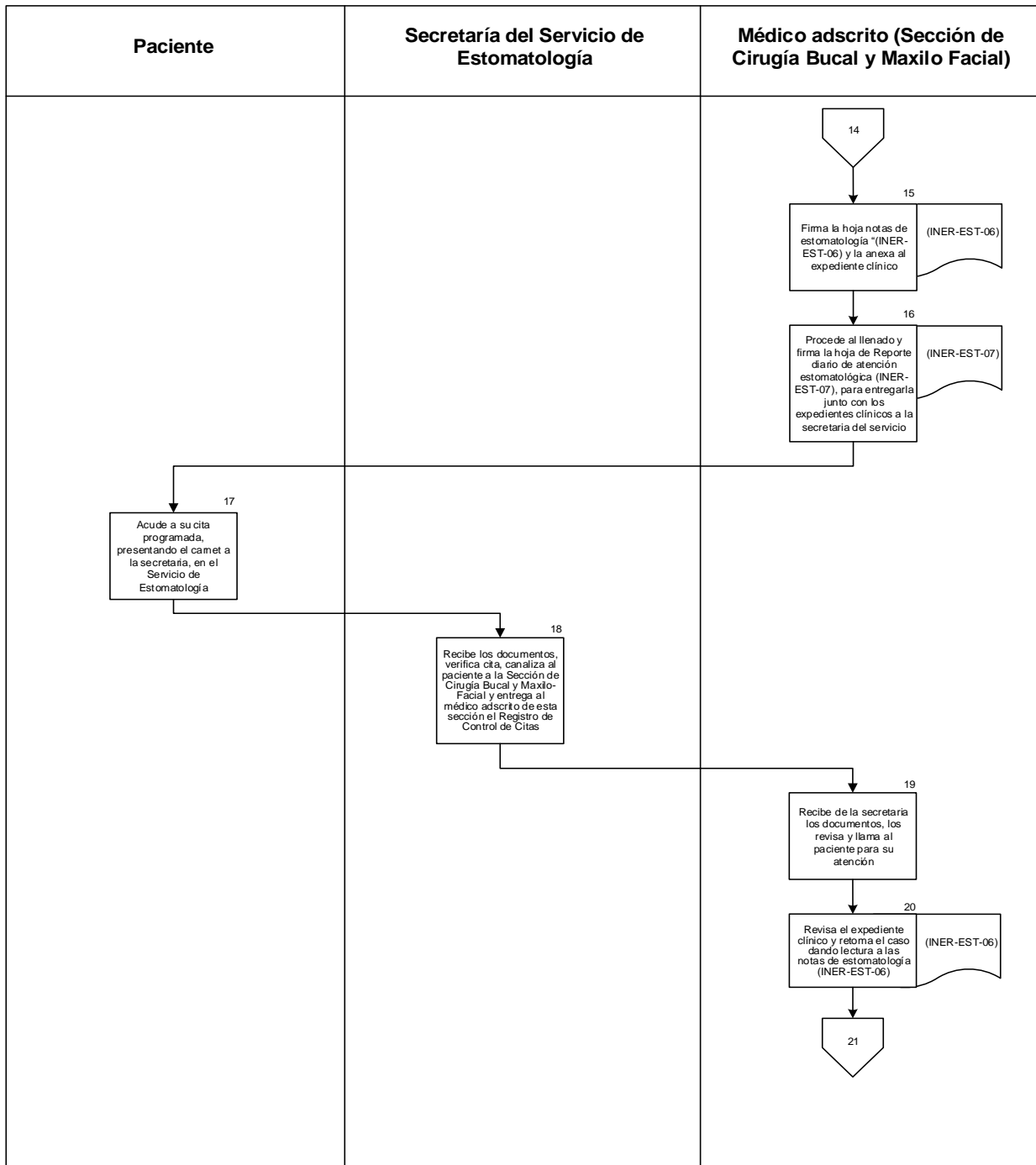
6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 116







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical).





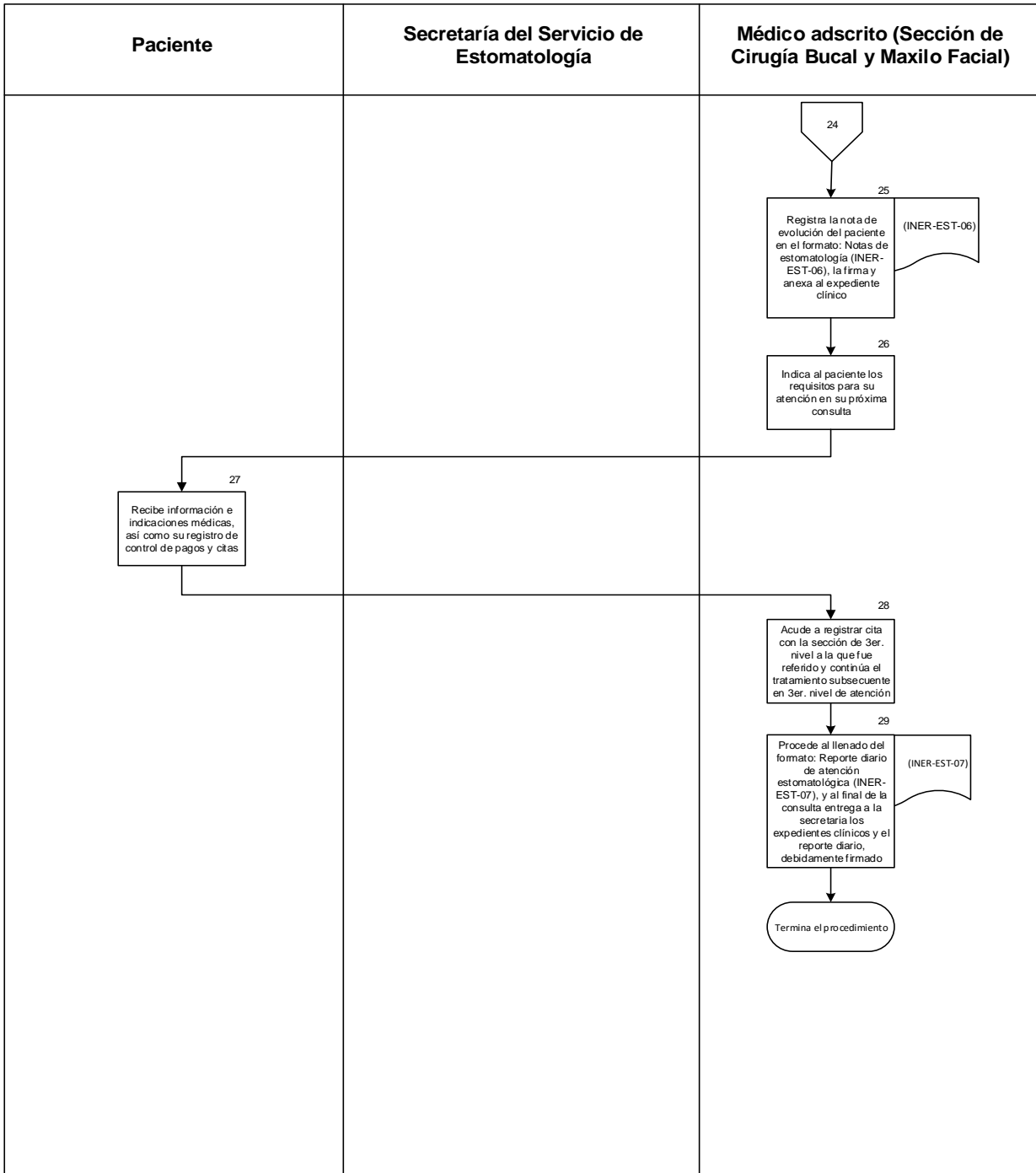
**Rev. 2**



**Código:  
NCDPR 041**

**Hoja 117**

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial)  |
|----------|--|---|
|          |  | <pre> graph TD     20{{20}} --&gt; 21[Procede a realizar acciones de acuerdo al tratamiento instituido (específico conservador), análisis de oclusión (A.O.) y análisis de articulación temporomandibular (A.T.M.)]     21 --&gt; 22[Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento entrega el formato (INER-EST-01) con el folio de factura en el Sistema de Administración Hospitalario (Medsys)]     22 --&gt; 23{¿El Médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?}     23 -- Si --&gt; 24a[Entrega el carnet e informa a su vez la terminación de su tratamiento. Continúa actividad 24]     23 -- No --&gt; 24b[Entrega el número de folio y el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y registra su próxima consulta en el carnet del paciente e informa a la sección a la que deberá pasar: Rehabilitación II, Rehabilitación III; Ortopedia Maxilo Mandibular u Ortodancia. Continúa la actividad 25]     24a --&gt; 24c[Registra la nota de alta al paciente de la sección en el formato (INER-EST-06), y los formatos específicos de la sección correspondiente, los firma y los anexa al expediente clínico]     24b --&gt; 24c     24c --&gt; 25{{25}}           </pre> |

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). |   | <b>Hoja 118</b>              |



|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>INER</b> | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). |  | <b>Hoja 119</b>              |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos  | Código<br>(cuando aplique) |
|---|----------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                  |

## 7.0 REGISTROS



| Registros                                       | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Consentimiento informado para estomatología | No aplica              | Expediente Clínico         | INER-EC/CI/DM/07                          |
| 7.2 Solicitud de tratamiento                    | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-01                               |
| 7.3 Notas de estomatología                      | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-06                               |
| 7.4 Reporte diario de atención estomatológica   | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-07                               |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.

**8.2 Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.

**8.3 Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). |   | <b>Hoja 120</b>              |


personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>                                       |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos de acuerdo con la operación actual. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.3 Consentimiento informado para estomatología INER-EC/CI/DM/07.
- 10.4 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.5 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.6 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). | <b>Hoja 121</b>              |



10.1 Formato 1

**Consentimiento informado para estomatología  
INER-EC/C/DM/07**

Tlalpan, Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

| Nombre completo del paciente | Fecha de nacimiento | N. de expediente |
|------------------------------|---------------------|------------------|
|                              | Año Mes Día         |                  |

Yo como paciente \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ en mi calidad de representante legal del paciente, acepto voluntariamente y autorizo al tratamiento estomatológico: \_\_\_\_\_, ya que se me ha informado que es necesario para tratar mi padecimiento. Manifiesto que el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Coló Villegas a través del Cirujano Dentista: \_\_\_\_\_ me han informado lo siguiente:

La Anestesia es el bloqueo de los impulsos nerviosos, de forma temporal, con el objeto de impedir la percepción de los estímulos dolorosos durante el tratamiento.

**\*Este documento le explica las consecuencias, riesgos y prevenciones de las secciones del servicio de estomatología, fírmelo atentamente y marque la sección de acuerdo a su tratamiento.**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <p><b>INTENTAL V-H-IE:</b> Sección que es un filtro para valorar al paciente en el Servicio de Estomatología por primera vez, con cita programada, en donde será examinado, evaluado y diagnosticado su estado bucal actual, proporcionándose información previa del plan de tratamiento a seguir. Al mismo lleva a cabo tratamiento conservador restaurativo y radical.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entiendo que al usar anestésico local en mi tratamiento me puede traer complicaciones como:</li> <li>Reacción facial, Trismus, lipotimia, hinchazón en piel de la cara, hematomas, lo cual generalmente es transitorio.</li> <li>Sintiendo que, al ser alérgico al anestésico local, puede ocasionarme una reacción de anafilaxia, lo cual requerirá tratamiento médico inmediato, siendo la probabilidad muy baja de que esto suceda.</li> <li>Al eliminar el cálculo de mis dientes, puede ocasionar hipersensibilidad.</li> <li>Debido al estrés, el paciente puede mostrar bruxismo durante el tratamiento, pudiendo ocasionarle alguna lesión en la lengua, mucosa y labios.</li> </ul> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comentar al médico de posibles alergias, enfermedades o padecimientos para llevar a cabo el tratamiento.</li> <li>Cumplir y seguir las indicaciones del médico, siendo así, no debe de existir ninguna consecuencia y riesgo.</li> <li>Debido a la sensación de adormecimiento en la zona de bloqueo debe tener la precaución de no morderte, no ingerir alimentos.</li> </ul> <p><b>* Se solicitará algunos estudios radiológicos como medidas de apoyo en su diagnóstico.</b></p> |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>ODONTOPEDIATRÍA:</b> Sección que explora y trata a los niños, detectando oportunamente caries y anomalías en la posición de los maxilares o dientes para remitir al ortodontista y hacer un tratamiento restaurador en caso de ser necesario.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El infante debido a su comportamiento de ansiedad mediante movimientos excesivos (de la cabeza, brazos, piernas, llorar, gritar, jalar, patear) puede ocasionarse lesiones faciales, al momento de no querer ser evaluado, examinado y diagnosticado.</li> <li>Al infiltrar anestésico el niño puede tener sensación de adormecimiento por hora a hora y media en el área que se bloqueó, pudiéndose ocasionar lesiones como mordeduras en los carrillos, lengua y labios.</li> <li>Si niños con alteraciones del corazón (PCA, CA, CIV), pueden sufrir infecciones en el sistema Cardiovascular, en caso de no ser eliminados los focos sépticos de origen dental.</li> </ul> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante el consentimiento del padre o tutor, el Cirujano Dentista puede usar una técnica de control del comportamiento para tranquilizar y proteger al paciente.</li> <li>Dar indicaciones post-quirúrgicas a los padres o tutores, para que el (a) niño (a) no ingiera alimentos y bebidas en una hora.</li> <li>Es de suma importancia que el padre o tutor lleve a cabo las indicaciones del médico, previas y posteriores para evitar posibles infecciones en el sistema Cardiovascular.</li> </ul>   |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <p><b>ORTODONCIA Y ORTOPEDIA:</b> Sección que corrige una alineación correcta de los dientes y desarrollo del maxilar y mandíbula obteniendo una modificación correcta, evitando problemas odontológicos posteriores gracias a la colocación de aparatología fija y/o removible.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si no se controlan hábitos como morderte las uñas, meter objetos a la boca, masticar alimentos de consistencia dura o morder alimentos con los dientes de arriba, pueden desgajar algún elemento del aparato fijo.</li> <li>Los aparatos fijos pueden producir dolor leve, dificultad al hablar o deglutir, laceración e inflamación o disminución de la encía, desdenticación del mordido si no se lleva el arco indicado, con el tiempo se pueden acortar las raíces, realineación del hueso circundante del diente y molestias en la articulación temporomandibular.</li> </ul> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a las citas, evitando todo aquello que pueda deteriorar o extrañar los aparatos.</li> <li>Ser cuidadoso, controlar hábitos y mantener medidas higiénicas.</li> <li>Será preciso que al finalizar el tratamiento y para mantener los resultados se coloque aparatos de retención.</li> </ul>   |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>ENDODONCIA (TRATAMIENTO DE CONDUCTOS):</b> Apertura de un diente, limpieza, desinfección y sellado del interior del mismo.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b> Factores predisponentes a fracasos del tratamiento del conducto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Debilitación que sufre un diente bajo tratamiento de conductos.</li> <li>Variaciones anatómicas.</li> <li>Infección en el hueso.</li> <li>Calcificación.</li> <li>Fractura de instrumentos.</li> <li>Paso de material más allá de la raíz.</li> <li>Perforaciones dentarias.</li> <li>Fracturas dentarias.</li> </ul> <p><b>*Pudiendo ser necesario en ocasiones procedimientos de cirugía bucal (Aplicotomía) que significa un corte y riesgo aseo.</b></p> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a las citas a tiempo para evitar que los conductos se contaminen y estén expuestos a fracturas o infecciones.</li> <li>Evitar fuerzas excesivas a la pieza en tratamiento (masticar chicles, chicles o alimentos pegajosos excesivamente duros o hábitos como comerse las uñas, morder lápices, bolígrafos, etc.).</li> <li>Seguir las indicaciones según diagnóstico y tratamiento para evitar reincidencias o llegar a la extracción del diente.</li> </ul>  |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>REHABILITACIÓN:</b> Sección que sustituye artificialmente uno o todos, los órganos dentarios que por diversas circunstancias se perdieron o se atrofiaron, puede ser de un solo dígito dentario o todos, así como sus estructuras vecinas.</p> <p><b>R (PROTESIS FIJA):</b> Proporciona una masticación casi natural y un habla adecuada, aunque no permite cerrar los espacios que pudieran haberse creado entre los dientes cuando han desaparecido los encías.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Impresión de los dientes artificiales son demasiado grandes o con diferencia en tamaño y forma con los naturales.</li> <li>La pronatación de ciertos sonidos puede resultar un poco alterado.</li> <li>Es probable que se muera los maxilares y la lengua.</li> <li>Si la prótesis se le ha cementado provisionalmente, puede desprenderse o puede notar ligeras molestias en los dientes que sirven de sujeción con bandas o alimentos fríos, calientes y duros.</li> <li>Cambios en la colocación de la prótesis fija.</li> <li>Inflamación pulpar de algún diente en contacto y cementado (ya terminado provisionalmente) que requiera tratamiento endodóntico.</li> </ul> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Precaer cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderte.</li> <li>Evitar comer alimentos duros como frutos secos con cáscara, huesos, etc.</li> <li>Si se cementa la prótesis provisional, es recomendable masticar del otro lado, hacer una dieta semiblanda.</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>R2 (PROTESIS REMOVIBLE):</b> Con el tiempo, los dientes naturales remanentes en la boca se desgastan o cambian de posición sobre todos los que resultan recogidos por la prótesis y, además, el hueso sobre el que estos se apoyan también cambian de forma, con lo que dichos aparatos se desgastan y pueden producir molestias e ulceraciones que requieren la adecuación y/o sustitución al cabo de un tiempo variable.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los elementos metálicos y de plástico de los aparatos de prótesis removible pueden experimentar fracturas con el uso.</li> <li>Sensación extraña de ocupación.</li> <li>Mala producción de saliva de la normal.</li> <li>Disminución del sentido del gusto.</li> <li>Es probable que se muera ligeramente en las mejillas o lengua.</li> <li>Dificultad de pronunciación debido al espacio que ocupa la prótesis.</li> <li>A veces se percibe oír dolor en dientes y encías, todas molestias que suelen desaparecer en poco tiempo.</li> </ul>   |

|  |  |  |                              |
|--|--|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). |  | <b>Hoja 122</b>              |

10.1 Formato 1 (2da. parte)

**Consentimiento informado para estomatología  
INER-EC/CI/DM/07**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INMAV. COORD. VILLAHERRA

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Capítulo IV, Art. 80, 81, 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-053-SSE/2008, del Reglamento Clínico, numerados 9 y 9.3.2 para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Médica.

**PREVENCIÓN:**

- Los primeros días, procure cerrar la boca y mastigar con cuidado para no morderte y sobrecargar las encías.
- Inicialmente, mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos más consistentes.
- Para tratar las heridas de mordeduras puede utilizar cicatrizantes.

**NO (PRÓTESIS COMPLETA):** Al colocar de sujetas el nuevo, estos aparatos experimentan una cierta movilidad al comer, sobre todo el inferior. Una limitación estática derivada de esta inestabilidad, es que en prótesis completa los dientes anteriores y superiores no siempre guarden simetría sobre los anteriores e inferiores, sino que los bordes cortantes tienen que estar a la misma altura que la cara tribasales del resto de los dientes, por eso cuando existen dientes naturales anteriores e inferiores, los dientes de la prótesis superior suelen ser más cortos que los originales.

**CONSECUENCIAS Y RIESGOS:**

- Sensación extraña de ocupación.
- Mala producción de saliva de lo normal.
- Disminución del sentido del gusto.
- Es probable que se mueva fácilmente en las mejillas o lengua.
- Algunas molestias en las zonas donde apoyan las prótesis, sobre todo a la altura de los bordes.
- Probablemente se muevan mucho al comer, por lo que deberá masticar de los dos lados.

**PREVENCIÓN:**

- Los primeros días, procure cerrar la boca y mastigar con cuidado para no morderte y sobrecargar las encías.
- Inicialmente, mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos más consistentes.
- Para tratar las heridas de mordeduras puede utilizar cicatrizantes.

Además de las consecuencias y riesgos antes descritos, por las circunstancias especiales hay que esperar las siguientes consecuencias y riesgos:

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Así también que se me han explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

SI AUTORIZO                       NO AUTORIZO

**PACIENTE, FAMILIAR, RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL QUE FIRMA**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Identificación: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

*Firma y/o huella digital*

En caso de cambio de opinión podrá ser revocado el consentimiento.

No obstante haberme explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la [condición] que presenta en la actualidad. Además, le he informado con un lenguaje común las precauciones esperadas y los posibles consecuencias y riesgos que pudieran estar asociados a este procedimiento.

|                                       |                    |                  |
|---------------------------------------|--------------------|------------------|
| Departamento o servicio               |                    |                  |
| Nombre completo del cirujano dentista | Cédula profesional | Firma del médico |

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC/CI/DM-07 (06.2018)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INER

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Capítulo IV, Art. 80, 81, 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-053-SSE/2008, del Reglamento Clínico, numerados 9 y 9.3.2 para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Médica.

**TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Identificación: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

*Firma y/o huella digital*

**TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Identificación: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

*Firma y/o huella digital*

En caso de que el paciente, persona responsable o tutor legal del mismo no sepan leer o escribir, deberán plantear su huella digital.

**PARA LA REVOCACIÓN**



No es mi carácter de paciente, familiar, O responsable legal del paciente, revoco el consentimiento o autorizado previamente en este formato y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación planteados.

Revoco el \_\_\_\_\_ de consentimiento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

|   |                          |                     |
|---|--------------------------|---------------------|
| Nombre del paciente, familiar, responsable o representante legal que revoca | Firma y/o huella digital | Fecha (día/mes/año) |
|---|--------------------------|---------------------|

Este documento deberá ser elaborado en original, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras e integrarse al expediente clínico del paciente. Cada vez que sea necesaria la autorización de algún procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación al paciente, deberá elaborarse un Consentimiento informado.

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC/CI/DM-07 (06.2018)

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). |   | <b>Hoja 123</b>              |

10.2 Formato 2



**Solicitud de tratamiento  
INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**




|  |                        |  |                |  |  |
|--|------------------------|--|----------------|--|--|
| Fecha:   |                        |  |                |  |  |
| Nombre completo del paciente:  |                        |  |                | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)  |  |
| Genero   | No. Expediente clínico | Sección  | No. de factura | Costo  |  |
| <p align="center">Marque en el recuadro la consulta o procedimiento (s) otorgado (s) así como el número realizado.</p>   |                        |  |                |  |  |
| <b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>INTEGRAL I-II-III</b><br><input type="checkbox"/> ES02 Consulta<br><input type="checkbox"/> ES03 Preconsulta<br><input type="checkbox"/> ES04 Aplicación tópica flúor adulto<br><input type="checkbox"/> ES05 Profilaxis adulto maxilar-mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES06 Toma de rayos X Periapical<br><input type="checkbox"/> ES128 Toma de rayos X Oclusal<br><input type="checkbox"/> ES101 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u |                        | <b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>INTEGRAL I-II-III</b><br><input type="checkbox"/> ES07 Curetaje maxilar o mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES08 Placa con amalgama c/u<br><input type="checkbox"/> ES09 Odontotomía (exodoncia) adulto c/u<br><input type="checkbox"/> ES102 Obturación provisional simple<br><input type="checkbox"/> ES 125 Obturación con ionómero de vidrio  |                | <b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>ODONTOPEDIATRÍA</b><br><input type="checkbox"/> ES10 Profilaxis infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES11 Placa amalgama y/o resina c/u<br><input type="checkbox"/> ES12 Odontotomía infantil (exodoncia) c/u<br><input type="checkbox"/> ES13 Pulpotomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES14 Pulpotomía infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES15 Colocación corona acero / cromo c/u<br><input type="checkbox"/> ES16 Selladores fosetas y fisuras c/u<br><input type="checkbox"/> ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u<br><input type="checkbox"/> ES103 Aplicación tópica flúor a Infantes<br><input type="checkbox"/> ES104 Obturación provisional simple c/u<br><input type="checkbox"/> ES105 Toma de Impresión c/u |  |
| <b>ENDODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES20 Tratamiento conductos anteriores<br><input type="checkbox"/> ES21 Tratamiento conductos posteriores<br><input type="checkbox"/> ES106 Obturación temporal conductos   |                        | <b>2ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>CEBILIA MENOR</b><br><input type="checkbox"/> ES23 Caninos ó terceros molares retenidos c/u<br><input type="checkbox"/> ES24 Odontotomías múltiples c/u alveoplastias por cuadrantes<br><input type="checkbox"/> ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasias<br><input type="checkbox"/> ES26 Cirugía preprotésica por arcada<br><input type="checkbox"/> ES27 Tratamiento Disfunción A.T.M.<br><input type="checkbox"/> ES28 Biopsia glándulas salivales menores<br><input type="checkbox"/> ES29 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante<br><input type="checkbox"/> ES30 Apicectomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> ES95 Colocación de Implantes dentarios c/u                            |                | <b>OSTEODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 86 Reacometado brackets c/u<br><input type="checkbox"/> ES 90 Reposición aparatología fija<br><input type="checkbox"/> ES 97 Control aparatología ortodóncica<br><input type="checkbox"/> ES 98 Traslado oclusal<br><input type="checkbox"/> ES 130 Análisis y medición modelos de estudio<br><input type="checkbox"/> ES 131 Colocación separadores inter dentarios<br><input type="checkbox"/> ES 112 Prueba bandas y punteado tubos c/u<br><input type="checkbox"/> ES 113 Aparatología fija básica (Brackets)<br><input type="checkbox"/> ES 114 Arcos conformados<br><input type="checkbox"/> ES 115 Ligaduras metálicas y/o elásticas<br><input type="checkbox"/> ES 116 Retiro de brackets   |  |
|  |                        | <b>CEBILIA MAYOR MAXILOFACIAL</b><br><input type="checkbox"/> CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-menton)<br><input type="checkbox"/> CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula<br><input type="checkbox"/> CM 06 Extirpación glándula salival mayor<br><input type="checkbox"/> CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido<br><input type="checkbox"/> CM 08 Toma y colocación Injerto maxilar<br><input type="checkbox"/> CM 09 Antriotomía Cadaver-luc<br><input type="checkbox"/> CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial |                | <b>OSTEOPEDIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 81 Colocación guarda oclusal<br><input type="checkbox"/> ES 82 Colocación mantenedor espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible<br><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAOS<br><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u<br><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible<br><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica  |  |
|  |                        | <b>REHABILITACIÓN I</b><br><input type="checkbox"/> ES 42 Colocación resina fotopolimerizable  |                | <b>APARATOLOGÍA</b><br><input type="checkbox"/> ES 117 Mantenedor de espacio fijo<br><input type="checkbox"/> ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes<br><input type="checkbox"/> ES 121 Mantenedor de espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 122 Elaboración aparatología removible.<br><input type="checkbox"/> ES 124 Elaboración aparatología fija.  |  |
| Nombre y firma de quien solicita   |                        |  |                |  |  |

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). |   | <b>Hoja 124</b>              |


10.3 Formato 3

**Notas de estomatología**

**INER-EST-06**



|   |               |   |  |
|---|---------------|---|--|
|  |               | <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b><br><small>INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA<br/> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small></small> |  |
| Nombre completo del paciente  |               | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)   |  |
| Genero  | Estado civil  | No. de expediente   |  |
| Domicilio   |               | Teléfono  |  |
| Fecha y hora  | Notas médicas |   |  |
|   |               |   |  |

Formato INER-EST-06 (2017)

|  |               |   |  |
|--|---------------|---|--|
|  |               | <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b><br><small>INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA<br/> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small></small> |  |
| Fecha y hora   | Notas médicas |   |  |
|  |               |   |  |

Formato INER-EST-06 (2017)



|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6. Procedimiento para la atención estomatológica de la sección de cirugía bucal y maxilo facial 3er. Nivel (Específico radical). |   | <b>Hoja 125</b>              |

10.4      Formato 4

**Reporte diario de atención estomatológica  
INER-EST-07**





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**





| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |       | Procedimiento |                  | Edad | Número           | Diagnóstico CIE 10 |                | Actividades |                     | Tratamiento terminado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|-------|---------------|------------------|------|------------------|--------------------|----------------|-------------|---------------------|-----------------------|
|                                     |                     |              | Int. Ver | Sub.  | C.A.          | Max.             |      |                  | General            | Estomatológica | Clave       | No.                 |                       |
| 1                                   |                     |              |          |       |               |                  |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 2                                   |                     |              |          |       |               |                  |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 3                                   |                     |              |          |       |               |                  |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 4                                   |                     |              |          |       |               |                  |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 5                                   |                     |              |          |       |               |                  |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 6                                   |                     |              |          |       |               |                  |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
|                                     |                     |              |          |       |               |                  |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| Nombre completo del médico tratante |                     | Firma        |          | Fecha |               | Hora de consulta |      | No. de pacientes |                    | Actividades    |             | Área estomatológica |                       |

ISS-00-07-01 (01/2012)

|  |  |   |                              |
|--|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). |   | <b>Hoja 126</b>              |

## 6.1 PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO RADICAL (CIRUGÍA MENOR)

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). |   | <b>Hoja 127</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos para proporcionar atención estomatológica de 3er. nivel (específico radical) a pacientes del Servicio de Consulta Externa y de la Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y de hospitalización con problema respiratorio que requieran del servicio; de acuerdo a la capacidad física y técnica (cirugía menor).

## 2.0 ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.
- 3.3 Para este procedimiento es necesario que se pueda realizar cualquiera de los siguientes procedimientos:

|  |  |  |                              |
|--|--|--|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>INER</b> | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). |  | <b>Hoja 128</b>              |


- Biopsia Incisional
- Biopsia Excisional
- Eliminación lesiones quísticas (Tejidos blandos y duros)
- Eliminación lesiones hiperplasias (Tejidos blandos)
- Eliminación de retenciones dentarias; terceros molares incluidos, caninos retenidos, mesiodents y supernumerarios (Tejidos duros)
- Cirugía preprotésica, profundización de vestíbulo (Tejidos blandos), eliminación de excrecencias óseas mandibulares y maxilares (Tejidos duros), frenilectomías (Tejidos blandos y duros), odontectomías múltiples y regularización de procesos Maxilares y Mandibular (Tejidos blandos y duros), alveolectomías y alveolo plastias.

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6.1 Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor) |

Hoja 129


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo   |
|---|----------|---|--|
| Paciente  | 1        | Acude a su cita programada, presentando el carnet a la secretaria, en el Servicio de Estomatología.   |  |
| Secretaria (Recepción Estomatología)                    | 2        | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial y entrega al médico adscrito de esa sección los documentos correspondientes.  | Documentos del paciente  |
| Médico Adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 3        | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  | Documentos del paciente  |
|   | 4        | Revisa el expediente clínico, valora y remite los datos del caso en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06).   | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|   | 5        | Informa y solicita autorización con el formato (Consentimiento informado para estomatología), para realizar los procedimientos en la próxima consulta y procede a generar número de folio del Sistema de Administración Hospitalario (Medsys), según tratamiento indicado en el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) para el conocimiento del paciente. | Consentimiento informado para estomatología INER-EC/CI/DM/07, Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
|   | 6        | Procede a realizar las acciones de acuerdo al tratamiento médico quirúrgico instituido (específico radical, cirugía menor).   |  |
|   | 7        | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento.   |  |

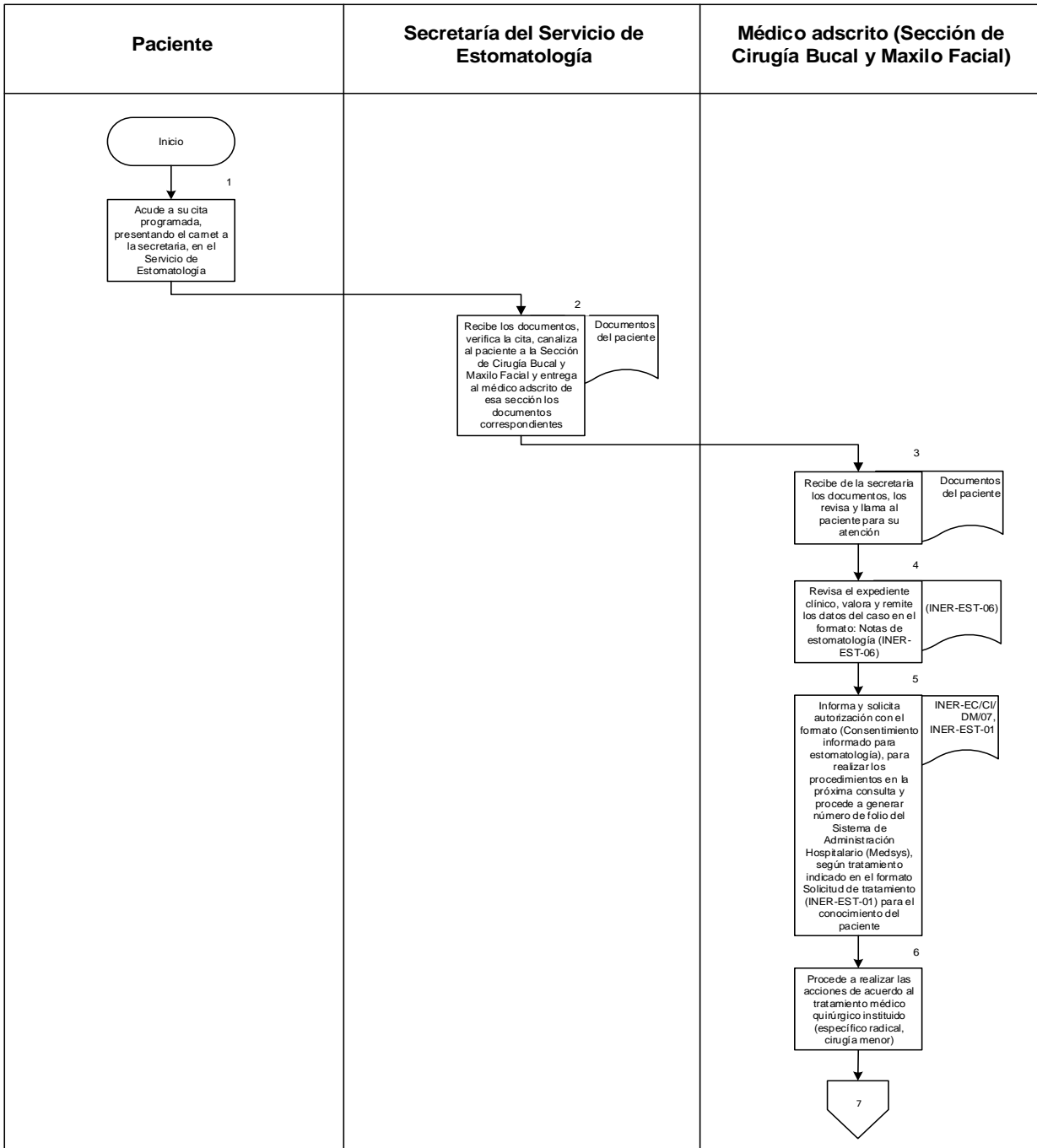
|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6.1 Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor) |


Hoja 130

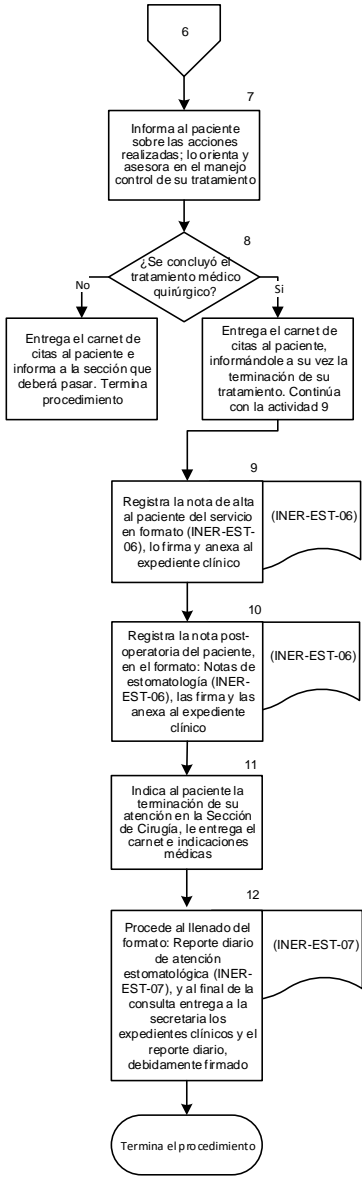
| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                                      |
|---|----------|--|---|
| Médico Adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 8        | <p>¿Se concluyó el tratamiento médico quirúrgico?</p> <p>Sí: Entrega el carnet de citas al paciente, informándole a su vez la terminación de su tratamiento. Continúa con la actividad 9.</p> <p>No: Entrega el carnet de citas al paciente e informa a la sección que deberá pasar. Termina el procedimiento.</p> |   |
|   | 9        | Registra la nota de alta al paciente del servicio en formato (INER-EST-06), lo firma y anexa al expediente clínico.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|   | 10       | Registra la nota post- operatoria del paciente, en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06), las firma y las anexa al expediente clínico.  | Notas de Estomatología (INER-EST-06)                    |
|   | 11       | Indica al paciente la terminación de su atención en la Sección de Cirugía, le entrega el carnet e indicaciones médicas.  |   |
|   | 12       | Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.  | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07) |
|   |          | <b>Termina el procedimiento</b>  |   |

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). | <b>Hoja 131</b>              |



## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). | <b>Hoja 132</b>              |

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial)   |
|----------|--|--|
|          |  |  <pre> graph TD     6{{6}} --&gt; 7[7<br/>Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo control de su tratamiento]     7 --&gt; 8{8<br/>¿Se concluyó el tratamiento médico quirúrgico?}     8 -- No --&gt; NoBox[Entrega el carnet de citas al paciente e informa a la sección que deberá pasar. Termina procedimiento]     8 -- Sí --&gt; SiBox[Entrega el carnet de citas al paciente, informándole a su vez la terminación de su tratamiento. Continúa con la actividad 9]     SiBox --&gt; 9[9<br/>Registra la nota de alta al paciente del servicio en formato (INER-EST-06), lo firma y anexa al expediente clínico]     9 --&gt; 10[10<br/>Registra la nota post-operatoria del paciente, en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06), las firma y las anexa al expediente clínico]     10 --&gt; 11[11<br/>Indica al paciente la terminación de su atención en la Sección de Cirugía, le entrega el carnet e indicaciones médicas]     11 --&gt; 12[12<br/>Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado]     12 --&gt; End([Termina el procedimiento])   </pre> |



|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). |   | <b>Hoja 133</b>              |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| <b>Documentos</b>   | <b>Código (cuando aplique)</b> |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                      |

## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>                                | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 Consentimiento informado para estomatología | No aplica                     | Expediente Clínico                | INER-EC/CI/DM/07                                 |
| 7.2 Solicitud de tratamiento                    | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-01                                      |
| 7.3 Notas de estomatología                      | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-06                                      |
| 7.4 Reporte diario de atención estomatológica   | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-07                                      |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



8.3 No aplica.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>                                       |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos de acuerdo con la operación actual. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.3 Consentimiento informado para estomatología INER-EC/CI/DM/07.
- 10.4 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.5 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.6 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | <b>6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor).</b> |   | <b>Hoja 134</b>              |

## 10.1 Formato 1

### Consentimiento informado para estomatología INER-EC/CI/DM/07

Tlalpa, Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

|                                     |                            |                         |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| <b>Nombre completo del paciente</b> | <b>Fecha de nacimiento</b> | <b>N. de expediente</b> |
| _____                               | Año Mes Día                | _____                   |



Yo como paciente \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_, ya que se me ha informado que es necesario para tratar mi padecimiento. Manifiesto que en mi calidad de representante legal del paciente, acepto voluntariamente y autorizo el tratamiento estomatológico: \_\_\_\_\_, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas a través del Cirujano Dentista: \_\_\_\_\_, me han informado lo siguiente:

**La Anestesia es el bloqueo de los impulsos nerviosos, de forma temporal, con el objeto de impedir la percepción de los estímulos dolorosos durante el tratamiento.**

**\*Este documento le explica las consecuencias, riesgos y prevenciones de las secciones del servicio de estomatología. Lea atentamente y marque la sección de acuerdo a su tratamiento.**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <p><b>INTEGRAL 1-8-10:</b> Sección que es un filtro para valorar al paciente en el Servicio de Estomatología por primera vez, con cita programada, en donde será examinado, evaluado y diagnosticado su estado bucal actual, proporcionándole información previa del plan de tratamiento a seguir. Así mismo lleva a cabo tratamiento conservador restaurativo y radiol.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entiendo que al usar anestésico local en mi tratamiento me puede traer complicaciones como:</li> <li>Reacción facial, Trismus, lipotimia, hipotensión en piel de la cara, vena trombo, lo cual generalmente es transitorio.</li> <li>Entiendo que, al ser alérgico al anestésico local, puede ocasionarme una reacción de anafilaxia, lo cual requeriré tratamiento médico inmediato, siendo la probabilidad muy baja de que esto suceda.</li> <li>Al eliminar el cálculo de mis dientes, puede ocasionar hipersensibilidad.</li> <li>Debido al estrés, el paciente puede moverse bruscamente durante el tratamiento, pudiendo ocasionarle alguna lesión en la lengua, mucosa y labios.</li> </ul> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comentar al médico de posibles alergias, enfermedades o padecimientos para llevar a cabo el tratamiento.</li> <li>Cumplir y seguir las indicaciones del médico, siendo así, no debe de existir ninguna consecuencia y riesgo.</li> <li>Debido a la sensación de adormecimiento en la zona de bloqueo debe tener la precaución de no morderte, no ingerir alimentos.</li> </ul> <p><b>* Se solicitará algunos estudios radiológicos como método de apoyo en su diagnóstico.</b></p> |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>ODONTOPEDIATRIA:</b> Sección que explora y trata a los niños, detectando oportunamente caries y anomalías en la posición de los maxilares o dientes para remitir al ortodontista y hacer un tratamiento restaurador en caso de ser necesario.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El infante debido a su comportamiento de ansiedad mediante movimientos excesivos (de la cabeza, brazos, piernas, llorar, gritar, jalar, patear) puede ocasionar lesiones bucales, al momento de no querer ser evaluado, examinado y diagnosticado.</li> <li>Al utilizar anestésico el niño puede tener sensación de adormecimiento por hora y media en el área que se bloqueó, pudiéndose ocasionar lesiones como mordeduras en los carrillos, lengua y labios.</li> <li>En niños con alteraciones del corazón (ICA, CIA, CIV) pueden sufrir infecciones en el sistema Cardiovascular, en caso de no ser eliminados los focos sépticos de origen dental.</li> </ul> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante el consentimiento del padre o tutor, el Cirujano Dentista puede usar una técnica de control del comportamiento para tranquilizar y proteger al paciente.</li> <li>De las indicaciones post-operatorias a los padres o tutores, para que el (a) niño (a) no ingiera alimentos y bebidas en una hora.</li> <li>Es de suma importancia que el padre o tutor lleve a cabo las indicaciones del médico, previas y posteriores para evitar posibles infecciones en el sistema Cardiovascular.</li> </ul>  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <p><b>ORTODONCIA Y ORTOPEDIA:</b> Sección que consigue una alineación correcta de los dientes y desarrollo del maxilar y mandíbula obteniendo una masticación correcta, evitando problemas odontológicos posteriores gracias a la colocación de aparatología fija y/o removible.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si no se controlan hábitos como morderte los uñas, meter objetos a la boca, masticar alimentos de consistencia dura o morder alimentos con los dientes de enfrente, pueden desprender algún elemento del aparato fijo.</li> <li>Los aparatos fijos pueden producir dolor leve, dificultad al hablar o deglutir, laceración e inflamación o disminución de la ericción, desclasificación del esmalte si no se tiene el aseo indicado; con el tiempo se pueden acortar las raíces, reabsorción del hueso circundante del diente y molestias en la articulación temporomandibular.</li> </ul> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistir a las citas, evitando todo aquello que pueda deteriorar o extrañar los aparatos.</li> <li>Ser cuidadoso, controlar hábitos y seguir las medidas higiénicas.</li> <li>Ser preciso que al finalizar el tratamiento y para mantener los resultados se coloco aparatos de retención.</li> </ul>  |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>ENDODONCIA (TRATAMIENTO DE CONDUCTOS):</b> Apertura de un diente, limpieza, desinfección y sellado del interior del mismo.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b> Factores predisponentes a fracturas del tratamiento del conducto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Debilitación que sufre un diente bajo tratamiento de conductos.</li> <li>Variaciones anatómicas.</li> <li>Infección en el hueso.</li> <li>Calcificación.</li> <li>Fractura de instrumentos.</li> <li>Paso de material más allá de la raíz.</li> <li>Perforaciones dentarias.</li> <li>Fracturas dentarias.</li> </ul> <p><b>*Pueden ser necesarios en ocasiones procedimientos de cirugía bucal (Aplicación) que significa un costo y riesgo anexo.</b></p> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistir a las citas a tiempo para evitar que los conductos se contaminen y estén expuestos a fracturas o infecciones.</li> <li>Evitar fuerzas desmedadas a la pieza en tratamiento (masticar chicles, chicles o alimentos pegajosos excesivamente duros o hábitos como comerse los uñas, morder lápices, fieltro, etc.).</li> <li>Seguir las indicaciones según diagnóstico y tratamiento para evitar reincidencias o llegar a la extracción del diente.</li> </ul>   |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>REHABILITACIÓN:</b> Sección que sustituye artificialmente uno o todos los dientes dentarios que por diversas circunstancias se perdieron o se atrofiaron, puede ser de un solo dígito dentario o todos, así como sus estructuras vecinas.</p> <p><b>R1 (PRÓTESIS FIJA):</b> Preparación una masticación casi natural y un habla adecuada, aunque no permite cerrar los espacios que pudieran haberse creado entre los dientes cuando han masticado los otros.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Impresión de los dientes artificiales son demarcados grandes o con diferencia en tamaño y forma con los naturales.</li> <li>La pronanciación de ciertos sonidos puede resultar un poco alterada.</li> <li>Es probable que se muevan las mejillas y la lengua.</li> <li>Si la prótesis se le ha cementado provisionalmente, puede desprenderse o puede notar ligeros molestias en los dientes que sirven de sujeción con bebidas o alimentos fríos, calientes y dulces.</li> <li>Cambios en la colocación de la prótesis fija.</li> <li>Inflamación pulpar de algún diente en coronado y cementado (ya terminado provisionalmente) y que requiera tratamiento endodóntico.</li> </ul> <p><b>PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Precaución cerrar la boca y masticar con cuidado para no morderte.</li> <li>Evitar comer alimentos duros como frutos secos con cáscara, huesos, etc.</li> <li>Si se cementa la prótesis provisional, es recomendable masticar del otro lado, hacer una dieta semi-líquida.</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>R2 (PRÓTESIS REMOVIBLE):</b> Con el tiempo, los dientes naturales remanentes en la boca se desplazan o cambian de posición sobre todo los que resultan receptivos por la prótesis y, además, el hueso sobre el que estos se apoyan también cambian de forma, con lo que dichos aparatos se desadaptan y pueden producir molestias e ulceraciones que requieren la adecuación y/o sustitución al cabo de un tiempo variable.</p> <p><b>CONSECUENCIAS Y RIESGOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los elementos metálicos y de plástico de los aparatos de prótesis removible pueden experimentar fracturas con el uso.</li> <li>Sensación errática de ocupación.</li> <li>Más producción de saliva de lo normal.</li> <li>Disminución del sentido del gusto.</li> <li>Es probable que se muevan fácilmente en las mejillas o lengua.</li> <li>Dificultades de pronunciación debido al espacio que ocupa la prótesis.</li> <li>A veces se puede oprimir o dolor en dientes y encías, todas molestias que suelen desaparecer en poco tiempo.</li> </ul>  |

|  |  |  |                             |
|--|--|--|-----------------------------|
| <br><b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>INER</b> | Rev. 2                      |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  | Código:<br><b>NCDPR 041</b> |
|  | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). |  | Hoja 135                    |

**10.1 Formato 1 (2da. parte)**

**Consentimiento informado para estomatología  
INER-EC/CI/DM/07**

**SALUD** SECRETARÍA DE SALUD

**INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES ESTOMATOLÓGICAS**  
MANUEL COSÍO VILLARREAL

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Capítulo IV, Art. 80, 81, 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2018, Del Expediente Clínico, numeradas 9 y 9.2 para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Médica.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTOMATOLOGÍA**

**INDICACION:**

- Los primeros días, procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no mordisquear y sobrecargar las encías.
- Inicialmente, mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos más consistentes.
- Para tratar las heridas de mordeduras puede utilizar cicatrizantes.

**SI (PROTESIS COMPLETA):** Al crecer de tejidos al hueso, estos aparatos experimentan una cierta movilidad al comer, sobre todo el inferior. Una liberación excesiva derivada de esta movilidad, es que en prótesis completa los dientes anteriores y superiores no siempre pueden mostrar sobre los arcos anteriores e inferiores, sino que los bordes cortados tienen que estar a la misma altura que la cara superior del resto de los dientes, por eso cuando existen dientes naturales anteriores e inferiores, los dientes de la prótesis superior suelen ser más cortos que los originales.

**CONSECUENCIAS Y RIESGOS:**

- Alteración natural de ocupación.
- Más producción de saliva de lo normal.
- Disminución del sentido del gusto.
- Es probable que se muerta fácilmente en las mejillas o lengua.
- Algunas molestias en las zonas donde apoyan las prótesis, sobre todo a la altura de las fosas.
- Probablemente se muevan mucho al comer, por lo que deberá masticar de los dos lados.

**PREVENCIÓN:**

- Los primeros días, procure cerrar la boca y masticar con cuidado para no mordisquear y sobrecargar las encías.
- Inicialmente, mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos más consistentes.
- Para tratar las heridas de mordeduras puede utilizar cicatrizantes.

Adecuada de las consecuencias y riesgos antes descritos, por las circunstancias especiales voy que aceptar las siguientes consecuencias y riesgos:

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Así también que si me han explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

SI AUTORIZO  NO AUTORIZO

**PACIENTE, FAMILIAR, RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL QUE FIRMA**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Identificación: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

*Firma y/o huella digital*

*En caso de cambio de opinión podrá ser revocado el consentimiento.*

No cirujano dentista he explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s)condición (es) que presenta en la actualidad. Además, le he informado con un lenguaje sencillo las precauciones especiales y los posibles consecuencias y riesgos que pudieran estar asociados a este procedimiento.

Departamento o servicio \_\_\_\_\_

|                                       |                    |                  |
|---------------------------------------|--------------------|------------------|
| Nombre completo del cirujano dentista | Cédula profesional | Firma del médico |
|---------------------------------------|--------------------|------------------|

LICENCIA SANITARIA No. 12-000-09-032-0002      Página 3 de 4      INER-EC/CI/DM-07 (06-2018)

**SALUD** SECRETARÍA DE SALUD

**INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES ESTOMATOLÓGICAS**  
MANUEL COSÍO VILLARREAL

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Capítulo IV, Art. 80, 81, 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2018, Del Expediente Clínico, numeradas 9 y 9.2 para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Médica.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTOMATOLOGÍA**

**TESTIGOS**

|                       |                   |                       |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| TESTIGO               | TESTIGO           | TESTIGO               |
| Nombre: _____         | Nombre: _____     | Nombre: _____         |
| Domicilio: _____      | Domicilio: _____  | Domicilio: _____      |
| Identificación: _____ | Parentesco: _____ | Identificación: _____ |
|                       |                   | Parentesco: _____     |

*Firma y/o huella digital*      *Firma y/o huella digital*

*En caso de que el paciente, persona responsable o tutor legal del mismo no sepa leer o escribir, deberán plasmar su huella digital.*

**PARA LA REVOCACIÓN**



No en mi carácter de paciente, familiar o responsable legal del paciente, **revoco el consentimiento autorizado previamente** en este formato y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación planeado.

Revoco \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ consentimiento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

|  |                                |                          |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| Nombre del paciente, familiar responsable o representante legal que revoca _____ | Firma y/o huella digital _____ | Fecha (dd/mm/aaaa) _____ |
|--|--------------------------------|--------------------------|

Este documento deberá ser elaborado en original, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras e integrado al expediente clínico del paciente. Cada vez que sea necesaria la autorización de algún procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación al paciente, deberá de elaborarse un Consentimiento informado.

LICENCIA SANITARIA No. 12-000-09-032-0002      Página 4 de 4      INER-EC/CI/DM-07 (06-2018)

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). |   | <b>Hoja 136</b>              |

10.2 Formato 2



**Solicitud de tratamiento  
INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**





|  |                        |  |                |  |
|--|------------------------|--|----------------|--|
| Fecha:   |                        |  |                |  |
| Nombre completo del paciente:  |                        |  |                | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)  |
| Genero   | No. Expediente clínico | Sección  | No. de factura | Costo  |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento (s) otorgado (s) así como el número realizado.   |                        |  |                |  |
| <b>SEL. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-A-II</b><br><input type="checkbox"/> ES02 Consulta<br><input type="checkbox"/> ES03 Frecuconsulta<br><input type="checkbox"/> ES04 Aplicación tópica flúor adulto<br><input type="checkbox"/> ES05 Perfilaje adulto maxilar-mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES06 Toma de rayos X Periapical<br><input type="checkbox"/> ES128 Toma de rayos X Oclusal<br><input type="checkbox"/> ES301 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u<br><br><b>100. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-A-II</b><br><input type="checkbox"/> ES07 Corsetaje maxilar o mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES08 Placa con amalgama c/u<br><input type="checkbox"/> ES09 Odontostomatía (exodoncia) adulto c/u<br><input type="checkbox"/> ES102 Obturación provisional simple<br><input type="checkbox"/> ES 125 Obturación con ionómero de vidrio<br><br><b>SEL. NIVEL DE ATENCIÓN ODONTOPEDIATRÍA</b><br><input type="checkbox"/> ES10 Perfilaje infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES11 Placa amalgama y/o resina c/u<br><input type="checkbox"/> ES12 Odontostomatía infantil (exodoncia) c/u<br><input type="checkbox"/> ES13 Pulpotomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES14 Pulpotomía infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES15 Colocación corona acero / cromo c/u<br><input type="checkbox"/> ES16 Selladores fosetas y fisuras c/u<br><input type="checkbox"/> ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u<br><input type="checkbox"/> ES103 Aplicación tópica flúor a infantes<br><input type="checkbox"/> ES104 Obturación provisional simple c/u<br><input type="checkbox"/> ES105 Toma de impresión c/u<br><br><b>ENDODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES20 Tratamiento conductos anteriores<br><input type="checkbox"/> ES21 Tratamiento conductos posteriores<br><input type="checkbox"/> ES106 Obturación temporal conductos |                        | <b>OROFARÍNGEA MENOR</b><br><input type="checkbox"/> ES23 Caninos ó terceros molares retenidos c/u<br><input type="checkbox"/> ES24 Odontotomías múltiples c/u alveoloplastias por cuadrantes<br><input type="checkbox"/> ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasias<br><input type="checkbox"/> ES26 Cirugía preprotésica por arcada<br><input type="checkbox"/> ES27 Tratamiento Distensión A.T.M.<br><input type="checkbox"/> ES28 Biopsia glándulas salivales menores<br><input type="checkbox"/> ES29 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante<br><input type="checkbox"/> ES30 Apicectomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> ES95 Colocación de implantes dentarios c/u<br><br><b>CIRUGÍA MAYOR MAXILOFACIAL</b><br><input type="checkbox"/> CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-maxilar)<br><input type="checkbox"/> CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula<br><input type="checkbox"/> CM 06 Extirpación glándula salival mayor<br><input type="checkbox"/> CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido<br><input type="checkbox"/> CM 08 Toma y colocación injerto maxilar<br><input type="checkbox"/> CM 09 Antrixtomía Caldwell-luc<br><input type="checkbox"/> CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial<br><br><b>REHABILITACIÓN I</b><br><input type="checkbox"/> ES 42 Colocación resina fotopolimerizable<br><br><b>APARATOLOGÍA</b><br><input type="checkbox"/> ES 117 Mantenedor de espacio fijo<br><input type="checkbox"/> ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes<br><input type="checkbox"/> ES 121 Mantenedor de espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 122 Elaboración aparatología removible.<br><input type="checkbox"/> ES 124 Elaboración aparatología fija. |                | <b>ORTODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 89 Recomendado brackets c/u<br><input type="checkbox"/> ES 90 Reposición aparatología fija<br><input type="checkbox"/> ES 97 Control aparatología ortodóncica<br><input type="checkbox"/> ES 98 Trazado cefalométrico<br><input type="checkbox"/> ES 110 Análisis y medición modelos de estudio<br><input type="checkbox"/> ES 111 Colocación separadores inter dentarios<br><input type="checkbox"/> ES 112 Prueba bandas y punteado tubos c/u<br><input type="checkbox"/> ES 113 Aparatología fija básica (brackets)<br><input type="checkbox"/> ES 114 Arcos conformados<br><input type="checkbox"/> ES 115 Ligaduras metálicas y/o elásticas<br><input type="checkbox"/> ES 116 Retiro de brackets<br><br><b>ORTOPEDIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 81 Colocación guarda oclusal<br><input type="checkbox"/> ES 82 Colocación mantenedor espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible<br><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAOS<br><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u<br><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible<br><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica |
| Nombre y firma de quien solicita   |                        |  |                |  |

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). |   | <b>Hoja 137</b>              |



10.3 Formato 3

**Notas de estomatología  
INER-EST-06**


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA Y ORtodONCIA



|                              |               |                                  |  |
|------------------------------|---------------|----------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente |               | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) |  |
| Sexo                         | Estado civil  | No. de expediente                |  |
| Dirección                    |               | Teléfono                         |  |
| Fecha y hora                 | Notas médicas |                                  |  |
|                              |               |                                  |  |

Formato INER-EST-06


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA Y ORtodONCIA

|              |               |
|--------------|---------------|
| Fecha y hora | Notas médicas |
|              |               |

Formato INER-EST-06

|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>INER</b> | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.1. Procedimiento para el tratamiento específico radical (Cirugía menor). |  | <b>Hoja 138</b>              |

**10.4 Formato 4**



**Reporte diario de atención estomatológica  
INER-EST-07**





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**



| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |                   | Procedencia |       | Edad              | Género | Diagnóstico CIE 10 |                | Actividades         |     | Tratamiento terminado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|-------------------|-------------|-------|-------------------|--------|--------------------|----------------|---------------------|-----|-----------------------|
|                                     |                     |              | Sra. Var | Sub.              | C.E.        | Hosp. |                   |        | General            | Estomatológica | Clave               | No. |                       |
| 1                                   |                     |              |          |                   |             |       |                   |        |                    |                |                     |     |                       |
| 2                                   |                     |              |          |                   |             |       |                   |        |                    |                |                     |     |                       |
| 3                                   |                     |              |          |                   |             |       |                   |        |                    |                |                     |     |                       |
| 4                                   |                     |              |          |                   |             |       |                   |        |                    |                |                     |     |                       |
| 5                                   |                     |              |          |                   |             |       |                   |        |                    |                |                     |     |                       |
| 6                                   |                     |              |          |                   |             |       |                   |        |                    |                |                     |     |                       |
| Nombre completo del médico tratante |                     | Firma        |          | Día<br>Mes<br>Año | Fecha       |       | Horas de consulta |        | No. de pacientes   | Actividades    | Área estomatológica |     |                       |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | <b>Hoja 139</b>              |

## 6.2 PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO RADICAL (CIRUGÍA MAYOR)

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | <b>Hoja 140</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Proporcionar atención estomatológica de 3er. Nivel (específico radical) a pacientes del Servicio de Consulta Externa, Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y de hospitalización con problema respiratorio que requieran del servicio; de acuerdo a la capacidad física y técnica (cirugía mayor).



## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.


## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.
- 3.3 Para este procedimiento es necesario que se pueda realizar cualquiera de los siguientes procedimientos tomando en cuenta las necesidades de cada paciente:



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | <b>Hoja 141</b>              |


- Biopsia excisional
- Reducción de prognatismo
- Avance mandibular
- Mentoplastia
- Segmentaria anterior, superior e inferior.
- Avance maxilar (Lefort I)
- Retrusión de maxilar
- Fisuras labiales
- Fisuras palatinas
- Anquilosis temporo-mandibular
- Colocación de distractores mandibulares, maxilares y alveolares
- Hemimandibulectomias
- Enucleación y curetaje de quistes y tumores
- Reconstrucción ósea, mandibular y maxilar
- Toma y aplicación de injerto de mentón, Cresta Iliaca y Calota
- Fracturas Maxilares, Mandibulares, Orbitarias, Nasaes, Lefort I II III
- Corticotomias óseas

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor) |

Hoja 142


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                     |
|---|----------|---|--|
| Paciente  | 1        | Acude a su cita programada, presentando la solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y el carnet con la secretaria, en el Servicio de Estomatología.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
| Secretaria (Recepción del Servicio de Estomatología)    | 2        | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Cirugía Bucal y Maxilo facial y entrega al médico adscrito de la sección los documentos.  |  |
| Médico Adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 3        | Recibe de la secretaria documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  |  |
|   | 4        | Revisa el expediente clínico, analiza el caso y registra los datos en las notas de estomatología (INER-EST-06).   | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|   | 5        | Procede a analizar las acciones de acuerdo al tratamiento médico quirúrgico instituido propuesto (Específico radical cirugía mayor).  |  |
|   | 6        | Informa al paciente sobre las acciones a realizar, lo orienta y asesora en el manejo médico-quirúrgico y solicita la autorización para realizar procedimientos en próxima consulta y procede a elaborar formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), para el conocimiento del paciente factura en el Sistema Hospitalario y entrega al paciente para que realice pago correspondiente. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor) |


Hoja 143

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                   |
|---|----------|--|--------------------------------------|
| Médico adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 7        | ¿El médico concluyó tratamiento instituido para el paciente?<br><br>Si. Entrega los documentos al paciente informándole a su vez de la terminación del tratamiento. Continúa actividad 8.<br>No. Entrega el carnet al paciente y le indica que registre su próxima consulta de control en la sección a la cual considere debe acudir. Continúa actividad 11. |                                      |
|   | 8        | Registra la nota de alta del paciente en la sección del formato (INER-EST-06) la firma y la anexa al expediente clínico.   | Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|   | 9        | Registra la nota post-operatoria del paciente y nota de evolución del paciente en el formato notas de estomatología (INER-EST-06) la firma y la anexa al expediente clínico.   | Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|   | 10       | Registra la nota de alta de la sección en el formato lo firma y anexa al expediente clínico.   |                                      |
|   | 11       | Indica al paciente los requisitos para su atención en su próxima consulta.   |                                      |
| Paciente  | 12       | Recibe la información e indicaciones médicas.  |                                      |
|   | 13       | Acude a registrar cita (según sección a la que se le haya canalizado) para continuar tratamiento subsecuente en 3er. nivel de atención.  |                                      |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor) |


Hoja 144

| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo   |
|--|----------|--|--|
| Médico adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial)        | 14       | Procede al llenado y firma de la hoja de reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio.       | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07)      |
| <b>ANEXO AL TRATAMIENTO ESPECÍFICO RADICAL (CIRUGÍA MAYOR)</b> |          |  |  |
| Médico adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial)        | 15       | Elabora la solicitud de programación y registro de cirugía (INER-EC-24), en original y copia y entrega al Departamento de Cirugía solicitando la fecha y hora de quirófano.              | Solicitud de programación y registro de cirugía (INER-EC-24) |
| Subdirección de Cirugía  | 16       | Recibe la hoja de solicitud, programación y registro de cirugía en original y copia, proporciona fecha y hora, sella hojas y entrega la copia a la Sección de Cirugía en quirófano.      |  |
| Médico Adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial)        | 17       | Recibe fecha y hora de cirugía y copia de solicitud de programación de cirugía y la anexa al expediente.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                       |
|  | 18       | Informa al paciente lo concerniente a su cirugía.  |  |
|  | 19       | Entrega al paciente el número de folio y el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y lo canaliza al Departamento de Trabajo Social para realizar los trámites correspondientes. |  |
|  | 20       | Recibe el carnet y acude al Departamento de Trabajo Social a realizar el trámite para hospitalización.   |  |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor) |



Hoja 145

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                   |
|---|----------|---|--------------------------------------|
| Médico Adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 21       | Realiza el trámite de hospitalización e informa al área de Cirugía sobre el ingreso de hospitalización del paciente.  |                                      |
|   | 22       | Recibe la información y lo registra en la libreta correspondiente de programación quirúrgica.   |                                      |
|   | 23       | Acude a la sala de operaciones con equipo, material e instrumental necesario y realiza el procedimiento quirúrgico, canalizándolo posteriormente al área de recuperación. |                                      |
|   | 24       | Elabora la nota de estomatología y plan terapéutico en el formato INER-EST-06.  | Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|   | 25       | Dependiendo de las condiciones del paciente se establece guardia continua o esporádica por parte del Servicio de Estomatología (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial).   |                                      |
|   | 26       | Entrega el expediente clínico del paciente a la enfermera jefe de piso y gira instrucciones a seguir marcadas en el expediente.   |                                      |
|   | 27       | Recibe las instrucciones y expediente del paciente, verifica que en este último se encuentre la nota médica y plan terapéutico establecido.                               |                                      |
|   | 28       | Valora al paciente, realiza nota clínica postoperatoria en el formato INER-EST-06.  | Notas de estomatología (INER-EST-06) |

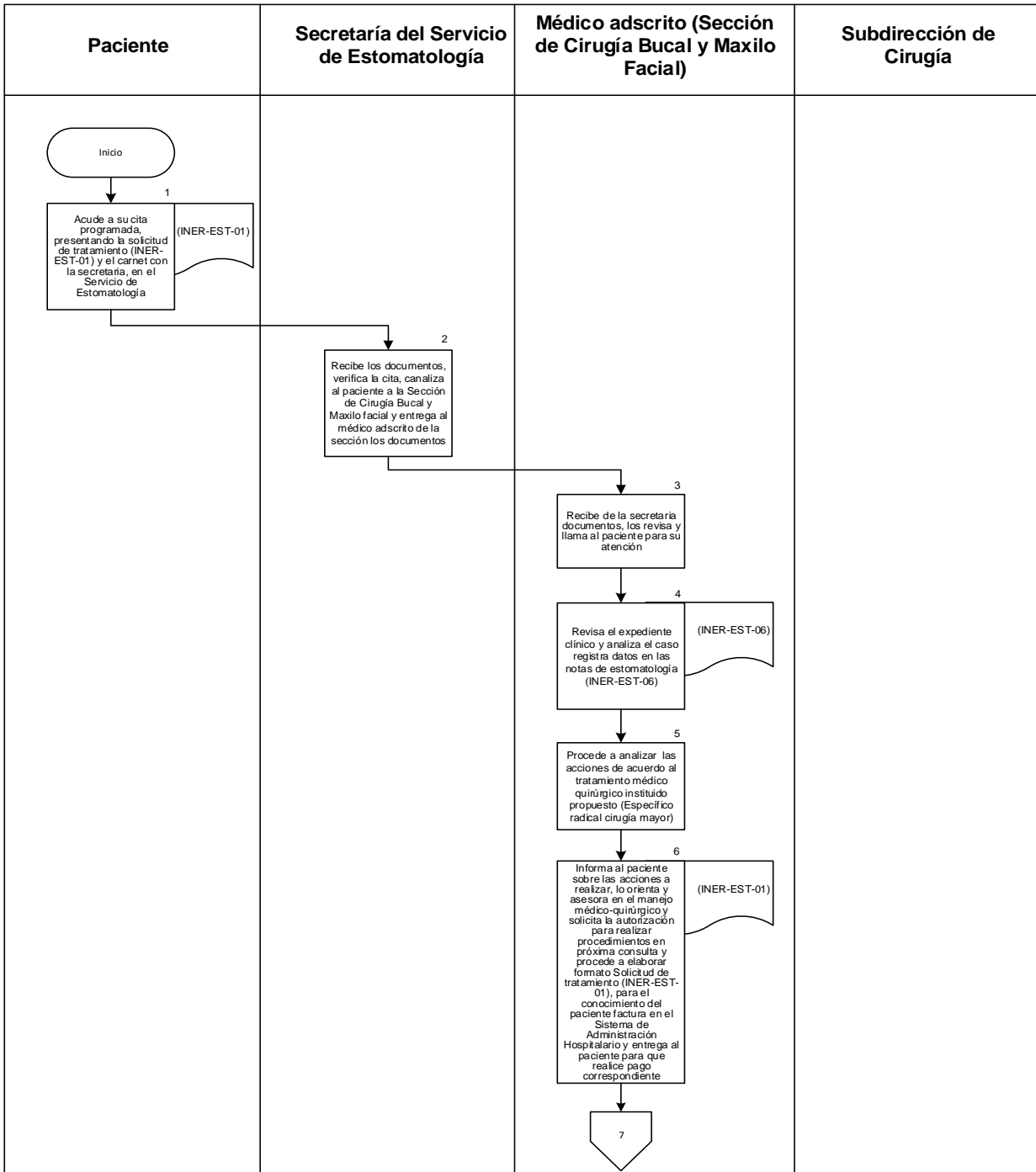
|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor) |

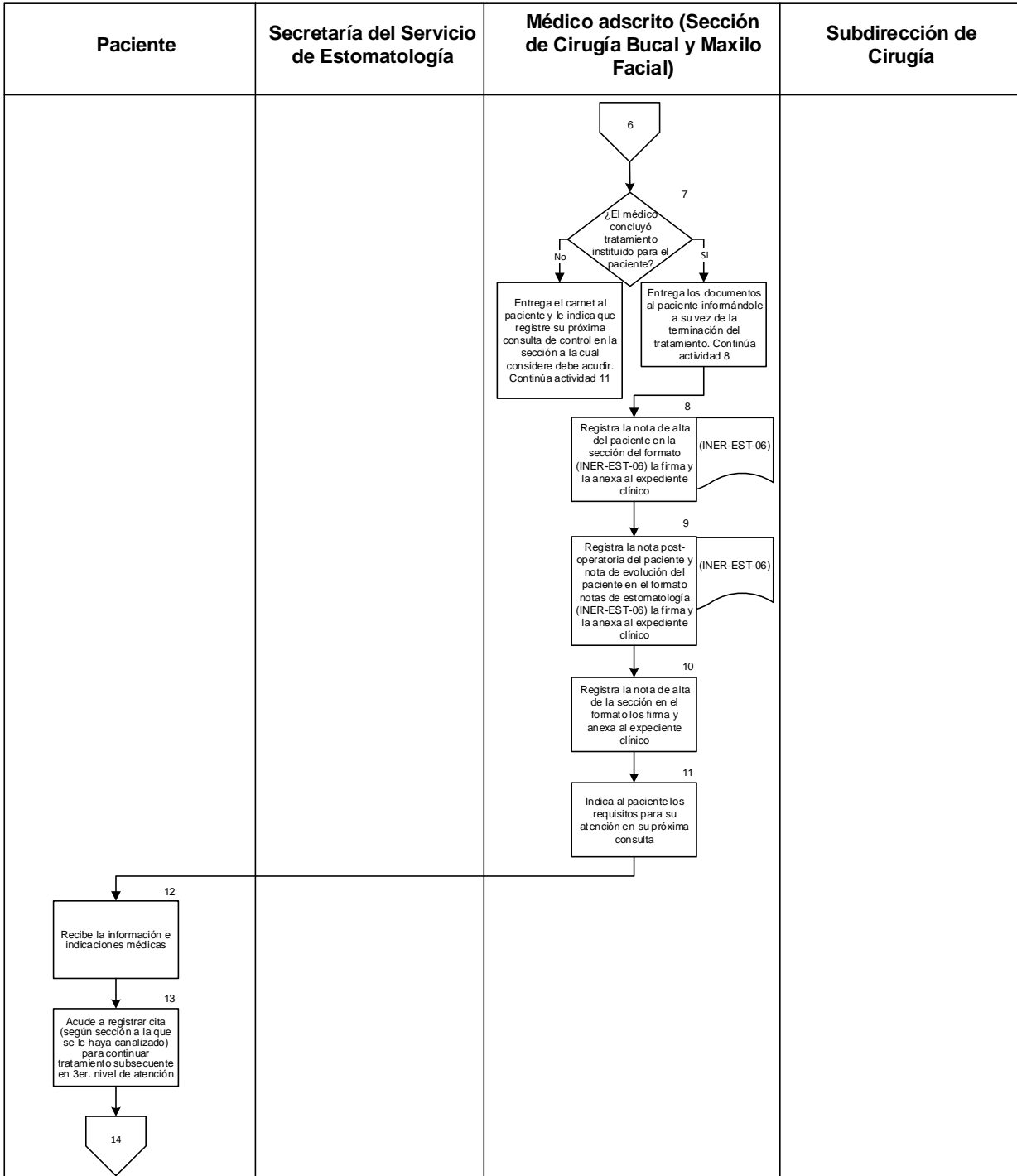
Hoja 146

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo  |
|---|----------|--|---|
| Médico Adscrito (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | 29       | <p>¿El paciente está estable?</p> <p>No. Instruye nuevo plan terapéutico. Termina procedimiento.</p> <p>Si. Elabora el formato: Egreso hospitalario INER-EC/DM-19, Notas de estomatología INER-EST-06, proporciona instrucciones al paciente en recetario; anexando documentos al expediente clínico. Continúa actividad 30.</p> | Egreso hospitalario INER-EC/DM-19<br>Notas de estomatología INER-EST-06 |
|   | 30       | Realiza cargos de la cirugía en el Sistema de Administración Hospitalario en el rubro captura de cargos a cuenta del paciente.   |   |
|   | 31       | Da indicaciones verbalmente al paciente y gira instrucciones al personal de enfermería para el egreso del paciente del instituto.  |   |
| Paciente  | 32       | Recibe información y comunica al Departamento de Trabajo Social del egreso del paciente para realizar su trámite.  |   |
|   | 33       | <p>Realiza el trámite de egreso del paciente e informa al paciente sobre su próxima cita, entregándole el carnet.</p> <p style="text-align: center;"><b>Termina procedimiento</b></p>  |   |

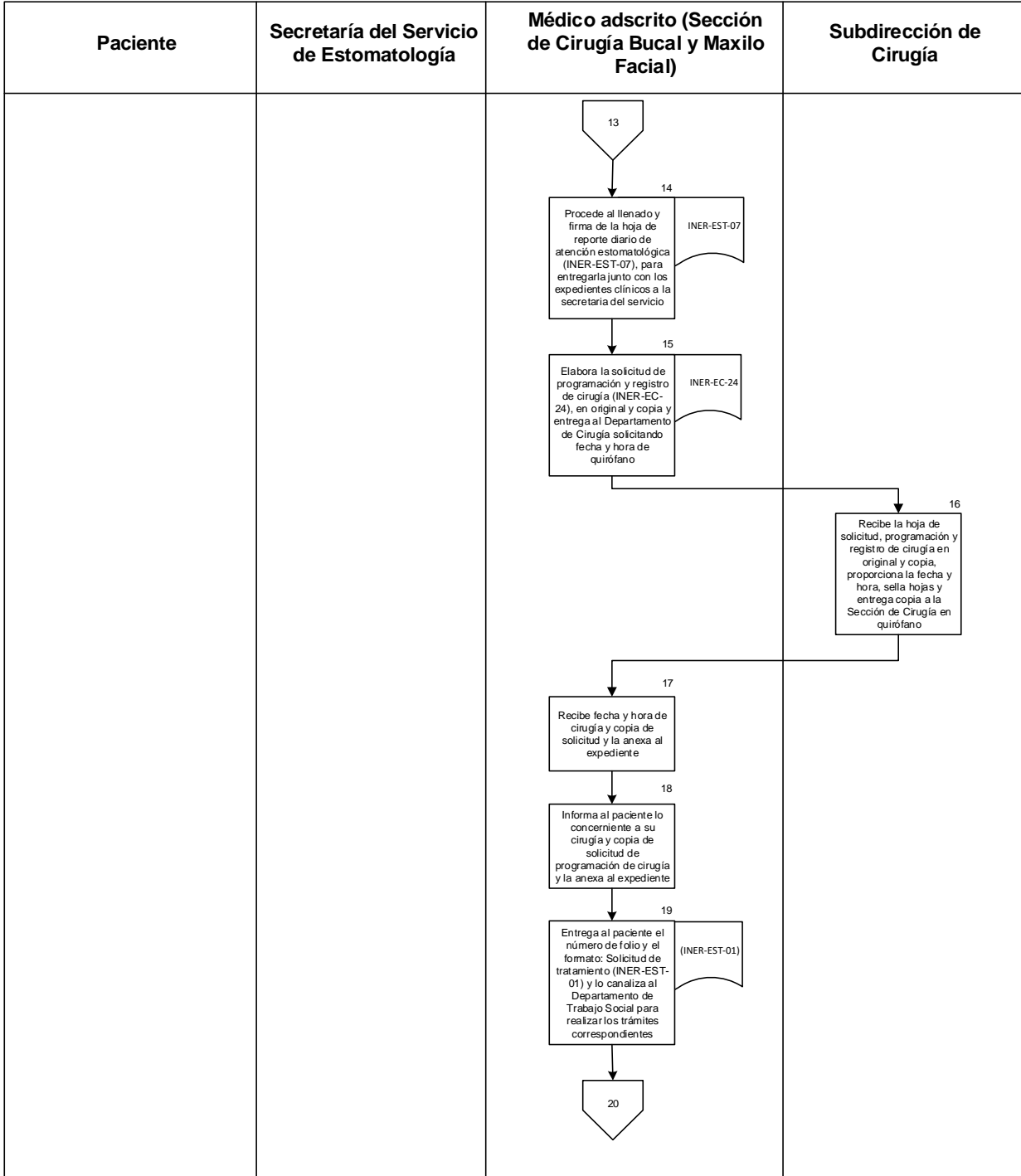
|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | <b>Hoja 147</b>              |

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO











**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

**6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor).**

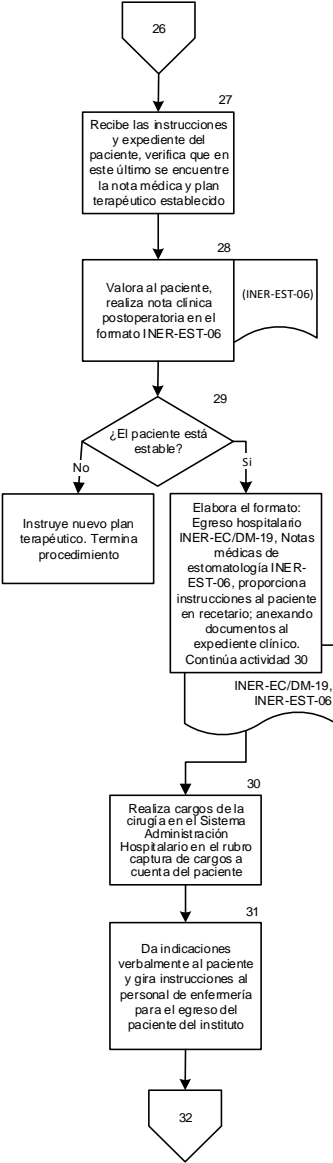


**Rev. 2**

**Código:  
NCDPR 041**

**Hoja 150**

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial)   | Subdirección de Cirugía |
|----------|--|--|-------------------------|
|          |  | <pre> graph TD     19[19] --&gt; 20[20]     20[20] --&gt; 21[21]     21[21] --&gt; 22[22]     22[22] --&gt; 23[23]     23[23] --&gt; 24[24]     24[24] --&gt; 25[25]     25[25] --&gt; 26[26]     26[26] --&gt; 27[27]             </pre> <p>The flowchart details the following steps:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19: Start of the procedure.</li> <li>20: Recibe el carnet y acude al Departamento de Trabajo Social a realizar el trámite para hospitalización.</li> <li>21: Realiza el trámite de hospitalización e informa al área de Cirugía sobre el ingreso de hospitalización del paciente.</li> <li>22: Recibe la información y lo registra en la libreta correspondiente de programación quirúrgica.</li> <li>23: Acude a la sala de operaciones con equipo, material e instrumental necesario y realiza el procedimiento quirúrgico, canalizándolo posteriormente al área de recuperación.</li> <li>24: Elabora la nota de estomatología y plan terapéutico en el formato INER-EST-06.</li> <li>25: Dependiendo de las condiciones del paciente se establece guardia continua o esporádica por parte del Servicio de Estomatología (Sección Cirugía Bucal y Maxilo Facial).</li> <li>26: Entrega el expediente clínico del paciente a la enfermera jefe de piso y gira instrucciones a seguir marcadas en el expediente.</li> <li>27: End of the procedure.</li> </ol> |                         |

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial)  | Subdirección de Cirugía |
|----------|--|---|-------------------------|
|          |  |  <pre> graph TD     26{{26}} --&gt; 27[27<br/>Recibe las instrucciones y expediente del paciente, verifica que en este último se encuentre la nota médica y plan terapéutico establecido]     27 --&gt; 28[28<br/>Valora al paciente, realiza nota clínica postoperatoria en el formato INER-EST-06]     28 --&gt; 29{29<br/>¿El paciente está estable?}     29 -- No --&gt; NoBox[Instruye nuevo plan terapéutico. Termina procedimiento]     29 -- Si --&gt; 30a[30<br/>Elabora el formato: Egreso hospitalario INER-EC/DM-19, Notas médicas de estomatología INER-EST-06, proporciona instrucciones al paciente en recetaario; anexando documentos al expediente clínico. Continúa actividad 30]     30a --&gt; 30b[30<br/>Realiza cargos de la cirugía en el Sistema Administración Hospitalario en el rubro captura de cargos a cuenta del paciente]     30b --&gt; 31[31<br/>Da indicaciones verbalmente al paciente y gira instrucciones al personal de enfermería para el egreso del paciente del instituto]     31 --&gt; 32{{32}}     </pre> |                         |



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor).





Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 152

| Paciente   | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Cirugía Bucal y Maxilo Facial) | Subdirección de Cirugía |
|--|--|--|-------------------------|
| <pre>graph TD; 31[31] --&gt; 32[Recibe información y comunica al Departamento de Trabajo Social del egreso del paciente para realizar su trámite]; 32 --&gt; 33[Realiza el trámite de egreso del paciente e informa al paciente sobre su próxima cita y entregando carnet]; 33 --&gt; End([Termina el procedimiento]);</pre> |  |  |                         |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | <b>Hoja 153</b>              |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| <b>Documentos</b>   | <b>Código (cuando aplique)</b> |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                      |



## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>                                    | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 Solicitud de tratamiento                        | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-01                                      |
| 7.2 Notas de Estomatología                          | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-06                                      |
| 7.3 Reporte diario de atención Estomatológica       | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-07                                      |
| 7.4 Solicitud de programación y registro de cirugía | No aplica                     | Expediente Clínico                | INER-EC-24                                       |
| 7.5 Egreso hospitalario                             | No aplica                     | Expediente Clínico                | INER-EC/DM-19                                    |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.

8.2 **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | <b>Hoja 154</b>              |

Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.



**8.3 Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>   |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos en cumplimiento con la acción de mejora comprometida dentro del Programa de Trabajo de Control Interno y Programa de trabajo para mejora y simplificación de procesos esenciales. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.2 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.3 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.
- 10.4 Solicitud de programación y registro de cirugía INER-EC-24.
- 10.5 Egreso hospitalario INER-EC/DM-19.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | <b>Hoja 155</b>              |

10.1 Formato 1



**Solicitud de tratamiento  
INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**







|  |   |   |                |                                   |
|--|---|---|----------------|-----------------------------------|
| Fecha:   |   |   |                |                                   |
| Nombre completo del paciente:  |   |   |                | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |
| Genero   | No. Expediente clínico  | Sección   | No. de factura | Costo                             |
| <b>Marque en el recuadro la consulta o procedimiento [x] otorgado [x] así como el número realizado.</b>  |   |   |                |                                   |
| <p><b>III. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-0-81</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES02 Consulta</p> <p><input type="checkbox"/> ES03 Preconsulta</p> <p><input type="checkbox"/> ES04 Aplicación tópica flúor adulto</p> <p><input type="checkbox"/> ES05 Perfilado adulto maxilar-mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES06 Toma de rayos X Periapical</p> <p><input type="checkbox"/> ES128 Toma de rayos X Oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> ES101 Selladores fosetas y flúoros adulto c/u</p> <p><b>IV. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-0-81</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES07 Caretaje maxilar o mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES08 Placa con amalgama c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES09 Odontostomatía (exodoncia) adulto c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES102 Obturación provisional simple</p> <p><input type="checkbox"/> ES 125 Obturación con laminero de vidrio</p> <p><b>V. NIVEL DE ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES10 Perfilado infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES11 Placa amalgama y/o resina c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES12 Odontostomatía infantil (exodoncia) c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES13 Polipotomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES14 Polipotomía infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES15 Colocación corona acero / ceram c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES16 Selladores fosetas y flúoros c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES103 Aplicación tópica flúor a Infantes</p> <p><input type="checkbox"/> ES104 Obturación provisional simple c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES105 Toma de Impresión c/u</p> <p><b>VI. ENDODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES20 Tratamiento conductos anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ES21 Tratamiento conductos posteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ES106 Obturación temporal conductos</p> | <p><b>CIRUJÍA MENOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES23 Caninos é terceros molares retenidos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES24 Odontectomías múltiples c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES25 Alveoplastias por cuadrantes</p> <p><input type="checkbox"/> ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasias</p> <p><input type="checkbox"/> ES26 Cirugía preprotésica por arcada</p> <p><input type="checkbox"/> ES27 Tratamiento Otitis crónica A.T.M.</p> <p><input type="checkbox"/> ES28 Biopsia glándulas salivales menores</p> <p><input type="checkbox"/> ES29 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante</p> <p><input type="checkbox"/> ES30 Apicectomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> ES35 Colocación de Implantes dentarios c/u</p> <p><b>CIRUJÍA MAYOR MAXILOFACIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-menton)</p> <p><input type="checkbox"/> CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> CM 05 Fracturación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula</p> <p><input type="checkbox"/> CM 06 Extirpación glándula salival mayor</p> <p><input type="checkbox"/> CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido</p> <p><input type="checkbox"/> CM 08 Toma y colocación injerto mentón</p> <p><input type="checkbox"/> CM 09 Astrotomía Caldwell-Luc</p> <p><input type="checkbox"/> CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> CM 12 Reducción fracturas de hueso facial</p> <p><b>REHABILITACIÓN I</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 42 Colocación resina fotopolimerizable</p> <p><b>APARATOLOGÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 117 Mantenedor de espacio fijo</p> <p><input type="checkbox"/> ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes</p> <p><input type="checkbox"/> ES 121 Mantenedor de espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 122 Elaboración aparatología removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 124 Elaboración aparatología fija.</p> | <p><b>ORTODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 85 Tratamiento ortodéncico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ES 89 Recementado brackets c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 90 Reposición aparatología fija</p> <p><input type="checkbox"/> ES 97 Control aparatología ortodéncica</p> <p><input type="checkbox"/> ES 98 Trazo cefalométrico</p> <p><input type="checkbox"/> ES 130 Análisis y medición modelos de estudio</p> <p><input type="checkbox"/> ES 111 Colocación separadores inter dentarios</p> <p><input type="checkbox"/> ES 112 Prueba bandas y punteado tubos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 113 Aparatología fija básica (brackets)</p> <p><input type="checkbox"/> ES 114 Arcos conformados</p> <p><input type="checkbox"/> ES 115 Ligaduras metálicas y/o elásticas</p> <p><input type="checkbox"/> ES 116 Retiro de brackets</p> <p><b>ORTOPEDIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ES 81 Colocación guarda oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> ES 82 Colocación mantenedor espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAOS</p> <p><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica</p> |                |                                   |
| Nombre y firma de quien solicita   |   |   |                |                                   |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | <b>Hoja 156</b>              |

10.2 Formato 2

**Notas de estomatología  
INER-EST-06**

|   |               |   |  |
|---|---------------|---|--|
|  |               |  |  |
| <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |               | <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  |
| Nombre completo del paciente  |               | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)   |  |
| Sexo  | Estado civil  | No. de expediente   |  |
| Cursó: No   |               | Tubérculo   |  |
| Fecha y hora  | Notas médicas |   |  |
|   |               |   |  |

|  |               |   |  |
|--|---------------|---|--|
|  |               |  |  |
| <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |               | <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |  |
| Fecha y hora   | Notas médicas |   |  |
|  |               |   |  |



|  |   |  |                              |
|--|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |  | <b>Hoja 157</b>              |

10.3 Formato 3

**Reporte diario de atención estomatológica  
INER-EST-07**





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**



INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES Y REPOSICIÓN DE LA SALUD BUCALE  
INER  
INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES Y REPOSICIÓN DE LA SALUD BUCALE  
SECRETARÍA DE SALUD




| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |       |      | Procedencia |                   | Edad | Género           | Diagnóstico CIE 10 |                     | Actividades |     | Tratamiento<br>Terminado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|-------|------|-------------|-------------------|------|------------------|--------------------|---------------------|-------------|-----|--------------------------|
|                                     |                     |              | Ata.     | Visi. | Sub. | C.A.        | Hosp.             |      |                  | General            | Estomatológica      | Clave       | No. |                          |
| 1                                   |                     |              |          |       |      |             |                   |      |                  |                    |                     |             |     |                          |
| 2                                   |                     |              |          |       |      |             |                   |      |                  |                    |                     |             |     |                          |
| 3                                   |                     |              |          |       |      |             |                   |      |                  |                    |                     |             |     |                          |
| 4                                   |                     |              |          |       |      |             |                   |      |                  |                    |                     |             |     |                          |
| 5                                   |                     |              |          |       |      |             |                   |      |                  |                    |                     |             |     |                          |
| 6                                   |                     |              |          |       |      |             |                   |      |                  |                    |                     |             |     |                          |
| Nombre completo del médico tratante |                     |              | Paciente |       |      | Fecha       | Horas de consulta |      | No. de pacientes | Actividades        | Área estomatológica |             |     |                          |

ISSA 2017 (20 años)



|   |   |   |                      |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  |  | Rev. 2               |
|   | SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | Hoja 158             |

10.4 Formato 4

Solicitud de programación y registro de cirugía  
INER-EC-24



|   |   |  |
|---|---|--|
|    |    | <b>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS</b><br>DIRECCIÓN MÉDICA<br>SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA |
| <b>SOLICITUD DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO DE CIRUGÍA</b>  |   |  |
|    | Fecha de nacimiento: ____/____/____ Servicio clínico: _____<br><small>año / mes / día</small>                             |  |
|   | Edad: ____ Sexo: _____ Cama: _____<br>Fecha de solicitud: _____   |  |
|   | Fecha de programación: Día: ____ Hora: ____ Sala: ____<br>Médico tratante: _____<br>Convenio _____ No. De Protocolo _____ |  |
| <small>AUTORIZO A LOS MÉDICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS A EFECTUAR LA (S) OPERACIÓN (S), QUE SEAN NECESARIAS PARA EL ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTE(S), NO OSEANDO LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y ANESTÉSICAS A QUE QUEDO SUJETO (ART. 80,81 Y 82, DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA). SE ME EXPLICARON LOS RIESGOS, LOS ENTENDÍ, ACEPTO Y ESTOY CONFORME.</small> |   |  |
| _____<br><small> FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE</small>  |   |  |
| _____<br><small> FIRMA Y NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE</small>  |   |  |
| Diagnóstico preoperatorio: _____<br>Operación proyectada: _____ Clave: _____<br>Equipo especial solicitado: _____<br>Cirugía electiva ( )                      Cirugía urgencias ( )<br>Cirujano: _____ 1er. Ayudante: _____<br>2º Ayudante: _____ 3er. Ayudante: _____<br>Sangre: Tipo ____ Rh ____ Disponible en Quirófano ____ Mili. Reserva ____ Mili.<br>Anestesia sugerida: Local ( )                      Regional ( )                      General ( )  |   |  |
| <b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b>  |   |  |
| Hemoglobina: ____ Hematocrito: ____ TP: ____ TPF: ____ Plaquetas: ____ Glucosa: ____ Urea: ____ Creatinina: ____<br>Bazo: ____ V.L.H. ____ Riesgo quirúrgico: ____<br>Diagnóstico postoperatorio: _____<br>Operación realizada: _____<br>Biopsia transoperatoria: _____<br>Píezas Quirúrgicas A: Bacteriológico: ____ Patológico: ____ Investigación: ____<br>Anestesiólogo: ____ Instrumentista: ____ Circulante: ____<br>Equipo Extra Utilizado: _____ Cuenta de gasas por: _____                               |   |  |

|   |   |
|---|---|
| Fecha y hora en que fue realizada la cirugía                |   |
| Fecha: _____  | Hora: _____   |
| Descripción de la técnica: _____<br>_____<br>_____<br>_____ |   |
| Hallazgos operatorios: _____<br>_____<br>_____<br>_____     |   |
| Complicaciones transoperatorias: _____<br>_____<br>_____    |   |
| Observaciones: _____<br>_____<br>_____                      |   |
| Diagnóstico postoperatorio: _____<br>_____<br>_____         |   |
| _____<br><small>Nombre de quien elaboró la nota</small>     | _____<br><small>Nombre y firma del cirujano</small> |



|   |   |   |                      |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  |  | Rev. 2               |
|   | SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 6.2 Procedimiento para el tratamiento específico radical (cirugía mayor). |   | Hoja 159             |

10.5 Formato 5  
Egreso hospitalario  
INER-EC/DM-19

|   |                                    |   |   |  |                               |
|---|------------------------------------|---|---|--|-------------------------------|
| FECHA DE ELABORACIÓN  |                                    | SERVICIO QUE ELABORA                          |   | NÚMERO DE EXPEDIENTE                     |                               |
| NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE  |                                    |   | FECHA DE NACIMIENTO (dd/MM/aaaa)                    |  | EDAD                          |
| GÉNERO  | PESO                               | TALLA   | RELIGIÓN  |  |                               |
| SERVICIO CLÍNICO  | CAMA                               | FECHA DE INGRESO                              | FECHA DE EGRESO                                     |  |                               |
| <b>MOTIVO DE ALTA</b>   |                                    |   |   |  |                               |
| CURACIÓN <input type="checkbox"/>   | MEJORA <input type="checkbox"/>    | TRASLADO <input type="checkbox"/>             | DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>                  | ALTA VOLUNTARIA <input type="checkbox"/> | FUGA <input type="checkbox"/> |
| CASO MÉDICO LEGAL <input type="checkbox"/>  | NECROPSIA <input type="checkbox"/> | CONTROL POR: C. EXT. <input type="checkbox"/> |   | ALTA DEL INER <input type="checkbox"/>   |                               |
| <b>RESUMEN:</b> a) Cuadro clínico de Ingreso, evolución hospitalaria, estado al momento del alta, b) Exámenes de laboratorio y gabinete, c) Procedimientos invasivos, d) Tratamiento instituido (medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención). |                                    |   |   |  |                               |
| <b>DIAGNOSTICO DE EGRESO:</b>   |                                    |   |   |  |                               |
| <b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A SEGUIR</b> (Conciliado con la lista de la medicación crónica generada al ingreso y la última hoja de indicaciones médicas)   |                                    |   |   |  |                               |
| Medicamento (nombre genérico)   | Dosis                              | Vía   | Frecuencia  | Duración                                 |                               |
|   |                                    |   |   |  |                               |
|   |                                    |   |   |  |                               |
|   |                                    |   |   |  |                               |
| <b>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA</b>   |                                    |   |   |  |                               |
|   |                                    |   |   |  |                               |
| ESTUDIOS SOLICITADOS  |                                    |   | PRÓXIMAS CITAS                                      |  |                               |
|   |                                    |   |   |  |                               |
|   |                                    |   |   |  |                               |
| <b>NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ</b>  |                                    |   | <b>NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE REVISÓ</b> |  |                               |

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código: NCDPR<br/>041</b> |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 160</b>              |

**7. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE REHABILITACIÓN I 3ER. NIVEL (ESPECÍFICO RESTAURATIVO).**

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código: NCDPR<br/>041</b> |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 161</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Proporcionar atención estomatológica de 3er. Nivel (Específico Restaurativo) a pacientes del Servicio de Consulta Externa y Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y hospitalización con problema respiratorio que requieran del servicio; de acuerdo a la capacidad física y técnica.

## 2.0 ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código: NCDPR<br/>041</b> |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 162</b>              |

- 3.1 Todo paciente atendido en un 3er. nivel (Rehabilitación I, resinas foto polimerizables) requiere para instituir tratamiento mostrar constancia de pago, para el tratamiento establecido, en formato: Solicitud de tratamiento, INER-EST-01.
- 3.2 Todo paciente que requiere de un 3er. nivel de atención (Rehabilitación I, resinas foto polimerizables) en órganos dentarios posteriores, debe haber concluido previamente el 2do. nivel de atención para poder iniciar su tratamiento.
- 3.3 Al concluir su consulta el médico adscrito debe entregar a la secretaria del servicio los expedientes clínicos y el reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).
- 3.4 La secretaria del servicio es responsable de gestionar el préstamo de expedientes clínicos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.5 Las acciones de rutina a realizar en el actual procedimiento son:
- Toma de radiografías (si se requieren)
  - Revisión técnica de cepillado
- 3.6 Para el tratamiento específico restaurativo se debe realizar:
- Preparación de cavidad del órgano dentario.
  - Grabado de esmalte.
  - Adhesivo dentario
  - Reconstruir corona.
  - Reconstruir con pins
  - Reconstruir con cementos
  - Reconstruir con R.F.P
  - Restauraciones dentarías
  - Obturación con R.F.P
  - Incrustación
  - Coronas
  - Onlays
  - Carillas

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo) |

Hoja 163

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                     |
|---|----------|--|--|
| <b>Valoración de paciente y elaboración del Formato de Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)</b> |          |  |  |
| Paciente  | 1        | Acude a su cita programada, presentando el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), y el carnet a la secretaria, en el Servicio de Estomatología.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
| Secretaria del Servicio de Estomatología  | 2        | Recibe el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), confronta la cita, canaliza al paciente a la Sección de Rehabilitación I (R.P.F.) y entrega al médico adscrito de ésta sección carnet del paciente. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
| Médico adscrito (Sección Rehabilitación I)  | 3        | Recibe el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y carnet de la secretaria y llama al paciente para su atención. (Contando con el expediente clínico, previamente recibido).                          | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
|   | 4        | Estudia el expediente clínico, (previamente recibido) interroga al paciente y registra resumen de diagnóstico general en el formato.   |  |
|   | 5        | Interroga, inspecciona y explica al paciente anotando padecimiento actual en el formato (INER-EST-06).   | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|   | 6        | Revalora al paciente, y establece diagnóstico estomatológico integral específico registrándolo en el formato (INER-EST-06).  | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**PROCEDIMIENTO**


**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo)

Hoja 164

| <b>Responsable</b>                         | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>   | <b>Documentos o anexo</b>  |
|--|-----------------|---|--|
| Médico adscrito (Sección rehabilitación I) | 7               | De acuerdo a las acciones precedentes, instituye el plan de tratamiento específico a seguir en el 3er. nivel de atención.   |  |
|  | 8               | Informa al paciente su estado de salud bucal, así como las acciones a realizarse lo concerniente a su tratamiento en el 3er. nivel de atención.   |  |
|  | 9               | Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel) en el formato (INER-EST-06); asimismo registra esta información en el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01).                  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)<br>Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|  | 10              | Entrega al paciente el formato (INER-EST-01), dando indicaciones y le proporcionándole el numero de folio para el pago correspondiente, siempre y cuando el paciente lo acepte y decida continuar con el tratamiento se le otorga nueva cita. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)   |
|  | 11              | Indica al paciente los requisitos para su atención en próxima cita. (Presentación de carnet).   |  |
|  | 12              | Registra las notas de estomatología (INER-EST-06) y firma, anexándolas al expediente clínico del paciente.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|  | 13              | Procede al llenado y firma la hoja de reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio.   | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07)                        |



|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo) |

Hoja 165

| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                                      |
|--|----------|--|---|
| Médico adscrito (Sección rehabilitación I)           | 14       | Continúa el tratamiento específico, designado y aceptado mediante la firma del paciente.   |   |
| <b>Tratamiento específico</b>                        |          |  |   |
| Paciente   | 15       | Acude a su cita programada, presentando a la secretaria el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando este aplique y el carnet de citas.       | INER-EST-01   |
| Secretaria (Recepción del Servicio de Estomatología) | 16       | Recibe los documentos, verifica la cita y canaliza al paciente a la sección de Rehabilitación I.   |   |
| Médico adscrito (Sección rehabilitación I)           | 17       | Recibe de la secretaria los documentos los revisa y llama al paciente para su atención.  | INER-EST-01<br><br>Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|  | 18       | Solicita al paciente el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) previamente pagado y el carnet para inicio de tratamiento.   |   |
|  | 19       | Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a las Notas de estomatología (INER-EST-06) y procede a realizar las acciones de acuerdo al tratamiento instituido. |   |
|  | 20       | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y cuidado de su tratamiento.  |   |



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


**PROCEDIMIENTO**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

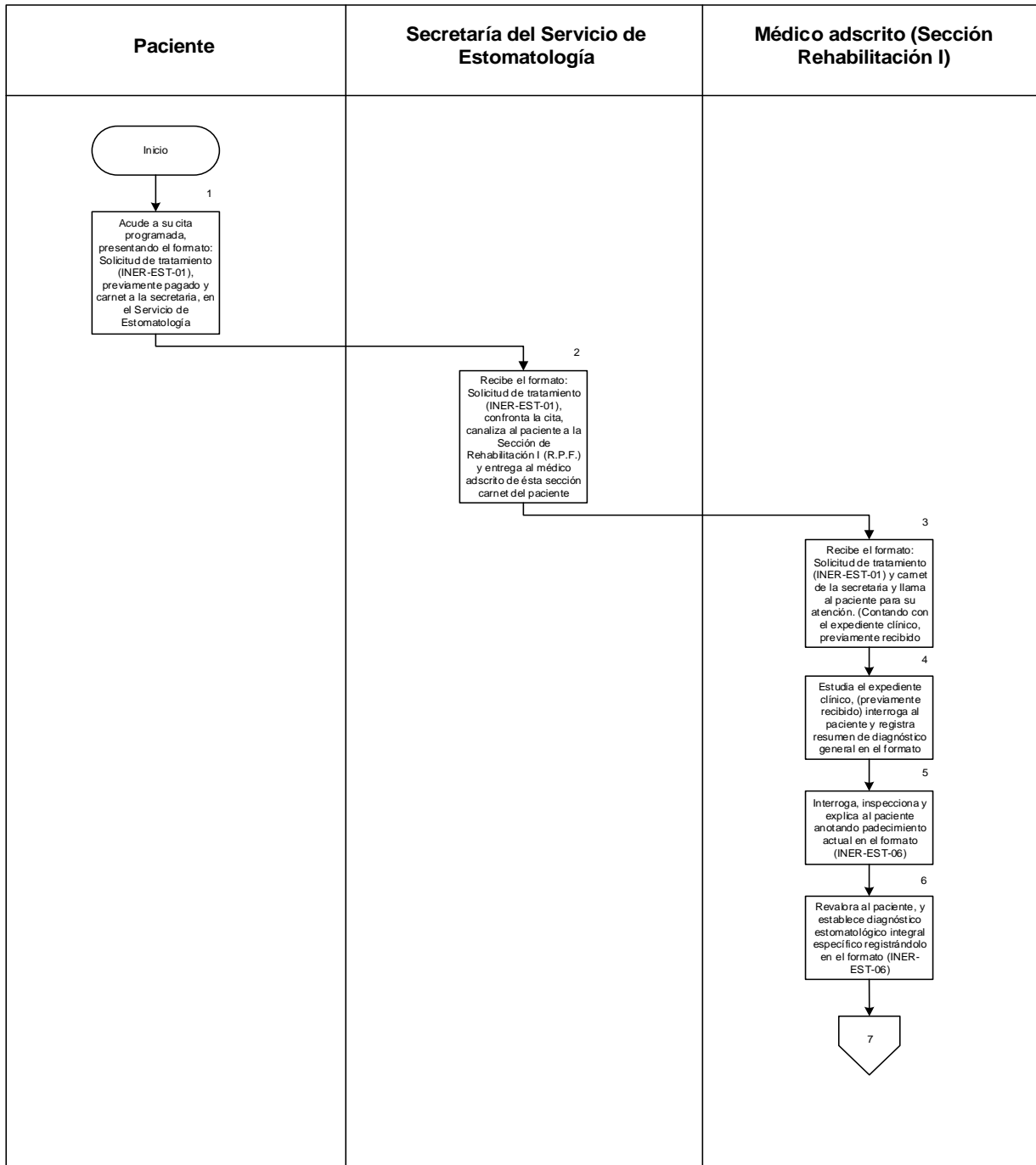
7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo)



Hoja 166

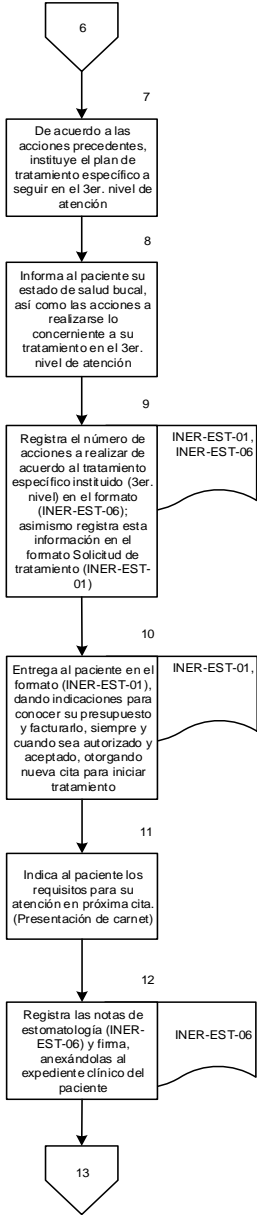
| <b>Responsable</b>                         | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>  | <b>Documentos o anexo</b>                               |
|--|-----------------|--|---|
| Médico adscrito (Sección rehabilitación I) | 21              | ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br>No. Programa la cita en la agenda de la sección, entregando el carnet de citas al paciente y le informa a la sección que deberá pasar en 3er. nivel. Continúa la actividad 23.<br>Si. Entrega el carnet al paciente informándole a su vez la terminación del tratamiento. Continúa la actividad 22. |   |
|  | 22              | Registra la nota de alta del paciente del servicio en el formato (INER-EST-06), lo firma y lo anexa al expediente clínico.   | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|  | 23              | Registra la nota de evolución del paciente en el formato: Notas de estomatología, (INER-EST-06) la firma y la anexa al expediente clínico.   | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|  | 24              | Indica al paciente los requisitos para su atención en su próxima consulta.   |   |
|  | 25              | Recibe la información o indicaciones médicas a seguir.   |   |
|  | 26              | Acude y registra la cita en la sección donde continuará su tratamiento subsecuente en 3er. nivel.  |   |
|  | 27              | Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.  | Reporte diario de Atención Estomatológica (INER-EST-07) |
|  |                 | <b>Termina el procedimiento</b>  |   |


|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). | <b>Hoja 167</b>              |

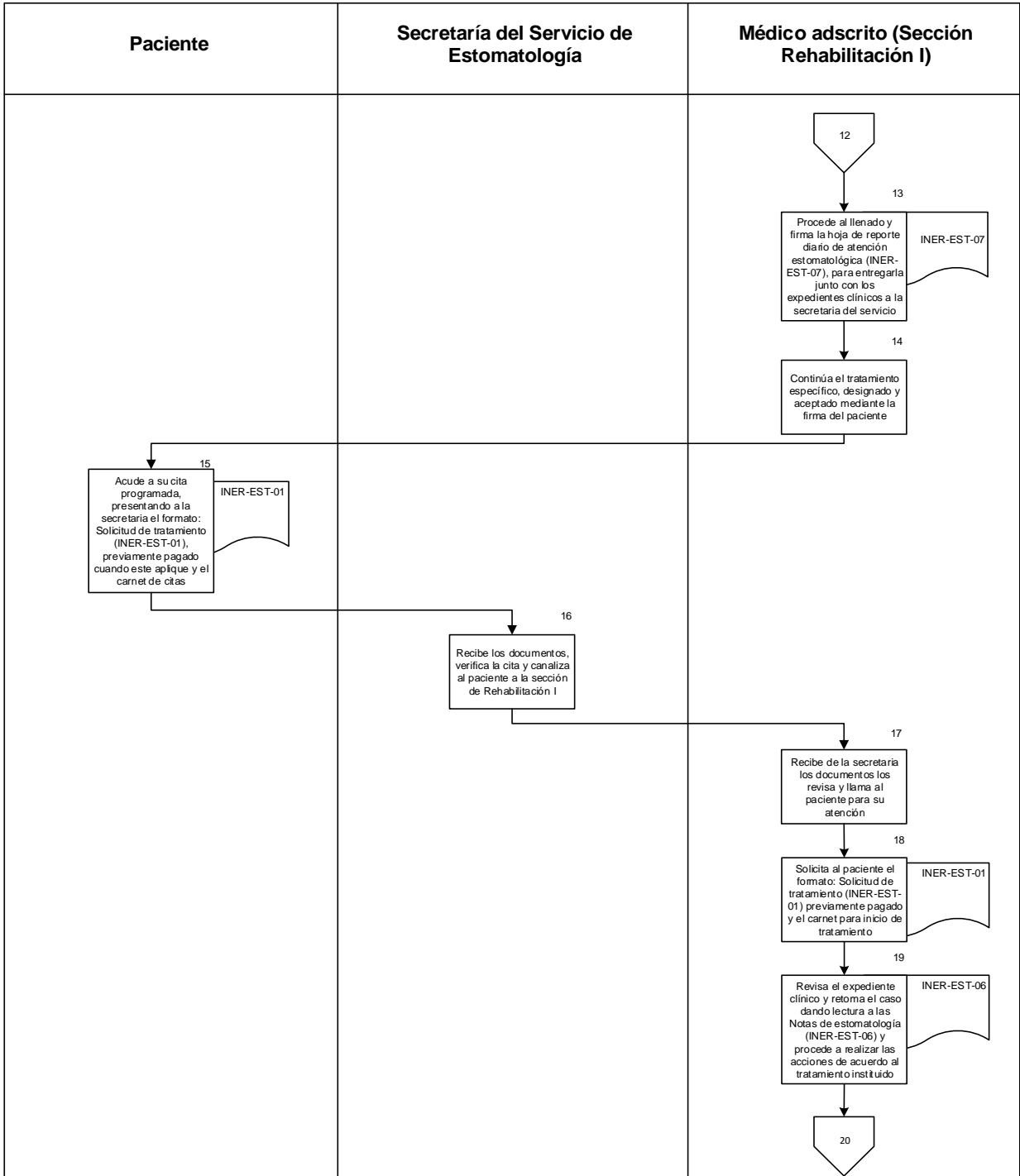
## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO




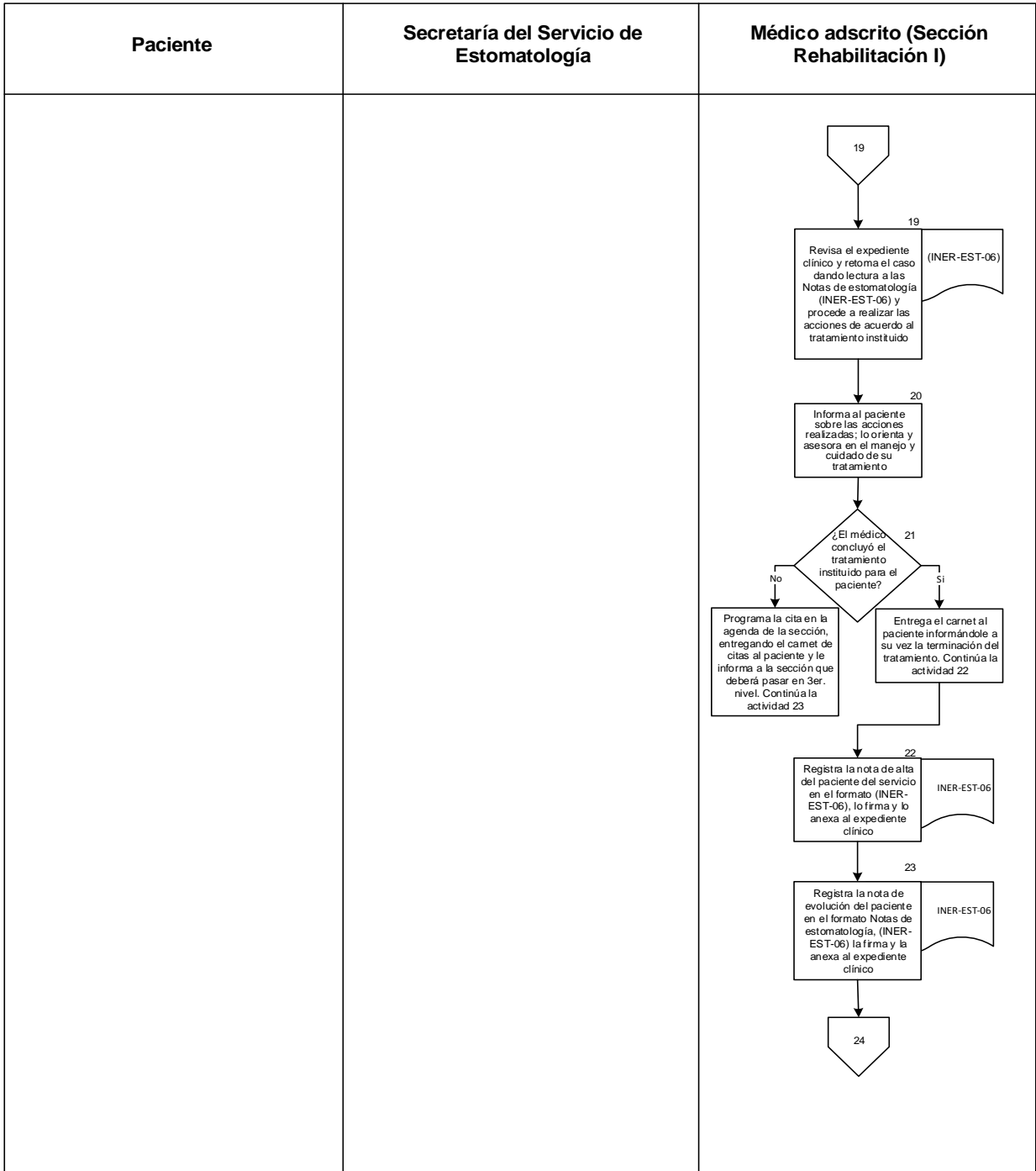
|   |  |  |
|---|--|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b>   |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). | <br><b>INER</b> |


| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección Rehabilitación I)   |
|----------|--|--|
|          |  |  <pre> graph TD     6{{6}} --&gt; 7[De acuerdo a las acciones precedentes, instituye el plan de tratamiento específico a seguir en el 3er. nivel de atención]     7 --&gt; 8[Informa al paciente su estado de salud bucal, así como las acciones a realizarse lo concerniente a su tratamiento en el 3er. nivel de atención]     8 --&gt; 9[Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel) en el formato (INER-EST-06); asimismo registra esta información en el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)]     9 --&gt; 10[Entrega al paciente en el formato (INER-EST-01), dando indicaciones para conocer su presupuesto y facturario, siempre y cuando sea autorizado y aceptado, otorgando nueva cita para iniciar tratamiento]     10 --&gt; 11[Indica al paciente los requisitos para su atención en próxima cita. (Presentación de carnet)]     11 --&gt; 12[Registra las notas de estomatología (INER-EST-06) y firma, anexándolas al expediente clínico del paciente]     12 --&gt; 13{{13}}   </pre> |

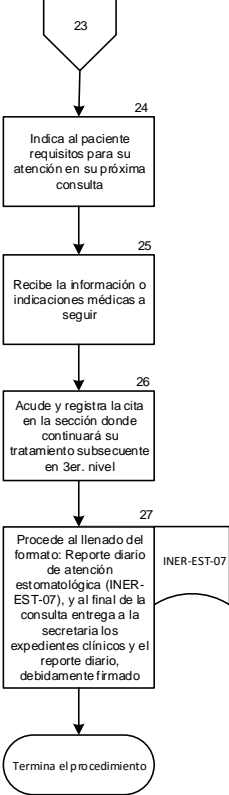
|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). | <b>Hoja 169</b>              |





|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). | <b>Hoja 170</b>              |



|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). | <b>Hoja 171</b>              |

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección Rehabilitación I)   |
|----------|--|--|
|          |  |  <pre> graph TD     23{{23}} --&gt; 24[24<br/>Indica al paciente requisitos para su atención en su próxima consulta]     24 --&gt; 25[25<br/>Recibe la información o indicaciones médicas a seguir]     25 --&gt; 26[26<br/>Acude y registra la cita en la sección donde continuará su tratamiento subsecuente en 3er. nivel]     26 --&gt; 27[27<br/>Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado]     27 --&gt; End([Termina el procedimiento])   </pre> |

|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). |   | Hoja 172             |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos  | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica               |



## 7.0 REGISTROS

| Registros                                 | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|----------------------------|---|
| Solicitud de tratamiento                  | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-01                               |
| Notas de Estomatología                    | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-06                               |
| Reporte diario de atención Estomatológica | No aplica              | Servicio de Estomatología  | INER-EST-07                               |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.
- 8.2 **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.
- 8.3 **Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia.





|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 173</b>              |

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>   |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 3                         | JUNIO, 2021                   | Actualización de procedimientos en cumplimiento con la acción de mejora comprometida dentro del Programa de Trabajo de Control Interno y Programa de trabajo para mejora y simplificación de procesos esenciales. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO




- 10.1 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.2 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.3 Registro diario de atención estomatológica INER-EST-07.



|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). |   | Hoja 174             |

10.1 Formato 1

**Solicitud de tratamiento**


**INER-EST-01**

|  |                        |  |                                 |  |                                   |   |
|--|------------------------|--|---------------------------------|--|-----------------------------------|---|
|   |                        |   | <b>SOLICITUD DE TRATAMIENTO</b> |   |                                   | INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS<br>ISMAEL COSÍO VILLERAS<br>DIRECCIÓN MÉDICA<br>SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA<br>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA |
| Fecha:   |                        | Nombre completo del paciente:  |                                 |  | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |   |
| Genero   | No. Expediente clínico | Sección  | No. de factura                  | Costo  |                                   |   |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento (s) otorgado (s) así como el número realizado.   |                        |  |                                 |  |                                   |   |
| <b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>INTEGRAL I-II-II</b><br><input type="checkbox"/> ES02 Consulta<br><input type="checkbox"/> ES03 Preconsulta<br><input type="checkbox"/> ES04 Aplicación tópica fluor adulto<br><input type="checkbox"/> ES05 Perfilado adulto maxilar-mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES06 Toma de rayos X Periapical<br><input type="checkbox"/> ES128 Toma de rayos X Oclusal<br><input type="checkbox"/> ES101 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u   |                        | <b>OROFARINGEA MENOR</b><br><input type="checkbox"/> ES23 Carinos ó terceros molares retenidos c/u<br><input type="checkbox"/> ES24 Odontotomías múltiples c/u alveoplastias por cuadrantes<br><input type="checkbox"/> ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasias<br><input type="checkbox"/> ES26 Cirugía preprotésica por arcada<br><input type="checkbox"/> ES27 Tratamiento Dilección A.T.M.<br><input type="checkbox"/> ES28 Biopsia glándulas salivales menores<br><input type="checkbox"/> ES29 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante<br><input type="checkbox"/> ES30 Aplicación c/u<br><input type="checkbox"/> ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> ES35 Colocación de Implantes dentarios c/u   |                                 | <b>ORTODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 89 Recambio de brackets c/u<br><input type="checkbox"/> ES 90 Reposición aparatología fija<br><input type="checkbox"/> ES 97 Control aparatología ortodóncica<br><input type="checkbox"/> ES 98 Tracado cefalométrico<br><input type="checkbox"/> ES 100 Análisis y medición modelos de estudio<br><input type="checkbox"/> ES 110 Colocación separadores Inter dentario<br><input type="checkbox"/> ES 111 Prueba bandas y punteado tubos c/u<br><input type="checkbox"/> ES 112 Aparatología fija bálscas (Brackets)<br><input type="checkbox"/> ES 113 Arcos conformados<br><input type="checkbox"/> ES 114 Ligaduras metálicas y/o elásticas<br><input type="checkbox"/> ES 115 Retiro de brackets |                                   |   |
| <b>2DO. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>INTEGRAL I-II-II</b><br><input type="checkbox"/> ES07 Curetaje maxilar o mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES08 Placa con amalgama c/u<br><input type="checkbox"/> ES09 Odontotomía (exodoncia) adulto c/u<br><input type="checkbox"/> ES102 Obturación provisional simple<br><input type="checkbox"/> ES 125 Obturación con lino de vidrio   |                        | <b>OROFARINGEA MAYOR MAXILOFACIAL</b><br><input type="checkbox"/> CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-mesón)<br><input type="checkbox"/> CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula<br><input type="checkbox"/> CM 06 Extracción glándula salival mayor<br><input type="checkbox"/> CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido<br><input type="checkbox"/> CM 08 Toma y colocación injerto mesón<br><input type="checkbox"/> CM 09 Antrotomía Caldwell-Luc<br><input type="checkbox"/> CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial |                                 | <b>ORTODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 81 Colocación guarda oclusal<br><input type="checkbox"/> ES 82 Colocación mantenedor espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible<br><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAOS<br><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u<br><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible<br><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica  |                                   |   |
| <b>1ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>ODONTOPEDIATRIA</b><br><input type="checkbox"/> ES10 Perfilado Infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES11 Placa amalgama y/o resina c/u<br><input type="checkbox"/> ES12 Odontotomía (infantil) (exodoncia) c/u<br><input type="checkbox"/> ES13 Pulpotomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES14 Pulpectomía Infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES15 Colocación corona acero / cromo c/u<br><input type="checkbox"/> ES16 Selladores fosetas y fisuras c/u<br><input type="checkbox"/> ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u<br><input type="checkbox"/> ES103 Aplicación tópica fluor a Infantes<br><input type="checkbox"/> ES104 Obturación provisional simple c/u<br><input type="checkbox"/> ES105 Toma de Impresión c/u |                        | <b>REHABILITACIÓN I</b><br><input type="checkbox"/> ES 42 Colocación resina fotopolimerizable  |                                 | <b>ORTODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 117 Mantenedor de espacio fijo<br><input type="checkbox"/> ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes<br><input type="checkbox"/> ES 131 Mantenedor de espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 122 Elaboración aparatología removible.<br><input type="checkbox"/> ES 124 Elaboración aparatología fija.  |                                   |   |
| <b>ENDODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES20 Tratamiento conductos anteriores<br><input type="checkbox"/> ES21 Tratamiento conductos posteriores<br><input type="checkbox"/> ES106 Obturación temporal conductos   |                        |  |                                 | Nombre y firma de quien solicita   |                                   |   |

|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). |   | Hoja 175             |


10.2 Formato 2

**Notas de estomatología  
INER-EST-06**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**



**INER**  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
SECRETARÍA DE SALUD


|                              |               |                                   |  |
|------------------------------|---------------|-----------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente |               | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |  |
| Sexo                         | Estado civil  | No. de expediente                 |  |
| Dirección                    |               | Teléfono                          |  |
| Fecha y hora                 | Notas médicas |                                   |  |
|                              |               |                                   |  |

Formato INER-EST-06 (2012)



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**



**INER**  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
SECRETARÍA DE SALUD

|              |               |
|--------------|---------------|
| Fecha y hora | Notas médicas |
|              |               |

Formato INER-EST-06 (2012)

|   |  |   |                      |
|---|--|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 7. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación I 3er. nivel (específico restaurativo). |   | Hoja 176             |

10.3 Formato 3



**Registro diario de atención estomatológica  
INER-EST-07**





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**



| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |       |      | Procedimiento    |       | Edad             | Género | Diagnóstico CIE 10 |                | Actividades         |     | Tratamiento terminado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|-------|------|------------------|-------|------------------|--------|--------------------|----------------|---------------------|-----|-----------------------|
|                                     |                     |              | Ata.     | Ver.  | Sub. | C.A.             | Impl. |                  |        | General            | Estomatológico | Clave               | No. |                       |
| 1                                   |                     |              |          |       |      |                  |       |                  |        |                    |                |                     |     |                       |
| 2                                   |                     |              |          |       |      |                  |       |                  |        |                    |                |                     |     |                       |
| 3                                   |                     |              |          |       |      |                  |       |                  |        |                    |                |                     |     |                       |
| 4                                   |                     |              |          |       |      |                  |       |                  |        |                    |                |                     |     |                       |
| 5                                   |                     |              |          |       |      |                  |       |                  |        |                    |                |                     |     |                       |
| 6                                   |                     |              |          |       |      |                  |       |                  |        |                    |                |                     |     |                       |
| Nombre completo del médico tratante |                     | Firma        |          | Fecha |      | Hora de consulta |       | No. de pacientes |        | Actividades        |                | Área estomatológica |     |                       |

|  |   |   |                              |
|--|---|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 177</b>              |

**8. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE REHABILITACIÓN II 3ER. NIVEL (ESPECÍFICO RESTAURATIVO)**

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 178</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Proporcionar atención estomatológica de 3er. nivel (específico rehabilitador y/o prótesis fija) a pacientes del Servicio de Consulta Externa, Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y de hospitalización con problema restaurativo que requieran del servicio; de acuerdo a la capacidad física y técnica.

## 2.0 ALCANCE


- 2.3 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.4 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 179</b>              |

- 3.3 Todo paciente atendido en un 3er. nivel de atención, requiere para la correcta resolución de su tratamiento; mostrar el pago total de sus acciones para así iniciarlo.
- 3.4 Para poder dar inicio al tratamiento correspondiente, en Rehabilitación II (Prótesis Fija), todos los pacientes deben contar con nota médica de envío que justifique el tratamiento solicitado.
- 3.5 Todo paciente, que requiera de 3er. nivel (Rehabilitación II prótesis fija) debe haber concluido previamente su 2do. Nivel de atención para poder iniciar su tratamiento.
- 3.6 Al concluir su consulta el médico adscrito debe entregar a la secretaria del servicio los expedientes clínicos y el reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).
- 3.7 La secretaria del servicio es responsable de gestionar el préstamo de expedientes clínicos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.8 Para este procedimiento las acciones de rutina son:
- Revisión de técnica de cepillado.
  - Colocación de material de obturación provisional (sólo en caso necesario).
- 3.9 Las acciones de acuerdo al tratamiento específico reconstructivo deben ser:
- Toma radiográfica
  - Toma de modelos de estudio
  - Preparación de cavidades y/o de tallado de muñones
  - Toma impresión (para modelos de trabajo)
  - Previa elaboración de provisionales (en caso necesario)
  - Prueba de metales
  - Colocación, adaptación y ajuste de prótesis.


|   |  |
|---|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. Nivel (específico restaurativo) |

Hoja 180

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                     |
|---|----------|--|--|
| <b>Valoración de paciente y elaboración del formato de Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01)</b> |          |  |  |
| Paciente  | 1        | Acude a su cita programada, presentando el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando este aplique y el carnet de citas a la secretaria, del Servicio de Estomatología.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
| Secretaria del Servicio de Estomatología  | 2        | Recibe el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando este aplique, carnet de citas y canaliza al paciente a la Sección de Rehabilitación II (Prótesis Fija) y entrega al médico adscrito de esta sección, los documentos del paciente. |  |
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación II)  | 3        | Recibe el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y el carnet de citas de la secretaria y llama al paciente para su atención.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
|   | 4        | Estudia el expediente clínico, previamente recibido, interroga al paciente y registra el resumen de diagnóstico general en el formato.   |  |
|   | 5        | Interroga, inspecciona, explora al paciente y registra el resumen de diagnóstico general en el formato (INER-EST-06).  | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |



|   |  |
|---|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. Nivel (específico restaurativo) |


Hoja 181

| Responsable                                    | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo   |
|--|----------|--|--|
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación II) | 6        | Revalora al paciente y establece el diagnóstico estomatológico integral específico y prioritario registrándolo en formato.   |  |
|  | 7        | Informa al paciente su estado de salud bucal, así como las acciones a realizarle.  |  |
|  | 8        | Informa al paciente lo concerniente a su tratamiento en 3er. nivel de atención, proponiendo diversas alternativas de tratamiento con el fin de que el paciente seleccione el que más convenga a sus necesidades.   |  |
|  | 9        | Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel Rehabilitación. II P.F.) en el formato (INER-EST-06); asimismo registra esta información en el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01).   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)<br>Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|  | 10       | Entrega al paciente el formato: Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01) con folio para realizar el pago del Sistema de Administración Hospitalario cuando el pago aplique para el paciente, dando las indicaciones para conocer su presupuesto, y una vez realizado su pago se establece nueva cita para iniciar tratamiento. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)   |
|  | 11       | Indica al paciente los requisitos para su atención en la próxima consulta (presentación de la Solicitud de Tratamiento INER-EST-01 y el carnet de citas); asimismo registra la próxima cita en el carnet y agenda de la Sección de Rehabilitación II (P.F.) y le entrega el carnet al paciente.                              | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)   |

|   |  |
|---|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. Nivel (específico restaurativo) |


Hoja 182

| Responsable                                    | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                                      |
|--|----------|--|---|
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación II) | 12       | Recibe las indicaciones médicas y la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), en el carnet asienta fecha de su próxima consulta.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
|  | 13       | Registra las notas médicas en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06).  | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|  | 14       | Firma el formato: Notas de estomatología y anexa al expediente clínico.  |   |
|  | 15       | Procede al llenado y firma de la hoja de Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio.   | Reporte diario de Atención Estomatológica (INER-EST-07) |
| <b>Tratamiento específico</b>                  |          |  |   |
|  | 16       | Acude a su cita programada, presentando el formato: Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando aplique y el carnet de citas a la secretaria, en el Servicio de Estomatología.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
|  | 17       | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la sección de Rehabilitación II (Prótesis Fija) y entrega al médico adscrito de esta sección el formato de Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando este aplique. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
|  | 18       | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.   |   |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. Nivel (específico restaurativo) |



Hoja 183

| Responsable                                    | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo   |
|--|----------|--|--|
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación II) | 19       | Solicita al paciente el formato: Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando este aplique y el carnet de citas, para iniciar con el llenado de las Notas de estomatología (INER-EST-06) que se anexa al expediente clínico (previamente recibido).   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)<br>Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|  | 20       | Revisa el expediente clínico y retoma el caso, dando lectura a la Hoja de Notas de estomatología (INER-EST-06).  | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|  | 21       | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo, control y cuidado de su tratamiento.   |  |
|  | 22       | ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br><br>No. Entrega el formato; Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con folio para el realizar el pago de Sistema de Administración Hospitalario. Continúa la actividad 23.<br>Si: Entrega el carnet de citas y procede a darlo de alta de la sección y le informa al paciente que no requiere continuar tratamiento. Termina procedimiento. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)   |
|  | 23       | Informa a la sección a la que deberá pasar en su próxima consulta, para ser remitido a la sección correspondiente del 3er. Nivel.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)   |

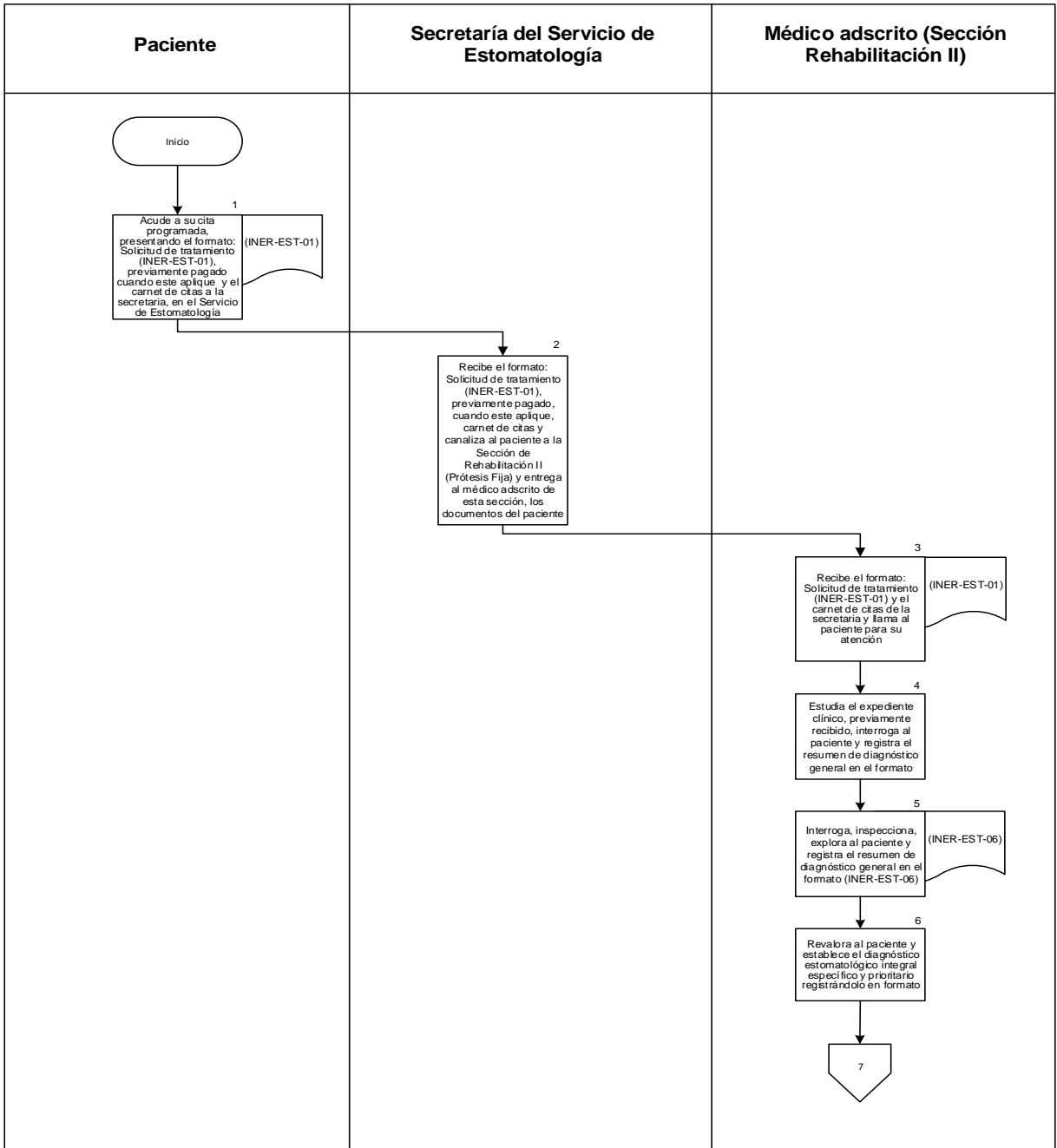
|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. Nivel (específico restaurativo) |


Hoja 184

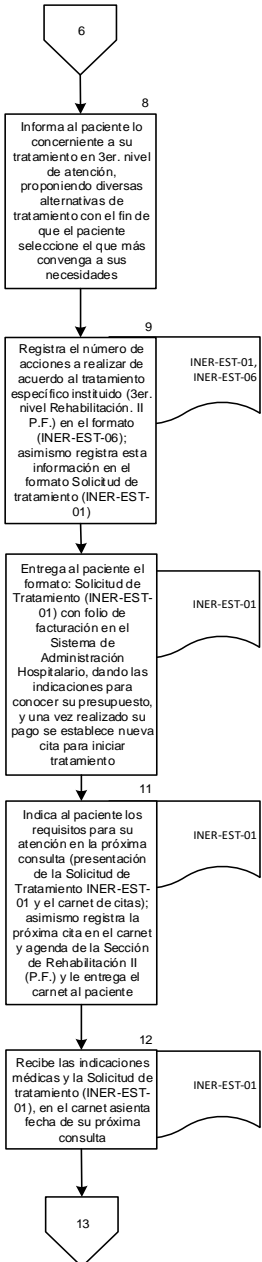
| Responsable                                    | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                                      |
|--|----------|---|---|
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación II) | 24       | Registra la nota de evolución del paciente en el formato Notas de estomatología (INER-EST-06), la firma y la anexa al expediente clínico.   | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|  | 25       | Registra la nota de alta del paciente del servicio en el formato (INER-EST-06) lo firma y lo anexa al expediente clínico.   | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|  | 26       | Indica al paciente los requisitos para su atención en su próxima consulta.  |   |
|  | 27       | Recibe las indicaciones médicas a seguir y el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01).  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
| Paciente                                       | 28       | Acude a registrar la cita con la secretaria en la recepción del Servicio de Estomatología.  |   |
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación II) | 29       | Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.<br><br><b>Termina procedimiento</b> | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07) |


|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 185</b>              |

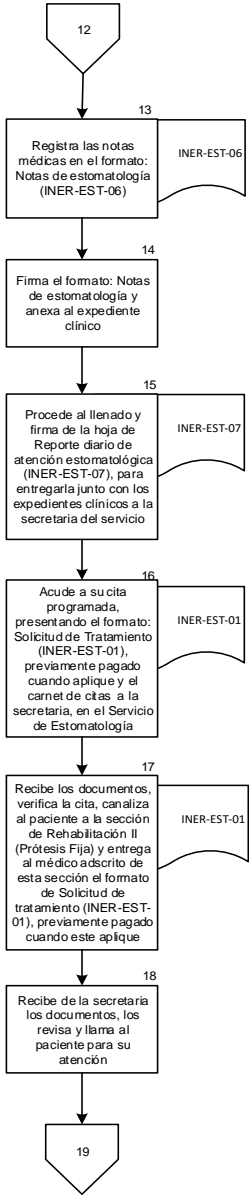
## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





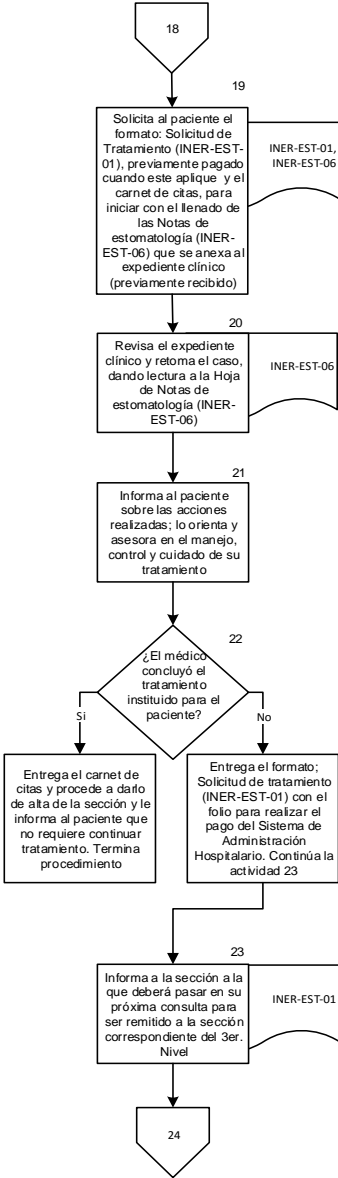
|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). | <b>Hoja 186</b>              |

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección Rehabilitación II)   |
|----------|--|---|
|          |  |  <pre> graph TD     6{{6}} --&gt; 8[8. Informa al paciente lo concerniente a su tratamiento en 3er. nivel de atención, proponiendo diversas alternativas de tratamiento con el fin de que el paciente seleccione el que más convenga a sus necesidades]     8 --&gt; 9[9. Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel Rehabilitación. II P.F.) en el formato (INER-EST-06); asimismo registra esta información en el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)]     9 --&gt; 10[10. Entrega al paciente el formato Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01) con folio de facturación en el Sistema de Administración Hospitalario, dando las indicaciones para conocer su presupuesto, y una vez realizado su pago se establece nueva cita para iniciar tratamiento]     10 --&gt; 11[11. Indica al paciente los requisitos para su atención en la próxima consulta (presentación de la Solicitud de Tratamiento INER-EST-01 y el carnet de citas); asimismo registra la próxima cita en el carnet y agenda de la Sección de Rehabilitación II (P.F.) y le entrega el carnet al paciente]     11 --&gt; 12[12. Recibe las indicaciones médicas y la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), en el carnet asienta fecha de su próxima consulta]     12 --&gt; 13{{13}}   </pre> |


|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). | <b>Hoja 187</b>              |

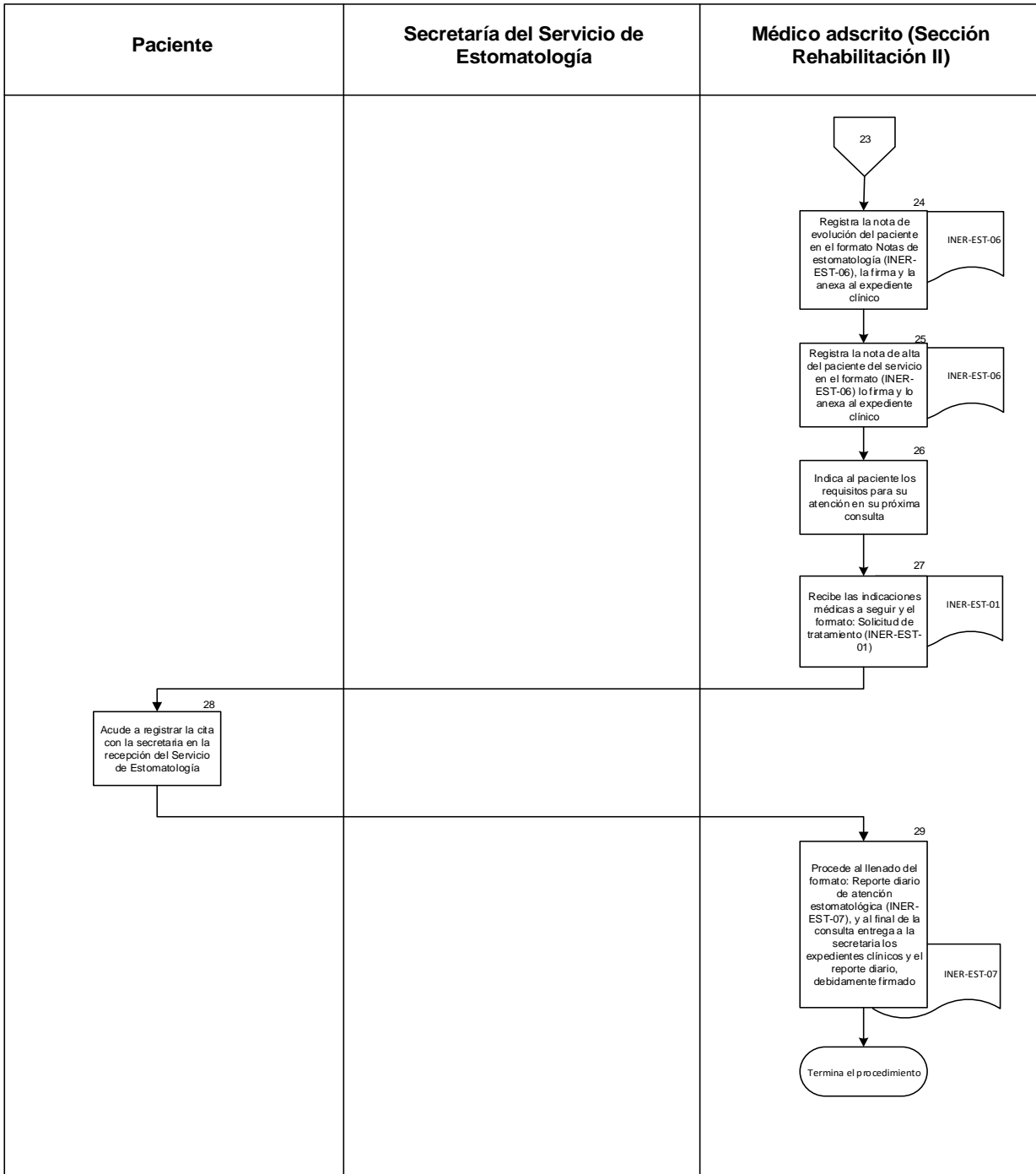
| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección Rehabilitación II)  |
|----------|--|--|
|          |  |  <pre> graph TD     12{{12}} --&gt; 13[13<br/>Registra las notas<br/>médicas en el formato:<br/>Notas de estomatología<br/>(INER-EST-06)]     13 --&gt; 14[14<br/>Firma el formato: Notas<br/>de estomatología y<br/>anexa al expediente<br/>clínico]     14 --&gt; 15[15<br/>Procede al llenado y<br/>firma de la hoja de<br/>Reporte diario de<br/>atención estomatológica<br/>(INER-EST-07), para<br/>entregarla junto con los<br/>expedientes clínicos a la<br/>secretaría del servicio]     15 --&gt; 16[16<br/>Acude a su cita<br/>programada,<br/>presentando el formato:<br/>Solicitud de Tratamiento<br/>(INER-EST-01),<br/>previamente pagado<br/>cuando aplique y el<br/>carnet de citas a la<br/>secretaría, en el Servicio<br/>de Estomatología]     16 --&gt; 17[17<br/>Recibe los documentos,<br/>verifica la cita, canaliza<br/>al paciente a la sección<br/>de Rehabilitación II<br/>(Prótesis Fija) y entrega<br/>al médico adscrito de<br/>esta sección el formato<br/>de Solicitud de<br/>tratamiento (INER-EST-<br/>01), previamente pagado<br/>cuando este aplique]     17 --&gt; 18[18<br/>Recibe de la secretaria<br/>los documentos, los<br/>revisa y llama al<br/>paciente para su<br/>atención]     18 --&gt; 19{{19}} </pre> |



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 188</b>              |

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección Rehabilitación II)   |
|----------|--|---|
|          |  |  <pre> graph TD     18[18] --&gt; 19[19]     19[19] --&gt; 20[20]     20[20] --&gt; 21[21]     21[21] --&gt; 22{22}     22 -- Si --&gt; 23[23]     22 -- No --&gt; 23[23]     23[23] --&gt; 24[24]   </pre> <p>18</p> <p>19</p> <p>Solicita al paciente el formato: Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando este aplique y el carnet de citas, para iniciar con el llenado de las Notas de estomatología (INER-EST-06) que se anexa al expediente clínico (previamente recibido)</p> <p>INER-EST-01, INER-EST-06</p> <p>20</p> <p>Revisa el expediente clínico y retoma el caso, dando lectura a la Hoja de Notas de estomatología (INER-EST-06)</p> <p>INER-EST-06</p> <p>21</p> <p>Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo, control y cuidado de su tratamiento</p> <p>22</p> <p>¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Entrega el carnet de citas y procede a dar de alta de la sección y le informa al paciente que no requiere continuar tratamiento. Termina procedimiento</p> <p>Entrega el formato; Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con el folio para realizar el pago del Sistema de Administración Hospitalario. Continúa la actividad 23</p> <p>23</p> <p>Informa a la sección a la que deberá pasar en su próxima consulta para ser remitido a la sección correspondiente del 3er. Nivel</p> <p>INER-EST-01</p> <p>24</p> |



|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). | <b>Hoja 189</b>              |



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 190</b>              |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| <b>Documentos</b>   | <b>Código (cuando aplique)</b> |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                      |

## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>                              | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 Solicitud de tratamiento                  | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-01                                      |
| 7.2 Notas de Estomatología                    | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-06                                      |
| 7.3 Reporte diario de atención Estomatológica | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-07                                      |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.
- 8.2 **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.
- 8.3 **Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 191</b>              |

personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio  |
|--------------------|------------------------|---|
| 3                  | JUNIO, 2022            | Actualización de procedimientos en cumplimiento con la acción de mejora comprometida dentro del Programa de Trabajo de Control Interno y Programa de trabajo para mejora y simplificación de procesos esenciales. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.2 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.3 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.

|   |   |                    |                              |
|---|---|--------------------|------------------------------|
| <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <p><b>INER</b></p> | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |                    | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |                    | <b>Hoja 192</b>              |



**10.1 Formato 1**  
**Solicitud de tratamiento**  
**INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**


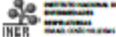


|   |  |  |   |                                   |
|---|--|--|---|-----------------------------------|
| Fecha:  |  |  |   |                                   |
| Nombre completo del paciente:   |  |  |   | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |
| Genero  | No. Expediente clínico   | Sección  | No. de factura  | Costo                             |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento [x] otorgado [y] así como el número realizado.  |  |  |   |                                   |
| <p><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-4-II</b></p> <input type="checkbox"/> ES02 Consulta<br><input type="checkbox"/> ES03 Frecuencia<br><input type="checkbox"/> ES04 Aplicación tópica flúor adulto<br><input type="checkbox"/> ES05 Perfilado adulto maleta-mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES06 Toma de rayos X Periapical<br><input type="checkbox"/> ES128 Toma de rayos X Oclusal<br><input type="checkbox"/> ES101 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u   | <p><b>ORIGENIA MENOR</b></p> <input type="checkbox"/> ES23 Carinos ó terceros molares retenidos c/u<br><input type="checkbox"/> ES24 Odontotomías múltiples c/u alveoloplastias por cuadrantes<br><input type="checkbox"/> ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasia<br><input type="checkbox"/> ES26 Cirugía preprotésica por arcada<br><input type="checkbox"/> ES27 Tratamiento Oclusión A.T.M.<br><input type="checkbox"/> ES28 Biopsia glándulas salivales menores<br><input type="checkbox"/> ES29 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante<br><input type="checkbox"/> ES30 Apicectomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> ES95 Colocación de implantes dentarios c/u   | <p><b>ORTODONCIA</b></p> <input type="checkbox"/> ES 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 86 Recementado brackets c/u<br><input type="checkbox"/> ES 90 Reposición aparatología fija<br><input type="checkbox"/> ES 97 Control aparatología ortodóncica<br><input type="checkbox"/> ES 98 Tracado cefalométrico<br><input type="checkbox"/> ES 110 Análisis y medición modelos de estudio<br><input type="checkbox"/> ES 111 Colocación separadores inter dentarios<br><input type="checkbox"/> ES 112 Prueba bandas y punteado tubos c/u<br><input type="checkbox"/> ES 113 Aparatología fija bsdica (brackets)<br><input type="checkbox"/> ES 114 Arcos conformados<br><input type="checkbox"/> ES 115 Ligaduras metálicas y/o elásticas<br><input type="checkbox"/> ES 116 Retiro de brackets | <p><b>ORTODONCIA</b></p> <input type="checkbox"/> ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 81 Colocación guarda oclusal<br><input type="checkbox"/> ES 82 Colocación mantenedor espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible<br><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAOS<br><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u<br><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible<br><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica |                                   |
| <p><b>2DO. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-3-II</b></p> <input type="checkbox"/> ES07 Curetaje maleta o mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES08 Placa con amalgama c/u<br><input type="checkbox"/> ES09 Odontotomía (exodoncia) adulto c/u<br><input type="checkbox"/> ES102 Obturación provisional simple<br><input type="checkbox"/> ES 125 Obturación con laminero de vidrio  | <p><b>ORIGENIA MAJOR MANIFIESTAL</b></p> <input type="checkbox"/> CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maleta-menton)<br><input type="checkbox"/> CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula<br><input type="checkbox"/> CM 06 Extirpación glándula salival mayor<br><input type="checkbox"/> CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido<br><input type="checkbox"/> CM 08 Toma y colocación injerto mentón<br><input type="checkbox"/> CM 09 Antrorriquia Cadaveri-fuc<br><input type="checkbox"/> CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial | <p><b>ORTODONCIA</b></p> <input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible<br><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAOS<br><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u<br><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible<br><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica  |   |                                   |
| <p><b>1ER. NIVEL DE ATENCIÓN ODONTOPEDIATRÍA</b></p> <input type="checkbox"/> ES10 Perfilado infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES11 Placa amalgama y/o resina c/u<br><input type="checkbox"/> ES12 Odontotomía infantil (exodoncia) c/u<br><input type="checkbox"/> ES13 Polipoteria c/u<br><input type="checkbox"/> ES14 Polipoteria infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES15 Colocación corona acero / croms c/u<br><input type="checkbox"/> ES16 Selladores fosetas y fisuras c/u<br><input type="checkbox"/> ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u<br><input type="checkbox"/> ES103 Aplicación tópica flúor a infantiles<br><input type="checkbox"/> ES104 Obturación provisional simple c/u<br><input type="checkbox"/> ES105 Toma de Impresión c/u | <p><b>REHABILITACIÓN I</b></p> <input type="checkbox"/> ES 43 Colocación resina fotopolimerizable  | <p><b>ORTODONCIA</b></p> <input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible<br><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAOS<br><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u<br><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible<br><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica  |   |                                   |
| <p><b>ENDODONCIA</b></p> <input type="checkbox"/> ES20 Tratamiento conductos anteriores<br><input type="checkbox"/> ES21 Tratamiento conductos posteriores<br><input type="checkbox"/> ES106 Obturación temporal conductos  | <p><b>APARATOLOGÍA</b></p> <input type="checkbox"/> ES 117 Mantenedor de espacio fijo<br><input type="checkbox"/> ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes<br><input type="checkbox"/> ES 121 Mantenedor de espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 122 Elaboración aparatología removible.<br><input type="checkbox"/> ES 124 Elaboración aparatología fija.  | <p><b>ORTODONCIA</b></p> <input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible<br><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAOS<br><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u<br><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible<br><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica  |   |                                   |
| Nombre y firma de quien solicita  |  |  |   |                                   |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |   | <b>Hoja 193</b>              |


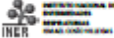
**10.2 Formato 2**

**Notas de estomatología  
INER-EST-06**


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

|                              |               |                                   |  |
|------------------------------|---------------|-----------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente |               | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |  |
| Apellido                     | Estado civil  | No. de expediente                 |  |
| Dirección                    |               | Teléfono                          |  |
| Fecha y hora                 | Notas médicas |                                   |  |
|                              |               |                                   |  |

Formato INER-EST-06


**NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA**

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

|              |               |
|--------------|---------------|
| Fecha y hora | Notas médicas |
|              |               |

Formato INER-EST-06

|  |   |  |                              |
|--|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 8. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de rehabilitación II 3er. nivel (específico restaurativo). |  | <b>Hoja 194</b>              |



**10.3 Formato 3**

**Reporte diario de atención estomatológica  
INER-EST-07**



**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD BUCALE  
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD BUCALE  
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD BUCALE

| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |       |      | Procedimiento     |       | Edad             | Género | Etiología CIE 10 |                | Actividades         |     | Tratamiento terminado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|-------|------|-------------------|-------|------------------|--------|------------------|----------------|---------------------|-----|-----------------------|
|                                     |                     |              | tra.     | Vol   | Sub. | C.A.              | Hang. |                  |        | General          | Estomatológica | Clave               | No. |                       |
| 1                                   |                     |              |          |       |      |                   |       |                  |        |                  |                |                     |     |                       |
| 2                                   |                     |              |          |       |      |                   |       |                  |        |                  |                |                     |     |                       |
| 3                                   |                     |              |          |       |      |                   |       |                  |        |                  |                |                     |     |                       |
| 4                                   |                     |              |          |       |      |                   |       |                  |        |                  |                |                     |     |                       |
| 5                                   |                     |              |          |       |      |                   |       |                  |        |                  |                |                     |     |                       |
| 6                                   |                     |              |          |       |      |                   |       |                  |        |                  |                |                     |     |                       |
|                                     |                     |              |          |       |      |                   |       |                  |        |                  |                |                     |     |                       |
| Nombre completo del médico tratante |                     | Pérez        |          | Fecha |      | Horas de consulta |       | No. de pacientes |        | Actividades      |                | Área estomatológica |     |                       |

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 195</b>              |

**9. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE REHABILITACIÓN III (PRÓTESIS PARCIAL – REMOVIBLE Y TOTAL) 3ER. NIVEL DE ATENCIÓN (ESPECÍFICO REHABILITADOR)**

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 196</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Proporcionar atención estomatológica de 3er. nivel, aparatos protésicos (específico rehabilitador), a pacientes del Servicio de Consulta Externa, Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y de hospitalización con problema respiratorio que requieran del servicio; de acuerdo a la capacidad física y técnica.



## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.



## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.




|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 197</b>              |

- 3.3 Todo paciente atendido en un 3er. nivel, requiere para la correcta resolución de su tratamiento, mostrar el pago total de sus acciones, para así iniciarlo.
- 3.4 Todo paciente que requiera de 3er. nivel, Rehabilitación III, Prótesis Parcial, Removible y Total, debe haber concluido previamente su 2do. nivel de atención para poder iniciar su tratamiento.
- 3.5 Para poder dar inicio al tratamiento en Rehabilitación III, (Prótesis Parcial, Removible y Total), todos los pacientes deben contar con nota médica que justifique el tratamiento solicitado.
- 3.6 Al concluir su consulta el médico adscrito debe entregar a la secretaria del servicio los expedientes clínicos y el reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).
- 3.7 La secretaria del servicio es responsable de gestionar el préstamo de expedientes clínicos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.8 Las acciones de rutina a realizar en el actual procedimiento son:
- Revisión técnica de cepillado.
- 3.9 Las acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico rehabilitador son:
- Prótesis Parcial Removible**
- Toma de impresión de modelos de estudio (prótesis parcial, removible y total).
  - Obtención de modelos en positivo.
  - Prueba de metales (prótesis parcial y removible).
  - Prueba de registros intermaxilares.
  - Selección de forma y color de dientes.
  - Prueba de dientes en cera.
  - Pruebas de oclusión.
  - Ajuste y entrega prótesis parcial removible.
- Prótesis Total**
- Toma impresiones anatómicas.
  - Obtención modelo en positivo.

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 198</b>              |


- Elaboración de porta impresiones individual.
- Toma de impresiones fisiológicas rectificación de bordes.
- Obtención modelos de trabajo.
- Elaboración bases de registro de acrílico con rodets en cera.
- Prueba bases de registro y orientación plano oclusal con obtención registro intermaxilares con fijación rodets, selección forma y color dientes.
- Ajuste, adaptación y colocación del aparato.

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador) |

Hoja 199


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                     |
|---|----------|---|--|
| <b>Valoración de paciente y elaboración del Formato de Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01)</b> |          |   |  |
| Paciente  | 1        | Acude a su cita programada, presentando el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando este aplique y el carnet de citas que entrega a la secretaria del Servicio de Estomatología.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
| Secretaria del Servicio de Estomatología  | 2        | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la sección de Rehabilitación III (Prótesis parcial, removible y total) y entrega al médico adscrito de esta sección el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado, cuando este aplique. |  |
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación III)   | 3        | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
|   | 4        | Revisa el expediente clínico (previamente recibido) e interroga al paciente y registra el resumen de diagnóstico general en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06).   | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|   | 5        | Interroga, inspecciona y explora al paciente anotando el padecimiento actual en formato INER-EST-06.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|   | 6        | Revalora al paciente y establece el diagnóstico estomatológico integral específico a seguir en 3er. nivel de atención.  |  |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador) |


Hoja 200

| Responsable                                     | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                     |
|---|----------|---|--|
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación III) | 7        | De acuerdo a las acciones procedentes instituye el plan de tratamiento específico a seguir, proporcionando y sugiriendo diferentes alternativas de tratamiento con el fin de que el paciente seleccione el más indicado de acuerdo a sus necesidades. |  |
|   | 8        | Informa al paciente sobre su estado de salud bucal, así como las acciones a realizarse concernientes a su tratamiento en el 3er. nivel de atención.   |  |
|   | 9        | Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel de atención) en el formato (INER-EST-06).   | Notas de estomatología (INER-EST-06)   |
|   | 10       | Entrega al paciente el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con el folio para realizar el pago, cuando este aplique del Sistema de Administración Hospitalario, dando indicaciones para conocer su presupuesto firmando para su aceptación. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |
|   | 11       | Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel de atención) en el formato (INER-EST-06).   | Notas de estomatología INER-EST-06)    |
|   | 12       | Indica al paciente los requisitos para su atención en próxima cita (presentación formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), carnet de citas y registra cita en la agenda.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador) |


Hoja 201

| <b>Responsable</b>                              | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>   | <b>Documentos o anexo</b>                               |
|---|-----------------|---|---|
| Médico adscrito (Sección de rehabilitación III) | 13              | Recibe las indicaciones en el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y se procede a registrar nueva cita en la agenda correspondiente a la sección.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
|   | 14              | Registra las notas médicas en el formato Notas de estomatología (INER-EST-06).  | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|   | 15              | Firma la hoja de Notas de estomatología (INER-EST-06) y la anexa al expediente clínico del paciente.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|   | 16              | Procede al llenado y firma la hoja de Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio.                                       | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07) |
| <b>Tratamiento específico</b>                   |                 |   |   |
| Paciente  | 17              | Acude a su cita programada, presentando el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando aplique y el carnet de citas, los cuales entrega a la secretaria del Servicio de Estomatología. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador) |



Hoja 202

| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo   |
|--|----------|--|--|
| Secretaria (Recepción del Servicio de Estomatología) | 18       | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial, removible y total) y entrega al médico adscrito de esta sección el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) previamente pagado, cuando este aplique.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)   |
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación III)      | 19       | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)<br><br>Notas de estomatología (INER-EST-06) |
|  | 20       | Solicita al paciente el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), pagado y lo integra al expediente clínico previamente recibido.  |  |
|  | 21       | Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a la hoja de Notas de estomatología (INER-EST-06) y realiza el procedimiento.  |  |
|  | 22       | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su aparato protésico.  |  |
|  | 23       | ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br><br>No. Programa las consultas subsecuentes para ajustes protésicos probables. Continúa actividad 25.<br>Si. Entrega al paciente el carnet de citas informándole a su vez la terminación del tratamiento, dándole de alta en la sección. Continúa actividad 28. |  |

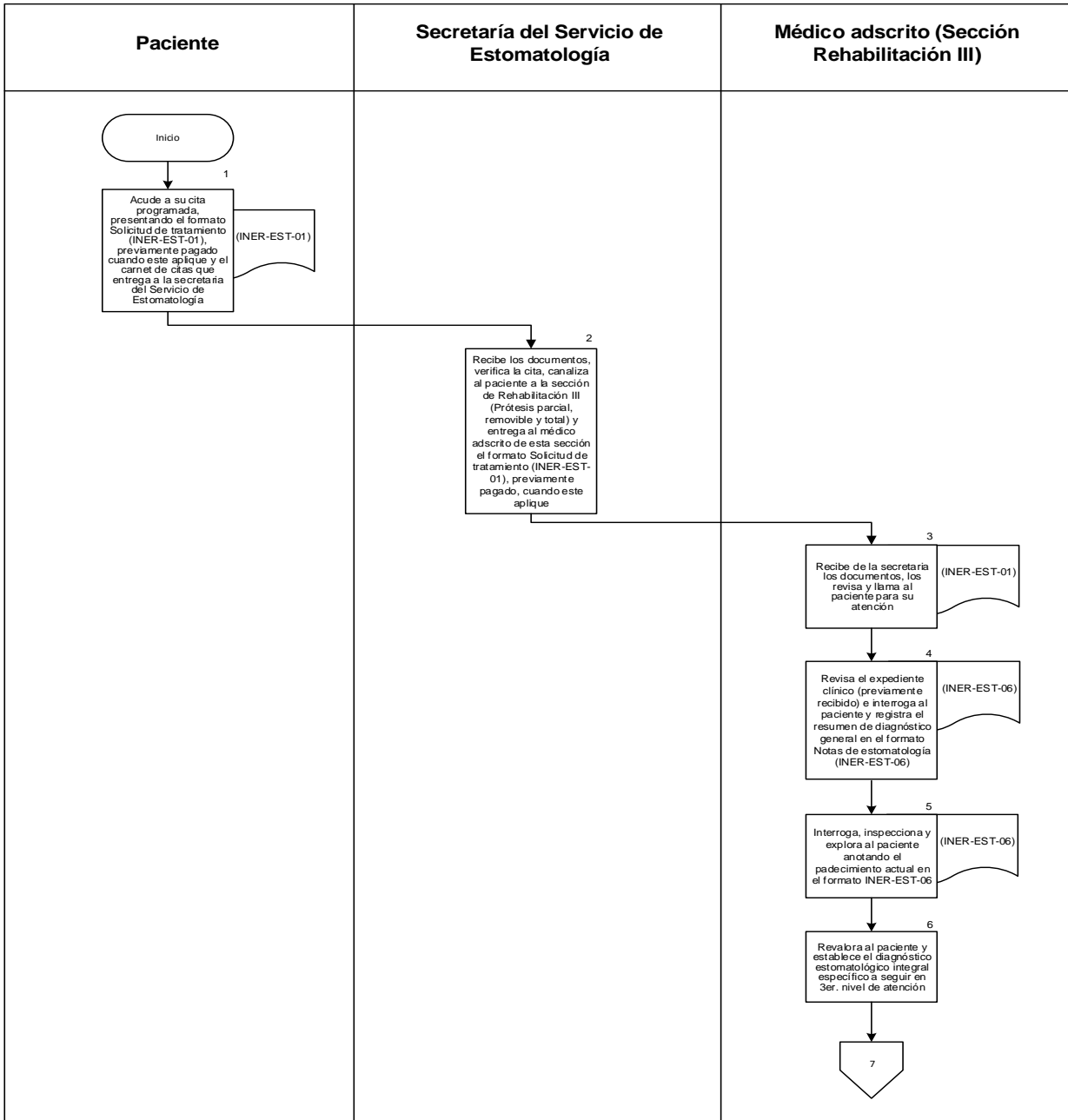
|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador) |

Hoja 203



| Responsable                                     | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                                      |
|---|----------|---|---|
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación III) | 24       | Registra la nota de evolución del paciente en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06) firma y la anexa al expediente clínico.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|   | 25       | Registra la nota de alta del paciente en el Servicio de Estomatología en el formato (INER-EST-06), lo firma y lo anexa al expediente clínico.   | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
| Paciente  | 26       | Recibe la información o indicaciones protésicas a seguir.   |   |
| Médico adscrito (Sección de Rehabilitación III) | 27       | <p>Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Termina el procedimiento</b></p> | Reporte diario de Atención Estomatológica (INER-EST-07) |

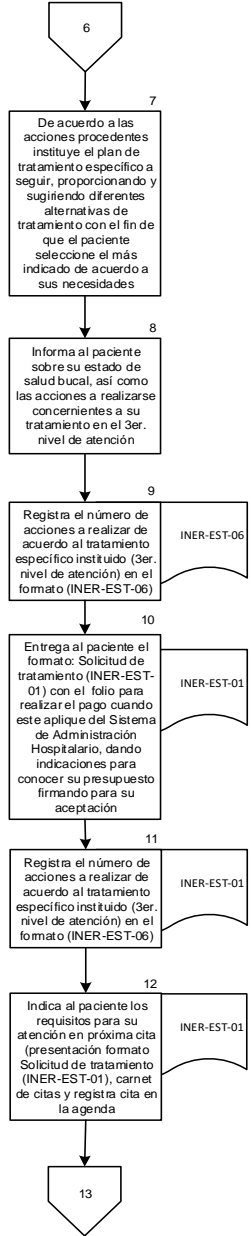
|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | <p>9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador).</p> |   | <b>Hoja 204</b>              |



## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

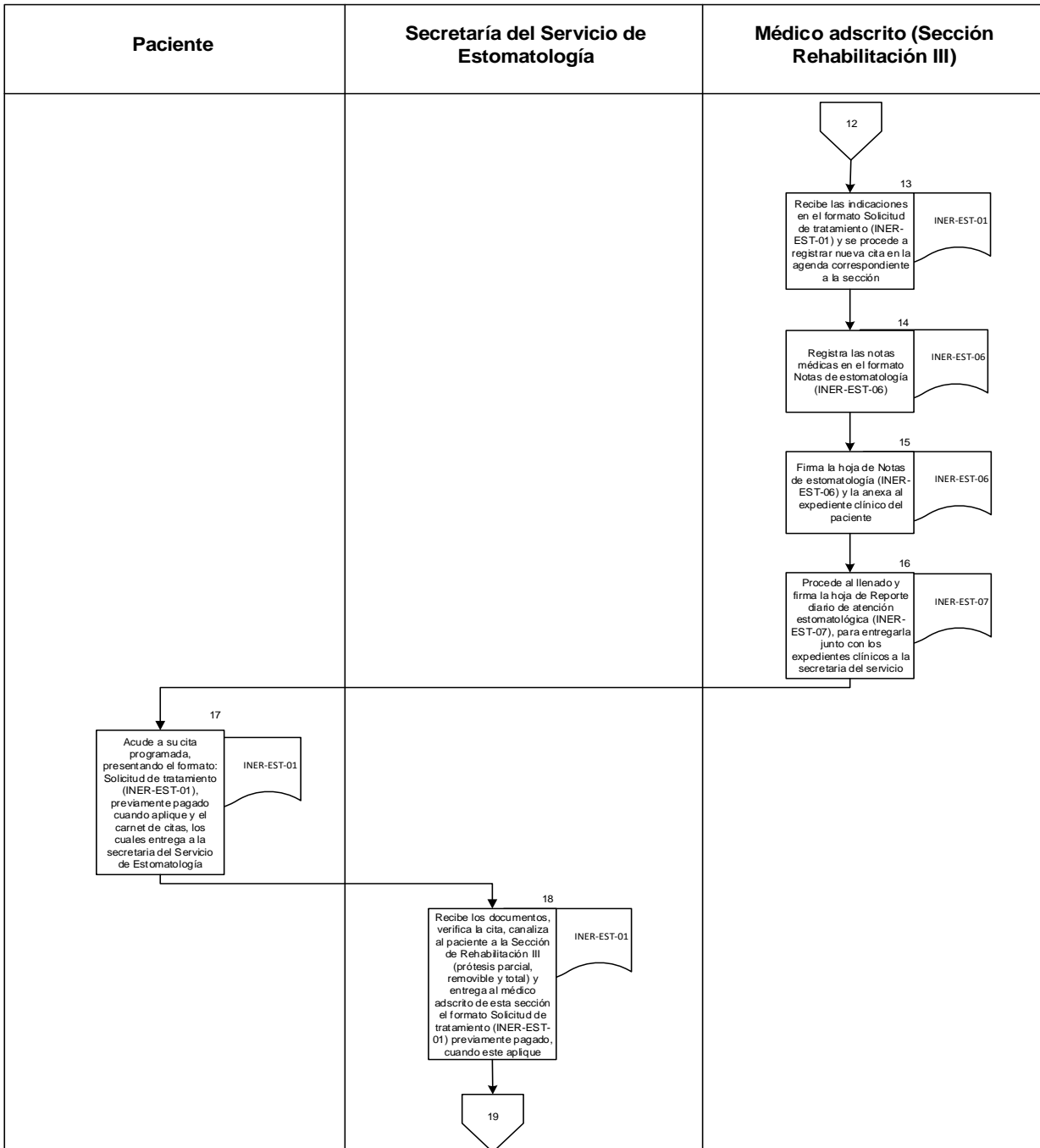






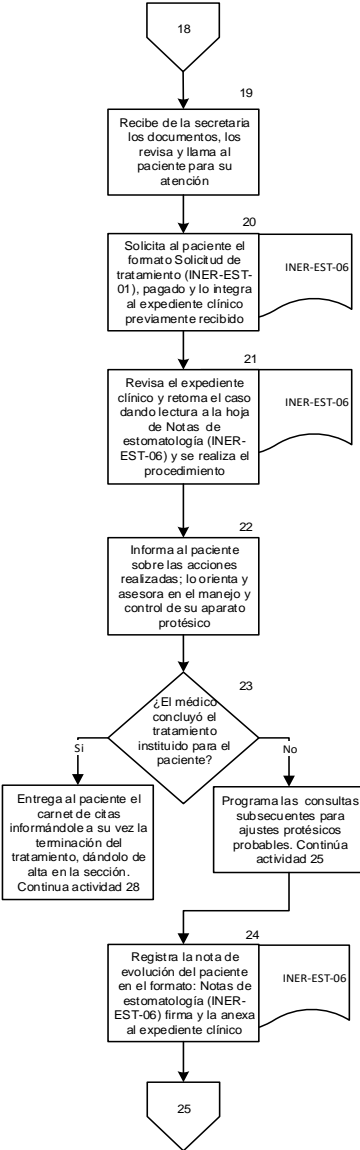
|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 205</b>              |



| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección Rehabilitación III)  |
|----------|--|---|
|          |  |  <pre> graph TD     6{{6}} --&gt; 7[De acuerdo a las acciones procedentes instituye el plan de tratamiento específico a seguir, proporcionando y sugiriendo diferentes alternativas de tratamiento con el fin de que el paciente seleccione el más indicado de acuerdo a sus necesidades]     7 --&gt; 8[Informa al paciente sobre su estado de salud bucal, así como las acciones a realizarse con respecto a su tratamiento en el 3er. nivel de atención]     8 --&gt; 9[Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel de atención) en el formato (INER-EST-06)]     9 --&gt; 10[Entrega al paciente el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con el folio para realizar el pago cuando este aplique del Sistema de Administración Hospitalario, dando indicaciones para conocer su presupuesto firmando para su aceptación]     10 --&gt; 11[Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel de atención) en el formato (INER-EST-06)]     11 --&gt; 12[Indica al paciente los requisitos para su atención en próxima cita (presentación formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), carnet de citas y registra cita en la agenda]     12 --&gt; 13{{13}} </pre> |

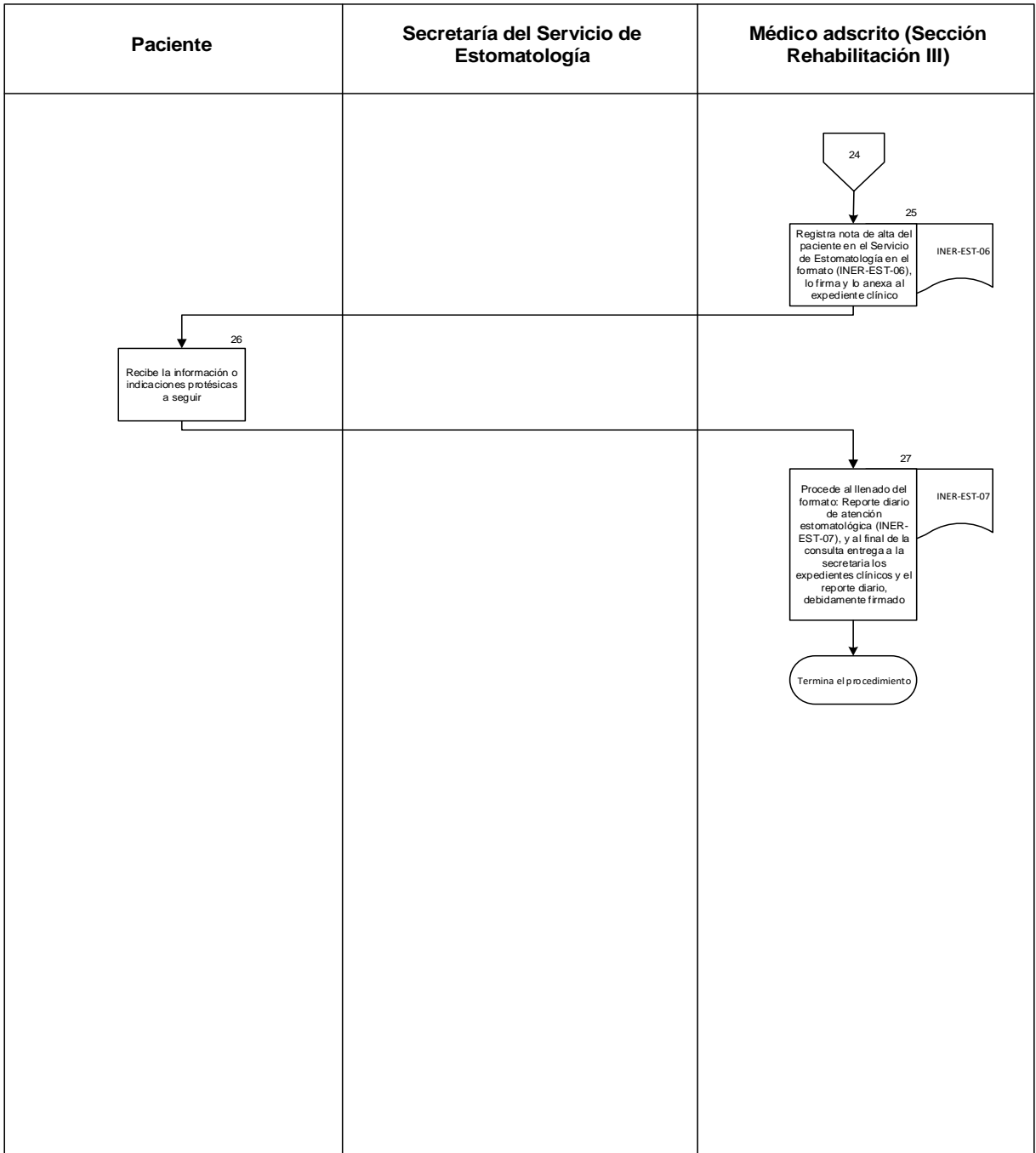
|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 206</b>              |





|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 207</b>              |

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección Rehabilitación III)  |
|----------|--|---|
|          |  |  <pre> graph TD     18{{18}} --&gt; 19[19 Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención]     19 --&gt; 20[20 Solicita al paciente el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), pagado y lo integra al expediente clínico previamente recibido]     20 --&gt; 21[21 Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a la hoja de Notas de estomatología (INER-EST-06) y se realiza el procedimiento]     21 --&gt; 22[22 Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su aparato protésico]     22 --&gt; 23{23 ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?}     23 -- Si --&gt; 23_1[23.1 Entrega al paciente el carnet de citas informándole a su vez la terminación del tratamiento, dándole de alta en la sección. Continúa actividad 28]     23 -- No --&gt; 23_2[23.2 Programa las consultas subsecuentes para ajustes protésicos probables. Continúa actividad 25]     23_1 --&gt; 24[24 Registra la nota de evolución del paciente en el formato: Notas de estomatología (INER-EST-06) firma y la anexa al expediente clínico]     23_2 --&gt; 24     24 --&gt; 25{{25}}           </pre> |

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 208</b>              |



|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 209</b>              |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| <b>Documentos</b>   | <b>Código (cuando aplique)</b> |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                      |

## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>                              | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 Solicitud de tratamiento                  | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-01                                      |
| 7.2 Notas de estomatología                    | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-06                                      |
| 7.3 Reporte diario de atención estomatológica | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-07                                      |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.
- 8.2 **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 210</b>              |



8.3 **Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio  |
|--------------------|------------------------|---|
| 3                  | JUNIO, 2022            | Actualización de procedimientos en cumplimiento con la acción de mejora comprometida dentro del Programa de Trabajo de Control Interno y Programa de trabajo para mejora y simplificación de procesos esenciales. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.2 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.3 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 211</b>              |

10.1 Formato 1

**Solicitud de tratamiento**



**INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**




|   |   |  |                |                                   |
|---|---|--|----------------|-----------------------------------|
| Fecha:  |   |  |                |                                   |
| Nombre completo del paciente:   |   |  |                | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |
| Genero  | No. Expediente clínico  | Sección  | No. de factura | Costo                             |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento [ ] otorgado [x] así como el número realizado.  |   |  |                |                                   |
| <b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>INTEGRAL I-II-III</b><br><input type="checkbox"/> ES02 Consulta<br><input type="checkbox"/> ES03 Preconsulta<br><input type="checkbox"/> ES04 Aplicación tópica flúor adulto<br><input type="checkbox"/> ES05 Profilaxis adulto maxilar-mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES06 Toma de rayos X Periapical<br><input type="checkbox"/> ES18 Toma de rayos X Oclusal<br><input type="checkbox"/> ES101 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u<br><br><b>2DO. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>INTEGRAL I-II-III</b><br><input type="checkbox"/> ES07 Curvaje maxilar o mandibular c/u<br><input type="checkbox"/> ES08 Placa con amalgama c/u<br><input type="checkbox"/> ES09 Odontostomatía (eudondia) adulto c/u<br><input type="checkbox"/> ES102 Obturación provisional simple<br><input type="checkbox"/> ES 125 Obturación con ionómero de vidrio<br><br><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br><b>ODONTOPEDIATRÍA</b><br><input type="checkbox"/> ES10 Profilaxis infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES11 Placa amalgama y/o resina c/u<br><input type="checkbox"/> ES12 Odontostomatía infantil (eudondia) c/u<br><input type="checkbox"/> ES13 Pulpotomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES14 Pulpotomía infantil c/u<br><input type="checkbox"/> ES15 Colocación corona acero / cromo c/u<br><input type="checkbox"/> ES16 Selladores fosetas y fisuras c/u<br><input type="checkbox"/> ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u<br><input type="checkbox"/> ES103 Aplicación tópica flúor a infantes<br><input type="checkbox"/> ES104 Obturación provisional simple c/u<br><input type="checkbox"/> ES105 Toma de impresión c/u<br><br><b>ENDODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES20 Tratamiento conductos anteriores<br><input type="checkbox"/> ES21 Tratamiento conductos posteriores<br><input type="checkbox"/> ES106 Obturación temporal conductos | <b>QUIRÚRGICOS</b><br><input type="checkbox"/> ES23 Cascos ó baxeros molares retenidos c/u<br><input type="checkbox"/> ES24 Odontostomías múltiples c/u alveoplastias por cuadrantes<br><input type="checkbox"/> ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasias<br><input type="checkbox"/> ES26 Cirugía preprotésica por arcada<br><input type="checkbox"/> ES27 Tratamiento Diferenciación A.T.M.<br><input type="checkbox"/> ES28 Biopsia glándulas salivales menores<br><input type="checkbox"/> ES29 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante<br><input type="checkbox"/> ES30 Apicectomía c/u<br><input type="checkbox"/> ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> ES35 Colocación de Implantes dentarios c/u<br><br><b>QUIRÚRGIA MAYOR MAXILOFACIAL</b><br><input type="checkbox"/> CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-menton)<br><input type="checkbox"/> CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares<br><input type="checkbox"/> CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula<br><input type="checkbox"/> CM 06 Extirpación glándula salival mayor<br><input type="checkbox"/> CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido<br><input type="checkbox"/> CM 08 Toma y colocación injerto mentón<br><input type="checkbox"/> CM 09 Antrastomía Cadwel-luc<br><input type="checkbox"/> CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario<br><input type="checkbox"/> CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial<br><br><b>REHABILITACIÓN I</b><br><input type="checkbox"/> ES 42 Colocación resina fotopolimerizable<br><br><b>APARATOLOGÍA</b><br><input type="checkbox"/> ES 117 Mantenedor de espacio fijo<br><input type="checkbox"/> ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes<br><input type="checkbox"/> ES 121 Mantenedor de espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 122 Elaboración aparatología removible.<br><input type="checkbox"/> ES 124 Elaboración aparatología fija. | <b>ORTODONCIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 89 Recementado brackets c/u<br><input type="checkbox"/> ES 90 Reposición aparatología fija<br><input type="checkbox"/> ES 97 Control aparatología ortodóncica<br><input type="checkbox"/> ES 98 Trazado cefalométrico<br><input type="checkbox"/> ES 130 Análisis y medición modelos de estudio<br><input type="checkbox"/> ES 111 Colocación separadores Inter dentarios<br><input type="checkbox"/> ES 112 Prueba bandas y puntado tubos c/u<br><input type="checkbox"/> ES 113 Aparatología fija básica (brackets)<br><input type="checkbox"/> ES 114 Arcos conformados<br><input type="checkbox"/> ES 115 Ligaduras metálicas y/o plásticas<br><input type="checkbox"/> ES 116 Retiro de brackets<br><br><b>ORTOPEDIA</b><br><input type="checkbox"/> ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)<br><input type="checkbox"/> ES 81 Colocación guarda adusal<br><input type="checkbox"/> ES 82 Colocación mantenedor espacio removible<br><input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible<br><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SAGC<br><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u<br><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible<br><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u<br><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica |                |                                   |
| Nombre y firma de quien solicita  |   |  |                |                                   |


|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 212</b>              |

10.2 Formato 2

**Notas de estomatología  
INER-EST-06**




NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA




INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTOMATOLOGÍA  
SECCIÓN DE REHABILITACIÓN III  
NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

|                              |               |                                |  |
|------------------------------|---------------|--------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente |               | Fecha de nacimiento (dd/Mm/aa) |  |
| Sexo                         | Estado civil  | No. de expediente              |  |
| Dirección                    |               | Teléfono                       |  |
| Fecha y hora                 | Notas médicas |                                |  |
|                              |               |                                |  |

Formato INER-EST-06 (01/2016)



NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA





INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD  
ESTOMATOLOGÍA  
SECCIÓN DE REHABILITACIÓN III  
NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

|              |               |
|--------------|---------------|
| Fecha y hora | Notas médicas |
|              |               |

Formato INER-EST-06 (01/2016)





|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 9. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Rehabilitación III (prótesis parcial – removible y total) 3er. nivel de atención (especifico rehabilitador). |   | <b>Hoja 213</b>              |

10.3 Formato 3



**Reporte diario de atención estomatológica  
INER-EST-07**

| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |       | Procedencia |       | Edad | Número         | Diagnóstico CIE 10 |                | Actividades         |     | Tratamiento |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|-------|-------------|-------|------|----------------|--------------------|----------------|---------------------|-----|-------------|
|                                     |                     |              | Ata.     | Visi. | C.A.        | Hosp. |      |                | General            | Estomatológica | Clave               | No. |             |
| 1                                   |                     |              |          |       |             |       |      |                |                    |                |                     |     |             |
| 2                                   |                     |              |          |       |             |       |      |                |                    |                |                     |     |             |
| 3                                   |                     |              |          |       |             |       |      |                |                    |                |                     |     |             |
| 4                                   |                     |              |          |       |             |       |      |                |                    |                |                     |     |             |
| 5                                   |                     |              |          |       |             |       |      |                |                    |                |                     |     |             |
| 6                                   |                     |              |          |       |             |       |      |                |                    |                |                     |     |             |
|                                     |                     |              |          |       | Día         | Mes   | Año  |                |                    |                |                     |     |             |
| Nombre completo del médico tratante |                     |              | Firma    |       | Fecha       |       |      | Nº de consulta | Nº de pacientes    | Actividades    | Área estomatológica |     |             |

(Máx. 100 x 100 por mes)

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular, 3er. nivel de atención (específico correctivo). |   | <b>Hoja 214</b>              |

**10. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE ORTOPEDIA MAXILO MANDIBULAR, 3ER. NIVEL DE ATENCIÓN (ESPECIFICO CORRECTIVO)**

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular, 3er. nivel de atención (específico correctivo). |   | <b>Hoja 215</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Proporcionar atención estomatológica de 3er. nivel, aparatos ortopédicos (específico correctivo), a pacientes del Servicio de Consulta Externa, Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y de hospitalización con problema respiratorio que requieran del servicio; de acuerdo a la capacidad física y técnica.

## 2.0 ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular, 3er. nivel de atención (específico correctivo). |   | <b>Hoja 216</b>              |


- 3.3 Todo paciente que requiera de 3er. nivel, Ortopedia Maxilo Mandibular, debe haber concluido previamente su 1er y 2do. nivel de atención para poder iniciar su tratamiento.
- 3.4 Todo paciente que requiera aparatos ortopédicos debe cubrir previa su colocación, haber sido resuelta su problemática de 3er. nivel (cirugía bucal, endodoncia, rehabilitación II y III).
- 3.5 Para poder dar inicio al tratamiento en Ortopedia Maxilo Mandibular, todos los pacientes deben contar con referencia médica de envío que justifique el tratamiento solicitado.
- 3.6 Para iniciar tratamiento específico en Ortopedia Maxilo-Mandibular, el paciente debe presentar estudios previos de: radiografía de cráneo posteroanterior - ortopantomografía- cefelograma con cefalometría- modelo estudios dentales y fotografías intra y extraorales específicas al caso a tratar.
- 3.7 Sin excepción todo paciente debe entregar al inicio de su consulta factura de formato Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01) previamente pagado.
- 3.8 Al concluir su consulta el médico adscrito debe entregar a la secretaria del servicio los expedientes clínicos y el reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).
- 3.9 La secretaria del servicio es responsable de gestionar el préstamo de expedientes clínicos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.10 Para el tratamiento específico correctivo es necesario:
- Toma de impresión
  - Elaboración de aparatología
  - Colocación, ajuste, adaptación de aparatos
  - Activación de aparatos
  - Control de evolución de tratamiento.

|   |  |
|---|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular, 3er. nivel de atención (especifico correctivo) |

Hoja 217


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo   |
|---|----------|--|--|
| <b>Valoración de paciente y elaboración del Formato de Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01)</b> |          |  |  |
| Paciente  | 1        | Acude a su cita programada, presentando el formato: Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado y el carnet de citas, entrega a la secretaria, en el Servicio de Estomatología. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                                     |
| Secretaria del Servicio de Estomatología  | 2        | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular y entrega al médico adscrito de esta sección la documentación.                       |  |
| Médico adscrito (Sección de Ortopedia Maxilo-Mandibular)  | 3        | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.   |  |
|   | 4        | Revisa el expediente clínico (previamente recibido) e interroga al paciente y registra el resumen de diagnóstico general en el formato (INER-EST-05).  | Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05) |
|   | 5        | Interroga, inspecciona y explora al paciente anotando el padecimiento actual en el formato (INER-EST-05).  | Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05) |
|   | 6        | Valora los estudios previamente solicitados para su análisis e interpretación.   |  |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular, 3er. nivel de atención (especifico correctivo) |


Hoja 218

| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo                                      |
|--|----------|---|---|
| Médico adscrito (Sección de Ortopedia Maxilo-Mandibular) | 7        | Revalora al paciente y establece el diagnóstico estomatológico integral específico a seguir en 3er. nivel de atención.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
|  | 8        | Instituye el plan de tratamiento específico a seguir, de acuerdo a las acciones precedentes.  |   |
|  | 9        | Informa al paciente sobre su estado de salud bucal, así como las acciones a realizarle.   |   |
|  | 10       | Indica y entrega el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con folio para realizar el pago del Sistema de Administración Hospitalario y en el carnet de citas, registra la próxima cita en agenda de la sección. |   |
| Paciente   | 11       | Recibe las indicaciones en el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con folio para realizar pago correspondiente, cuando este aplique.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                  |
| Médico adscrito (Sección de Ortopedia Maxilo-Mandibular) | 12       | Registra los datos en el formato Notas de estomatología (INER-EST-06) y la anexa al expediente clínico del paciente.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|  | 13       | Procede al llenado y firma de la hoja de Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio.  | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07) |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular, 3er. nivel de atención (especifico correctivo) |

Hoja 219


| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo   |
|--|----------|---|--|
| Paciente   | 14       | Acude a su cita programada, presentando el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado, cuando este aplique y el carnet de citas, lo entrega a la secretaria, en el Servicio de Estomatología.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                                     |
|  | 15       | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la sección de Ortopedia Maxilo Mandibular y entrega al médico adscrito de esta sección los documentos.  |  |
| Secretaria del Servicio de Estomatología                 | 16       | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  |  |
| Médico adscrito (Sección de Ortopedia Maxilo-Mandibular) | 17       | Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a la Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05), y realiza las acciones de acuerdo al tratamiento instruido. (Específico correctivo).   | Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05) |
|  | 18       | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento.   |  |
|  | 19       | ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br><br>No. Elabora y entrega el número de folio para el pago en el formato Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01) y el carnet de citas, para el registro de su próxima cita. Continúa actividad 20.<br>Si. Entrega al paciente carnet informándole a su vez la terminación del tratamiento. Continúa la actividad 28. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                                     |

|   |  |
|---|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular, 3er. nivel de atención (especifico correctivo) |

Hoja 220



| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo   |
|--|----------|---|--|
| Médico adscrito (Sección de ortopedia maxilo-mandibular) | 20       | Registra la nota de evolución del paciente en el formato Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05), firma y la anexa al expediente clínico.  | Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05) |
| Paciente   | 21       | Acude a su cita programada, presentando el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado, cuando este aplique y el carnet de citas, entrega a la secretaria, en el Servicio de Estomatología. | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                                     |
| Secretaria del Servicio de Estomatología                 | 22       | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular y entrega al médico adscrito de esta sección los documentos.  |  |
| Médico adscrito (Sección de Ortopedia Maxilo-Mandibular) | 23       | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  | Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05) |
|  | 24       | Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a la Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05), y realiza procedimiento correctivo.                                    |  |
|  | 25       | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento.   |  |



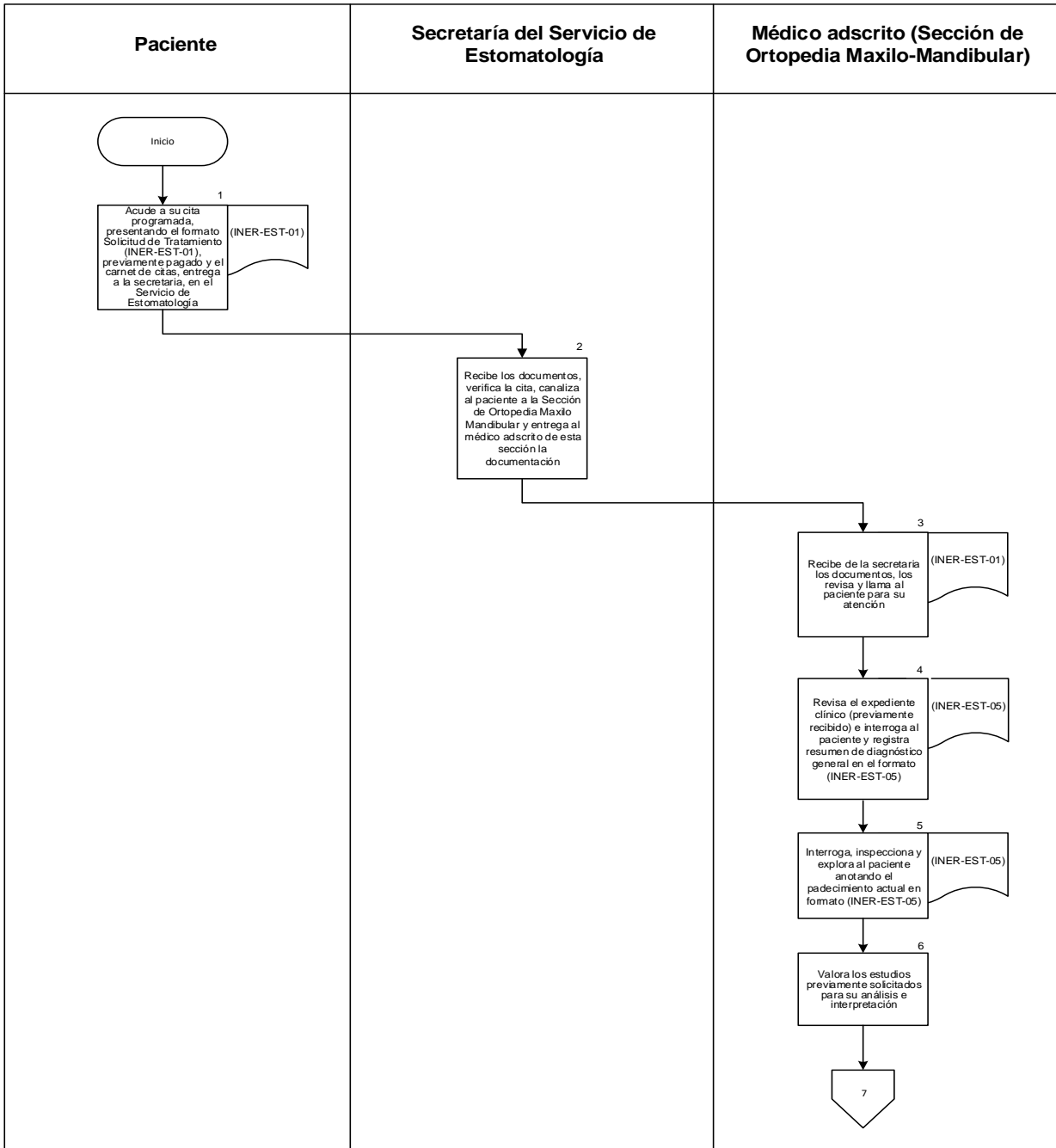
|   |  |
|---|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortopedia Maxilo Mandibular, 3er. nivel de atención (especifico correctivo) |



Hoja 221

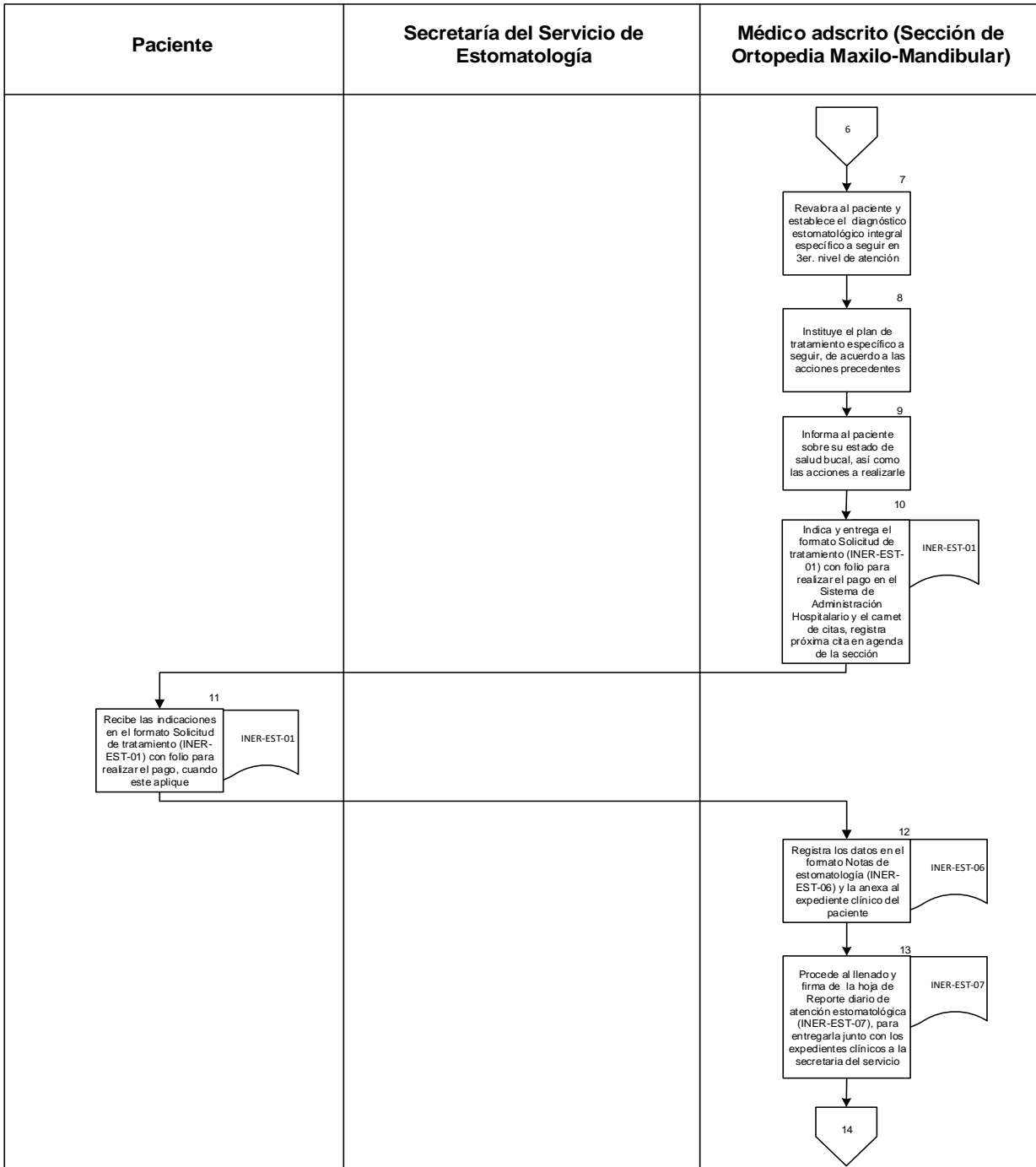
| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo   |
|--|----------|---|--|
| Médico adscrito (Sección de Ortopedia Maxilo-Mandibular) | 26       | ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br><br>No. Elabora y entrega el número de folio para realizar el pago en el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y el carnet de citas, para el registro de su próxima cita en recepción. Regresa a la actividad 20.<br>Si. Entrega al paciente el carnet de citas informándole a su vez la terminación del tratamiento. Continúa actividad 27. |  |
|  | 27       | Registra la nota de alta del paciente en el formato: Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05), firma y lo anexa al expediente clínico.  | Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05) |
|  | 28       | Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.<br><br><b>Termina el procedimiento</b>  | Reporte diario de Atención Estomatológica (INER-EST-07)                    |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo). |   | <b>Hoja 222</b>              |

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo). |   | <b>Hoja 223</b>              |





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

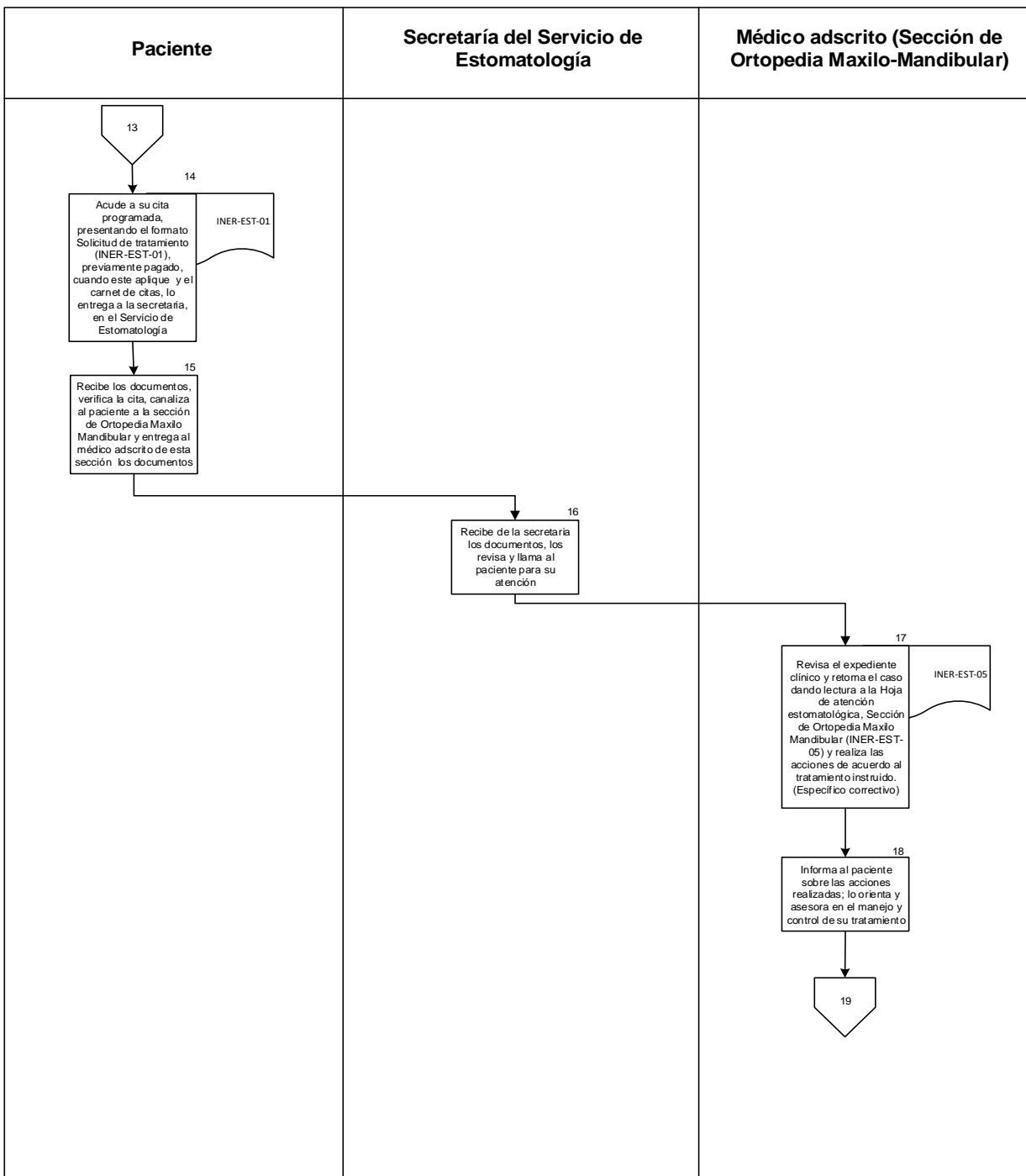
10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 224





# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA

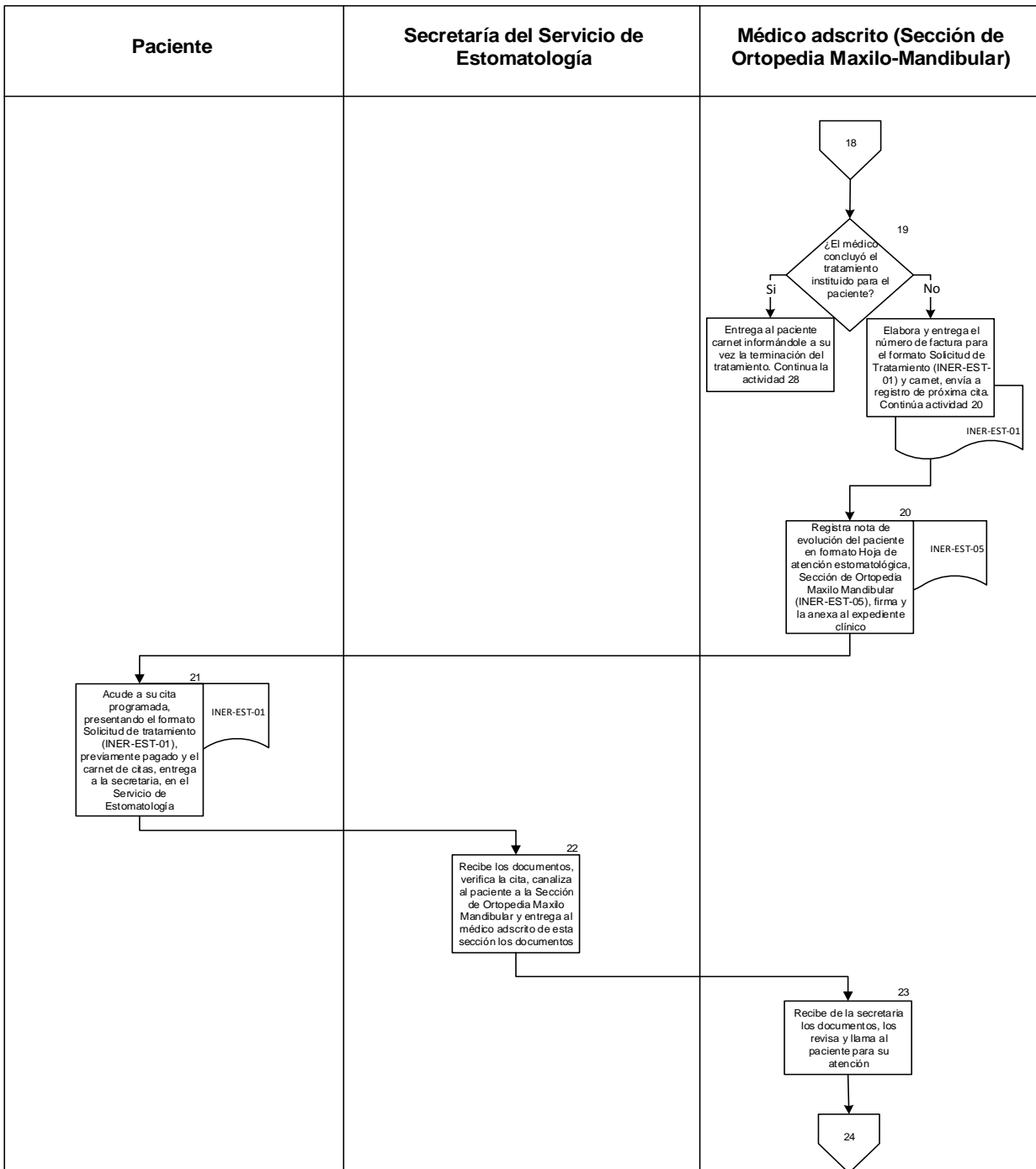
10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 225





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

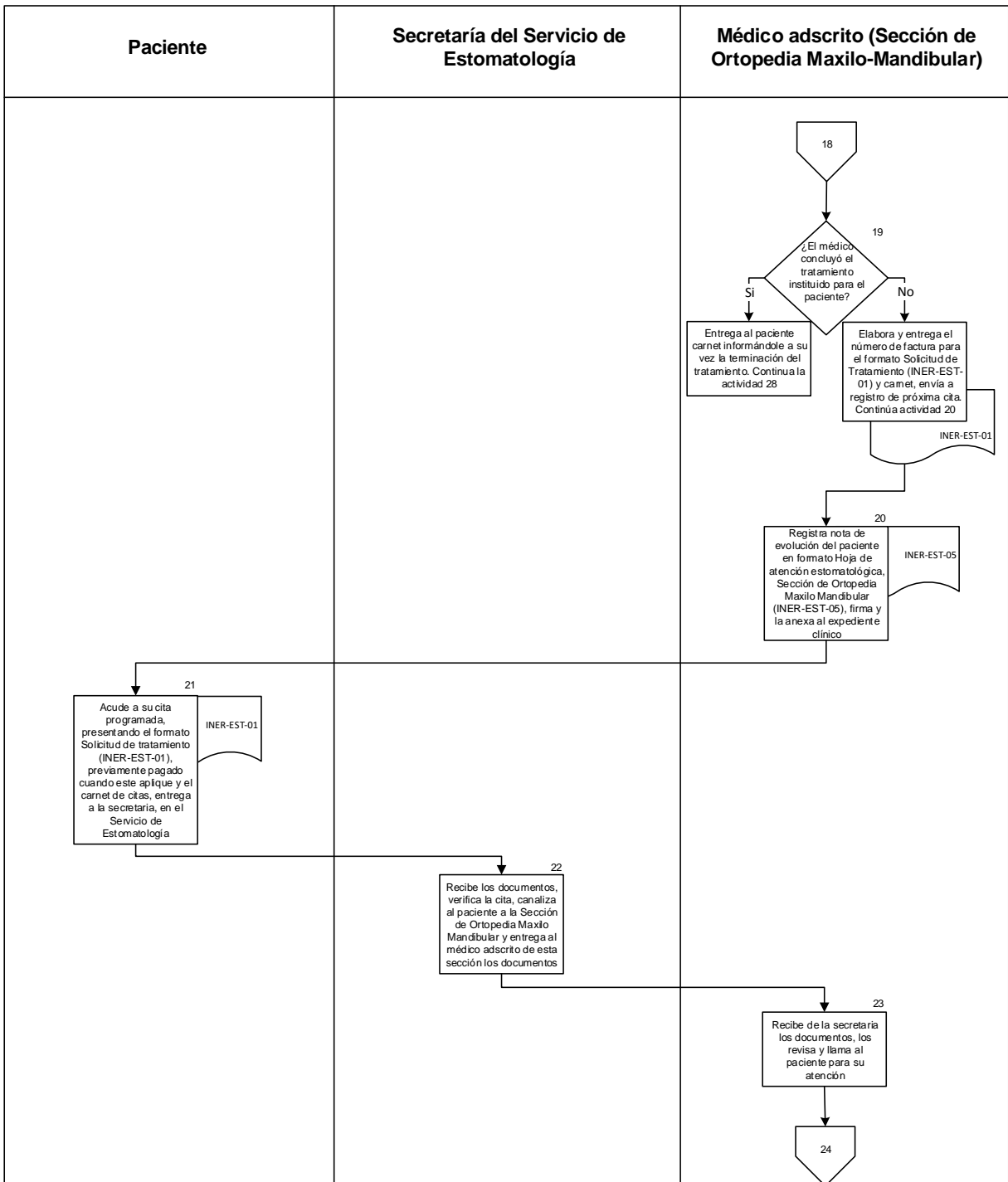
10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo).



Rev. 2

Código:  
NCDPR 041

Hoja 226





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo).





**Rev. 2**

**Código:  
NCDPR 041**

**Hoja 227**

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Ortopedia Maxilo-Mandibular)  |
|----------|--|---|
|          |  | <pre> graph TD     Start([23]) --&gt; 24[24: Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a la Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05), y realiza procedimiento correctivo.]     24 --&gt; 25[25: Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control de su tratamiento.]     25 --&gt; 26{26: ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?}     26 -- No --&gt; NoPath[Elabora y entrega el número de folio para realizar el pago en el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) y el carnet de citas, para el registro de su próxima cita. Regresa a la actividad 20.]     26 -- Si --&gt; SiPath[Entrega al paciente el carnet de citas informándole a su vez la terminación del tratamiento. Continúa actividad 27.]     SiPath --&gt; 27[27: Registra la nota de alta del paciente en el formato: Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular (INER-EST-05), firma y lo anexa al expediente clínico.]     27 --&gt; 28[28: Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.]     28 --&gt; End([Termina el procedimiento])     </pre> |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo). |   | <b>Hoja 228</b>              |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| <b>Documentos</b>   | <b>Código (cuando aplique)</b> |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                      |



## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>   | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 Solicitud de tratamiento                                     | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-01                                      |
| 7.2 Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-05                                      |
| 7.3 Notas de estomatología                                       | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-06                                      |
| 7.4 Reporte diario de atención Estomatológica                    | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-07                                      |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo). |   | <b>Hoja 229</b>              |

8.2 **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.



8.3 **Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio  |
|--------------------|------------------------|---|
| 3                  | JUNIO, 2022            | Actualización de procedimientos en cumplimiento con la acción de mejora comprometida dentro del Programa de Trabajo de Control Interno y Programa de trabajo para mejora y simplificación de procesos esenciales. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.2 Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular INER-EST-05.
- 10.3 Notas médicas de estomatología INER-EST-06.
- 10.4 Reporte diario de atención Estomatológica INER-EST-07.

|   |   |   |                      |
|---|---|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo). |   | Hoja 230             |



**10.1 Formato 1**  
**Solicitud de tratamiento**  
**INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**





|  |   |  |   |             |
|--|---|--|---|-------------|
| Fecha: _____   |   |  |   |             |
| Nombre completo del paciente: _____  |   |  | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) _____ |             |
| Genero _____   | No. Expediente clínico _____  | Sección _____  | No. de factura _____                    | Costo _____ |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento (s) otorgado (s) así como el número realizado.   |   |  |   |             |
| <p style="text-align: center;"><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-II-II</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES02 Consulta</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES03 Preconsulta</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES04 Aplicación tópica fluor adulto</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES05 Profilaxis adulto maxilar-mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES06 Toma de rayos X Periapical</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES128 Toma de rayos X Oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES101 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u</p> <p style="text-align: center;"><b>2DO. NIVEL DE ATENCIÓN INTEGRAL I-II-II</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES07 Curatje resinar o mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES08 Fijación con amalgama c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES09 Odontotectomía (exodoncia) adulto c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES102 Obturación provisional simple</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 125 Obturación con ionómero de vidrio</p> <p style="text-align: center;"><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES10 Profilaxis infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES11 Fijación amalgama y/o resina c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES12 Odontotectomía infantil (exodoncia) c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES13 Pulpotomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES14 Pulpotomía infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES15 Colocación corona acero / cromo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES16 Selladores fosetas y fisuras c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES103 Aplicación tópica fluor a Infantes</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES104 Obturación provisional simple c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES105 Toma de impresión c/u</p> <p style="text-align: center;"><b>EXODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES20 Tratamiento conductos anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES21 Tratamiento conductos posteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES106 Obturación temporal conductos</p> | <p style="text-align: center;"><b>CEJILLA MENOS</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES23 Caninos ó terceros molares retenidos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES24 Odontotomías múltiples c/u alveoplastias por cuadrantes</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasias</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES26 Cirugía preprotésica por arcada</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES27 Tratamiento Disfunción A.T.M.</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES28 Biopsia glándulas salivales menores</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES29 Gingivectomía y gingivoplastia por cuadrante</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES30 Apicectomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES35 Colocación de implantes dentarios c/u</p> <p style="text-align: center;"><b>CEJILLA MAYOR MAXILOFACIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-mentón)</p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula</p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 06 Extracción glándula salival mayor</p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido</p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 08 Toma y colocación injerto mentón</p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 09 Antrotomía Caldwell-Luc</p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 11 Lavado quirúrgico de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> ____ CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial</p> <p style="text-align: center;"><b>REHABILITACIÓN I</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 42 Colocación resina fotopolimerizable</p> <p style="text-align: center;"><b>APARATOLOGÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 117 Mantenedor de espacio fijo</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 121 Mantenedor de espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 122 Elaboración aparatología removible.</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 124 Elaboración aparatología fija.</p> | <p style="text-align: center;"><b>ORTODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 85 Tratamiento ortodóncico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 86 Recementado brackets c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 90 Reposición aparatología fija</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 97 Control aparatología ortodóncica</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 98 Trazado cefalométrica</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 130 Análisis y medición modelos de estudio</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 111 Colocación separadores inter dentarios</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 112 Prueba bandas y puntado tubos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 113 Aparatología fija bsdica (brackets)</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 114 Arcos conformados</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 115 Ligaduras metálicas y/o elásticas</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 116 Retiro de brackets</p> <p style="text-align: center;"><b>ORTOPELIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 81 Colocación guarda aducal</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 82 Colocación mantenedor espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 84 Colocación de aparato SACS</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 96 Colocación retenedor removible c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 108 Colocación retenedor fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ____ ES 109 Control aparatología ortopédica</p> |   |             |
| Nombre y firma de quien solicita _____   |   |  |   |             |

|   |   |  |                              |
|---|---|--|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>INER</b> | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo). |  | <b>Hoja 231</b>              |



### 10.2 Formato 2

### Solicitud de atención, Sección de Ortopedia Maxilomandibular



**INER-EST-05**

|   |              |   |                    |   |  |
|---|--------------|---|--------------------|---|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD |              | <b>SOLICITUD DE ATENCIÓN</b><br>SECCIÓN DE ORTOPEDIA MAXILOMANDIBULAR |                    |  <b>INER</b><br>INSTITUTO NACIONAL DE<br>NEURORREHABILITACIÓN<br>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA |  |
| Fecha   |              | Nombre completo del paciente  |                    | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)   |  |
| Genero  | Estado civil | No. de expediente   | Servicio Clínico   |   |  |
| Domicilio   |              |   | Teléfono           |   |  |
| Dx. General.  |              |   |                    |   |  |
| Tercer nivel de atención a la salud. Ortopédico maxilar mandibular.   |              |   |                    |   |  |
| Padecimiento actual.  |              |   |                    |   |  |
| Diagnostico estomatologico  |              |   |                    |   |  |
| Plan de tratamiento   |              |   | Especificar diseño |   |  |
| Estudios previos solicitados  |              |   |                    |   |  |
| Nombre y firma del médico responsable   |              |   |                    |   |  |

Licencia Sanitaria No. 13-AM-09-013-0902 INER-031-05 (07-2021)


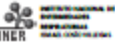
|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD |  | <b>SOLICITUD DE ATENCIÓN</b><br>SECCIÓN DE ORTOPEDIA MAXILOMANDIBULAR |  |  <b>INER</b><br>INSTITUTO NACIONAL DE<br>NEURORREHABILITACIÓN<br>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA |  |
| I. Biotipo.   |  |   |  |   |  |
| II. Antecedentes personales no patológicos.   |  |   |  |   |  |
| 1. Biberón  |  | Lactancia Materna   |  | Erupción dentición primaria   |  |
| Destete   |  | Alimentación posterior  |  |   |  |
| 2. Tipo respiración   |  | Nasal   |  | Bucal   |  |
| 3. Tipo fonación.   |  | Nasal   |  | Gutural   |  |
| 4. Tipo masticación.  |  | Unilateral  |  | Bilateral   |  |
| 5. Tipos de alimentación  |  | Dura.   |  | Blanda  |  |
|   |  | Mista   |  | Líquida   |  |
| III. Hábitos  |  |   |  |   |  |
| 1. Sución pulgar:   |  | Frecuente   |  | Ocasional   |  |
|   |  | Variable  |  |   |  |
| Edad de inicio  |  | Tiempo de evolución   |  |   |  |
| Horario   |  | Matutino  |  | Vespertino  |  |
|   |  | Nocturno  |  | Continuo  |  |
| 2. Lengua   |  |   |  |   |  |
| Edad de inicio  |  | Tiempo de evolución   |  |   |  |
| Horario   |  | Matutino  |  | Vespertino  |  |
|   |  | Nocturno  |  | Continuo  |  |
| Otros.  |  |   |  |   |  |
| 3. Hábitos respiratorios  |  |   |  |   |  |
| Rinitis   |  | Asma  |  | Amígdalas   |  |
| Alergias  |  | Adenoides   |  |   |  |
| IV. Exploración ortopédica  |  |   |  |   |  |
| Facial  |  | Acimétris   |  | Frontal   |  |
|   |  | Relación labial   |  | Perfil  |  |
| Clase oclusión.   |  | Tipo dental   |  |   |  |
| Mordida cruzada   |  | Mordida abierta   |  | Aplamiento  |  |
| Desviación línea 1/3  |  | Apertura  |  | Curve despegue  |  |
|   |  | Curve Spee  |  |   |  |
| Interferencia oclusal   |  |   |  |   |  |
| Posterior   |  | Anterior  |  | Mista   |  |
| Dolor   |  | Chasquido   |  | Crepitación   |  |
|   |  | Relación Céntrica   |  | Relación odusal   |  |
| Otros   |  |   |  |   |  |
| V. Tiempo aproximado del tratamiento  |  |   |  |   |  |
| Pronóstico  |  |   |  |   |  |
| Indicaciones  |  |   |  |   |  |
| Nombre y firma del médico responsable   |  |   |  |   |  |

Licencia Sanitaria No. 13-AM-09-013-0902 INER-031-05 (07-2021)


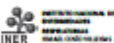
|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo). |   | <b>Hoja 232</b>              |

**10.3 Formato 2**



**Notas de estomatología  
INER-EST-06**

|   |                      |  |  |   |  |
|---|----------------------|--|--|---|--|
|  |                      | <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b>            |  |  |  |
| <b>Nombre completo del paciente</b>   |                      | <b>Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)</b> |  |   |  |
| <b>Sexo</b>   | <b>Estado civil</b>  | <b>Nº. de expediente</b>                 |  |   |  |
| <b>Dirección</b>  |                      | <b>Teléfono</b>                          |  |   |  |
| <b>Fecha y hora</b>   | <b>Notas médicas</b> |  |  |   |  |
|   |                      |  |  |   |  |

Dirección telefónica No. 57 466 96 000 (240) INER-EST-06(01/2016)

|   |  |                               |  |   |  |
|---|--|-------------------------------|--|---|--|
|  |  | <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b> |  |  |  |
| <b>Fecha y hora</b>   |  | <b>Notas médicas</b>          |  |   |  |
|   |  |                               |  |   |  |

Dirección telefónica No. 57 466 96 000 (240) INER-EST-06(01/2016)

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 10. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortopedia maxilo mandibular, 3er. Nivel de atención (Específico correctivo). |   | <b>Hoja 233</b>              |

### 10.4 Formato 3

### Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**





INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
 SECRETARÍA DE SALUD  
 GOBIERNO FEDERAL DE MÉXICO  
 INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA EN ATENCIÓN DE SALUD EN REHABILITACIÓN  
 AV. DE LOS ESTADOS UNIDOS 1000

| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |       | Procedimiento |       | Edad               | Género              | Diagnóstico CIE 10 |                     | Actividades |     | Tratamiento suministrado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|-------|---------------|-------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-------------|-----|--------------------------|
|                                     |                     |              | Ata.     | Sub.  | C.A.          | Manq. |                    |                     | General            | Estomatológico      | Clave       | No. |                          |
| 1                                   |                     |              |          |       |               |       |                    |                     |                    |                     |             |     |                          |
| 2                                   |                     |              |          |       |               |       |                    |                     |                    |                     |             |     |                          |
| 3                                   |                     |              |          |       |               |       |                    |                     |                    |                     |             |     |                          |
| 4                                   |                     |              |          |       |               |       |                    |                     |                    |                     |             |     |                          |
| 5                                   |                     |              |          |       |               |       |                    |                     |                    |                     |             |     |                          |
| 6                                   |                     |              |          |       |               |       |                    |                     |                    |                     |             |     |                          |
|                                     |                     |              |          |       | Da            | Me    | Año                |                     |                    |                     |             |     |                          |
| Nombre completo del médico tratante |                     | Puesto       |          | Fecha |               |       | Número de consulta | Número de pacientes | Actividades        | Área estomatológica |             |     |                          |

www.iner.gob.mx

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortodoncia Preventiva, Interceptiva y Correctiva, 3er. nivel de atención (especifico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | <b>Hoja 234</b>              |

**11. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN LA SECCIÓN DE ORTODONCIA PREVENTIVA, INTERCEPTIVA Y CORRECTIVA, 3ER. NIVEL DE ATENCIÓN (ESPECÍFICO PREVENTIVO, RESTAURATIVO Y CORRECTIVO)**

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortodoncia Preventiva, Interceptiva y Correctiva, 3er. nivel de atención (específico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | <b>Hoja 235</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Proporcionar atención estomatológica de 3er. nivel, (específico preventivo, interceptivo y correctivo), a pacientes del Servicio de Consulta Externa, Unidad de Urgencias Respiratorias, especialidades de apoyo y hospitalización con problemas respiratorios que requieran del servicio; de acuerdo a la capacidad física y técnica.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.


## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortodoncia Preventiva, Interceptiva y Correctiva, 3er. nivel de atención (especifico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | <b>Hoja 236</b>              |

- 3.3 Todo paciente que requiera de 3er. nivel, Ortodoncia (preventiva- interceptiva- correctiva), debe haber concluido previamente su 1er y 2do. nivel de atención para poder iniciar su tratamiento.
- 3.4 Todo paciente que solicite atención en ortodoncia, debe tener resuelto su problemática de 3er. nivel (cirugía bucal, endodoncia, rehabilitación II y III).
- 3.5 Para poder dar inicio al tratamiento en ortodoncia (preventiva- interceptiva- correctiva), todos los pacientes deben contar con referencia médica de envío que justifique el tratamiento solicitado.
- 3.6 Para iniciar tratamiento específico en ortodoncia (preventiva- interceptiva- correctiva), el paciente debe presentar estudios previos de: radiografías de cráneo posteroanterior - ortopantomografía- cefalograma con cefalometría- modelo estudios dentales y fotografías intra y extraorales específicas al caso a tratar.
- 3.7 Sin excepción todo paciente debe entregar al inicio de su consulta, formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) con número de factura previamente pagado.
- 3.8 Para el tratamiento instituido ya sea específico preventivo, interceptivo o correctivo debe tener: Tratamiento específico básico y tratamiento específico complementario.
- 3.9 Al concluir su consulta el médico adscrito debe entregar a la secretaria del servicio los expedientes clínicos y el reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).
- 3.10 La secretaria del servicio es responsable de gestionar el préstamo de expedientes clínicos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.



|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortodoncia preventiva, Interceptiva y Correctiva, 3er. nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo) |

Hoja 237

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo |
|---|----------|---|--------------------|
| <b>Valoración de paciente y elaboración del Formato de Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01)</b> |          |   |                    |
| Paciente  | 1        | Acude a su cita programada, presentando el formato Solicitud de Tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado cuando este aplique y el carnet de citas, entrega a la secretaria, en el Servicio de Estomatología. | INER-EST-01        |
|   | 2        | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Ortodoncia y entrega al médico adscrito de esta sección los documentos.   |                    |
| Secretaria del Servicio de Estomatología  | 3        | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  |                    |
| Médico adscrito (Sección de Ortodoncia)   | 4        | Revisa el expediente clínico (previamente recibido) e interroga al paciente y registra el resumen de diagnóstico general en el formato (INER-EST-08).   | INER-EST-08        |
|   | 5        | Interroga, inspecciona y explora al paciente anotando las alteraciones y/o discrepancias en formato INER-EST-08.  | INER-EST-08        |
|   | 6        | Valora los estudios previamente solicitados para su análisis e interpretación.  |                    |
|   | 7        | Revalora al paciente, establece el diagnóstico a seguir y de acuerdo a las acciones precedentes instituye el plan del tratamiento específico.   |                    |

**PROCEDIMIENTO**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

11. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortodoncia preventiva, Interceptiva y Correctiva, 3er. nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo)

Hoja 238

| <b>Responsable</b>                      | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>   | <b>Documentos o anexo</b>   |
|---|-----------------|---|-----------------------------|
| Médico adscrito (Sección de Ortodoncia) | 8               | Informa al paciente sobre su estado de salud bucal, así como las acciones a realizarle y la diversidad de aparatología que su tratamiento requiere, en este caso, tratamiento en 3er. nivel de atención.                      |                             |
|   | 9               | Registra el número de acciones a realizar de acuerdo al tratamiento específico instituido (3er. nivel) en formatos (INER-EST- 06) y (INER-EST- 08).   | INER-EST-06,<br>INER-EST-08 |
|   | 10              | Entrega al paciente el folio para realizar el pago del Sistema de Administración Hospitalario en la Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), y el carnet de citas, dando indicaciones para conocer y autorizar el presupuesto. | INER-EST-01                 |
| Paciente                                | 11              | Recibe las indicaciones y la fecha de su próxima cita.  |                             |
| Médico adscrito (Sección de Ortodoncia) | 12              | Registra las notas médicas en los formatos (INER-EST- 06) y (INER-EST- 08), los firma y anexa al expediente.  | INER-EST-06,<br>INER-EST-08 |
|   | 13              | Procede al llenado y firma la hoja de Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), para entregarla junto con los expedientes clínicos a la secretaria del servicio.   | INER-EST-07                 |


**PROCEDIMIENTO**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

11. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortodoncia preventiva, Interceptiva y Correctiva, 3er. nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo)



Hoja 239

| <b>Responsable</b>                       | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>   | <b>Documentos o anexo</b>                                  |
|--|-----------------|---|--|
| Paciente                                 | 14              | Acude a su cita programada, presentando el formato: Solicitud de tratamiento (INER-EST-01), previamente pagado y entrega el carnet de citas a la secretaria, del Servicio de Estomatología.   | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                     |
|  | 15              | Recibe los documentos, verifica la cita, canaliza al paciente a la Sección de Ortodoncia y entrega al médico adscrito de esta sección los documentos.   |  |
| Secretaria del Servicio de Estomatología | 16              | Recibe de la secretaria los documentos, los revisa y llama al paciente para su atención.  | Solicitud de Atención, Sección de Ortodoncia (INER-EST-08) |
|  | 17              | Revisa el expediente clínico y retoma el caso dando lectura a la Solicitud de Atención, Sección de Ortodoncia (INER-EST-08), y realiza el tratamiento específico preventivo, interceptivo y correctivo.   |  |
| Médico adscrito (Sección de Ortodoncia)  | 18              | Informa al paciente sobre las acciones realizadas; lo orienta y asesora en el manejo y control, así como del cuidado e higiene que debe de mantener.  | Solicitud de tratamiento (INER-EST-01)                     |
|  | 19              | ¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?<br><br>No. Entrega el folio para realizar el pago del Sistema de Administración Hospitalario en el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) al paciente y programa próxima cita en el carnet del paciente. Regresa a la actividad 12.<br>Si. Entrega el carnet de citas al paciente informándole la terminación del tratamiento. Continúa actividad 20. |  |

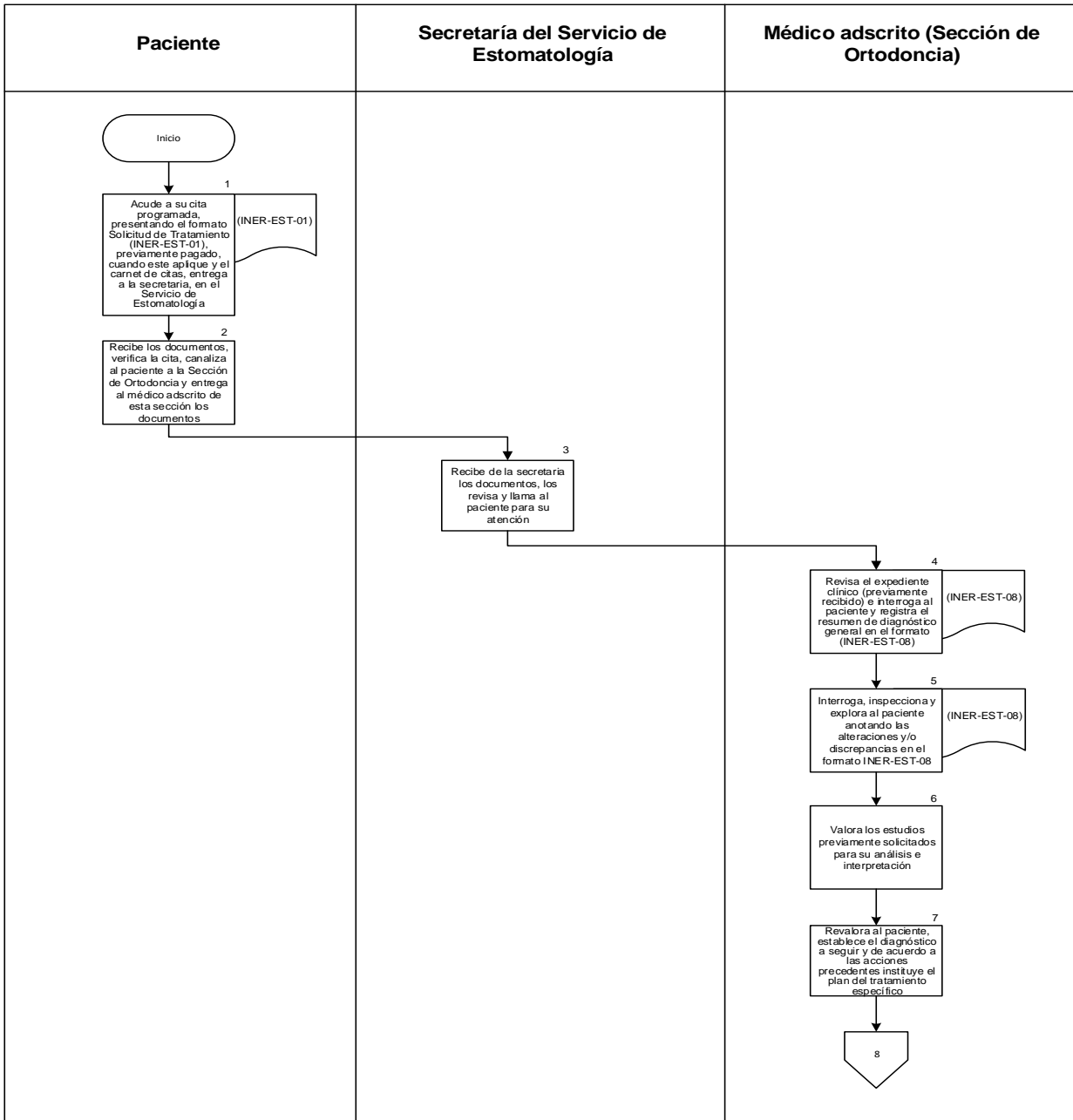
|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la Sección de Ortodoncia preventiva, Interceptiva y Correctiva, 3er. nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo) |

Hoja 240

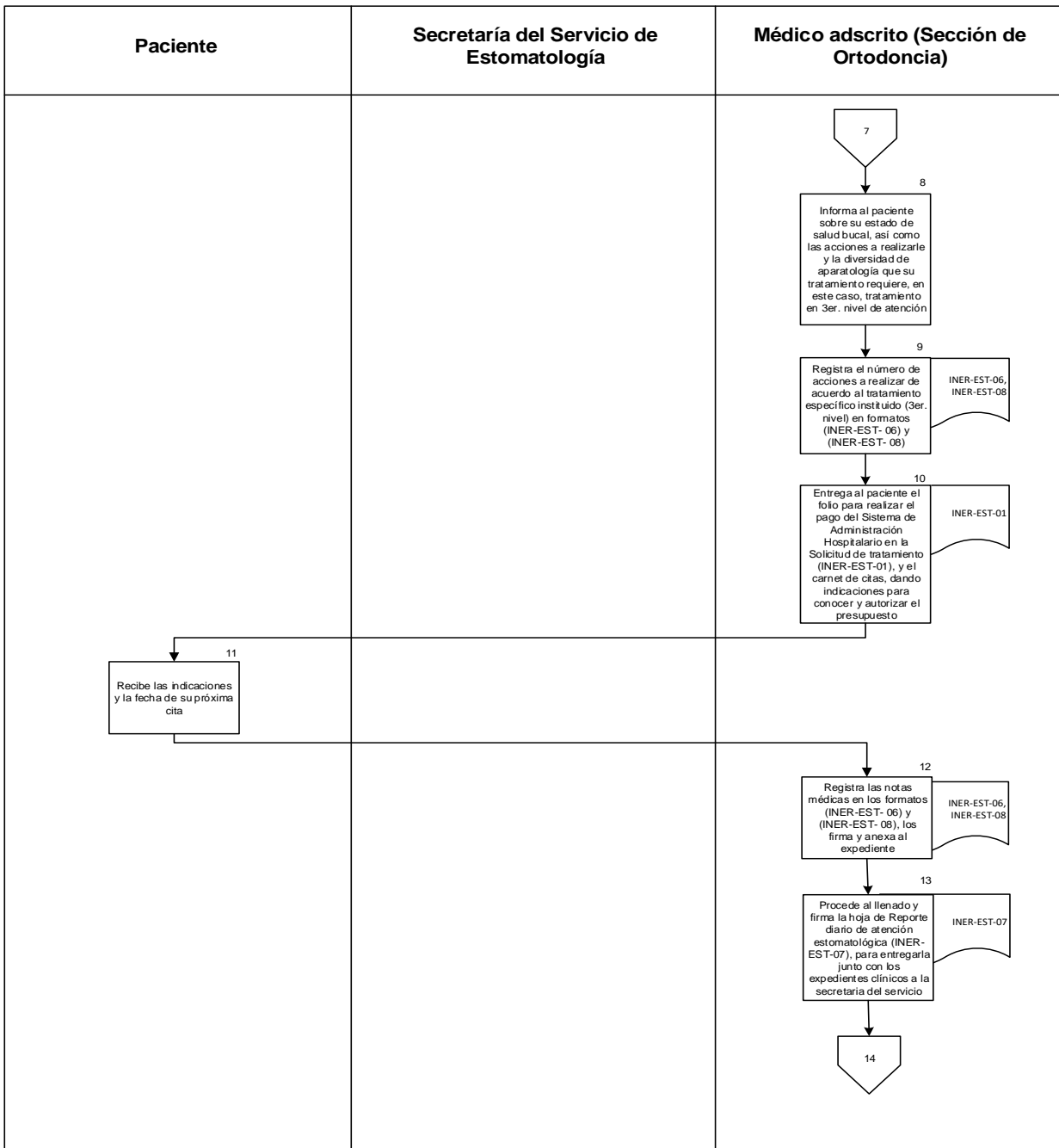
| Responsable                             | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo                                      |
|---|----------|--|---|
| Médico adscrito (Sección de ortodoncia) | 20       | Registra la nota de alta del paciente de la sección en el formato (INER-EST-06), lo firma y lo anexa al expediente clínico.  | Notas de estomatología (INER-EST-06)                    |
|   | 21       | Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado.<br><br><b>Termina el procedimiento</b> | Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07) |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | <b>Hoja 241</b>              |

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



|  |   |                              |
|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo). |                              |





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

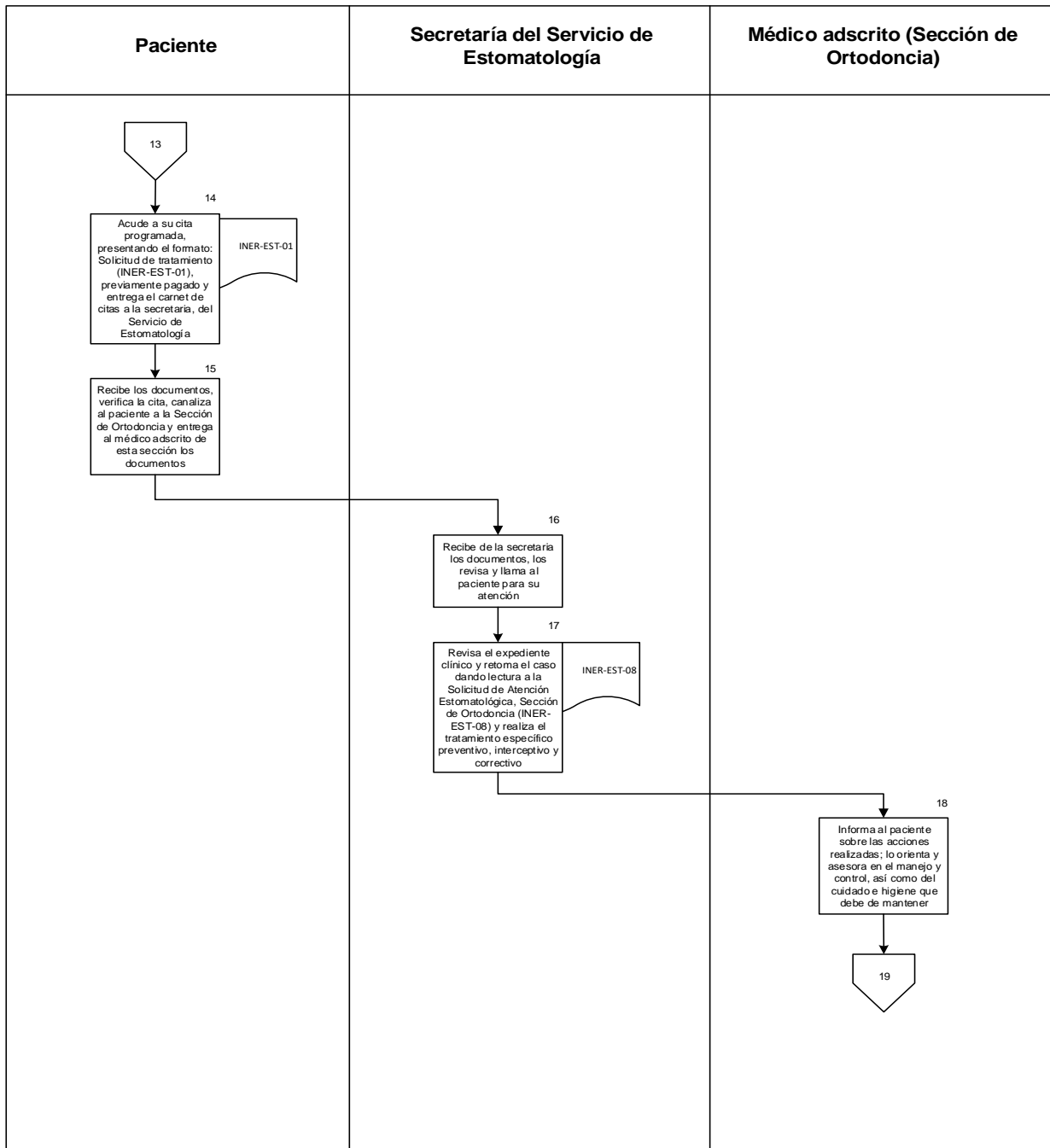
11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo).





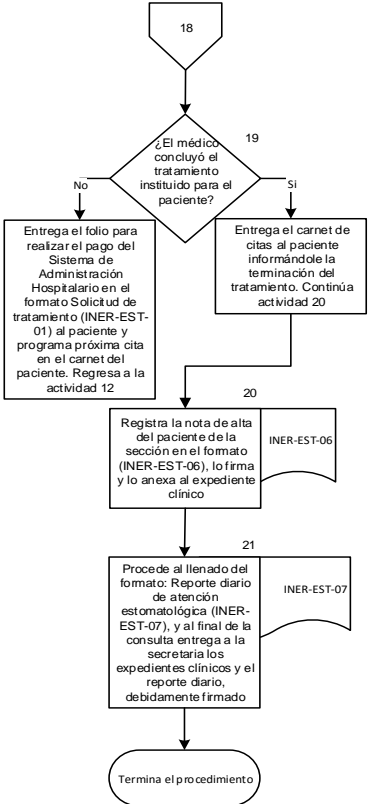
Rev. 2

Código:  
NCDPR 041



Hoja 243



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | <b>Hoja 244</b>              |

| Paciente | Secretaría del Servicio de Estomatología | Médico adscrito (Sección de Ortodoncia)  |
|----------|--|--|
|          |  |  <pre> graph TD     Start([18]) --&gt; Decision{19<br/>¿El médico concluyó el tratamiento instituido para el paciente?}     Decision -- No --&gt; NoBox[Entrega el folio para realizar el pago del Sistema de Administración Hospitalario en el formato Solicitud de tratamiento (INER-EST-01) al paciente y programa próxima cita en el carnet del paciente. Regresa a la actividad 12]     Decision -- Si --&gt; SiBox[Entrega el carnet de citas al paciente informándole la terminación del tratamiento. Continúa actividad 20]     NoBox --&gt; Act20[20<br/>Registra la nota de alta del paciente de la sección en el formato (INER-EST-06), lo firma y lo anexa al expediente clínico]     SiBox --&gt; Act20     Act20 --&gt; Act21[21<br/>Procede al llenado del formato: Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07), y al final de la consulta entrega a la secretaria los expedientes clínicos y el reporte diario, debidamente firmado]     Act21 --&gt; End([Termina el procedimiento])   </pre> |



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | <b>Hoja 245</b>              |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| <b>Documentos</b>   | <b>Código (cuando aplique)</b> |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                      |

## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>                                 | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 Solicitud de tratamiento                     | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-01                                      |
| 7.2 Notas de Estomatología                       | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-06                                      |
| 7.3 Reporte diario de atención Estomatológica    | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-07                                      |
| 7.4 Solicitud de atención, sección de ortodoncia | No aplica                     | Servicio de Estomatología         | INER-EST-08                                      |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Primer Nivel de Atención:** Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud estomatológica. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud dental básicos.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | <b>Hoja 246</b>              |

8.2 **Segundo Nivel de Atención:** Desarrolla un conjunto de servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por los del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda y urgencias acuden a los establecimientos de este nivel.



8.3 **Tercer Nivel de Atención:** Desarrolla servicios de salud de alta complejidad con especialidades médicas, quirúrgicas y otras, dirigidos a la solución de problemas de las personas referidas por los establecimientos del Primer y Segundo Nivel, o que acudan de forma espontánea o por urgencia.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio  |
|--------------------|------------------------|---|
| 3                  | JUNIO, 2022            | Actualización de procedimientos en cumplimiento con la acción de mejora comprometida dentro del Programa de Trabajo de Control Interno y Programa de trabajo para mejora y simplificación de procesos esenciales. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de tratamiento INER-EST-01.
- 10.2 Notas de estomatología INER-EST-06.
- 10.3 Solicitud de atención, sección de ortodoncia INER-EST-08.
- 10.4 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.

|   |   |  |                              |
|---|---|--|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>INER</b> | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |  | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo). |  |                              |



10.1 Formato 1  
**Solicitud de tratamiento**  
**INER-EST-01**



**SOLICITUD DE TRATAMIENTO**





|  |  |  |                |                                   |
|--|--|--|----------------|-----------------------------------|
| Fecha:   |  |  |                |                                   |
| Nombre completo del paciente:  |  |  |                | Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) |
| Genero   | No. Expediente clínico   | Sección  | No. de factura | Costo                             |
| Marque en el recuadro la consulta o procedimiento (s) otorgado (s) así como el número realizado.   |  |  |                |                                   |
| <p><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br/><b>INTEGRAL I-I-II</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES02 Consulta</p> <p><input type="checkbox"/> ES03 Preconsulta</p> <p><input type="checkbox"/> ES04 Aplicación tópica flúor adulto</p> <p><input type="checkbox"/> ES05 Profilaxis adulto maxilar-mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES06 Toma de rayos X Periapical</p> <p><input type="checkbox"/> ES128 Toma de rayos X Oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> ES101 Selladores fosetas y fisuras adulto c/u</p> <p><b>2DO. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br/><b>INTEGRAL I-II-III</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES07 Curetaje maxilar o mandibular c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES08 Plastia con amalgamo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES09 Odontostomatía (exodoncia) adulto c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES102 Obturación provisional simple</p> <p><input type="checkbox"/> ES 125 Obturación con ionómero de vidrio</p> <p><b>3ER. NIVEL DE ATENCIÓN</b><br/><b>ODONTOPEDIATRÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES10 Profilaxis infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES11 Plastia amalgamo y/o resina c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES12 Odontostomatía infantil (exodoncia) c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES13 Pulpotomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES14 Pulpsectomía infantil c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES15 Colocación corona acero / cromos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES16 Selladores fosetas y fisuras c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES18 Colocación mantenedor espacio fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES19 Colocación mantenedor espacio fijo con dientes c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES103 Aplicación tópica flúor a infantes</p> <p><input type="checkbox"/> ES104 Obturación provisional simple c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES105 Toma de impresión c/u</p> <p><b>ENDODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES20 Tratamiento conductos anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ES21 Tratamiento conductos posteriores</p> <p><input type="checkbox"/> ES106 Obturación temporal conductos</p> | <p><b>CIRUGÍA MENOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES23 Carinos é tercosos molares retenidos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES24 Odontostomatías múltiples c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES25 Alveoplastias por cuadrantes</p> <p><input type="checkbox"/> ES25 Eliminaciones quistes e hiperplasia</p> <p><input type="checkbox"/> ES26 Cirugía preprotésica por arcada</p> <p><input type="checkbox"/> ES27 Tratamiento Diferenciación A.T.M.</p> <p><input type="checkbox"/> ES28 Biopsia glándulas salivales menores</p> <p><input type="checkbox"/> ES29 Gingivectomía y Gingivoplastia por cuadrante</p> <p><input type="checkbox"/> ES30 Apicoctomía c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES31 Reducción cerrada de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> ES95 Colocación de Implantes dentarios c/u</p> <p><b>CIRUGÍA MAYOR MAXILOFACIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> CM 01 Cirugía ortognática (mandibular-maxilar-menton)</p> <p><input type="checkbox"/> CM 04 Reducción abierta de fracturas maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> CM 05 Enucleación quistes y tumores de Maxilares o Mandíbula</p> <p><input type="checkbox"/> CM 06 Extirpación glándula salival mayor</p> <p><input type="checkbox"/> CM 07 Cirugía labio y/o paladar hendido</p> <p><input type="checkbox"/> CM 08 Toma y colocación Injerto mentón</p> <p><input type="checkbox"/> CM 09 Anstrotonía Cadwel-lac</p> <p><input type="checkbox"/> CM 10 Canalización y drenaje de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> CM 11 lavado quirúrgico de absceso de origen dentario</p> <p><input type="checkbox"/> CM 12 Reducción fracturas de maxilo facial</p> <p><b>REHABILITACIÓN I</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 42 Colocación resina fotopolimerizable</p> <p><b>APARATOLOGÍA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 117 Mantenedor de espacio fijo</p> <p><input type="checkbox"/> ES 118 Mantenedor espacio fijo c/ dientes</p> <p><input type="checkbox"/> ES 121 Mantenedor de espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 122 Elaboración aparatología removible.</p> <p><input type="checkbox"/> ES 124 Elaboración aparatología fija.</p> | <p><b>ORTODONCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 85 Tratamiento ortodéncico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ES 89 Recambio de brackets c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 90 Reposición aparatología fija</p> <p><input type="checkbox"/> ES 97 Control aparatología ortodéncica</p> <p><input type="checkbox"/> ES 98 Trazado cefalométrico</p> <p><input type="checkbox"/> ES 110 Análisis y medición modelos de estudio</p> <p><input type="checkbox"/> ES 111 Colocación separadores Iner dentarios</p> <p><input type="checkbox"/> ES 112 Prueba bandas y punteado tubos c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 113 Aparatología fija básica (brackets)</p> <p><input type="checkbox"/> ES 114 Arcos conformados</p> <p><input type="checkbox"/> ES 115 Ligaduras metálicas y/o elásticas</p> <p><input type="checkbox"/> ES 116 Retiro de brackets</p> <p><b>ORTOPEDIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ES 79 Tratamiento ortopédico (valoración)</p> <p><input type="checkbox"/> ES 81 Colocación guarda oclusal</p> <p><input type="checkbox"/> ES 82 Colocación mantenedor espacio removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 83 Reposición de aparatología fija y/o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 84 Colocación de aparato SACS</p> <p><input type="checkbox"/> ES 96 Colocación retenedor removible c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 107 Colocación aparato ortopédico fijo o removible</p> <p><input type="checkbox"/> ES 108 Colocación retenedor fijo c/u</p> <p><input type="checkbox"/> ES 109 Control aparatología ortopédica</p> |                |                                   |
|  |  |  |                | Nombre y firma de quien solicita  |



|   |   |   |                      |
|---|---|---|----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 2               |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | Código:<br>NCDPR 041 |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | Hoja 248             |

10.2 Formato 2



**Notas de estomatología  
INER-EST-06**

|   |               |                                |   |  |
|---|---------------|--------------------------------|---|--|
|  |               | <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |  |  |
| Nombre completo del paciente  |               | Fecha de nacimiento (dd/Mm/aa) |   |  |
| Sexo  | Estado civil  | No. de expediente              |   |  |
| Dirección   |               | Teléfono                       |   |  |
| Fecha y hora  | Notas médicas |                                |   |  |
|   |               |                                |   |  |

Código formato No. 11-000-001-0000

|  |  |                               |   |  |
|--|--|-------------------------------|---|--|
|  |  | <b>NOTAS DE ESTOMATOLOGÍA</b> |  |  |
| Fecha y hora   |  | Notas médicas                 |   |  |
|  |  |                               |   |  |



Código formato No. 11-000-001-0000

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | <b>Hoja 249</b>              |



10.3 Formato 3

Solicitud de atención, sección de ortodoncia



INER-EST-08

|   |                           |   |
|---|---------------------------|---|
|  |                           |  |
| <b>SOLICITUD DE ATENCIÓN SECCIÓN DE ORTODONCIA</b>                                |                           |   |
| <b>Fecha</b><br>Nombre completo del paciente                                      |                           | <b>Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)</b>  |
| <b>Sexo</b>   | <b>Estado civil</b>       | <b>No. de expediente</b>  |
| <b>Cursillo</b>   |                           | <b>Tratamiento</b>  |
| <b>Cl. General</b>  |                           |   |
| <b>Tener señal de atención a la salud. Ortodoncia</b>                             |                           |   |
| <b>Padecimiento actual</b>  |                           |   |
| <b>Diagnóstico estomatológico</b>   |                           |   |
| <b>Plan de tratamiento</b>  | <b>Especificar diente</b> |   |
| <b>Estados previos solicitados</b>  |                           |   |
| <b>Nombre y Firma del médico responsable</b>                                      |                           |   |

Última versión No. 11-03-05-01-000 000-001-00-01-000

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
|  |                          |  |
| <b>SOLICITUD DE ATENCIÓN SECCIÓN DE ORTODONCIA</b>                                |                          |   |
| <b>I. Datos</b>   |                          |   |
| <b>II. Antecedentes personales o patológicos</b>                                  |                          |   |
| <b>1. Alimentación</b>  | <b>Lactancia materna</b> | <b>Erupción dentición primaria</b>  |
| <b>Alimentación posterior:</b>  |                          |   |
| <b>2. Tipo respiración</b>  | <b>Nasal</b>             | <b>Bucal</b>  |
| <b>4. Tipo fonación</b>   | <b>Nasal</b>             | <b>Mista</b>  |
| <b>4. Tipo fonación</b>   | <b>Natural</b>           | <b>Mista</b>  |
| <b>4. Tipo fonación</b>   | <b>Unilateral</b>        | <b>Mista</b>  |
| <b>3. Tipo de alimentación</b>  |                          |   |
| <b>Dura</b>   | <b>Blanda</b>            | <b>Mista</b>  |
| <b>III. Hábitos</b>   |                          |   |
| <b>1. Sución pulgar:</b>  | <b>Frecuente</b>         | <b>Ocasional</b>  |
| <b>Edad de inicio</b>   |                          |   |
| <b>Horario</b>  | <b>Matutino</b>          | <b>Vespertino</b>   |
| <b>Tiempo de evolución</b>  |                          |   |
| <b>Horario</b>  |                          |   |
| <b>Matutino</b>   |                          |   |
| <b>Vespertino</b>   |                          |   |
| <b>Nocturno</b>   |                          |   |
| <b>Continuo</b>   |                          |   |
| <b>2. Lengua</b>  |                          |   |
| <b>Edad de inicio</b>   |                          |   |
| <b>Tiempo de evolución</b>  |                          |   |
| <b>Horario</b>  |                          |   |
| <b>Matutino</b>   |                          |   |
| <b>Vespertino</b>   |                          |   |
| <b>Nocturno</b>   |                          |   |
| <b>Continuo</b>   |                          |   |
| <b>III. Hábitos respiratorios</b>   |                          |   |
| <b>Sibilos</b>  | <b>Astma</b>             | <b>Amigdalitis</b>  |
| <b>Adenoiditis</b>  |                          |   |
| <b>Alargos</b>  |                          |   |
| <b>OTitis</b>   |                          |   |
| <b>IV. Exploración ortodóncica</b>  |                          |   |
| <b>Postul</b>   | <b>Asimétrica</b>        | <b>Frontal</b>  |
| <b>Relación labial</b>  |                          |   |
| <b>Peril</b>  |                          |   |
| <b>Clase oclusión</b>   |                          |   |
| <b>Tipo dental</b>  |                          |   |
| <b>Mordida cruzada</b>  |                          |   |
| <b>Mordida abierta</b>  |                          |   |
| <b>Aperturismo</b>  |                          |   |
| <b>Sobre mordida</b>  |                          |   |
| <b>Desviación línea X</b>   |                          |   |
| <b>Apertura</b>   |                          |   |
| <b>Curva de Spee</b>  |                          |   |
| <b>Curva Spee</b>   |                          |   |
| <b>Interferencia oclusal</b>  |                          |   |
| <b>Posterior</b>  | <b>Anterior</b>          | <b>Mista</b>  |
| <b>ATM</b>  |                          |   |
| <b>Dolor</b>  | <b>Chaquido</b>          | <b>Crepit</b>   |
| <b>Relación céntrica</b>  |                          |   |
| <b>Relación oclusal</b>   |                          |   |
| <b>OTitis</b>   |                          |   |
| <b>V. Tiempo aproximado del tratamiento</b>                                       |                          |   |
| <b>Indicados</b>  |                          |   |
| <b>Indicaciones</b>   |                          |   |
| <b>Nombre y Firma del médico responsable</b>                                      |                          |   |

Última versión No. 11-03-05-01-000 000-001-00-01-000

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 11. Procedimiento para la atención estomatológica en la sección de ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, 3er. Nivel de atención (Específico preventivo, restaurativo y correctivo). |   | <b>Hoja 250</b>              |

#### 10.4 Formato 4



### Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**



| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |      | Procedencia |       | Edad | Sexo             | Diagnóstico CIE 10 |                | Actividades         |     | Tratamiento<br>Solicitado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|------|-------------|-------|------|------------------|--------------------|----------------|---------------------|-----|---------------------------|
|                                     |                     |              | Int.     | Sub. | C.E.        | Hosp. |      |                  | General            | Estomatológica | Clave               | No. |                           |
| 1                                   |                     |              |          |      |             |       |      |                  |                    |                |                     |     |                           |
| 2                                   |                     |              |          |      |             |       |      |                  |                    |                |                     |     |                           |
| 3                                   |                     |              |          |      |             |       |      |                  |                    |                |                     |     |                           |
| 4                                   |                     |              |          |      |             |       |      |                  |                    |                |                     |     |                           |
| 5                                   |                     |              |          |      |             |       |      |                  |                    |                |                     |     |                           |
| 6                                   |                     |              |          |      |             |       |      |                  |                    |                |                     |     |                           |
|                                     |                     |              |          |      | Da          | Me    | Año  |                  |                    |                |                     |     |                           |
| Nombre completo del médico tratante |                     |              | Firma    |      | Fecha       |       |      | Núm. de consulta | Núm. de pacientes  | Actividades    | Área estomatológica |     |                           |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente. |   | <b>Hoja 251</b>              |

## 12. PROCEDIMIENTO PARA LA CONCENTRACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA DEL PACIENTE

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente. |   | <b>Hoja 252</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los criterios para el uso de expedientes clínicos, a través del préstamo de documentos en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos, para la atención estomatológica de pacientes.



## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.


## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente. |   | <b>Hoja 253</b>              |



- 3.3 La solicitud de préstamo de expedientes clínico se realizará 48 horas antes de la consulta establecida a través del Sistema de Administración Hospitalario en el rubro “Control de citas médicas”.
- 3.4 Solamente se solicita a la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos, los expedientes clínicos de pacientes de consulta externa. Los pacientes hospitalizados deben traer consigo su expediente.
- 3.5 La secretaria debe entregar a cada sección los expedientes clínicos correspondientes junto con el formato de Reporte diario de atención estomatológica (INER-EST-07).
- 3.6 Cuando se derive un expediente para trámite de hospitalización, se debe reportar en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos al entregar los expedientes.
- 3.7 Al término de cada consulta el médico adscrito de cada sección debe devolver los expedientes clínicos a la secretaría para su entrega a la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.8 La secretaria debe entregar diariamente el formato (INER-EST-07) por cada médico adscrito a la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos, para la integración del informe mensual del servicio.

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente |

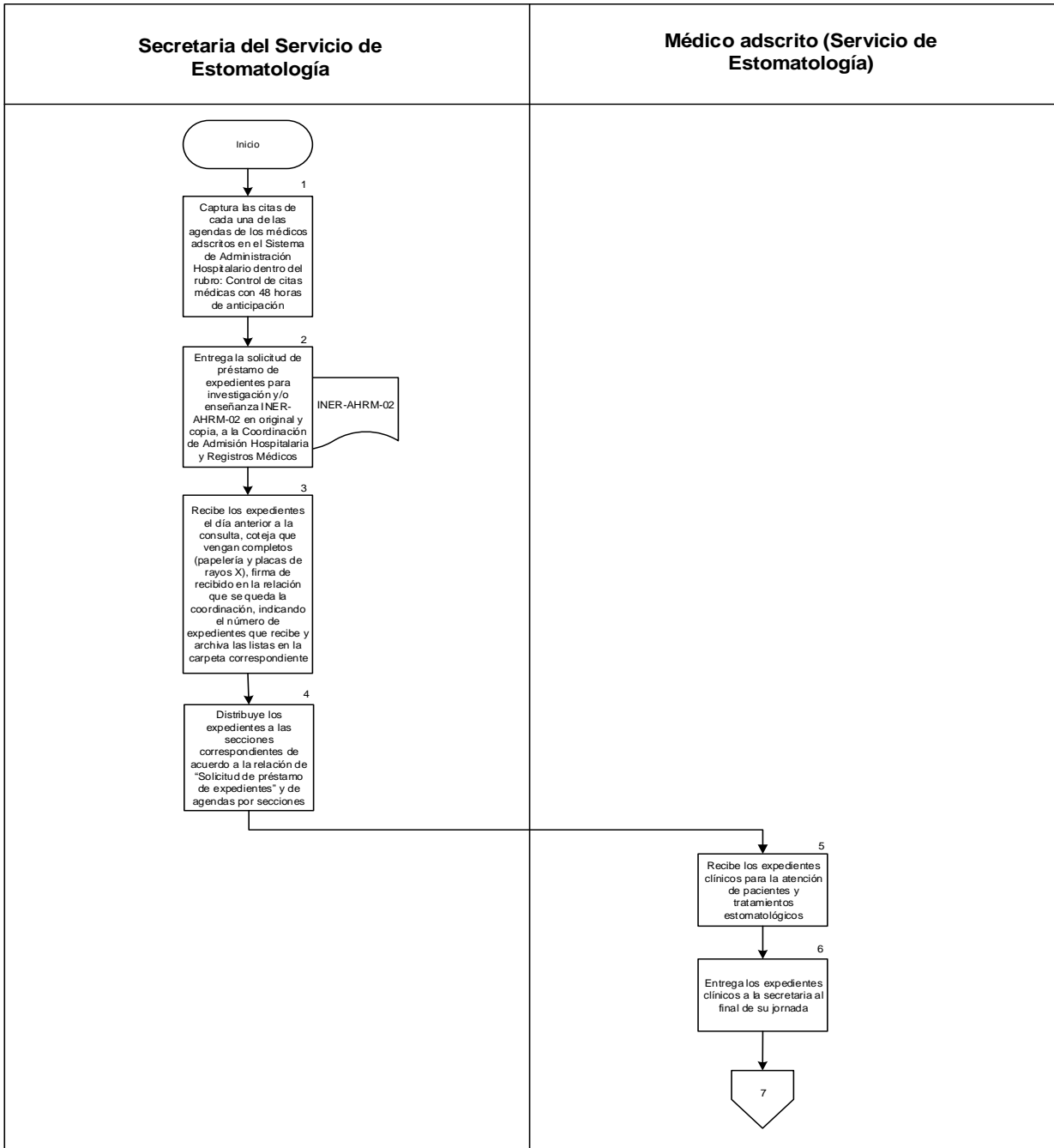
Hoja 254



#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

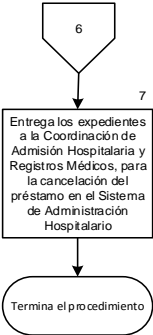
| Responsable                                 | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo   |
|---|----------|--|--|
| Secretaria del Servicio de Estomatología    | 1        | Captura las citas de cada una de las agendas de los médicos adscritos en el Sistema de Administración Hospitalario dentro del rubro: Control de citas médicas, con 48 horas de anticipación.   | Solicitud de préstamo de expedientes para investigación y/o enseñanza INER-AHRM-02 |
|   | 2        | Entrega la solicitud de préstamo de expedientes para investigación y/o enseñanza INER-AHRM-02 en original y copia, a la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.   |  |
|   | 3        | Recibe los expedientes el día anterior a la consulta, cotejando que vengan completos (papelería y placas de rayos X), firma de recibido en la relación que se queda la coordinación, indicando el número de expedientes que recibe y archiva las listas en la carpeta correspondiente. |  |
|   | 4        | Distribuye los expedientes a las secciones correspondientes de acuerdo a la relación de "Solicitud de préstamo de expedientes" y de agendas por secciones.   |  |
| Médico adscrito (Servicio de Estomatología) | 5        | Recibe los expedientes clínicos para la atención de pacientes y tratamientos estomatológicos.  |  |
|   | 6        | Entrega los expedientes clínicos a la secretaria al final de su jornada.   |  |
| Secretaria del Servicio de Estomatología    | 7        | Entrega los expedientes en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos, para la cancelación del préstamo en el Sistema de Administración Hospitalario.<br><b>Termina el procedimiento</b>   |  |



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente. |   | <b>Hoja 255</b>              |

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente. |   | <b>Hoja 256</b>              |

| Secretaria del Servicio de Estomatología  | Médico adscrito (Servicio de Estomatología) |
|---|---|
|  <pre> graph TD     6{{6}} --&gt; 7[Entrega los expedientes a la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos, para la cancelación del préstamo en el Sistema de Administración Hospitalario]     7 --&gt; End([Termina el procedimiento]) </pre> |   |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente. |   | <b>Hoja 257</b>              |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| <b>Documentos</b>   | <b>Código (cuando aplique)</b> |
|---|--------------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                      |

## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b>   | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b>                         | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|--|-------------------------------|---|--|
| 7.1 Solicitud de préstamo de expedientes para investigación y/o enseñanza. | No aplica                     | Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos | INER-AHRM-02                                     |
| 7.2 Reporte diario de atención Estomatológica.                             | No aplica                     | Servicio de Estomatología                                 | INER-EST-07                                      |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 No aplica.



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente. |   | <b>Hoja 258</b>              |

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>   |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos en cumplimiento con la acción de mejora comprometida dentro del Programa de Trabajo de Control Interno y Programa de trabajo para mejora y simplificación de procesos esenciales. |

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de préstamo de expedientes para investigación y/o enseñanza, INER-AHRM-02.
- 10.2 Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07.

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente. |   | <b>Hoja 259</b>              |

### 10.1 Formato 1

## Solicitud de préstamo de expedientes para investigación y/o enseñanza INER-AHRM-02



### SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES PARA INVESTIGACIÓN Y/O ENSEÑANZA





INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
ISMAEL COSÍO VILLEGAS  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTRO MÉDICO

|                     |        |                    |                       |
|---------------------|--------|--------------------|-----------------------|
| Fecha de solicitud: |        | Uso del Expediente |                       |
| Fecha de préstamo:  |        | Investigación      | <input type="radio"/> |
| Nombre del usuario: | Firma: | Enseñanza          | <input type="radio"/> |
| Adscripción:        | Ext.   | Protocolo          | <input type="radio"/> |
| Clave de usuario:   |        | No. Protocolo:     |                       |
|                     |        | Otro:              |                       |

| No. Prog. | Nombre del Paciente | No. Expediente | Defunción | Observaciones |
|-----------|---------------------|----------------|-----------|---------------|
| 1         |                     |                |           |               |
| 2         |                     |                |           |               |
| 3         |                     |                |           |               |
| 4         |                     |                |           |               |
| 5         |                     |                |           |               |
| 6         |                     |                |           |               |
| 7         |                     |                |           |               |
| 8         |                     |                |           |               |
| 9         |                     |                |           |               |
| 10        |                     |                |           |               |
| 11        |                     |                |           |               |
| 12        |                     |                |           |               |
| 13        |                     |                |           |               |
| 14        |                     |                |           |               |
| 15        |                     |                |           |               |

|   |                                    |                                      |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
|   |                                    |                                      |
| Autoriza préstamo                         | Prepara expedientes                |                                      |
|   |                                    |                                      |
| Usuario que revisa y/o recibe expedientes | Cancela el préstamo de expedientes | Titular del Protocolo o Investigador |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 12. Procedimiento para la concentración de expedientes clínicos para la atención estomatológica del paciente. |   | <b>Hoja 260</b>              |

### 10.2 Formato 2

### Reporte diario de atención estomatológica INER-EST-07





**REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA**





| No.                                 | Nombre del paciente | Especialista | Consulta |       | Procedimiento |                   | Edad | Género           | Diagnóstico CIE 10 |                | Actividades |                     | Tratamiento terminado |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|----------|-------|---------------|-------------------|------|------------------|--------------------|----------------|-------------|---------------------|-----------------------|
|                                     |                     |              | Era. Vel | Sub.  | C.E.          | Hurg.             |      |                  | General            | Estomatológico | Clase       | Nro.                |                       |
| 1                                   |                     |              |          |       |               |                   |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 2                                   |                     |              |          |       |               |                   |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 3                                   |                     |              |          |       |               |                   |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 4                                   |                     |              |          |       |               |                   |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 5                                   |                     |              |          |       |               |                   |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
| 6                                   |                     |              |          |       |               |                   |      |                  |                    |                |             |                     |                       |
|                                     |                     |              |          |       | Día           | Mes               | Año  |                  |                    |                |             |                     |                       |
| Número completo del médico tratante |                     | Firma        |          | Fecha |               | Horas de consulta |      | No. de pacientes |                    | Actividades    |             | Área estomatológica |                       |

www.iner.gob.mx



|  |  |   |                              |
|--|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales. |   | <b>Hoja 261</b>              |

### 13. PROCEDIMIENTO DE LA TOMA DE IMPRESIONES PARA LA CONFECCIÓN DE APARATOS INTRABUCALES

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales. |   | <b>Hoja 262</b>              |

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Realizar la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales como Prótesis parciales o fijas, Prótesis Totales, Coronas e Incrustaciones, dispositivos ortodónticos y ortopédicos, dispositivos de avance mandibular, estos permiten devolver al paciente la funcionalidad perdida en la zona bucal, evitando que adquiera una discapacidad por anodoncia parcial o total pudiendo incrementar o exacerbar padecimientos preexistentes como gastritis, colitis, reflujo gastroesofágico, deficiencia nutricional, apnea obstructiva del sueño, ronquido; entre otros. Las no correcciones de estos padecimientos pueden ser determinantes para el desarrollo de una alteración no presente.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las diferentes áreas del instituto que solicitan el servicio.



## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Estomatología será la responsable de mantener actualizado este Manual en colaboración con el personal adscrito, quienes deberán cumplir este procedimiento bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Estomatología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud, sin importar la condición social del paciente, siendo aplicables los criterios de universalidad e igualdad para una atención de calidad y


|  |  |   |                              |
|--|--|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales. |   | <b>Hoja 263</b>              |

sin discriminación, y lo señalado a este respecto en el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

- 3.3 El Médico Odontólogo deberá tomar la impresión para la confección y adaptación de aparatos intrabucales:
- 3.3.1 Prótesis parciales o fijas.
  - 3.3.2 Prótesis Totales.
  - 3.3.3 Coronas.
  - 3.3.4 Incrustaciones.
- 3.4 El Médico Odontólogo estará comprometido a actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficacia y eficiencia sus funciones, conforme a sus habilidades, destrezas y experiencias.
- 3.5 El Médico Odontólogo deberá cumplir con el equipo de protección personal para prevenir enfermedades y accidentes que puedan alterar su salud y desempeño laboral
- 3.5.1 Bata, guantes, cubre bocas.
  - 3.5.2 Mascara de larga cobertura.
  - 3.5.3 Lentes protectores.
- 3.6 El Médico Odontólogo será el encargado de revisar que se cumpla con el uso correcto del material y equipo a utilizar, así como la limpieza y desinfección del área de trabajo tantas veces como sea necesario. En caso de algún desperfecto notificará a la/él jefa(e) del Servicio de Estomatología para valorar su reparación o sustitución.
- 3.7 En la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales, el Médico Odontólogo deberá cumplir con lo siguiente:
- 3.7.1 Nombre del paciente.
  - 3.7.2 Edad.
  - 3.7.3 Genero.
  - 3.7.4 No. de expediente.
  - 3.7.5 Tipo de aparato.

|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales. |   | <b>Hoja 264</b>              |


- 3.8 El Médico Odontólogo del Servicio de Estomatología enviará a los Laboratorios Dentales (extramuros) los registros de los modelos, requisitando el formato “Orden de servicio para la elaboración de aparatos intrabucales (extramuros)” y su entrega de los aparatos al instituto será de cinco a diez días hábiles dependiendo del tipo de trabajo a realizar.
- 3.9 Una vez que el Médico Odontólogo haya realizado la colocación y/o adaptación del aparato intrabucal, deberá programar citas subsecuentes al paciente para dar continuidad al tratamiento de:
- 3.9.1 Ajuste de metales.
  - 3.9.2 Prueba de dientes (color, forma)
  - 3.9.3 Cementación y/o

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales |

Hoja 265


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades   | Documentos o anexo |
|---|----------|--|--------------------|
| Paciente  | 1        | Acude al Servicio de Estomatología para solicitar aparato intrabucal (Prótesis parciales o fijas, Prótesis Totales, Coronas e Incrustaciones, dispositivos ortodonticos y ortopedicos, dispositivos de avance mandibular).   |                    |
| Personal administrativo del Servicio de Estomatología | 2        | Solicita al paciente sus datos generales.  |                    |
| Médico adscrito al Servicio de Estomatología          | 3        | Revisa el expediente clínico y llama al paciente por su nombre.  |                    |
|   | 4        | Realiza el lavado de manos colocándose guantes, cubre bocas y lentes.  |                    |
|   | 5        | Lleva a cabo la toma de impresiones al paciente haciendo uso de porta impresiones parcial o total para confeccionar el aparato intrabucal. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Prótesis parciales o fijas.</li> <li>b) Prótesis Totales.</li> <li>c) Coronas.</li> <li>d) Incrustaciones.</li> </ul> |                    |
|   | 6        | Verifica que las impresiones no presenten ningún tipo de defecto (burbujas, distorsiones o húmeda).  |                    |
|   | 7        | Toma registro de la mordida y color de los dientes (modelos) aún presentes, obteniendo el positivo de la impresión mediante un vaciado en yeso tipo piedra o velmix.   |                    |
|   | 8        | Obtiene los modelos y realiza el envío de los mismos al Laboratorio Dental (extramuros), especificando el tratamiento a realizar.  |                    |

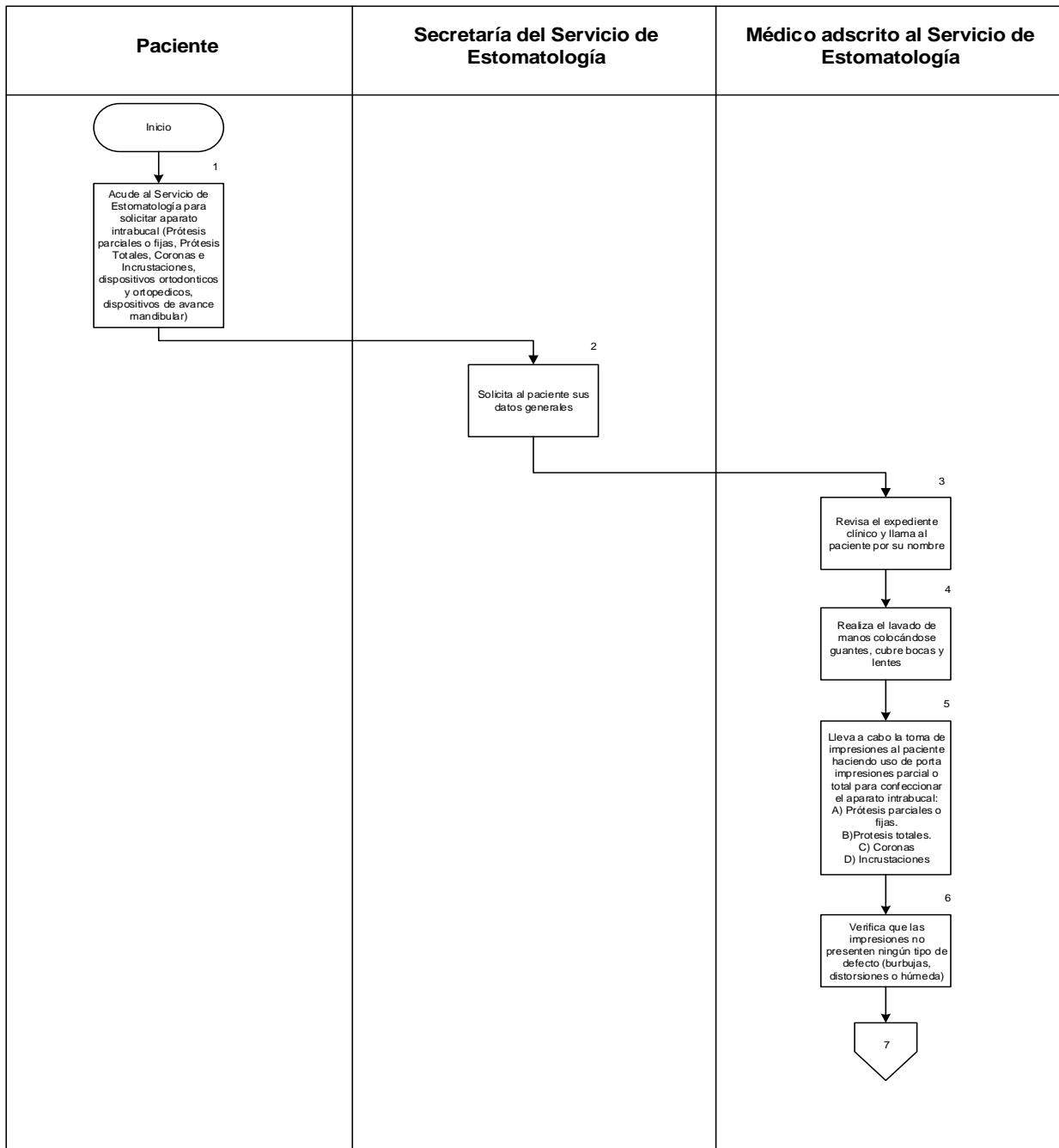
|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>  |
|   | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales |


Hoja 266

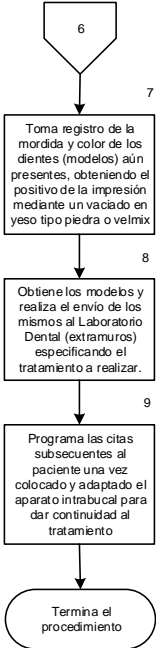
| Responsable                                  | No. Act. | Descripción de actividades  | Documentos o anexo |
|--|----------|---|--------------------|
| Médico adscrito al Servicio de Estomatología | 9        | Programa las citas subsecuentes al paciente una vez colocado y adaptado el aparato intrabucal para dar continuidad al tratamiento.<br><br><p style="text-align: center;"><b>Termina procedimiento</b></p> |                    |

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales. | <b>Hoja 267</b>              |



## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales. | <b>Hoja 268</b>              |

| <b>Paciente</b> | <b>Secretaría del Servicio de Estomatología</b> | <b>Médico adscrito al Servicio de Estomatología</b>   |
|-----------------|---|---|
|                 |   |  <pre> graph TD     Start{{6}} --&gt; Step7[Toma registro de la mordida y color de los dientes (modelos) aún presentes, obteniendo el positivo de la impresión mediante un vaciado en yeso tipo piedra o veImix]     Step7 --&gt; Step8[Obtiene los modelos y realiza el envío de los mismos al Laboratorio Dental (extramuros) especificando el tratamiento a realizar.]     Step8 --&gt; Step9[Programa las citas subsecuentes al paciente una vez colocado y adaptado el aparato intrabucal para dar continuidad al tratamiento]     Step9 --&gt; End([Termina el procedimiento]) </pre> |



|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales. |   | <b>Hoja 269</b>              |

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



| <b>Documentos</b>   | <b>Código<br/>(cuando aplique)</b> |
|---|------------------------------------|
| Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica                          |

## 7.0 REGISTROS

| <b>Registros</b> | <b>Tiempo de conservación</b> | <b>Responsable de conservarlo</b> | <b>Código de registro o identificación única</b> |
|------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| No aplica        | No aplica                     | No aplica                         | No aplica  |

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Anodoncia.** Enfermedad congénita rara que se caracteriza por la ausencia de dientes.
- 8.2 **Gastritis.** Enfermedad del estómago que se define como la inflamación de la mucosa gástrica, se puede clasificar en aguda y crónica, en esta última puede existir algún grado de atrofia (gastritis atrófica); el diagnóstico preciso se obtiene por exploración endoscópica y dependiendo del aspecto de la mucosa se clasificado en gastritis erosiva y no erosiva.
- 8.3 **Gastritis Atrófica.** Afección que se presenta cuando la membrana interna del estómago ha estado inflamada durante muchos años. Por lo general, la causa de la inflamación es una infección con la bacteria *Helicobacter pylori*, que destruye gradualmente las células de la membrana interna del estómago.
- 8.4 **Reflujo gastroesofágico.** Enfermedad crónica que ocurre cuando el ácido estomacal o la bilis ascienden por el esófago, lo que irrita su revestimiento. Cuando el reflujo ácido y la acidez estomacal suceden más de dos veces por semana, pueden ser un indicio de reflujo gastroesofágico.



|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>Rev. 2</b>                |
|   | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b>   |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|   | 13. Procedimiento de la toma de impresiones para la confección de aparatos intrabucales. |   | <b>Hoja 270</b>              |

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| <b>Número de revisión</b> | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Descripción del cambio</b>   |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 3                         | JUNIO, 2022                   | Actualización de procedimientos en cumplimiento con la acción de mejora comprometida dentro del Programa de Trabajo de Control Interno y Programa de trabajo para mejora y simplificación de procesos esenciales. |


## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 No aplica.


|  |                                  |   |                              |
|--|----------------------------------|---|------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  <b>INER</b> | <b>Rev. 2</b>                |
|  |                                  |   | <b>Código:<br/>NCDPR 041</b> |
|  | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> |   | <b>Hoja 271</b>              |

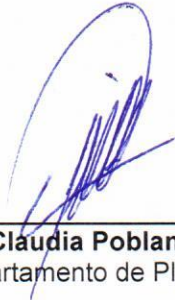
#### IV. APROBACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Realizó

  
 \_\_\_\_\_  
**Dr. Carlos Alberto Carrasco Rueda**  
 Titular del Servicio de Estomatología

Revisó

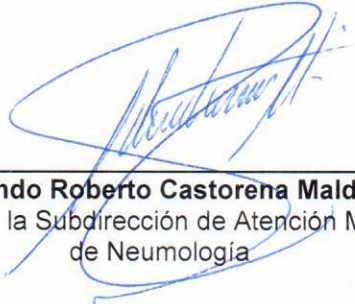
  
 \_\_\_\_\_  
**Lic. Ana Cristina García Morales**  
 Titular del Departamento de Asuntos Jurídicos

  
 \_\_\_\_\_  
**Lic. Claudia Poblano Castro**  
 Departamento de Planeación

Sancionó

  
 \_\_\_\_\_  
**L.C.P. Rosa María Vivanco Osnaya**  
 Titular del Departamento de Planeación

Autorizó

  
 \_\_\_\_\_  
**Dr. Armando Roberto Castorena Maldonado**  
 Titular de la Subdirección de Atención Médica  
 de Neumología

  
 \_\_\_\_\_  
**Dr. Justino Regalado Pineda**  
 Titular de la Dirección Médica

|                             |            |            |            |
|-----------------------------|------------|------------|------------|
| <b>FECHA DE APROBACIÓN:</b> | <b>DÍA</b> | <b>MES</b> | <b>AÑO</b> |
|                             | 13         | JUNIO      | 2022       |