

FORMATOS PRIMARIOS SIS VERSION 2016

REUNIÓN NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

NOVIEMBRE 25 AL 27, 2015

REGISTRO DIARIOS DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA

SIS-SS-01P-Bis

2016



SIS-SS-01P-Bis

SIS 2015

REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA
SIS-SS-01P-Bis

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____
 NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: _____ TIPO: MÉDICO ENFERMERA TAPS ODONTÓLOGO OTRO
 SERVICIO: _____

Fecha	No.	Nombre	Expediente	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Referido	Contrareferido



REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA

SIS-SS-01P-Bis

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: _____ TIPO: MÉDICO ODONTÓLOGO ENFERMERA TAPS

SERVICIO: _____ OTRO ESPECIFIQUE _____


Fecha	No.	Nombre y CURP	Expediente	Edad	Sexo	SPSS	PROSPERA	Migrante	Indígena	Discapacidad	1a vez (diagnóstico)	Diagnósticos	Referido	Contrarreferido

SIS-SS-01P-Bis

SIS 2015

Fecha	No.	Nombre

SIS 2016

Fecha	No.	Nombre 

Anote con números arábigos, en orden sucesivo, el número de la consulta otorgada. Seguidamente, el nombre completo del paciente **con CURP** y su número de expediente en la unidad, es importante que llene adecuadamente estos datos, ya que será el instrumento administrativo del registro de pacientes y le facilitará el control de los servicios prestados. Sólo en aquellos casos donde la persona no resida dentro del *área de influencia* de la unidad, la columna correspondiente al expediente se llenará con SN. En el caso de que la persona pertenezca a dicha área pero no cuente aún con un expediente abierto, asegúrese de asignar un número y continuar la consulta.

SIS-SS-01P-Bis

Expediente	Edad	Sexo	1a vez (Diagnostico)	SPSS	PROSPERA	Migrante	Indígena	Discapacidad

SIS 2015

Migrante sin cambio en formato pero si en la fuente de la definición

Si el paciente es *Migrante* marque con una "X" en la columna correspondiente, entiéndase por migrante todo individuo, sólo o acompañado, de cualquier grupo de edad y sexo, que se mueve por tiempos variables de su lugar de residencia habitual a otro de residencia temporal por necesidades **económicas** y de **trabajo**, y que no ha permanecido en el mismo lugar de manera continua por un lapso igual o mayor de 5 años¹

¹ Fuente: Programa "Vete Sano, Regresa Sano", de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Expediente	Edad	Sexo	SPSS	PROSPERA	Migrante	Indígena	Discapacidad

SIS 2016

Si el paciente es *Migrante* marque con una "X" en la columna correspondiente, entiéndase por migrante todo individuo, sólo o acompañado, de cualquier grupo de edad y sexo, que se mueve por tiempos variables de su lugar de residencia habitual a otro de residencia temporal y que no ha permanecido en el mismo lugar de manera continua por un lapso igual o mayor de 5 años¹.

¹ Fuente: Consejo Nacional de Población (s.f). Prontuario de migración interna. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx>.

Diagnóstico	Referido	Contrarreferido

SIS-SS-01P-Bis

SIS 2015

Anote con letra legible el diagnóstico completo del padecimiento o enfermedad que originó o motivó la consulta. Puede utilizar más de un renglón para completar el llenado de dicho apartado.

Si el paciente fue *Referido*: Cuando el paciente es enviado a una unidad de mayor complejidad o *Contrarreferido*: Cuando el paciente es enviado a la unidad que lo refirió después de haber recibido tratamiento en una unidad de mayor complejidad, en la consulta que otorga, marque una "X" en la columna correspondiente.

1ª vez (Diagnóstico)	Diagnósticos	Referido	Contrarreferido

SIS 2016

1ª. Vez (Diagnóstico). Si la consulta es de primera vez, **respecto a la causa que motivó la consulta**, marque una "X", en la columna correspondiente. Es importante que lo haga, ya que esta hoja servirá como fuente para el llenado del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Diagnóstico. Anote con letra legible el diagnóstico completo del padecimiento o enfermedad que originó o motivó la consulta.
 En caso de un segundo diagnóstico, anótelos en el siguiente renglón; si este último es también de primera vez, es decir, que el padecimiento no haya sido tratado con anterioridad, marque la columna "1ª.Vez (Diagnóstico)".
 Cabe destacar que el hecho de que se determinen dos diagnósticos en un mismo paciente NO CUENTA COMO DOS CONSULTAS.

Si el paciente fue *Referido*: Cuando el paciente es enviado a una unidad de mayor complejidad o *Contrarreferido*: Cuando el paciente es enviado a la unidad que lo refirió después de haber recibido tratamiento en una unidad de mayor complejidad, en la consulta que otorga, marque una "X" en la columna correspondiente, **si el paciente fue referido o contrarreferido.**

HOJA DIARIA DE TRABAJO SOCIAL

SIS-SS-05-P

2016

NOMBRE DE LA UNIDAD							CLUES:	NOMBRE:		
NOMBRE y/o EXPEDIENTE	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	GESTIONES	APOYO A TRÁMITES DE:			VISITA DOMICILIARIA MOTIVO	OBSERVACIONES	FORMACIÓN DE GRUPOS		
			REFERENCIA	CONTRA-REFERENCIA	OTROS			TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
							GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA			
							GRUPOS ACTIVOS			
							TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES	
							GRUPO DE ADICTOS			
							GRUPO DE AYUDA MUTUA			
							GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA			
							GRUPOS ACREDITADOS			
							TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES	
							GRUPO DE ADICTOS			
							GRUPO DE AYUDA MUTUA			
							GRUPOS QUE RECIBEN ORIENTACIÓN ALIMENTARIA Y REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE			
							TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES	
							GRUPO DE AYUDA MUTUA			
							OTRAS ACTIVIDADES			
							TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES	

SIS-SS-05-P

FECHA:

DÍA	MES	AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD		CLUES:				NOMBRE:				SIS-SS-05-P										
										FECHA: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 60px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">DÍA</td><td style="font-size: 8px;">MES</td><td style="font-size: 8px;">AÑO</td><td style="width: 15px;"></td></tr></table>							DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO																		
NOMBRE y/o EXPEDIENTE	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	GESTIONES	APOYO A TRÁMITES DE:			VISITA DOMICILIARIA MOTIVO	OBSERVACIONES	FORMACIÓN DE GRUPOS												
			REFERENCIA	CONTRA-REFERENCIA	OTROS			TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES										

* Estos apartados sólo se requisitan al corte del mes estadístico



FORMACIÓN DE GRUPOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA		

SIS 2015

FORMACIÓN DE GRUPOS

Grupos formados de autoayuda son grupos de personas que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales. Se reúnen en forma periódica y frecuente en la unidad de salud para discutir su problema común y buscar formas de resolverlo o de manejarlo de la mejor manera posible, una característica fundamental es que se brindan ayuda mutua. Hay diferentes tipos de autoayuda, según su necesidad entre los que destacan: 1.- Grupos que buscan el cambio conductual de personas con adicciones; 2.- Grupos que buscan dar a sus miembros apoyo social y nuevas estrategias para lidiar con sus problemas; 3.- Grupos que buscan mejorar el proceso de atención de ciertos problemas físicos; 4.- Grupos orientados a la rehabilitación de padecimientos físicos; 5.- Grupos orientados al apoyo de los derechos; 6.- Grupos orientados al crecimiento personal y auto-actualización. Estos grupos también pueden ser de reflexión.

Grupos autoayuda violencia. Anote el número de nuevos grupos formados en el mes y la cantidad de integrantes.

En caso de formarse otro tipo de grupos, anote el grupo formado, así como el número de asistentes en la columna respectiva.

FORMACIÓN DE GRUPOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA		

SIS 2016

FORMACIÓN DE GRUPOS

Grupos formados de autoayuda son grupos de personas que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales. Se reúnen en forma periódica y frecuente en la unidad de salud para discutir su problema común y buscar formas de resolverlo o de manejarlo de la mejor manera posible, una característica fundamental es que se brindan ayuda mutua. Hay diferentes tipos de autoayuda, según su necesidad entre los que destacan: 1.- Grupos que buscan el cambio conductual de personas con adicciones; 2.- Grupos que buscan dar a sus miembros apoyo social y nuevas estrategias para lidiar con sus problemas; 3.- Grupos que buscan mejorar el proceso de atención de ciertos problemas físicos; 4.- Grupos orientados a la rehabilitación de padecimientos físicos; 5.- Grupos orientados al apoyo de los derechos; 6.- Grupos orientados al crecimiento personal y auto-actualización; **7.- Grupos orientados a la adherencia terapéutica y control de padecimientos crónicos.** Estos grupos también pueden ser de reflexión.

Grupos autoayuda violencia. Anote el número de nuevos grupos formados en el mes y la cantidad de integrantes.

En caso de formarse otro tipo de grupos, anote el grupo formado, así como el número de asistentes en la columna respectiva.



GRUPOS ACTIVOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE ADICTOS		
GRUPO DE AYUDA MUTUA		
GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA		
GRUPOS ACREDITADOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE ADICTOS		
GRUPO DE AYUDA MUTUA		
GRUPOS QUE RECIBEN ORIENTACIÓN ALIMENTARIA Y REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE AYUDA MUTUA		
OTRAS ACTIVIDADES		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES

SIS 2016

GRUPOS ACTIVOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE ADICTOS		
GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA		
GRUPOS ACREDITADOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE ADICTOS		
GRUPO DE AYUDA MUTUA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (GAM-EC)*		
ESTATUS	NÚMERO	INTEGRANTES
ACTIVOS		
ACREDITADOS		
RE-ACREDITADOS		
ACREDITADOS CON EXCELENCIA		
GAM-EC QUE RECIBEN ORIENTACIÓN INTEGRAL*		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
PSICOLÓGICA		
NUTRICIONAL		
ODONTOLÓGICA		
ACTIVACIÓN FÍSICA		
OTRAS ACTIVIDADES		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES

SIS 2015

GRUPOS ACTIVOS

De acuerdo al tipo de grupo en funcionamiento anote el número de cada uno y la cantidad de integrantes de los mismos. El grupo de ayuda mutua se refiere a los de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que incluye diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia, el que cuenta con acta constitutiva y ha sido dado de alta en el Catálogo Nacional de Grupos de Ayuda Mutua ECNT. Los registros se realizan cada mes al final del mes que se reporta.

Los Grupos autoayuda violencia, son los grupos de autoayuda y/o de reflexión con un seguimiento de actividades y reuniones constantes, con participantes que acuden de manera regular y que sesionan periódicamente, que tienen En común un objetivo.

SIS 2016

GRUPOS ACTIVOS

De acuerdo al tipo de grupo en funcionamiento anote el número de cada uno y la cantidad de integrantes de los mismos. El grupo de ayuda mutua se refiere a los de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que incluye diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia, el que cuenta con acta constitutiva y ha sido dado de alta en el Catálogo Nacional de Grupos de Ayuda Mutua ECNT. Los registros se realizan cada mes al final del mes que se reporta.

Los Grupos autoayuda violencia, son los grupos de autoayuda y/o de reflexión con un seguimiento de actividades y reuniones constantes, con participantes que acuden de manera regular y que sesionan periódicamente, que tienen en común un objetivo.



GRUPOS ACTIVOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE ADICTOS		
GRUPO DE AYUDA MUTUA		
GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA		
GRUPOS ACREDITADOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE ADICTOS		
GRUPO DE AYUDA MUTUA		
GRUPOS QUE RECIBEN ORIENTACIÓN ALIMENTARIA Y REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE AYUDA MUTUA		
OTRAS ACTIVIDADES		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES

GRUPOS ACTIVOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE ADICTOS		
GRUPOS AUTOAYUDA VIOLENCIA		
GRUPOS ACREDITADOS		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
GRUPO DE ADICTOS		
GRUPO DE AYUDA MUTUA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (GAM-EC)*		
ESTATUS	NÚMERO	INTEGRANTES
ACTIVOS		
ACREDITADOS		
RE-ACREDITADOS		
ACREDITADOS CON EXCELENCIA		
GAM-EC QUE RECIBEN ORIENTACIÓN INTEGRAL*		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES
PSICOLÓGICA		
NUTRICIONAL		
ODONTOLÓGICA		
ACTIVACIÓN FÍSICA		
OTRAS ACTIVIDADES		
TIPO	NÚMERO	INTEGRANTES

SIS 2016

SIS 2015

GRUPOS ACREDITADOS

De acuerdo al tipo de grupo acreditado anote el número de cada uno y la cantidad de integrantes de los mismos. Los Grupos de Ayuda Mutua de ECNT, son los que han participado en el proceso de acreditación (Acreditación, Reacreditación y/o Acreditación con Excelencia), lo han aprobado y han sido capturados y ACREDITADOS en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM). Los registros corresponden al mes que se reporta. Sólo se deben registrar los GAM en el mes que cumplieron los requisitos de Acreditación, Reacreditación, y/o Acreditación con Excelencia.

SIS 2016

GRUPOS ACREDITADOS

Registre el número de grupos acreditado de adictos y la cantidad de integrantes de los mismos.

SIS 2016

GRUPOS ACREDITADOS

Registre el número de grupos acreditado de adictos y la cantidad de integrantes de los mismos.

GRUPOS DE AYUDA MUTUA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM-EC) se refieren a los grupos que se conforman por pacientes de las unidades de primer nivel de atención que presentan, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia o síndrome metabólico. A través de estos grupos se realiza un proceso educativo de ayuda mutua, fortaleciendo con ello la adherencia terapéutica, que coadyuva en el control metabólico de sus enfermedades. Se clasifican según estatus como Activos, o en caso de alcanzar metas, pueden llegar a la acreditación, re-acreditación y acreditación con excelencia.

De acuerdo al estatus del GAM-EC anote el número de grupos que dentro del mes estadístico lograron alcanzar alguno de estos estatus, así como la cantidad de integrantes de los mismos.

Activos: Se considera como un grupo activo a aquéllos que cuentan con el acta constitutiva y estén dados de alta en el Catálogo Nacional de Grupos de Ayuda Mutua EC con el total de número de integrantes, y que haya sesionado en el mes estadístico a reportar. Contabilice y registre el total de grupos que sesionaron.

Acreditados, Re acreditados, o Acreditados con Excelencia: De acuerdo al estatus de grupo acreditado anote el número de cada uno y la cantidad de integrantes de los mismos. Los Grupos de Ayuda Mutua de EC, deben de estar capturados y acreditados según el proceso descrito en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM). Los registros corresponden al mes que se reporta. Sólo se deben registrar los GAM que en el mes estadístico cumplieron los requisitos de Acreditación, Re-acreditación, y/o Acreditación con Excelencia.

Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas que reciben Orientación Integral.

Anote el número de Grupos de Ayuda Mutua EC y número de integrantes que recibieron orientación psicológica, nutricional, odontológica o activación física en el mes estadístico. Considere Orientación Integral a las intervenciones educativas, clínicas o talleres que recibieron los grupos así como los integrantes beneficiados dentro del mes estadístico reportado.

REGISTRO DE APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS

SIS-SS-06-P

2016

FECHA:
DÍA MES AÑO

SIS-SS-06-P

SIS 2015

UNIDAD:	CLUES:	JURISDICCIÓN:	LOCALIDAD:	NOMBRE DEL RESPONSABLE:
BIOLÓGICO	DOSIS / GRUPO POBLACIONAL	APLICACIÓN		TOTAL
BCG	ÚNICA	RECIÉN NACIDO (HASTA 28 DÍAS)		
		29 DÍAS A 11 MESES		
		1 A 4 AÑOS		
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	PRIMERA	2 a 11 MESES		
	SEGUNDA	4 A 11 MESES		
	TERCERA	6 A 11 MESES		
	CUARTA	18 A 23 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS		
HEPATITIS B	PRIMERA	RECIÉN NACIDO (0-7 DÍAS)		
	PRIMERA	2 A 11 MESES		
	SEGUNDA	2 A 11 MESES		
	TERCERA	6 A 11 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS		
POBLACIÓN EN RIESGO				
HEPATITIS A	1 A 10 AÑOS			
	POBLACIÓN EN RIESGO			
DPT	ÚNICA	4 AÑOS		
		5 A 6 AÑOS		
ROTAVIRUS	PRIMERA	2 A 7 MESES		
	SEGUNDA	4 A 7 MESES		
	TERCERA	6 A 7 MESES		
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	PRIMERA	2 A 11 MESES		
	SEGUNDA	4 A 11 MESES		
	TERCERA	12 A 23 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	12 A 23 MESES		

NEUMOCÓCICA POLISACARIDA (23 SEROTIPOS)	ÚNICA	65 AÑOS		
	POBLACIÓN EN RIESGO			
S R P TRIPLE VIRAL	PRIMERA	1 AÑO		
	REFUERZO	6 AÑOS		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	2 A 9 AÑOS		
SR DOBLE VIRAL	REFUERZO	1 A 4 AÑOS		
		10 A 19 AÑOS		
		20 A 29 AÑOS		
		30 Y MÁS AÑOS		
VPH	MUJERES DE 5º AÑO DE PRIMARIA Y 11 AÑOS NO ESCOLARIZADA	PRIMERA		
		SEGUNDA		
	MUJERES 14 Y MÁS AÑOS	TERCERA		
SABIN	REFUERZO	6 A 11 MESES		
		1 A 2 AÑOS		
		3 A 4 AÑOS		

FECHA:

DÍA	MESES	AÑO		

SIS-SS-06-P

SIS 2016

UNIDAD:	CLAVE:	JURISDICCIÓN:	LOCALIDAD:	NOMBRE DEL RESPONSABLE:
BIOLÓGICO	DOSES / GRUPO POBLACIONAL	APLICACIÓN		TOTAL
BCG	ÚNICA	RECIÉN NACIDO (HASTA 28 DÍAS)		
		29 DÍAS A 11 MESES		
		1 A 4 AÑOS		
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + HD	PRIMERA	2 a 11 MESES		
	SEGUNDA	4 A 11 MESES		
	TERCERA	6 A 11 MESES		
	CUARTA	18 A 23 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS		
HEPATITIS B	PRIMERA	RECIÉN NACIDO (0-7 DÍAS)		
	PRIMERA	2 A 11 MESES		
	SEGUNDA	2 A 11 MESES		
	TERCERA	6 A 11 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS		
POBLACIÓN EN RIESGO				
HEPATITIS A	1 A 10 AÑOS			
	POBLACIÓN EN RIESGO			
DPT	ÚNICA	4 AÑOS		
		5 A 6 AÑOS		
ROTAVIRUS	PRIMERA	2 A 7 MESES		
	SEGUNDA	4 A 7 MESES		
	TERCERA	6 A 7 MESES		
NEUMOCOCCICA CONJUGADA	PRIMERA	2 A 11 MESES		
	SEGUNDA	4 A 11 MESES		
	TERCERA	12 A 23 MESES		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	12 A 23 MESES		

NEUMOCOCCICA POLIVALENTE (23 SEROTIPOS)	ÚNICA	65 AÑOS		
	POBLACIÓN EN RIESGO			
SRP TRIPLE VIRAL	PRIMERA	1 AÑO		
	REFUERZO	6 AÑOS		
	PARA COMPLETAR ESQUEMA	2 A 9 AÑOS		
SR DOBLE VIRAL	REFUERZO	1 A 4 AÑOS		
		10 A 19 AÑOS		
		20 A 29 AÑOS		
		30 Y MÁS AÑOS		
VPH	MUJERES DE 5º AÑO DE PRIMARIA Y 11 AÑOS NO ESCOLARIZADA	PRIMERA		
		SEGUNDA		
	MUJERES 14 Y MÁS AÑOS	TERCERA		
SABIN	REFUERZO	6 A 11 MESES		
		1 A 2 AÑOS		
		3 A 4 AÑOS		

Primera parte
SIS-SS-06-P sin
cambios

SIS 2015

SIS 2016

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		REGISTRO DE APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS SEGUNDA PARTE		SIS-SS-06-P SIS-2015		
UNIDAD:		CLUES:	JURISDICCIÓN:	LOCALIDAD:	NOMBRE DEL RESPONSABLE:			
BIOLÓGICO		DOSIS / GRUPO POBLACIONAL		APLICACIÓN		TOTAL		
VARICELA	PRIMERA	1 A 3 AÑOS						
		POBLACIÓN EN RIESGO						
	SEGUNDA	4 A 5 AÑOS						
		POBLACIÓN EN RIESGO						
Td TETÁNICO DIFTÉRICO	PRIMERA	EMBARAZADAS	10 A 19 AÑOS					
			20 Y MÁS AÑOS					
		MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS					
			40 A 59 AÑOS					
			60 Y MÁS AÑOS					
		HOMBRES	15 A 39 AÑOS					
	40 A 59 AÑOS							
	60 Y MÁS AÑOS							
	SEGUNDA	EMBARAZADAS	10 A 19 AÑOS					
			20 Y MÁS AÑOS					
		MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS					
			40 A 59 AÑOS					
60 Y MÁS AÑOS								
HOMBRES		15 A 39 AÑOS						
	40 A 59 AÑOS							
	60 Y MÁS AÑOS							

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		REGISTRO DE APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS SEGUNDA PARTE		SIS-SS-06-P SIS-2016		
UNIDAD:		CLUES:	JURISDICCIÓN:	LOCALIDAD:	NOMBRE DEL RESPONSABLE:			
BIOLÓGICO		DOSIS / GRUPO POBLACIONAL		APLICACIÓN		TOTAL		
VARICELA	PRIMERA	1 A 3 AÑOS						
		POBLACIÓN EN RIESGO						
	SEGUNDA	4 A 5 AÑOS						
		POBLACIÓN EN RIESGO						
Td TETÁNICO DIFTÉRICO	PRIMERA	EMBARAZADAS	10 A 19 AÑOS					
			20 Y MÁS AÑOS					
		MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS					
			40 A 59 AÑOS					
			60 Y MÁS AÑOS					
		HOMBRES	15 A 39 AÑOS					
	40 A 59 AÑOS							
	60 Y MÁS AÑOS							
	SEGUNDA	EMBARAZADAS	10 A 19 AÑOS					
			20 Y MÁS AÑOS					
		MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS					
			40 A 59 AÑOS					
60 Y MÁS AÑOS								
HOMBRES		15 A 39 AÑOS						
	40 A 59 AÑOS							
	60 Y MÁS AÑOS							

REFUERZO	EMBARAZADAS	10 A 19 AÑOS		
		20 Y MÁS AÑOS		
	MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS		
		40 A 59 AÑOS		
		60 Y MÁS AÑOS		
	HOMBRES	15 A 39 AÑOS		
		40 A 59 AÑOS		
		60 Y MÁS AÑOS		
	Tdpa	EMBARAZADAS A PARTIR DE LA SEMANA 20 DE GESTACIÓN		
TIFOÍDICA	PRIMERA			
	SEGUNDA			
	REFUERZO			
INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA				
ANTITOXINA TETÁNICA EQUINA				
ANTITOXINA DIFTÉRICA EQUINA				
SUEROS Y FABOTERÁ-PICOS	ANTIALACRÁN (FRASCOS)			
	ANTIVIPERINO (FRASCOS)			
	ANTICORALILLO (FRASCOS)			
	ANTIARÁCNIDO (FRASCOS)			
	OTROS			
OTROS				

REFUERZO	EMBARAZADAS	10 A 19 AÑOS		
		20 Y MÁS AÑOS		
	MUJERES NO EMBARAZADAS	15 A 39 AÑOS		
		40 A 59 AÑOS		
		60 Y MÁS AÑOS		
	HOMBRES	15 A 39 AÑOS		
		40 A 59 AÑOS		
		60 Y MÁS AÑOS		
	Tdpa	EMBARAZADAS A PARTIR DE LA SEMANA 20 DE GESTACIÓN		
TIFOÍDICA	PRIMERA			
	SEGUNDA			
	REFUERZO			
INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA				
ANTITOXINA TETÁNICA EQUINA				
ANTITOXINA DIFTÉRICA EQUINA				
SUEROS Y FABOTERÁ-PICOS	ANTIVIPERINO (FRASCOS)			
	ANTICORALILLO (FRASCOS)			
	ANTIARÁCNIDO (FRASCOS)			
	OTROS			
OTROS				

Sin modificación en Instructivo,
Faboterápico Antialacrán se integra
a la Hoja 20 del SIS-SS-CE-H
Apartado 115

PROMOCIÓN DE LA SALUD ESCOLAR

SIS-SS-07-P

2016



**PROMOCIÓN DE LA SALUD
ESCUELA Y SALUD**

SIS-SS-07-P

MES AÑO

NOMBRE UNIDAD:

CLUES:

NOMBRE Y FIRMA:

DÍA		NIVEL ESCOLAR																
		PREESCOLAR				PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIO SUPERIOR				
					TOTAL				TOTAL				TOTAL				TOTAL	
INFORMACIÓN ACCIONES PREVENTIVAS	ESTADO DE NUTRICIÓN	Acciones Preventivas																
		Referencias																
		Atenciones																
	AGUDEZA VISUAL	Acciones Preventivas																
		Referencias																
		Atenciones																
	AGUDEZA AUDITIVA	Acciones Preventivas																
		Referencias																
		Atenciones																
	IRA's y EDA's	Acciones Preventivas																
		Referencias																
		Atenciones																
	VACUNACIÓN	Acciones Preventivas																
		Referencias																
		Atenciones																
	TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)	Acciones Preventivas																
		Referencias																
		Atenciones																
	OTROS	Acciones Preventivas																
		Referencias																
		Atenciones																
	TOTAL DE ACCIONES PREVENTIVAS																	
	TOTAL DE REFERENCIAS																	
	TOTAL DE ATENCIONES																	
TOTAL DE ALUMNAS Y ALUMNOS	RECIBEN AL MENOS 6 ACCIONES PREVENTIVAS																	
	REFERIDOS A UNIDAD DE SALUD																	
	ATENDIDOS																	
	CON CARTILLA NACIONAL DE SALUD ACTIVA																	
INFORMACIÓN ESCUELAS																		
		INCORPORADAS				BANDERA BLANCA				CERTIFICADAS								
PREESCOLAR																		
PRIMARIA																		
SECUNDARIA																		
MEDIO SUPERIOR																		

SIS 2016

SECRETARÍA DE SALUD



SIS-SS-07-P

PROMOCIÓN DE LA SALUD ESCOLAR

SIS-SS-07-P

MES AÑO

NOMBRE UNIDAD:

CLUES:

NOMBRE Y FIRMA:

DÍA	NIVEL ESCOLAR															
	PREE SCOLAR				PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIO SUPERIOR			
				TOTAL				TOTAL				TOTAL				TOTAL
INFORMACIÓN ACCIONES PREVENTIVAS	ESTADO DE NUTRICIÓN	Acciones Preventivas														
		Referencias														
		Atenciones														
	AGUDEZA VISUAL	Acciones Preventivas														
		Referencias														
		Atenciones														
	AGUDEZA AUDITIVA	Acciones Preventivas														
		Referencias														
		Atenciones														
	IRA's y EDA's	Acciones Preventivas														
		Referencias														
		Atenciones														
	VACUNACIÓN	Acciones Preventivas														
		Referencias														
		Atenciones														
	TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDA/H)	Acciones Preventivas														
		Referencias														
		Atenciones														
	OTROS	Acciones Preventivas														
		Referencias														
		Atenciones														
	TOTAL DE ACCIONES PREVENTIVAS															
	TOTAL DE REFERENCIAS															
	TOTAL DE ATENCIONES															
TOTAL DE ALUMNOS Y ALUMNOS	RECIBEN AL MENOS 6 ACCIONES PREVENTIVAS															
	REFERIDOS A UNIDAD DE SALUD															
	ATENDIDOS															
	CON CARTILLA NACIONAL DE SALUD ACTIVA															

INFORMACIÓN DEL AVANCE EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

NIVEL	Incorporadas a la Promoción de la Salud	En Proceso de Validación / Bandera Blanca	Validadas como Promotoras de la Salud
PREE SCOLAR			
PRIMARIA			
SECUNDARIA			
MEDIO SUPERIOR			

SIS 2015

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
PROMOCIÓN DE LA SALUD
ESCUELA Y SALUD
SIS-SS-07-P**

GENERALIDADES

En este formato se registrarán las actividades más relevantes del Programa de Acción Específica **Escuela y Salud**. Mensualmente se debe llenar **una sola forma por Unidad de Salud**. El formato está integrado por tres apartados:

1. Información de acciones preventivas.
2. Total de alumnas y alumnos
3. Información mensual referente a escuelas: incorporación, bandera blanca y certificación de escuelas.

FUENTE

Informes, formatos e instrumentos derivados de la operación del programa utilizados por el personal de salud.

SIS 2016

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
PROMOCIÓN DE LA SALUD ESCOLAR, SIS-SS-07-P**

GENERALIDADES

En este formato se registrarán las actividades más relevantes del **Componente Promoción de la Salud Escolar**, perteneciente al Programa de Acción Específico "Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018". Mensualmente se debe llenar **una sola forma por Unidad de Salud**.

El formato está integrado por tres apartados:

1. Información de acciones preventivas.
2. Total de alumnas y alumnos
3. Información escuelas: **Incorporadas a la Promoción de la Salud, en Proceso de Validación / Bandera Blanca y Validadas como Promotoras de la Salud.**

FUENTE

Informes, formatos e instrumentos derivados de la operación del **Componente Promoción de la Salud Escolar** utilizados por el personal de salud.

Sin modificación en formato solo en instrucción



SIS-SS-07-P

SIS 2015

TOTAL DE ALUMNAS Y ALUMNOS	RECIBEN AL MENOS 6 ACCIONES PREVENTIVAS																		
	REFERIDOS A UNIDAD DE SALUD																		
	ATENDIDOS																		
	CON CARTILLA NACIONAL DE SALUD ACTIVA																		

- **Referidos a unidad de salud:** registre el número total de alumnas y alumnos que fueron referidos a la Unidad de Salud, como resultado de las acciones preventivas realizadas para detectar problemas de salud o esquemas incompletos de vacunación, que efectuó el personal de salud o docente, según corresponda al día en que se realizó la actividad, así como el total general.
- **Atendidos:** anote el número total de alumnas y alumnos que se les brindó consulta médica en las Unidades de Salud (del total de alumnos que fueron referidos), incluyendo tratamiento cuando fuera pertinente.
En el caso de TDA/H se considera alumna o alumno atendido a aquél que fue referido a segundo nivel de atención.
- **Alumnas y alumnos con Cartilla Nacional de Salud Activa*:** registre el número de Cartillas Nacionales de Salud activas del total de alumnas y alumnos a los que se les realizó acciones preventivas.
***Cartilla Nacional de Salud Activa:** es toda aquella cartilla, que en el momento de la revisión, tiene como mínimo 1 registro en el último semestre en uno o mas componentes de la cartilla (Promoción de la salud/Nutrición/Esquema de vacunación/Prevención y control de enfermedades/Detección de enfermedades/Salud sexual y reproductiva/Prevención de accidentes/Adicciones).

SIS 2016

TOTAL DE ALUMNAS Y ALUMNOS	RECIBEN AL MENOS 6 ACCIONES PREVENTIVAS																		
	REFERIDOS A UNIDAD DE SALUD																		
	ATENDIDOS																		
	CON CARTILLA NACIONAL DE SALUD ACTIVA																		

- **Referidos a unidad de salud:** registre el número total de *alumnas y alumnos que fueron referidos o enviados a la Unidad de Salud*, como resultado de las acciones preventivas realizadas para detectar problemas de salud o esquemas incompletos de vacunación, que efectuó el personal de salud o docente, según corresponda al día en que se realizó la actividad, así como el total general.
- **Atendidos:** anote el número total de *alumnas y alumnos que se les brindó consulta médica en las Unidades de Salud* (del total de alumnos que fueron referidos), incluyendo tratamiento cuando fuera pertinente.
En el caso de TDA/H se considera alumna o alumno atendido a aquél que fue referido a segundo nivel de atención.
- **Alumnas y alumnos con Cartilla Nacional de Salud Activa*:** registre el número de Cartillas Nacionales de Salud activas del total de alumnas y alumnos a los que se les realizó acciones preventivas.
***Cartilla Nacional de Salud Activa:** *es toda aquella cartilla que en el momento de la revisión, tiene como mínimo 1 registro en el último semestre en uno o más componentes (Promoción de la salud/ Nutrición/ Esquema de vacunación/ Prevención y control de enfermedades/ Detección de enfermedades/ Prevención de accidentes y lesiones/Prevención de adicciones/ Actividad física/ Salud sexual y reproductiva).*

SIS 2015

INFORMACIÓN ESCUELAS										
					INCORPORADAS	BANDERA BLANCA	CERTIFICADAS			
PREESCOLAR										
PRIMARIA										
SECUNDARIA										
MEDIO SUPERIOR										

INFORMACIÓN ESCUELAS

Registre la información mensual correspondiente a escuelas, de acuerdo a la siguiente especificación:

- **Escuelas Incorporadas:** Anote el total de escuelas según nivel, que durante el mes que se reporta y cuentan con la Cédula de Registro de Incorporación al Programa, validada por las autoridades jurisdiccionales (SS) y de zona escolar (SEP). Esta información se registra en una sola ocasión por escuela y por año.
- **Escuelas en Proceso de Certificación (Bandera Blanca):** Anote el total de escuelas según nivel, que durante el mes que se reporta han cumplido con 11 a 17 de los Criterios para certificar una escuela como Promotora de la Salud¹. Esta información se registra en una sola ocasión por escuela y por año.
- **Escuelas Certificadas:** Anote el total de escuelas según nivel, que durante el mes que se reporta han cumplido con 18 o más de los criterios¹ y fueron certificadas como Escuelas Promotoras de la Salud. Esta información se registra en una sola ocasión por escuela y por año.

SIS 2016

INFORMACIÓN DEL AVANCE EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD			
NIVEL	Incorporadas a la Promoción de la Salud	En Proceso de Validación / Bandera Blanca	Validadas como Promotoras de la Salud
PREESCOLAR			
PRIMARIA			
SECUNDARIA			
MEDIO SUPERIOR			

INFORMACIÓN DEL AVANCE EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

Registre la información mensual correspondiente a escuelas, de acuerdo a la siguiente especificación:

- **Escuelas Incorporadas a la Promoción de la Salud:** Anote el total de escuelas según el nivel, que durante el mes que se reporta cuentan con la Cédula de Registro de incorporación a la Promoción de la Salud validada por las autoridades jurisdiccionales (SS) y de zona escolar (SEP). Esta información se registra en **una sola ocasión** por escuela y por año estadístico.
- **Escuelas en Proceso de Validación/Bandera Blanca:** Anote el total de escuelas según nivel, que durante el mes que se reporta han cumplido con un 50% de los **criterios** establecidos en el Apéndice E Normativo "Proceso de Reconocimiento de Escuela Promotora de la Salud" de la NOM-009-SSA2-2013 Promoción de la Salud Escolar. Esta información se registra en **una sola ocasión** por escuela y por año estadístico.
- **Escuelas Validadas como Promotoras de la Salud:** Anote el total de escuelas según nivel, que durante el mes que se reporta han cumplido **con el 80% o más de avance** en los criterios establecidos en el Apéndice E Normativo "Proceso de Reconocimiento de Escuela Promotora de la Salud" de la NOM-009-SSA2-2013 Promoción de la Salud Escolar y fueron validadas como promotoras de la salud. Esta información se registra en **una sola ocasión** por escuela y por año estadístico.

HOJA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA

SIS-SS-12-P

2016

HOJA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA
UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA

SIS-SS-12-P

FECHA:

--	--	--

MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD:

CLUES:

NOMBRE RESPONSABLE DE LLIBIADO:

DÍA	NOMBRE Y CURP	DERECHO HABIENTE		PROSPERA	EDAD	HORA DE ATENCIÓN	ABORTO (MENOR A 22 SEMANAS)	ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			EUTÓCICO	DISTÓCICO	ÚNICO	MULTIPLE	PRODUCTO				DEFUNCIÓN FETAL	PLANIFICACIÓN FAMILIAR			NOMBRE DEL MÉDICO O ENFERMERA QUE ATENDIÓ																	
		Expediente						TIPO DE PARTO		CON PRODUCTO					NACIDO VIVO		SEXO	APEGGO INMEDIATO		DEFUNCIÓN	22 A 27 SEMANAS	28 Y MÁS SEMANAS		INSERCIÓN DE DIU	OTB	HORMONAL														
		SPSS	OTRA					EUTÓCICO	DISTÓCICO	36 Y MENOS SEMANAS					37 Y MÁS SEMANAS																									
										MENOR A 2500G					2500 G Y MÁS	MENOR A 2500G											2500 G Y MÁS													
TOTAL																																								
ADOLESCENTES																																								
MENOR DE 15 AÑOS																																								
DE 15 A 19 AÑOS																																								
TOTAL MENORES DE 20																																								

SIS 2016

SIS 2015

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
HOJA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA, SIS-SS-12-P**

SEGURO POPULAR Cuando se le brinde atención a una paciente afiliada al Seguro Popular marque con una "X" la columna, corrobore la afiliación solicitando su tarjeta o credencial con número de afiliación. Esto con el fin de facilitar la entrega de los reportes de actividades solicitados por el Seguro Popular.

HORA DE ATENCIÓN

Anote la hora en que se atendió el parto, o se efectuó el legrado u operación secundaria al aborto.

SIS 2016

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
HOJA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA, SIS-SS-12-P**

MANEJO DE LA FORMA Aplica únicamente para unidades de consulta externa que realizaron atención obstétrica y que no reportan al Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH.

SEGURO POPULAR Cuando se le brinde atención a una paciente afiliada al Seguro Popular marque con una "X" la columna, corrobore la afiliación solicitando su tarjeta o credencial con número de afiliación. Esto con el fin de facilitar la entrega de los reportes de actividades solicitados por el Seguro Popular.

HORA DE ATENCIÓN

Anote la hora en que se atendió el parto, o se efectuó el legrado u operación secundaria al aborto.

SIS 2016

DERECHO HABIENTE		PROSPERA	EDAD	HORA DE ATENCIÓN	ABORTO (MENOR A 22 SEMANAS)	ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			TIPO DE PARTO		CON PRODUCTO	
SPSS	OTRA					PERIODO EXPULSIVO EN POSICIÓN VERTICAL	ACOMPañAMIENTO PSICOEMOCIONAL CONTINUO	MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO	EUTÓCICO	DISTÓCICO	ÚNICO	MÚLTIPLE

ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- ✓ **Periodo expulsivo en posición vertical:** Marque "X" si durante el periodo expulsivo del trabajo de parto, el torso y canal pelviano de la madre se encontraban en un ángulo de 45° a 90° con respecto al plano horizontal. Corresponde a las posiciones de sentada, sentada acucillada, hincada y de pie.
- ✓ **Acompañamiento psico-emocional continuo:** Marque "X" si se contó con acompañamiento psico-emocional personalizado durante todo el trabajo de parto, ya sea por personal de salud (Incluye personal en formación, y parteras profesionales), parteras tradicionales, personal voluntario (madrinas obstétricas) y familiares.
- ✓ **Manejo activo del tercer periodo:** Marque "X" si se aplicó de manera inmediata al nacimiento del neonato un útero-tónico a la madre, más tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino.

SIS 2015

PRODUCTO							
NACIDO VIVO						DEFUNCIÓN FETAL	
36 Y MENOS SEMANAS		37 Y MÁS SEMANAS		SEXO	DEFUNCIÓN	22 A 27 SEMANAS	28 Y MÁS SEMANAS
MEJOR A 2500G.	2500 G Y MÁS	MEJOR A 2500G.	2500 G Y MÁS				

PRODUCTO

- ✓ Nacido vivo: Registre a toda expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de esta separación, respira o manifiesta cualquier otro signo de vida tal como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical y contracción efectiva de algún músculo sometido a la acción de la voluntad, haya sido o no cortado el cordón umbilical y esté o no adherido a la placenta, de acuerdo a las características que a continuación se especifican: 36 y menos semanas y 37 y más semanas, ambas con peso menor a 2500 g. y 2500 g. y más; marque con una "X" según corresponda.
- ✓ Sexo: Anote el sexo del producto según corresponda: F= femenino M= masculino.
- ✓ Defunción: Marque una "X" si el producto nacido vivo muere antes de salir de la unidad.
- ✓ Defunción fetal: Se refiere a aquellos productos de la concepción que después de la expulsión o extracción del cuerpo de la madre no respiran ni manifiestan cualquier otro signo de vida. Marque con una "X" en la columna respectiva de acuerdo a la edad fetal estimada por amnorrea o por peso del producto (22 a 27 semanas ó 28 y más semanas).

SIS 2016

PRODUCTO								
NACIDO VIVO						DEFUNCIÓN FETAL		
36 Y MENOS SEMANAS		37 Y MÁS SEMANAS		SEXO	APEGO INMEDIATO	DEFUNCIÓN	22 A 27 SEMANAS	28 Y MÁS SEMANAS
MEJOR A 2500G	2500 G Y MÁS	MEJOR A 2500G	2500 G Y MÁS					

PRODUCTO

- ✓ Nacido vivo: Registre a toda expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de esta separación, respira o manifiesta cualquier otro signo de vida tal como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical y contracción efectiva de algún músculo sometido a la acción de la voluntad, haya sido o no cortado el cordón umbilical y esté o no adherido a la placenta, de acuerdo a las características que a continuación se especifican: 36 y menos semanas y 37 y más semanas, ambas con peso menor a 2500 g. y 2500 g. y más; marque con una "X" según corresponda.
- ✓ Sexo: Anote el sexo del producto según corresponda: M= mujer; H=hombre.
- ✓ Apego inmediato. Marque una "X" si se realizó el contacto piel a piel entre la madre y el neonato inmediatamente después al nacimiento, que consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, estimulando la toma del pezón y el inicio temprano de la lactancia, realizando los primeros cuidados y la valoración del Apgar sobre la madre, retrasando la somatometría y cuidados no urgentes.

SIS 2015

TOTAL

Sume los renglones con la información de cada columna.

ADOLESCENTES

Cuente los renglones con la información para pacientes menores de 15 años y de 15 a 19 años.

SIS 2016

TOTAL

Sume los renglones con la información de cada columna.

ADOLESCENTES

Cuente los renglones con la información para pacientes menores de 15 años y de 15 a 19 años y además totalice para obtener las menores de 20 años.

**REPORTE DE ACTIVIDADES DE
HOSPITALIZACIÓN
SIS-SS-15-P**

2016



SIS 2015

SIS 2016

REPORTE DE ACTIVIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

SIS-SS-15-P

FECHA:

--	--	--

MES AÑO

NOMBRE UNIDAD:	CLUES:	SERVICIO:
----------------	--------	-----------

DÍA	MOVIMIENTO DE PACIENTES																			
	EXISTENCIA ANTERIOR	INGRESOS					EGRESOS							INGRESOS EGRESOS MISMO DÍA	EXISTENCIA ACTUAL	TOTAL DE DÍAS PACIENTE	CAMAS CENSABLES EN SERVICIO			
		CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS	OTRA UNIDAD	OTRO SERVICIO	TOTAL	CURACIÓN	MEJORÍA	VOLUNTARIO	PASE A OTRA UNIDAD	DEFUNCIÓN	SUBTOTAL	PASE A OTRO SERVICIO					TOTAL		
TOTAL																				

Sin modificación en formato solo en instrucción

SIS 2015

Total de días paciente: Anote el valor correspondiente a la hoja de movimiento diario de pacientes. Definido como el período de servicios prestados a un paciente interno, entre las horas en que se toma el censo diario, es decir, de 12.01 a.m. a 12.01 a.m. del día siguiente. El día- paciente se cuenta también para el individuo que ingresa y egresa el mismo día, siempre que ocupe una cama censable y se prepare una Historia Clínica, es decir, la utilización de una cama censable por un paciente hospitalizado durante un día o menos. Se obtiene a partir del censo diario de pacientes hospitalizados; las camas censables son susceptibles de ser utilizadas por dos o más pacientes en un día, generando tantos días paciente como personas hayan utilizado la cama, si tres pacientes ocuparon una cama, habrá tres días paciente para esa cama.

SIS 2016

TOTAL DE DÍAS PACIENTE

Definido como la utilización de una cama censable por un paciente hospitalizado durante un día o menos. Se obtiene a partir del censo diario de pacientes hospitalizados; las camas censables son susceptibles de ser utilizadas por dos o más pacientes en un día, generando tantos días paciente como personas hayan utilizado la cama.

Método de cálculo: Se obtiene a partir de la "Existencia anterior" más los Ingresos habidos en las últimas 24 horas (y que se quedaron hospitalizados), menos los Egresos en las últimas 24 horas (no considerar los que ingresaron y egresaron el mismo día), este resultado es el Censo diario que se realiza de 12.01 a.m. a 12.01 a.m. del día siguiente y debe coincidir con la "Existencia actual", es decir las camas ocupadas al momento del censo, a éste se le suman los ingresos y egresos del mismo día, el valor obtenido es el Total de Días Paciente.

Nota: Las camas censables son susceptibles de ser utilizadas por dos o más pacientes en un día, generando tantos días paciente como personas hayan utilizado la cama, si tres pacientes ocuparon una cama, habrá tres días paciente para esa cama.

✓ Anote el valor correspondiente a la hoja de movimiento diario de pacientes.

**CONTROL INTERNO DE SESIONES
SIS-SS-SES-P**

2016



**SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD
CONTROL INTERNO DE SESIONES**

SIS-SS-SES-P

Fecha: | | |
MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____ NOMBRE Y FIRMA: _____

FECHA	PROSPERA		Seguro Médico para una Nueva Generación		Asistentes a Sesiones	Consejería Planificación Familiar	Talleres de Promoción de la Salud				Prevención de la Violencia Sesiones		Información a Tutores de <18 años, en signos y síntomas de alarma de cáncer	
	Beneficiarios	Nivel Medio Superior	Sesiones	Asistentes	VIH e ITS		Población General	Alumnas y Alumnos	Docentes	Migrantes		Adolescentes		Padre o tutor
										Talleres	Asistentes			
TOTAL														



SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD CONTROL INTERNO DE SESIONES

SIS-SS-SES-P

Fecha: ___ / ___ / ___
MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____ NOMBRE Y FIRMA: _____

FECHA	PROSPERA Talleres		Seguro Médico para una Nueva Generación		Consejería Planificación Familiar	Promoción de la Salud					CeNSIA						Información a Tutores de menores de 18 años, en signos y síntomas de sospecha de cáncer			
	Beneficiarios	Nivel Medio Superior	Sesiones	Asistentes		Talleres comunitarios					Sesiones Informativas									
						Población General	Alumnas y Alumnos	Docentes	Migrantes		Prevención de Maltrato Infantil		Prevención de Violencia para Adolescentes		Prevención de Violencia para Madres, Padres y/o Tutores de Adolescentes			Intervenciones de Prevención de Violencia en Adolescentes		
									Talleres	Asistentes	Sesiones	Madres, Padres y/o Tutores (Asistentes)	Sesiones	Adolescentes (Asistentes)	Sesiones	Madres, Padres y/o Tutores (Asistentes)		Familia	Comunidad	
TOTAL																				

SIS-SS-SES-P

PROSPERA		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">SIS 2015</div>
Beneficiarios	Nivel Medio Superior	

PROSPERA

Registre el número de sesiones impartidas a los beneficiarios del PROSPERA Programa de Inclusión Social, **sin importar el tema**. Si la sesión fue acerca de alguno de los temas contemplados en el formato (VIH/SIDA o ITS), anótelos también en la columna correspondiente.

- ✓ Beneficiarios: Anote las sesiones impartidas a beneficiarios de PROSPERA.
- ✓ Nivel medio superior: Anote las sesiones impartidas a los beneficiarios del PROSPERA Programa de Inclusión Social del Nivel Medio Superior

PROSPERA Talleres		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">SIS 2016</div>
Beneficiarios	Nivel Medio Superior	

PROSPERA

Se considera como taller: a la impartición de un tema (contemplados dentro de los Temas de Talleres Comunitarios para el Cuidado de la Salud con enfoque de Determinantes Sociales), dirigido a un grupo de beneficiarios de PROSPERA.

NOTA: En caso de que el mismo tema se haya impartido a diferentes grupos, deberá contabilizar un taller por cada grupo.
No debe de registrar el número de asistentes.

- ✓ **Beneficiarios:** Anote los talleres impartidos a beneficiarios de PROSPERA.
- ✓ **Nivel medio superior:** Anote los talleres impartidos a los beneficiarios de PROSPERA del Nivel Medio Superior.

Talleres de Promoción de la Salud				
Población General	Alumnas y Alumnos	Docentes	Migrantes	
			Talleres	Asistentes

TALLERES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Se define como taller a la actividad educativa estructurada y con objetivos bien definidos, que se dirige a grupos previamente organizados (comités de salud, comités escolares, grupos de jóvenes, promotores voluntarios, entre otros) para actualizar formar, desarrollar y perfeccionar conocimientos, capacidades, competencias y habilidades para el cuidado de la salud. El taller, tiene dos principios fundamentales: la participación activa de los asistentes –mediante dinámicas de trabajo, reflexión grupal, discusión dirigida, entre otras- y la elaboración de un producto o resultado final –definición de un proyecto, de una tarea o de una acción específica-. Un taller debe tener **un mínimo de 5 asistentes** y una duración mínima de dos horas por sesión y si es necesario, también podrá organizarse en diferentes sesiones para construir el producto final.

En este apartado se anotará únicamente los talleres que imparte el personal de Promoción de la Salud.

Anote el número de talleres impartidos según corresponda en la columna de Población General, se registran todos los talleres comunitarios que llevan a cabo el personal de Promoción de la Salud (institucional, comunitario, voluntario etc.) incluidos los talleres realizados con los temas del SMNG y de PROSPERA. Cuando se abordan temas de SMNG y PROSPERA también se registrarán en las columnas correspondientes.

En la columna de Alumnas y Alumnos y Docentes se registrará el número de talleres realizados.

Para el caso de talleres de promoción de la salud dirigidos a migrantes, se considerarán las instrucciones anteriores.

SIS 2016

Talleres comunitarios				
Población General	Alumnas y Alumnos	Docentes	Migrantes	
			Talleres	Asistentes

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Talleres Comunitarios

Se define como taller a la actividad educativa estructurada y con objetivos bien definidos, que se dirige a grupos previamente organizados (comités de salud, comités escolares, grupos de jóvenes, promotores voluntarios, entre otros) para actualizar, formar, desarrollar y perfeccionar conocimientos, capacidades, competencias y habilidades para el cuidado de la salud. El taller, tiene dos principios fundamentales: la participación activa de los asistentes –mediante dinámicas de trabajo, reflexión grupal, discusión dirigida, entre otras- y la elaboración de un producto o resultado final –definición de un proyecto, de una tarea o de una acción específica-. Un taller debe tener **un mínimo de 5 asistentes** y una duración mínima de dos horas por sesión y si es necesario, también podrá organizarse en diferentes sesiones para construir el producto final.

En este apartado se anotará únicamente los talleres que imparte el personal de Promoción de la Salud.

- **Población General:** registre el número de talleres comunitarios que se imparten a personas o grupos de la población en general. Excluye los talleres comunitarios que se imparten a grupos en donde participan personas de dos o más grupos de los cuatro que se especifican en las otras columnas (1. Beneficiarios de PROSPERA o estudiantes de nivel medio superior; 2. Alumnas y alumnos; 3. Docentes; 4. Migrantes).
- **Alumnas y alumnos:** anote el número de talleres realizados, que se imparten a las alumnas y alumnos pertenecientes a las escuelas que se encuentran en el proceso de Validación de escuelas Promotoras de la Salud, con contenidos concernientes a determinantes de la salud que incluyen los temas de prevención y factores protectores psicosociales de la violencia, habilidades para la vida, contenido de las Cartillas Nacionales de Salud, entre otros.
- **Docentes:** anote el número de talleres realizados, que se imparten al personal docente perteneciente a las escuelas que se encuentran en el proceso de Validación de escuelas Promotoras de la Salud, con contenidos concernientes a determinantes de la salud que incluyen los temas de prevención y factores protectores psicosociales de la violencia, habilidades para la vida, contenido de las Cartillas Nacionales de Salud, entre otros.
- **Migrantes:** en la columna talleres registre el número de talleres realizados.

Anote el número de talleres impartidos según corresponda en la columna de Población General, se registran todos los talleres comunitarios que llevan a cabo el personal de Promoción de la Salud (institucional, comunitario, voluntario etc.) incluidos los talleres realizados con los temas del SMNG y de PROSPERA. Cuando se abordan temas de SMNG y PROSPERA también se registrarán en las columnas correspondientes.

En la columna de Alumnas y Alumnos y Docentes se registrará el número de talleres realizados.

Para el caso de talleres de promoción de la salud dirigidos a migrantes, se considerarán las instrucciones anteriores.

Promoción de la Salud					
Talleres comunitarios					Sesiones de lactancia materna y alimentación complementaria
Población General	Alumnas y Alumnos	Docentes	Migrantes		
			Talleres	Asistentes	



Sesiones de lactancia materna y alimentación complementaria

SIS 2016

SESIONES DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Se define como sesión educativa aquella actividad estructurada y con objetivos bien definidos, tema y alcance que se dirige a grupos previamente organizados (Comités de salud, comités escolares, promotores de salud, instituciones, grupos de ayuda mutua, personal de salud, entre otros) para actualizar, desarrollar y perfeccionar conocimientos, capacidades, competencias y habilidades para el fomento, promoción, recomendaciones, prácticas adecuadas para una lactancia materna exclusiva exitosa y una alimentación complementaria adecuada. La sesión educativa tiene dos principios fundamentales: la participación activa de los asistentes –mediante dinámicas de trabajo, reflexión grupal, discusión dirigida, entre otras- y la elaboración de un producto o resultado final –definición de un proyecto, de una tarea o de una acción específica-. Una sesión debe tener **un mínimo de 5 asistentes** y una duración mínima de 1 hora por sesión y si es necesario, también podrá organizarse en diferentes sesiones para construir el producto final.

- ✓ Registre el número de sesiones efectuadas según fecha.

CeNSIA					
Sesiones Informativas					
Prevención de Maltrato Infantil		Prevención de Violencia para Adolescentes		Prevención de Violencia para Madres, Padres y/o Tutores de Adolescentes	
Sesiones	Madres, Padres y/o Tutores (Asistentes)	Sesiones	Adolescentes (Asistentes)	Sesiones	Madres, Padres y/o Tutores (Asistentes)



Prevención de Maltrato Infantil	
Sesiones	Madres, Padres y/o Tutores (Asistentes)

SIS 2016

SESIONES INFORMATIVAS DE PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL

Actividad de exponer temática de maltrato infantil, estructurada con objetivo de prevención de maltrato infantil, disciplina no violenta, prácticas de buena crianza e identificación de formas de maltrato, promoviendo la reflexión para un aprendizaje significativo como base de la prevención primaria. La duración de cada una de las Sesiones Informativas de maltrato infantil es de 60 minutos al menos, de los cuales 30 minutos son para exposición de tema y 30 minutos para actividades que inviten a la reflexión. Para realizar las Sesiones Informativas, se deberá contar con un mínimo de 15 participantes y un máximo de 25 en cada una, respetando las características de cada población a la que va dirigida, por lo tanto deberá limitarse a madres, padres, tutores y/o cuidadores del menor de 10 años. Por cada sesión informativa se debe contar con documentación soporte correspondiente (lista de asistencia con firmas autógrafas) que al cierre de la misma deberá tener sello de la unidad de salud correspondiente.

- ✓ Registre el número de sesiones y asistentes (madres, padres y/o tutores) según fecha de realización.

Prevención de la Violencia Sesiones	
Adolescentes	Padre o tutor

SIS 2015

SESIONES INFORMATIVAS EN PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

Para el registro de esta actividad las/los profesionales de la salud efectuarán una exposición y actividad reflexiva en 60 minutos en prevención de la violencia, promoviendo estilos de vida sin violencia.

Anote el número total de Sesiones Informativas, según corresponda:

- ✓ **"Sesiones Informativas en Prevención de la Violencia dirigidas a adolescentes"**
Temática: "Prevención de Violencia entre Pares", dirigidas a Adolescentes de 10 a 19 años.
- ✓ **"Sesiones Informativas en Prevención de la Violencia dirigidas a padres y/o tutores"**
Temáticas: "Información y sensibilización sobre los diferentes tipos de violencia y sus consecuencias" y "Acciones de Prevención: Promoción de la Crianza Positiva y Buen Trato", dirigidas a madres, padres y cuidadores mayores de 20 años.

SIS 2016

CeNSIA					
Sesiones Informativas					
Prevención de Maltrato Infantil		Prevención de Violencia para Adolescentes		Prevención de Violencia para Madres, Padres y/o Tutores de Adolescentes	
Sesiones	Madres, Padres y/o Tutores (Asistentes)	Sesiones	Adolescentes (Asistentes)	Sesiones	Madres, Padres y/o Tutores (Asistentes)

PREVENCIÓN DE VIOLENCIA PARA ADOLESCENTES

Para el registro de estas acciones, el personal de salud debe efectuar actividades reflexivas y expositivas del tema de prevención de violencia promoviendo el buen trato y la crianza positiva, alineados con los objetivos del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), así como con los Lineamientos para la Operación del PASA vigentes del CeNSIA.

Se entiende por Sesión Informativa a la actividad reflexiva y estructurada que se realiza a través de técnicas didácticas con el objetivo de prevenir la violencia y cuyo propósito fundamental es la difusión de información, la generación de educación y promoción de la reflexión para un aprendizaje significativo como bases de la prevención primaria. La duración aproximada de cada una de las Sesiones Informativas es de 30 minutos. Para llevar a cabo las sesiones, se deberá contar con un máximo de 40 participantes en cada una, respetando las características de cada población a la que va dirigida, por lo tanto debe limitarse a Adolescentes de 10 a 19 años o Madres, Padres y/o Tutores de Adolescentes.

Sesiones Informativas Prevención de Violencia para Adolescentes

- ✓ Número de Sesiones. Anote el Número de Sesiones impartidas a Adolescentes en el mes a reportar.
- ✓ Número de Adolescentes (Asistentes). Anote el Número de Adolescentes que asistieron a las Sesiones Informativas en el mes a reportar.

Sesiones Informativas Prevención de Violencia para Madres, Padres y/o Tutores de Adolescentes

- ✓ Número de Sesiones. Anote el Número de Sesiones impartidas a Madres, Padres y/o Tutores de adolescentes en el mes a reportar.
- ✓ Número de Madres, Padres y/o Tutores (Asistentes). Anote el Número de Madres, Padres y/o Tutores de adolescentes que asistieron a las Sesiones Informativas en el mes a reportar.

Cabe destacar que las temáticas deben apegarse a los contenidos establecidos en la "Guía de Aplicación", asimismo la información registrada debe sustentarse con las Listas de Asistencia las cuales deben contener: logotipos institucionales, a quién va dirigida la sesión (Adolescentes o Madres, Padres y/o Tutores), fecha, lugar, nombre completo y firma de los participantes, así como quien imparte la sesión, sello de la Unidad de Salud, Jurisdicción o Entidad Federativa.

CeNSIA								
Sesiones Informativas						Intervenciones de Prevención de Violencia en Adolescentes		Información a Tutores de menores de 18 años, en signos y síntomas de sospecha de cáncer
Prevención de Maltrato Infantil		Prevención de Violencia para Adolescentes		Prevención de Violencia para Madres, Padres y Tutores de Adolescentes		Familia	Comunidad	
Sesiones	Madres, Padres y Tutores (Asistentes)	Sesiones	Adolescentes (Asistentes)	Sesiones	Madres, Padres y Tutores (Asistentes)			



Intervenciones de Prevención de Violencia en Adolescentes	
Familia	Comunidad

INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA

Las intervenciones son acciones educativas programadas que conducen a la reflexión y al logro de la adquisición de conductas relacionales basadas en el buen trato y la resolución pacífica de conflictos, sustentadas en el Modelo Ecológico y la Parentalidad con perspectiva de Género y Derechos Humanos.

Para el registro de esta actividad el personal de salud debe efectuar las actividades donde participen los integrantes de las familias de las y los adolescentes y en la comunidad, descritas en el "Cuadernillo de Intervenciones para la Familia" y "Cuadernillo de Intervenciones para la Comunidad" alineados con los objetivos del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), así como con los Lineamientos para la Operación del PASA vigentes del CeNSIA.

- ✓ Familia. Anote el total de intervenciones realizadas, descritas en el "Cuadernillo de Intervenciones para la Familia".
- ✓ Comunidad. Anote el total de intervenciones realizadas, descritas en el "Cuadernillo de Intervenciones para la Comunidad".

Información a
Tutores de <18
años, en signos
y síntomas de
alarma de
cáncer

SIS 2015

Información a Tutores de < 18 años, en signos y síntomas de alarma de cáncer

Registre el número de Tutores que fueron informados acerca de "signos y síntomas de alarma para sospechar cáncer en menores a 18 años"

Información a
Tutores de
menores de
18 años, en
signos y
síntomas de
sospecha de
cáncer

SIS 2016

Información a Tutores de < 18 años, en signos y síntomas de **sospecha** de cáncer

Registre el número de tutores de los menores de 18 años que fueron informados sobre signos y síntomas de sospecha de cáncer. Para contabilizar ésta actividad se debe realizar en la sala de espera, auditorio o aula ante un grupo mayor a 5 personas, con un mensaje sobre el temas "signos y síntomas de sospecha de cáncer", que el tiempo de exposición sea de al menos 10 minutos. Hacer lista de asistencia con fecha de realización de la sesión, tema expuesto, nombre y firma de los padres informados.

**PROGRAMA: SALUD DE LA INFANCIA.
REGISTRO DE CAPACITACIÓN DE
MADRES
SIS-SS-29-P**

2016



PROGRAMA: SALUD DE LA INFANCIA REGISTRO DE CAPACITACIÓN DE MADRES

FECHA:

DÍA	MES	AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: EDA'S IRA'S PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN ESTIMULACIÓN TEMPRANA OBESIDAD Y SOBREPESO CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA CAPACITADA	DOMICILIO (Calle, Número, Localidad)	NOMBRE Y APELLIDOS DEL MENOR DE 5 AÑOS	TIPO DE ASISTENTE		ACREDITÓ (SI o No)
			INICIAL	REFUERZO	



PROGRAMA: SALUD DE LA INFANCIA
REGISTRO DE CAPACITACIÓN DE MADRES

SIS-SS-29-P

FECHA:

DÍA	MES	AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: CLUES:

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: EDA'S IRA'S PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN ESTIMULACIÓN TEMPRANA OBESIDAD Y SOBREPESO CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO LACTANCIA MATERNA

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA CAPACITADA	DOMICILIO (Calle, Número, Localidad)	NOMBRE Y APELLIDOS DEL MENOR DE 5 AÑOS	TIPO DE ASISTENTE		ACREDITÓ (SI o No)
			INICIAL	REFUERZO	

INSTRUCTIVO DE LLENADO
PROGRAMA: SALUD DE LA INFANCIA. REGISTRO DE CAPACITACIÓN DE MADRES, SIS-SS-29-P

TEMA DE LA CAPACITACIÓN

Marque con "X" el tema de la capacitación recibida, según sea el caso: EDA's, IRA's, Prevención de la desnutrición, Estimulación temprana, Obesidad y sobrepeso, Cuidados del recién nacido o **Lactancia materna**.

Nombre y apellidos de la capacitada: Anote el nombre de la persona capacitada, de acuerdo a los lineamientos de capacitación a madres en el Programa Salud de la Infancia.

Domicilio: Anote el domicilio de la persona capacitada empezando por el nombre de la calle, el número exterior e interior y nombre de la colonia, localidad o ciudad en su caso, donde se ubica la casa.

Nombre y apellidos del menor de 5 años: Anote el nombre del menor de 5 años, de quien es responsable la persona que recibió la capacitación.

Tipo de asistente: Marque con "X" el tipo de capacitación recibida, según sea el caso: Inicial o Refuerzo.

Acreditó: Anote en el espacio correspondiente:

*Si: Cuando la madre haya acreditado el curso de capacitación, con base a los lineamientos de capacitación del Programa Salud de la Infancia.

*No: En caso de que la madre no haya acreditado el curso de capacitación.

SIS 2016

**PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE
LA ADOLESCENCIA. GRUPOS ADOLESCENTES
PROMOTORES DE SALUD.
SIS-SS-GAPS**

2016

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ADOLESCENCIA
GRUPOS DE ADOLESCENTES PROMOTORES DE SALUD

SIS-SS-GAPS



FECHA:

DÍA	MES	AÑO		

DATOS GENERALES DE LA UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN DEL GAPS

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____

DELEGACIÓN/MUNICIPIO: _____ NOMBRE DEL COORDINADOR GAPS: _____

FORMADOS EN EL PERIODO

Total de Grupos GAPS instalados Total de integrantes del(los) Grupo(s) instalado(s)

GAPS ACTIVOS

~~Total de GAPS haciendo intervenciones~~ ~~Total de integrantes del GAPS haciendo intervenciones~~

Total de sesiones educativas llevadas a cabo durante el mes

INTERVENCIONES REALIZADAS POR LOS GAPS

TIPO	NÚMERO	
RECREATIVAS	 	TOTAL DE ASISTENTES <input style="width: 100px;" type="text"/>
CULTURALES	 	
DEPORTIVAS	 	
PLÁTICAS	 	
TOTAL	 	

CAPACITACIÓN PARA ADOLESCENTES PROMOTORES

~~NÚMERO DE INTEGRANTES ACREDITADOS~~

Nombre y firma del responsable de adolescencia en la Jurisdicción



**PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ADOLESCENCIA
GRUPOS Y ADOLESCENTES PROMOTORES DE SALUD GAPS**

SIS-SS-GAPS

FECHA:
MES AÑO

DATOS GENERALES DE LA UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN DEL GAPS

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____

DELEGACIÓN/MUNICIPIO: _____ NOMBRE DEL COORDINADOR GAPS: _____

NÚMERO DE SESIONES IMPARTIDAS EN EL PERIODO (MES) POR EL COORDINADOR: _____

	GRUPOS GAPS	ADOLESCENTES GAPS									
ATENCIÓN	Número Total de Grupos en Operación <input type="text"/>	Número Total de Adolescentes Integrantes de los Grupos en Operación <input type="text"/>									
	Número de Grupos dados de Baja <input type="text"/>	Número de Adolescentes Integrantes dados de Baja <input type="text"/>									
TIPO DE POBLACIÓN	En caso de ser Indígena y Rural se registra sólo Indígena										
	Número de Grupos Indígenas <input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>Mujer</th> <th>Hombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 - 14 años</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>15 - 19 años</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Edad	Mujer	Hombre	10 - 14 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15 - 19 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Edad	Mujer	Hombre								
10 - 14 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
15 - 19 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
Número de Grupos Rurales <input type="text"/>											
	Número de Grupos Urbanos <input type="text"/>										

Nombre completo, cargo y firma
Elaboró

Nombre completo, cargo y firma
Validó

Este formato es aplicable únicamente a los Grupos correspondientes a la Estrategia de Grupos Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).

Al finalizar el mes estadístico llene un formato por cada una de las unidades que cuente con GAPS. El Responsable del llenado será el que asigne el titular de la unidad (Promotor de Salud, Psicólogo, Enfermera, Trabajadora Social, etc.) y que fungirá como Coordinador de GAPS.

DATOS GENERALES DE LA UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN DEL GAPS

- ✓ Anote el Nombre de la unidad de salud, la CLUES, Delegación o Municipio donde pertenece la Unidad de Salud y finalmente, el nombre del Coordinador de GAPS, no importa que el GAPS sesione en otro lugar.

FORMADOS EN EL PERIODO

Total de grupos GAPS instalados

- ✓ Anote el número de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) formados en la unidad de salud que cuenten con Acta Constitutiva plenamente requisitada, con base en lo establecido en los "Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud".

Total de integrantes del(los) Grupo(s) Instalado(s)

- ✓ Anote el número de Adolescentes Promotores que conforman el grupo y/o que se incorporan por primera vez al él.

ACTIVOS

Se considera GAPS activos todo aquel grupo que comience acciones de promoción de la salud (intervenciones y/o pláticas) con sus pares y su comunidad.

Es importante señalar que la ÚNICA condición para que el GAPS realice intervenciones de promoción, es que debe sesionar de manera regular y programada con su coordinador para que pueda hacer actividades con sus pares.

Total de grupos GAPS haciendo intervenciones

- ✓ Anote el número de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) que durante el periodo que informa realiza y reporta acciones orientadas para promover estilos de vida saludables en beneficio de otros adolescentes y/o su comunidad con el apoyo y asesoría del personal de salud. Las cuales son: Recreativas, Culturales, Deportivas y Pláticas.

Total de Integrantes de GAPS haciendo intervenciones

- ✓ Anote el número de Adolescentes que integran el GAPS, que están haciendo intervenciones y no han causado baja.

Total de sesiones educativas llevadas a cabo durante el mes

- ✓ Anote el número total de sesiones educativas llevadas a cabo durante el periodo. Se entiende como sesión educativa la reunión que programa el coordinador del GAPS con los integrantes del grupo para cursar uno de los 24 temas del "Manual Operativo para la Promoción y Desarrollo de los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)".

INTERVENCIONES REALIZADAS POR LOS GAPS

- ✓ Registre el número de intervenciones por tipo que reportan los adolescentes promotores integrantes del GAPS y que realizaron durante el periodo que informa.
- ✓ Se define como intervenciones al conjunto de actividades fuera de las sesiones educativas programadas y realizadas por Grupos de Adolescentes Promotores de Salud para promover estilos de vida saludables, con sus pares y/o en su comunidad. Estas se desglosan de la siguiente manera para su registro:
 - a) **Recreativas:** Kermeses, bailes, conciertos, concursos, juegos didácticos de mesa con temas relacionados con la promoción de la salud, rally de la salud.
 - b) **Culturales:** Obras de teatro, exposiciones de pintura (grafiti, pinta de bardas, etc.) exposición de manualidades, exposición de carteles y folletos, cine debate, lectura en voz alta, círculo de lectura (lectura comentada de textos).
 - c) **Deportivas:** Torneos de fútbol, voleibol, básquetbol, futbol americano, competencias de velocidad, de natación así como cualquier práctica de actividad física en grupo.
 - d) **Pláticas:** Realizadas por los GAPS en temas relacionados con la promoción de estilos de vida saludables, en los que previamente han sido capacitados.
 - e) **Total de asistente:** Registre el total de asistentes que recibieron las pláticas.
- ✓ Anote en la fila **TOTAL**, el resultado de la suma del **NÚMERO** de intervenciones.

ADOLESCENTES PROMOTORES ACREDITADOS

- ✓ Anote el número de adolescentes promotores que, durante el mes que informa, cubrieron como mínimo 20 sesiones del total de 24 recibidas y que presentan como mínimo un resultado satisfactorio de la evaluación de la acreditación.

NOTA: La acreditación del Adolescente Promotor le permitirá continuar su trabajo de promoción con otros adolescentes, con el apoyo y asesoría del personal de salud, pero ahora con la nominación de Promotor GAPS, esta labor debe llevarse a cabo con mínimo seis meses.

DESINTEGRACIÓN DEL GAPS

Baja: Se entiende GAPS dado de baja a todo aquel grupo que deje de sesionar por tres meses.

- ✓ Los GAPS que por alguna razón no hayan sesionado hasta por dos meses podrán reportarse como activos en el formato primario,
- ✓ Si el GAPS en esos dos meses ha realizado intervenciones (recreativas, culturales, deportivas y/o pláticas) podrá registrarlas en el apartado "Tipo de Intervenciones realizadas por los GAPS".
- ✓ **Si el GAPS continua sin reunirse después de este periodo, es decir, al tercer mes, deberá dejar de reportarse como activo, aunque continúe llevando a cabo acciones de promoción**, ya que la capacitación del promotor adolescente se fundamenta en las sesiones educativas. Con lo cual se entenderá que el GAPS está dado de baja.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ADOLESCENCIA
GRUPOS ADOLESCENTES PROMOTORES DE SALUD, SIS-SS-GAPS**

Este formato es aplicable únicamente al Componente de Grupos Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).

Al finalizar el mes estadístico llene un formato por cada una de las unidades que cuente con GAPS. El Responsable del llenado será el que asigne el titular de la unidad (Promotor de Salud, Psicólogo, Enfermera, Trabajadora Social, etc.) y que fungirá como Coordinador de GAPS.

DATOS GENERALES DE LA UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN DEL GAPS

- ✓ Anote el Nombre de la unidad de salud, la CLUES, Delegación o Municipio al que pertenece la Unidad de Salud, el nombre del Coordinador de GAPS, no importa que el GAPS sesione en otro lugar; así como el número de sesiones impartidas por el coordinador GAPS a los Grupos en el mes y finalmente el Nombre completo, cargo y firma del responsable de la elaboración y validación del informe.

GRUPOS GAPS

Número Total de Grupos en Operación

- ✓ Anote el número Total de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) que se encuentran operando actualmente¹ en las unidades de salud.

Número de Grupos dados de Baja

- ✓ Anote el número de Grupos que fueron dados de Baja, es decir que no se han reunido para trabajar en un periodo de 3 meses como máximo.

Tipo de Población

- ✓ Anote el número de Grupos GAPS con población Indígena, Rural o Urbano atendidos. En caso de que el GAPS esté en más de una categoría, dar prioridad a la población indígena.

ADOLESCENTES GAPS

Número Total de Adolescentes que integran los Grupos en Operación

- ✓ Anote el número total de Adolescentes que integran los Grupos en Operación reportados.

Número de Adolescentes integrantes de los Grupos dados de Baja

- ✓ Anote el número de Adolescentes de los Grupos dados de Baja o aquellos que no han participado en su Grupo en un periodo de 3 meses como máximo.

Mujer / Hombre

Anote el número total de Adolescentes atendidos según sexo (mujer/hombre), así como el rango de edad en el que se ubica cada Grupo (de 10 a 14 años 11 meses y de 15 a 19 años).

¹ La operación de los Grupos se refiere a aquellos donde se trabaja o se ejecutan intervenciones periódicas y permanentes con las y los adolescentes.

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA
ADOLESCENTES (SSRA)
CÉDULA DE REGISTRO DE PROMOTORES Y
BRIGADISTAS JUVENILES**

**SIS-SS-SSRA
2016**



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES (SSRA)
CÉDULA DE REGISTRO DE PROMOTORES Y BRIGADISTAS JUVENILES SSRA

SIS-SS-SSRA

FECHA:

--	--	--	--	--

DÍA MES AÑO

DATOS DEL SERVICIO AMIGABLE O UNIDAD DE SALUD

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____
 TIPO DE SERVICIO AMIGABLE: EXCLUSIVO MIXTO HORIZONTAL
 NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL GRUPO: _____ NOMBRE DEL GRUPO: _____

PROMOTORES Y BRIGADISTAS JUVENILES

	NUEVOS	<input type="text"/>
	ACTIVOS	<input type="text"/>
TOTAL DE INTEGRANTES DEL GRUPO		<input type="text"/>

CAPACITACIONES RECIBIDAS

TEMA	NÚMERO DE PROMOTORES		TOTAL PROMOTORES CAPACITADOS
	Hombres	Mujeres	
			<input type="text"/>

INTERVENCIONES REALIZADAS POR PROMOTORES Y BRIGADISTAS

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: _____ TEMA DE LA INTERVENCIÓN: _____
 TOTAL DE INTERVENCIONES AL MES

Nombre y firma del responsable Jurisdiccional del Programa



MES	AÑO		

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____

I) Tipo de Servicio Amigable:

- 1. Horizontal
- 2. Mixto
- 3. Exclusivo

II) Atenciones otorgadas en SSRA

Consultas y/o atenciones			Tipo de consultas y/o atenciones				
	Primera Vez	Subsecuentes	Total		Mujeres	Hombres	Total
1. Mujeres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. Orientación - Consejería	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Hombres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. Prescripción de métodos anticonceptivos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. < 15 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. Anticoncepción de emergencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. 15 a 19 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. Prevención y atención de ITS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				5. Atención del embarazo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				6. Otro tipo de atención	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III) Métodos anticonceptivos repartidos

- | | | | |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1. Hormonal oral | <input type="text"/> | 6. Preservativo femenino | <input type="text"/> |
| 2. Inyectable mensual | <input type="text"/> | 7. Preservativo masculino | <input type="text"/> |
| 3. Inyectable bimestral | <input type="text"/> | 8. DIU medicado | <input type="text"/> |
| 4. Implante subdérmico | <input type="text"/> | 9. Parche dérmico | <input type="text"/> |
| 5. DIU | <input type="text"/> | | |

IV) Promotores y/o Brigadistas juveniles

- 1. Nuevos (Durante el mes)
- 2. Activos (Al final del mes)
- 3. Capacitados (Durante el mes)
- 4. Intervenciones realizadas en el mes

Nombre y firma del Responsable del Servicio Amigable

Nombre y firma del Responsable de la Unidad Médica

SIS 2015

SIS-SS-SSRA
SIS2015

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES (SSRA)
CÉDULA DE REGISTRO DE PROMOTORES Y BRIGADISTAS JUVENILES SIS-SS-SSRA**

Al finalizar el mes estadístico llene un formato por cada uno de los servicios amigables o unidad que cuente con Grupo de Promotores Juveniles en Salud Sexual y Reproductiva. El Responsable del llenado será el que designe el titular de la unidad y que fungirá como Coordinador del Grupo de Promotores y Brigadistas Juveniles.

DATOS GENERALES DEL SERVICIO AMIGABLE O UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE PROMOTORES.

Nombre de la unidad: es aquella a la que pertenece el grupo o en la cual se encuentra adscrito el trabajador de la SSA responsable del grupo. Del mismo modo debe anotarse la **CLUES**, y el **tipo de servicios amigable** de acuerdo a la denominación siguiente:

SIS 2016

SIS-SS-SSRA
SIS2016

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES (SSRA)
CÉDULA DE REGISTRO EN SERVICIOS AMIGABLES**

Esta Cédula se debe llenar al finalizar cada mes estadístico, **es de uso exclusivo para unidades que cuentan con** Servicios Amigables para Adolescentes que proporcionen servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSRA) para este grupo de la población.

Es importante mencionar que las actividades realizadas en el Servicio Amigable es un subconjunto de las actividades de la unidad médica por lo que además de registrarlo en los formatos propios del Servicio, registre también en las Hojas de la Sección I del Informe Mensual de Actividades de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H y túnelas al área de estadística para su integración al finalizar el mes estadístico.

El registro de la información deberá ser realizado por la persona responsable del Servicio Amigable para Adolescente, quien se deberá asegurar que la información de esta cédula se incorpore al **Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H**.

La fuente de información para el llenado de esta Cédula son los formatos propios del programa, por lo que es fundamental asegurarse de incluir la información de todas las hojas utilizadas durante el mes estadístico.

DATOS GENERALES DE LA UNIDAD DE SALUD

Fecha: Registre con números arábigos el mes y los últimos dos dígitos del año al que corresponde la información.

Nombre de la unidad: Registre el nombre de la unidad de salud a la que corresponde el Servicio Amigable que está informando; es decir aquella en la que se están proporcionando los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Asimismo, anote la CLUES que corresponde a esa unidad de salud.

SIS 2015

PROMOTORES Y BRIGADISTAS JUVENILES

NUEVOS	<input type="text"/>
ACTIVOS	<input type="text"/>
TOTAL DE INTEGRANTES DEL GRUPO	<input type="text"/>

PROMOTORES Y BRIGADISTAS JUVENILES

Nuevos: Anote el número de promotores formados en la unidad de salud que se hayan unido al grupo dentro del periodo de registro.

Activos: Aquellos promotores que participen activamente en las actividades o intervenciones durante el periodo de registro de este formato, es decir el grupo puede estar conformado por 10 integrantes pero solo 6 están activos, esta opción se contempla para determinar el número de promotores que están trabajando en las intervenciones, pláticas, talleres etc. y diferenciarlos de aquellos que por alguna causa no están participando activamente pero no han causado baja del grupo.

Total de integrantes del Grupo: Anote el número total y actualizado de los adolescentes que integran el grupo de promotores, agregando los nuevos del periodo, y restando a los que hayan causado baja.

SIS 2016

IV) Promotores y/o Brigadistas juveniles

1. Nuevos (Durante el mes)	<input type="text"/>
2. Activos (Al final del mes)	<input type="text"/>
3. Capacitados (Durante el mes)	<input type="text"/>
4. Intervenciones realizadas en el mes	<input type="text"/>

IV. PROMOTORES Y/O BRIGADISTAS JUVENILES

Al finalizar el mes estadístico, registre el total de Promotores y/o Brigadistas Juveniles en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con los que cuenta el Servicio Amigable con base en la siguiente clasificación:

- ✓ **Nuevos (Durante el mes):** Anote el número de promotores formados en la unidad de salud que se hayan incorporado al Programa de SSRA durante el mes en esa unidad o servicio amigable.
- ✓ **Activos (Al final del mes):** Registre el número de promotores que al final del mes participan activamente en las intervenciones o actividades de promoción en materia de SSRA. Por ejemplo, el grupo de promotores puede estar conformado por 10 integrantes pero sólo 6 están activos al final del mes; esta opción se contempla para determinar el número de promotores o brigadistas que están trabajando en las intervenciones, pláticas, talleres etc. y diferenciarlos de aquéllos que por alguna causa no están participando activamente pero no han causado baja del grupo.
- ✓ **Capacitados (Durante el mes):** Número total de promotores o brigadistas juveniles capacitados durante el mes en temas de Salud Sexual y Reproductiva.
- ✓ **Intervenciones realizadas en el mes:** Número de intervenciones que realizaron los promotores y/o brigadistas en su comunidad en materia de promoción de la salud sexual y reproductiva, ya sea a través de ferias de la salud, difusión de información en escuelas, pláticas a padres y/o madres de familia. Esta información debe estar soportada por los registros propios del programa para actividades de promotores o brigadistas.

Al finalizar registre el nombre y la firma del Responsable del Servicio Amigable y del Responsable de la Unidad Médica.

SIS 2015

CAPACITACIONES RECIBIDAS

~~Tema: El tema que se trata en cada una de las sesiones llevadas a cabo durante el mes y que tienen como finalidad capacitar a los promotores en temas de salud sexual y prepararlos para la realización de sus propias intervenciones.~~

~~Número de promotores: Número de promotores según sexo que se han capacitado en cada uno de los temas de salud reproductiva, referidos en el rubro anterior.~~

~~Total promotores capacitados: Número total de promotores capacitados en el mes.~~

INTERVENCIONES REALIZADAS POR PROMOTORES Y BRIGADISTAS

~~Nombre de la intervención: Nombre del bajo que los promotores estén realizando (Ejemplo: Orientación y consejería, pláticas entre pares, apoyo a ferias de la salud etc.)~~

~~Tema de la intervención: Tema relacionado con la salud reproductiva sobre el cual se trate la intervención, (Ejemplo: Prevención del embarazo no planeado en adolescentes, diversidad sexual, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia etc.)~~

~~Total de intervenciones al mes: Número de intervenciones que realizan los promotores en su comunidad para la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, y que difunden a su población objetivo (sea a través de ferias de salud, semana nacional de salud, premio nacional, difusión de información en escuelas, pláticas a padres y madres de familia, etc.)~~

NOTA: la hoja deberá ir firmada por el responsable jurisdiccional del programa con la cual avala que este formato se encuentre debidamente llenado y que es congruente con lo reportado en el Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H.

II. ATENCIONES OTORGADAS EN SSRA

Consultas y/o atenciones

Registre el total de consultas en salud sexual y reproductiva que se otorgaron a la población adolescente durante el mes, conforme a la siguiente desagregación:

- ✓ **Primera vez:** Se refiere al número de adolescentes de 10 a 19 años de edad, que por primera vez en el año recibieron una consulta o atención en materia de salud sexual y reproductiva durante el mes al que corresponde la información.
- ✓ **Subsecuente:** Se refiere al total de atenciones en materia de SSRA proporcionadas durante el mes a adolescentes de 10 a 19 años que ya habían recibido una atención de este tipo en esa misma unidad durante el año que se reporta.

Desglose según sexo y grupo de edad (10 a 14; 15 a 19 años) y registre según corresponda.

Asegúrese de que la suma del Total de consultas otorgadas a mujeres y hombres sea igual a la suma del Total de consultas otorgadas a Menores de 15 años y de 15 a 19 años de edad.

Tipo de Consultas y/o Atenciones

Anote el total de consultas y/o atenciones otorgadas en materia de SSRA durante el mes a hombres y mujeres de 10 a 19 años de edad, por sexo, de acuerdo con la siguiente clasificación:

- ✓ **Orientación – Consejería:** Reporte las consultas donde se provee información, orientación, o bien, apoyo emocional o educativo, de acuerdo a las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, con el fin de favorecer la toma de decisiones voluntaria e informada.
- ✓ **Prescripción de métodos anticonceptivos:** Registre las consultas donde se otorga o prescribe algún tipo de método anticonceptivo de acuerdo a las características y necesidades específicas de las y los adolescentes de 10 a 19 años.
- ✓ **Anticoncepción de emergencia:** Anote el número de consultas en las cuales se proporcionó la dosis hormonal requerida para la prevención del embarazo, de las adolescentes que manifestaron haber tenido relaciones sexuales sin protección y demandaron este tipo de servicio.
- ✓ **Prevención y atención de ITS:** Registre número de consultas en donde se otorgó información o servicios para la prevención de algún tipo de Infección de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA, a adolescentes de 10 a 19 años sintomáticos o asintomáticos. Se incluyen las consultas y atenciones donde se aplica la vacuna contra VPH, no olvide registrar la aplicación de biológicos en el formato SIS-SS-06-P.
- ✓ **Atención del embarazo:** Se refiere al número de consultas otorgadas durante el mes por parte de alguno de los integrantes del equipo de salud a adolescentes embarazadas, a efecto de vigilar la evolución del embarazo.
- ✓ **Otro tipo de atención:** Registre otras atenciones realizadas en materia de SSRA, como es el caso de atenciones psicológicas individuales o de pareja, intrafamiliar, detecciones de violencia sexual, referencia a centros especializados (CAPASITS, CAPA, refugios para mujeres que viven violencia extrema), entre otras.

III. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS REPARTIDOS

Registre con número arábigos, la cantidad de métodos anticonceptivos (en unidades) que se otorgaron o aplicaron a adolescentes durante el mes en el Servicio Amigable, de acuerdo con la siguiente clasificación:

- ✓ **Hormonal oral:** Número de ciclos entregados, independientemente de la presentación (21 o 28 pastillas).
- ✓ **Inyectable mensual:** Número de hormonales inyectables de aplicación mensual que se proporcionaron o administraron.
- ✓ **Inyectable bimestral:** Número de hormonales inyectables de aplicación bimestral que se proporcionaron o administraron.
- ✓ **Implante subdérmico:** Número de implantes insertados.
- ✓ **DIU:** Registre el número de dispositivos intrauterinos que fueron insertados.
- ✓ **Preservativo femenino:** Registre el número de condones femeninos entregados a adolescentes. Incluya los condones repartidos en actividades de promoción.
- ✓ **Preservativo masculino:** Registre el número de condones masculinos entregados a adolescentes. Incluya los condones entregados en actividades de promoción.
- ✓ **DIU medicado:** Registre el número de DIU's medicados que hayan sido insertados.
- ✓ **Parche dérmico:** Registre el número de paquetes de tres parches dérmicos que hayan sido proporcionados.

**PROGRAMA: ENTORNOS Y COMUNIDADES
SALUDABLES. CONCENTRADO DE
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA, REGISTRO
DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.
SIS-SS-PAR-SOC
2016**

PROGRAMA DE COMUNIDADES SALUDABLES CONCENTRADO DE ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

SIS-SS-ORG-COM

FECHA:
MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD:

CLUES:

LOCALIDAD:

COMITÉ LOCAL DE SALUD ACTIVO (FORMADO + DIAGNÓSTICO DE SALUD + PLAN DE TRABAJO)

IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES

COMUNIDAD INICIADA FECHA
DÍA MES AÑO

CAPACITACIÓN RECIBIDA PARA LA FORMACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORES:

PROCURADORES

MUJERES _____

HOMBRES _____

PARTICIPACIÓN PARA LA ACCIÓN COMUNITARIA

GRUPOS DE POBLACIÓN SANA CON PROESA Y ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

DESARROLLO DE LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD:

AGUA LIMPIA

CONTROL FAUNA NOCIVA

ESTABILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CANINA

SANEAMIENTO BÁSICO

MANEJO ADECUADO DE EXCRETAS

NIÑOS(AS) VACUNADOS 100%

MUJERES CON PAPANICOLAOU 100%

EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL 100%

COMUNIDAD ORIENTADA FECHA
DÍA MES AÑO

COMUNIDAD ACTIVA FECHA
DÍA MES AÑO

CAPACITACIÓN CONCLUIDA DE AGENTES Y PROCURADORES

EVALUACIÓN A AGENTES Y PROCURADORES

CONTROL DE PRIORIDADES LOCALES EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

IZAMIENTO DE BANDERA BLANCA EN SALUD

AVAL COMITÉ ESTATAL DE COMUNIDADES SALUDABLES

COMUNIDAD SALUDABLE CERTIFICADA

FECHA
DÍA MES AÑO

BANDERA BLANCA EN SALUD FECHA
DÍA MES AÑO

ENTORNOS CERTIFICADOS COMO FAVORABLES A LA SALUD

VIVIENDAS _____

MERCADOS _____

RASTROS _____

SITIOS DE TRABAJO _____

ESPACIOS DE RECREACIÓN _____

OTRO _____ ESPECIFIQUE _____

**PROGRAMA: ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES.
CONCENTRADO DE ORGANIZACIÓN COMUNITARIA, REGISTRO DE
PARTICIPACIÓN SOCIAL**

SIS-SS-PAR-SOC

CLUES:	Nombre de la unidad médica:	Fecha de registro: ___/___/___
Localidad:	Municipio:	Jurisdicción:
Entidad Federativa:	Nombre y cargo de quien registra la información:	

ETAPAS DEL PROCESO DE CERTIFICACION DE COMUNIDADES COMO SALUDABLES

1. COMUNIDAD INICIADA EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Comité Local de Salud (CLS) Activo. Fecha del Acta Constitutiva y/o Instauración: ___/___/___

Diagnóstico Local de Salud (con Priorización) Fecha de elaboración : ___/___/___

Plan de Trabajo Participativo, Fecha de minuta : ___/___/___

2. COMUNIDAD ORIENTADA EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA

1) Capacitación al personal de la Unidad Médica: No. Personas _____ Fecha de término ___/___/___

Tema : _____

2) Capacitación de los integrantes del Comité: No. Personas _____ Fecha de término ___/___/___

Tema : _____

3) Recursos Comunitarios Formados Procuradores de la Salud Capacitados (separar el total según el sexo):

No. Mujeres _____ No. Hombres _____

Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de término: ___/___/___

4) Recursos Comunitarios Formados Agentes de la Salud Capacitados:

No. Personas _____ Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de término: ___/___/___

5) Paquetes Didácticos Entregados: No. de paquetes _____ Fecha de entrega: ___/___/___

6) Grupos de población con orientación alimentaria, que realizan ejercicios para el cuidado de su salud:

No. de Grupos _____




SIS-SS-PAR-SOC

SIS 2016

3. COMUNIDAD ACTIVA EN EL MANEJO DE LOS DETERMINANTES DE SALUD	
Entornos certificados como favorables a la salud:	
Viviendas : _____ Espacios de recreación : _____	
Mercados : _____ Sitios de trabajo : _____	
Otro (Especifique) : _____	
Porcentaje de viviendas con servicios de:	
Agua entubada para consumo humano : _____ %	
Recolección de basura : _____ %	
Drenaje / Manejo adecuado de excretas : _____ %	
4. COMUNIDAD CERTIFICADA COMO SALUDABLE	VALIDACIÓN
Izamiento de bandera blanca y colocación de placa y/o reconocimiento:	_____
Fecha ____ / ____ / ____	_____
Total de población beneficiada: No. _____	Nombre, No. y Sello de la Jurisdicción Sanitaria

SALUD

SIS 2015

		PROGRAMA DE COMUNIDADES SALUDABLES CONCENTRADO DE ORGANIZACIÓN COMUNITARIA		SIS-SS-ORG-COM	
NOMBRE DE LA UNIDAD:		CLUES:		FECHA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>MES AÑO</small>	
LOCALIDAD:		LOCALIDAD:		LOCALIDAD:	
COMITÉ LOCAL DE SALUD ACTIVO (FORMADO + DIAGNÓSTICO DE SALUD + PLAN DE TRABAJO) <input type="checkbox"/>					
IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES <input type="checkbox"/>		COMUNIDAD INICIADA <input type="checkbox"/>		FECHA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>DÍA MES AÑO</small>	

COMITÉ LOCAL DE SALUD ACTIVO

Registre en el recuadro con una "X", si la comunidad cuenta con Comité local activo capacitado en temas de salud, que elaboró diagnóstico local de salud y está realizando su plan anual de trabajo, correspondiente al mes que informa.

IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES

Marque con "X" en el recuadro, si al mes que se informa ya se identificaron las prioridades a trabajar en la localidad. Considerándolas como aquellos factores sociales, económicos, ambientales, estilos de vida y de acceso a los servicios de salud presentes en la comunidad que favorecen o afectan la salud (determinantes de la salud) que están contribuyendo a la generación de los problemas, una vez identificados, se incluyen en el plan de trabajo.

COMUNIDAD INICIADA

Marque con una "X" en el recuadro cuando la comunidad cuente con Comité Local de Salud Activo, con diagnóstico de salud y un plan de trabajo donde se destacan las prioridades en salud de la comunidad. Anote con números arábigos el día, mes y año en que se cumplió esta etapa.

SIS 2016

		PROGRAMA: ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES. CONCENTRADO DE ORGANIZACIÓN COMUNITARIA, REGISTRO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL		SIS-SS-PAR-SOC	
CLUES:		Nombre de la unidad médica:		Fecha de registro: ____ / ____ / ____	
Localidad:		Municipio:		Jurisdicción:	
Entidad Federativa:		Nombre y cargo de quien registra la información:			
ETAPAS DEL PROCESO DE CERTIFICACION DE COMUNIDADES COMO SALUDABLES					
1. COMUNIDAD INICIADA EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN					
Comité Local de Salud (CLS) Activo. Fecha del Acta Constitutiva y/o Instauración: ____ / ____ / ____					
Diagnóstico Local de Salud (con Priorización) Fecha de elaboración: ____ / ____ / ____					
Plan de Trabajo Participativo, Fecha de minuta: ____ / ____ / ____					

1. COMUNIDAD INICIADA EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN.

Fecha. Registre la fecha en que se concluyeron cada una de las actividades.

- ✓ **Comité Local de Salud (CLS) Activo.** Si la localidad cuenta con el acta constitutiva del CLS vigente y sesiona de manera mensual registre la fecha de instalación o reinstalación del mismo (una vez por año).
- ✓ **Diagnóstico Local de Salud (con Priorización).** Registre la fecha de elaboración (uno por cada localidad), si la localidad cuenta con el documento que identifica, describe y analiza las características de la población, sus determinantes de salud, los recursos con los que cuenta, los problemas de salud pública, y establece las prioridades para intervenir con un plan de trabajo que permita mejorar la salud de la comunidad.
- ✓ **Plan de Trabajo Participativo.** Registre la fecha de elaboración del documento (uno por cada localidad), si la localidad cuenta con minuta que contiene las estrategias y compromisos de los integrantes del Comité Local de Salud, que implementarán para dar solución a la problemática priorizada en el Diagnostico Local de Salud.

SIS 2015

~~CAPACITACIÓN RECIBIDA PARA LA FORMACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORES:~~

~~PROCURADORES~~

~~MUJERES _____~~

~~HOMBRES _____~~

~~PARTICIPACIÓN PARA LA ACCIÓN COMUNITARIA~~

GRUPOS DE POBLACIÓN SANA CON PROESA Y ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

COMUNIDAD ORIENTADA **FECHA**

DÍA	MES	AÑO

GRUPOS DE POBLACIÓN SANA CON PROESA Y ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

Anote el número de grupos de personas sanas con PROESA y que reciben orientación alimentaria, formato SIS-SS-ORG-COM-CAP.

COMUNIDAD ORIENTADA

Indique con una "X" en el recuadro cuando en el período que se informa en la comunidad ha sido concluida la capacitación en los 32 temas de salud, los cuales corresponden a los impartidos para la formación de agentes y procuradores de la salud incluidos en el formato SIS-SS-ORG-COM-CAP, y/o los temas impartidos como temas prioritarios dentro del plan de trabajo.

CAPACITACIÓN CONCLUIDA DE AGENTES Y PROCURADORAS

Marque con "X" en el recuadro, si al mes que se informa, se concluyó ya con la capacitación en los contenidos de todos los temas que se encuentran en el formato SIS-SS-ORG-COM-CAP.

EVALUACIÓN A AGENTES Y PROCURADORES

Marque con "X" en el recuadro, si al mes que se informa, se cuenta con la evaluación a agentes y procuradores (aplicación de la cédula de evaluación del formato SIS-SS-ORG-COM-CAP)

2. COMUNIDAD ORIENTADA EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA

1) Capacitación al personal de la Unidad Médica: No. Personas _____ Fecha de término ____/____/____

Tema : _____

2) Capacitación de los integrantes del Comité: No. Personas _____ Fecha de término ____/____/____

Tema : _____

3) Recursos Comunitarios Formados Procuradores de la Salud Capacitados (separar el total según el sexo):

No. Mujeres _____ No. Hombres _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

4) Recursos Comunitarios Formados Agentes de la Salud Capacitados:

No. Personas _____ Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

5) Paquetes Didácticos Entregados: No. de paquetes _____ Fecha de entrega: ____/____/____

6) Grupos de población con orientación alimentaria, que realizan ejercicios para el cuidado de su salud:

No. de Grupos _____

2. COMUNIDAD ORIENTADA EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA

La fuente de llenado para esta etapa es el formato SIS-SS-ORG-COM-CAP.

Fecha. Registre la fecha en que se concluyeron cada una de las actividades.

- ✓ **Capacitación al personal de la Unidad Médica.** Registre el número de asistentes, la fecha del evento y el tema que se impartió.
- ✓ **Capacitación de los integrantes del Comité.** Registre el número de asistentes, la fecha del evento y el tema que se impartió.
- ✓ **Recursos Comunitarios Formados Procuradores de la Salud Capacitados.** Registre el número de asistentes y fecha del evento. Es importante separar por sexo (mujer / hombre) el total de los beneficiarios.
- ✓ **Recursos Comunitarios Formados Agentes de la Salud Capacitados.** Registre el número de asistentes y fecha de inicio y término de la capacitación.
- ✓ **Paquetes Didácticos.** Registre la cantidad entregada y la fecha de dicha actividad.
- ✓ **Grupos de Población con Orientación Alimentaria, que realizan ejercicios para el cuidado de su salud.** Registre el número de grupos.
 - Definición: Están integrado de personas que previamente han recibido el taller de alimentación correcta y actividad física, además se reúnen de manera periódica para realizar actividad física.

SIS 2015

DESARROLLO DE LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD:

AGUA LIMPIA

CONTROL FAUNA NOCIVA

ESTABILIZACIÓN DE LA POBLACION CANINA

SANEAMIENTO BÁSICO

MANEJO ADECUADO DE EXCRETAS

NIÑOS(A) VACUNADOS 100%

MUJERES CON PAPANICOLAOU 100%

EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL 100%

COMUNIDAD ACTIVA **FECHA**
DÍA MES AÑO

~~**BANDERA BLANCA EN SALUD** **FECHA**~~
DÍA MES AÑO

ENTORNOS CERTIFICADOS COMO FAVORABLES A LA SALUD

VIVIENDAS _____

MERCADOS _____

RASTROS _____

SITIOS DE TRABAJO _____

ESPACIOS DE RECREACIÓN _____

OTRO _____ ESPECIFIQUE _____

COMUNIDAD ACTIVA

Indique con una "X" en el recuadro cuando en el periodo en que se informa la comunidad cumplió con la capacitación (Comunidad Orientada) y además: 1. Promueve la vivienda saludable, 2. Consume agua limpia, 3. Maneja adecuadamente los residuos sólidos y la disposición de excretas, 4. Realiza las acciones para la prevención, promoción y protección de la salud. Anote con números arábigos el día, mes y año en que se cumplió esta etapa.

BANDERA BLANCA EN SALUD

Marque con una "X" en el recuadro, si al mes que se informa la comunidad tiene estos requisitos: comunidad activa que tiene: Comité local de salud activo, concluyó la formación de agentes y procuradoras de salud y fueron evaluadas, cumplió con los indicadores establecidos en la Estrategia de vinculación y coordinación con los programas de acción para la prevención y promoción de la salud. Anote con números arábigos el día, mes y año en que se izó la Bandera Blanca en Salud.

ENTORNOS CERTIFICADOS COMO FAVORABLES A LA SALUD

Registre en la línea correspondiente (Viviendas, Mercados, Rastros, Sitios de trabajo, Espacios de recreación, Otro) el número de entornos certificados como favorables a la salud, una vez cumplidos los requisitos para certificar cada uno.

Recuerde que este formato es fuente de llenado del Apartado de Comunidades Saludables Participación Social en el Informe Mensual de Actividades de la Unidad Médica, SIS-SS-CE-H, Hoja 21 de 22. Debe registrar sólo las actividades realizadas durante el mes, no acumule el registro. El Comité Local de Salud Activo, Comunidad Iniciada, Orientada, Activa y Saludable Certificada, Bandera Blanca en Salud y Entornos Certificados como Favorables a la Salud, se reportan sólo una vez al año, regístrelas en el mes que cumplan los requisitos solicitados para cada una de las etapas. No importa que haya meses sin registro, la actividad se anota en el mes en que se realiza y cumple con los procesos.

SIS 2016

3. COMUNIDAD ACTIVA EN EL MANEJO DE LOS DETERMINANTES DE SALUD

Entornos certificados como favorables a la salud:

Viviendas : _____ Espacios de recreación : _____

Mercados : _____ Sitios de trabajo : _____

Otro (Especifique) : _____

Porcentaje de viviendas con servicios de:

Agua entubada para consumo humano : _____ %

Recolección de basura : _____ %

Drenaje / Manejo adecuado de excretas : _____ %

3. Comunidad Activa en el Manejo de los Determinantes de Salud.

Registre las siguientes actividades.

- ✓ **Entornos Certificados como Favorables a la Salud.** Registre el número de entornos que se certificaron durante el mes estadístico según corresponda a los espacios de vivienda, mercados, espacios de recreación, sitios de trabajo y/u otros, en este último especifique.
 - Es importante tener las cédulas de certificación de los entornos para validar la información registrada.
- ✓ **Porcentaje de viviendas con servicios de:** agua entubada (u otros sistemas que garanticen su calidad para el consumo humano), recolección de basura, y drenaje / manejo adecuado de excretas. Registre el porcentaje correspondiente.

Nota: Los porcentajes se calcularán dependiendo del número total de viviendas habitadas que cuentan con los servicios con un mínimo de cobertura del 95%.

CAPACITACIÓN CONCLUIDA DE AGENTES Y PROCURADORES	<input type="checkbox"/>						
EVALUACIÓN A AGENTES Y PROCURADORES	<input type="checkbox"/>						
CONTROL DE PRIORIDADES LOCALES EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	<input type="checkbox"/>						
IZAMIENTO DE BANDERA BLANCA EN SALUD	<input type="checkbox"/>						
AVAL COMITÉ ESTATAL DE COMUNIDADES SALUDABLES	<input type="checkbox"/>						
COMUNIDAD SALUDABLE CERTIFICADA	<input type="checkbox"/>						
FECHA	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>				DÍA	MES	AÑO
DÍA	MES	AÑO					

IZAMIENTO DE BANDERA BLANCA EN SALUD

Marque con "X" en el recuadro, si al mes que se informa, en esta etapa (Comunidad Saludable Certificada) la comunidad también izó bandera blanca en salud.

AVAL COMITÉ ESTATAL DE COMUNIDADES SALUDABLES

Marque con "X" en el recuadro, si al mes que se informa, la localidad tiene el aval de Comité Estatal de Comunidades Saludables para la certificación de la comunidad.

COMUNIDAD SALUDABLE CERTIFICADA

Marque con una "X" en el recuadro, si al mes que se informa, se logró cumplir con todos los requisitos establecidos: los integrantes de la comunidad participan activamente en la creación de entornos saludables, en el mejoramiento de sus condiciones de salud y en consecuencia promueven un adecuado desarrollo y una mejor calidad de vida, cumple con los requisitos de las tres etapas anteriores (Comunidad Iniciada, Comunidad Orientada y Comunidad Activa) y cuenta con el aval del Comité Estatal de Comunidades Saludables. Añote con números arábigos el día, mes y año en que se cumplió esta etapa.

SIS 2016

4. COMUNIDAD CERTIFICADA COMO SALUDABLE	VALIDACIÓN
Izamiento de bandera blanca y colocación de placa y/o reconocimiento: Fecha ___/___/_____ Total de población beneficiada: No. _____	_____ Nombre, No. y Sello de la Jurisdicción Sanitaria

SIS-2016

4. Comunidad Certificada como Saludable

Registre las siguientes actividades:

- ✓ **Izamiento de la Bandera Blanca y Colocación de Placa y/o Reconocimiento:** Registre la fecha del evento.
- ✓ **Total de la población beneficiada.** Registre el número de habitantes de la comunidad.

5. Validación: Nombre, número y sello de la Jurisdicción Sanitaria

El responsable de esta actividad es el Coordinador Jurisdiccional de Promoción de la Salud, el cual revisará que todos los campos del formato estén llenos correctamente conforme a las actividades reportadas.

**COMUNIDADES SALUDABLES.
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA.
REGISTRO DE CAPACITACIÓN
SIS-SS-ORG-COM-CAP
2016**



PROGRAMA: COMUNIDADES SALUDABLES. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA
REGISTRO DE CAPACITACIÓN

SIS-SS-ORG-COM-CAP

FECHA DE INICIO DE LA CAPACITACIÓN: / /
DÍA MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD	CLUES	ENTIDAD
RECURSOS COMUNITARIOS FORMADOS AGENTES <input type="text"/> PROCURADORES <input type="text"/>	GRUPOS DE AGENTES Y PROCURADORES (SANOS) CON ORIENTACIÓN ALIMENTARIA QUE REALIZAN ACTIVIDAD FISICA <input type="text"/>	PAQUETE DIDÁCTICO ENTREGADO A RECURSOS COMUNITARIOS CAPACITADOS <input type="text"/>

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO M/H	EDAD	<input type="checkbox"/> 1 DETERMINANTES DE SALUD <input type="checkbox"/> 2 MATERNIDAD SIN RIESGO <input type="checkbox"/> 3 ALIMENTACIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> 4 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO <input type="checkbox"/> 5 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS <input type="checkbox"/> 6 LACTANCIA MATERNA <input type="checkbox"/> 7 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE 0 A 5 AÑOS <input type="checkbox"/> 8 DIARREA <input type="checkbox"/> 9 VACUNAS <input type="checkbox"/> 10 TOS Y CATARRO <input type="checkbox"/> 11 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES <input type="checkbox"/> 12 PARASITOSIS INTESTINAL <input type="checkbox"/> 13 MICRONUTRIMENTOS: VITAMINA A, HIERRO, YODO Y CALCIO <input type="checkbox"/> 14 HIGIENE <input type="checkbox"/> 15 MEDIO AMBIENTE <input type="checkbox"/> 16 TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> 17 DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> 18 HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> 19 PRIMEROS AUXILIOS <input type="checkbox"/> 20 GÉNERO Y SALUD <input type="checkbox"/> 21 SALUD SEXUAL Y SEXUALIDAD <input type="checkbox"/> 22 PREVENCIÓN DE ADICCIONES <input type="checkbox"/> 23 PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR <input type="checkbox"/> 24 ITS - VIH/SIDA <input type="checkbox"/> 25 CÁNCER CÉRVICO UTERINO, DE MAMA Y DE PRÓSTATA <input type="checkbox"/> 26 ALIMENTACIÓN CORRECTA <input type="checkbox"/> 27 ALIMENTACIÓN PRIMER AÑO DE VIDA <input type="checkbox"/> 28 ALIMENTACIÓN 1 A 5 AÑOS <input type="checkbox"/> 29 ALIMENTACIÓN NIÑO/A ENFERMO/A <input type="checkbox"/> 30 HIGIENE DE LOS ALIMENTOS <input type="checkbox"/> 31 PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS PARA CONSUMO <input type="checkbox"/> 32 IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/> OTROS, ESPECIFIQUE _____

AGENTES O PROCURADORES CAPACITADOS: Mujeres _____ Hombres _____
 AGENTES O PROCURADORES EVALUADOS _____

FECHA DE TÉRMINO DE LA CAPACITACIÓN: / /
 DÍA MES AÑO

 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CURSO

SIS 2016

**PROGRAMA: COMUNIDADES SALUDABLES. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA
REGISTRO DE CAPACITACIÓN DE SALUD**

Día	Mes	Año

CLUES:	Nombre de la unidad médica:	Localidad:	Municipio:
Jurisdicción:	Entidad Federativa:	Nombre y cargo de quien registra la información:	

<p style="text-align: center;">CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA UNIDAD MÉDICA</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">No. Total de Personas</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN OTORGADA:</p> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">TALLERES PARA AGENTES O PROCURADORES DE LA SALUD</p> <p>TALLER 1 <input type="checkbox"/> TALLER 3 <input type="checkbox"/> TALLER 5 <input type="checkbox"/> TALLER 7 <input type="checkbox"/> TALLER 9 <input type="checkbox"/> TALLER 2 <input type="checkbox"/> TALLER 4 <input type="checkbox"/> TALLER 6 <input type="checkbox"/> TALLER 8 <input type="checkbox"/> TALLER 10 <input type="checkbox"/></p>			
<p style="text-align: center;">CAPACITACIÓN A LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">No. Total de Personas</p>	No.	REGISTRO DE ASISTENTES Nombre y Apellidos	Edad	Sexo
<p style="text-align: center;">RECURSOS COMUNITARIOS FORMADOS PROCURADORES DE SALUD CAPACITADOS ★</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">No. Total de Personas</p> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">____/____/____ Fecha de Término de la Capacitación</p>	1			Mujer
<p style="text-align: center;">RECURSOS COMUNITARIOS FORMADOS AGENTES DE SALUD CAPACITADOS ★</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">No. Total de Personas</p> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">____/____/____ Fecha de Término de la Capacitación</p>	2			Hombre
<p style="text-align: center;">PAQUETES DIDÁCTICOS ENTREGADOS ★</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">No. Total de Paquetes</p>	3			
<p style="text-align: center;">VALIDACIÓN</p> <p style="font-size: 8px;">Nombre, No. y sello de la Jurisdicción Sanitaria</p>	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
	11			
	12			
	13			
	14			
	15			
	Total			

GENERALIDADES

Este formato debe ser llenado por la persona que brinda la atención, registra y reporta las actividades de salud en la unidad médica. Ha sido diseñado para que los prestadores de servicios cuenten con una herramienta para registrar el proceso de certificación de una comunidad como saludable.

En el encabezado del formato escriba la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), el nombre de la unidad médica, fecha de registro, el nombre de la localidad, el municipio, jurisdicción sanitaria, entidad federativa y nombre y cargo de quien registra la información.

En caso de no conocer cualquiera de los datos mencionados, solicítelo a la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece, no se recibirá ningún documento que este incompleto en su llenado.

Se llenará un formato con las actividades realizadas por cada localidad que pertenezca a la unidad médica y por cada grupo capacitado.

CAPACITACIÓN

Anote en el recuadro de capacitación, según del grupo que la recibió.

- 1) Personal de la unidad médica.
- 2) Integrantes del comité local de salud.
- 3) Recursos comunitarios formados **procuradores de salud** capacitados.
 - ✓ Anote con número el total de personas capacitadas y la fecha.
 - ✓ Para el caso de recursos comunitarios formados procuradores de salud capacitados, es importante registrar el número total de personas según sexo.
 - ✓ Los procuradores de salud capacitados, son aquellos que han cumplido con los 10 talleres y es necesario que registre la fecha al concluirlos.
- 4) Recursos comunitarios formados **agentes de salud** capacitados, registre lo siguiente:
 - ✓ Anote con número el total de personas capacitadas y la fecha.
 - ✓ Para el caso de recursos comunitarios formados agentes de salud capacitados, es importante registrar el número total de personas según sexo.
 - ✓ Los agentes de salud capacitados, son aquellos que han cumplido con los 10 talleres y es necesario que registre la fecha al concluirlos.

PAQUETES DIDÁCTICOS

Es un conjunto de materiales destinados para la capacitación dirigida a los agentes y procuradores de la salud.

- ✓ Anote en el recuadro de paquetes didácticos entregados, solo si se cumplió durante el mes estadístico con esta actividad.

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN OTORGADA

Anote el nombre del tema impartido:

- ✓ para el caso de capacitación al personal de la unidad médica o para los integrantes del Comité Local de Salud o
- ✓ el nombre del taller impartido para el caso de los recursos comunitarios capacitados (agentes o procuradores).

SIS 2016

TALLERES PARA AGENTES O PROCURADORES DE LA SALUD

Marque con una "X", el recuadro del número de taller que haya sido impartido en su totalidad:

- Taller 1. Entornos y comunidades saludables
- Taller 2. Género y salud
- Taller 3. Introducción a los determinantes de la salud
- Taller 4. Vínculos afectivos y habilidades para la vida
- Taller 5. Alimentación correcta
- Taller 6. Actividad física
- Taller 7. Higiene
- Taller 8. Salud sexual y reproductiva
- Taller 9. Cuidado de tu salud
- Taller 10. Saneamiento básico

REGISTRO DE ASISTENTES

Cada persona que haya sido beneficiada (en algún tema de capacitación y/o paquete didáctico) deberá anotar en un renglón su nombre completo, escribir la edad en años y anotar una "X" según sexo (mujer u hombre).

- ✓ Cada formato no deberá exceder a 15 beneficiarios, en tal caso, se deberá utilizar otro formato.

VALIDACIÓN

Nombre, número y sello de la Jurisdicción Sanitaria

El responsable de esta actividad es el Coordinador Jurisdiccional de Promoción de la Salud, el cual revisará que todos los campos del formato estén llenos correctamente conforme a las actividades reportadas.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

Dra. Lidia Gabriela Estrada Glz.

: **gabriela.estrada@salud.gob.mx**