

Código
PR-DOP-SME-06 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano

ÍNDICE

	Página
I. OBJETIVO	2
II. ALCANCE	2
III. FUNDAMENTO LEGAL	2
IV. DEFINICIONES	3
V. RESPONSABILIDADES	3
VI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	4
VII. INDICADOR	5
VIII. ANEXOS	5
IX. CONTROL DE CAMBIOS	6
X. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO	6

Handwritten signature

Código
PR-DOP-SME-06 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano

I. OBJETIVO

Brindar atención odontológica de primer nivel en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano, a la población abierta con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

II. ALCANCE

Aplica al personal adscrito al Departamento de Servicios Médicos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán que brinda atención odontológica a la población abierta.

III. FUNDAMENTO LEGAL

Ámbito Federal

Título Tercero, Capítulo I, Artículo 23, 24 fracción I, II, III; 32, 33, fracción I, II, III, IV; Capítulo IV, Artículos 50, 51, 51 bis 1, 51 bis 2, 51 bis 3, 58, fracción I, III, IV, V, VI, VII; Título Cuarto, Capítulo I, Artículo 79; Capítulo II, Artículo 87, 88; Título Noveno, Capítulo I, Artículo 167, 168, fracción I, VII; de la Ley General de Salud (última reforma pública DOF12-07-2018).

Artículo 2 y 3; de la Ley de Asistencia Social (última reforma publicada DOF 08-06-2012).

Capítulo I, Artículo 1, 2 fracción VI, VII, XII, XXIV, XXVI; del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DO 11-05-2016).

Ámbito Estatal

Artículo 4 fracción VIII; 9, fracción I, III; de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social de Yucatán (última reforma DO18-07-1994)(Ultimo acuerdo 01-2018).

Código
PR-DOP-SME-06 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano

IV. DEFINICIONES

Consulta: Entrevista y exploración física o mental de un usuario.

CURP: Clave única de registro de la población.

Documento: Escrito en papel o soporte donde se describa una actividad.

INE: Instituto Nacional Electoral.

Medicamentos: Sustancia activa que puede prevenir o aliviar una enfermedad.

Padrón de Beneficiarios: Relación de pacientes que sean atendidos en algún programa.

Referencias: Envío del usuario a otro nivel de atención.

Salud: Es el equilibrio de bienestar físico, mental y social del individuo y no solo la ausencia de la enfermedad.

SIGO: Sistema Integrado de Información Gerencial Operativa.

Transparencia: Sistema electrónico de acceso a la información pública.

Tratamiento: Acciones utilizadas para recuperar la salud.

Usuario: Persona que está recibiendo algún servicio de los programas.

V. RESPONSABILIDADES

1. Odontólogo

- 1.1 Impartir consulta odontológica de primer nivel.
- 1.2 Referir al usuario a un segundo nivel si así lo requiere.
- 1.3 Capturar en hoja diaria a los usuarios.

2. Enfermero(a)

- 2.1 Recepcionar al usuario que solicita la atención.
- 2.2 Revisar la documentación recepcionada.
- 2.3 Capturar datos de usuario al padrón de beneficiarios.

Código
PR-DOP-SME-06 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano

VI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Enfermero (a)

1. Recepciona al usuario solicitando el documento oficial (INE) y Clave única para registro (CURP) y población en la sala de espera al momento de solicitar la consulta odontológica.
2. ¿El usuario presenta los documentos solicitados?
 - Si: Continúa a la actividad 3
 - No: Regresa a la actividad 1Nota: Solicitar al usuario que consiga la documentación faltante.
3. ¿El usuario acude por primera vez?
 - Si: Continúa a la actividad 4
 - No: Continúa a la actividad 5
4. Captura datos del usuario al padrón de beneficiarios.

Odontólogo

5. Realiza la consulta odontológica, llenado el F-PR-BAC-01 "Formato Hoja Diaria de Estomatología".
6. Realiza entrevista clínica y exploración odontológica del usuario, llenado el F-PR-BAC-02 "Formato Historia Clínica Odontológica".
7. Emite un diagnóstico odontológico y brinda atención al usuario.
8. ¿El paciente requiere un segundo nivel de atención?
 - Si: Continúa a la actividad 9
 - No: Continúa a la actividad 10
9. Invita al paciente a acudir a su unidad médica de adscripción para realizar seguimiento.
- Fin del procedimiento**
10. Brinda tratamiento odontológico.
11. ¿El usuario requiere seguimiento?
 - Si: Continúa a la actividad 12
 - No: Continúa a la actividad 13
12. Valora en periodo de tiempo establecido.
13. Brinda orientación en salud.

Fin del procedimiento.

Código
PR-DOP-SME-06 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano

VII. INDICADOR

Indicador	Fórmula	Unidad de medida	Periodicidad	Meta
Variación porcentual de personas atendidas	$\text{Variación porcentual} = \frac{((\text{Beneficiarios del año actual} - \text{Beneficiarios del año anterior}) / \text{Beneficiarios del año anterior}) * 100}{}$	Personas	Trimestral	2,000
Promedio de consultas odontológicas proporcionadas	$\text{Variación porcentual} = \frac{\text{Beneficiarios del año actual}}{\text{Beneficiarios del año anterior}}$	Consultas	Trimestral	10,000

VIII. ANEXOS

Código	Nombre del anexo	Ubicación	AT*	AC*	PTC*	Disposición final
No aplica	Diagrama de Flujo del Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano	SME	Indefinido	1 año	1 año	Eliminar
F-PR-BAC-01	Formato Hoja Diaria de Estomatología	SME	Indefinido	5 años	5 años	Eliminar
F-PR-BAC-02	Formato Historia Clínica Odontológica	SME	Indefinido	5 años	5 años	Eliminar

*AT= Archivo de trámite; AC= Archivo de concentración; PTC= Plazo total de conservación.

Handwritten signature



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN
Dirección Operativa



Código PR-DOP-SME-06 R00 **Fecha de emisión** 30/01/2020 **Fecha de actualización** No aplica

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano

IX. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Número de revisión	Actividad
30/01/2020	00	Generación del documento.

X. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Autorizó

Lic. Mariana Gaber Fernández-Montilla
Directora Operativa del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán

Diagrama de Flujo del Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano

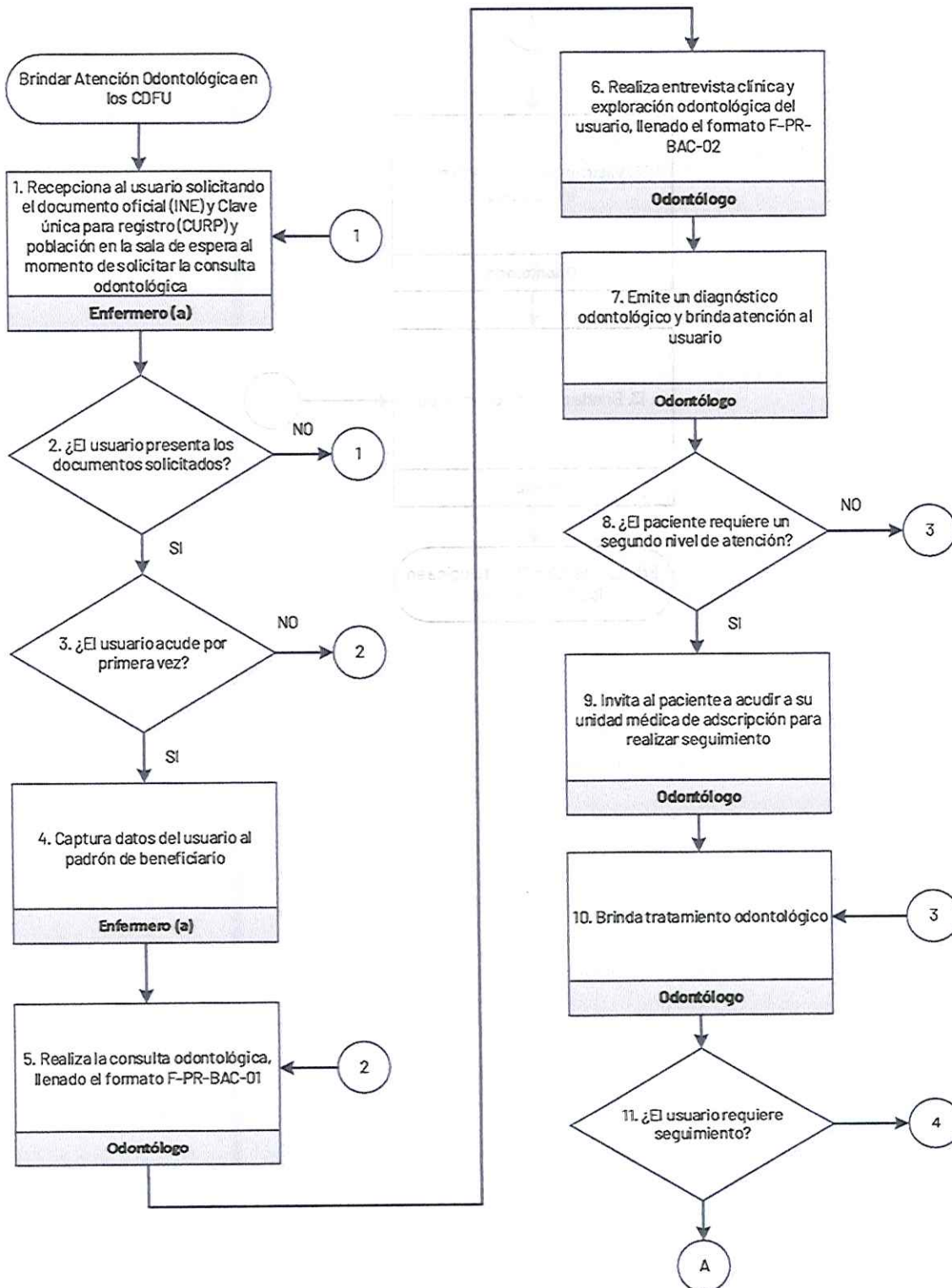
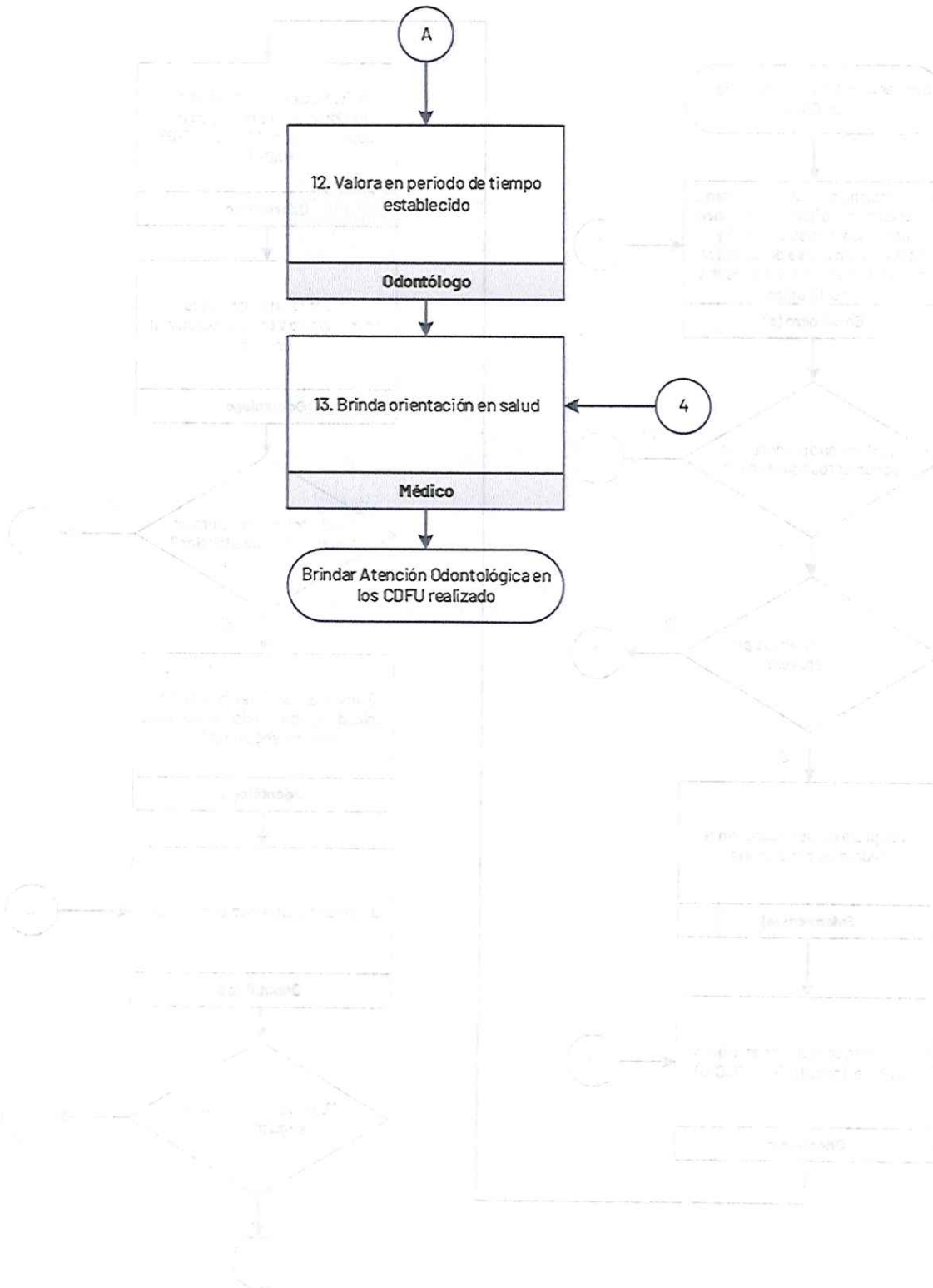




Diagrama de Flujo del Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano



[Handwritten signature]



Historia Clínica Odontológica

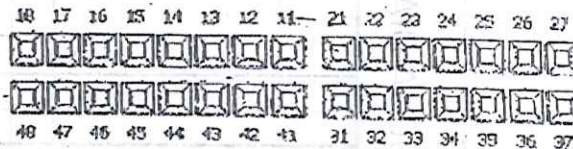
Nombre _____
 Edad _____ Sexo _____ Fecha _____ CURP _____
 Domicilio _____ Municipio _____
 Seguridad social _____ IMSS _____ Oportunidades _____
 Seguridad popular _____ Otros _____ Ocupación _____
 Grado escolar _____ Tel. _____

¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico? Si ____ No ____ Tipo _____
 ¿Es alérgico a algún medicamento? Si ____ No ____ Tipo _____
 ¿Consumo algún tipo de elemento? Si ____ No ____ Tipo _____

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

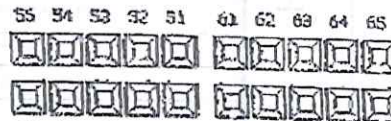
Diabetes Si ____ No ____ Tipo _____ Bajo control Si ____ No ____
 Hipertensión Si ____ No ____ Tipo _____ Bajo control Si ____ No ____
 Hipotensión Si ____ No ____
 Hepatitis Si ____ No ____ Tipo _____ Bajo control Si ____ No ____
 Alteraciones Hemorrágicas Si ____ No ____
 Padecimientos renales Si ____ No ____
 Alteraciones neuropsicológicas Si ____ No ____
 VIH Si ____ No ____
 Cardiopatías Si ____ No ____
 Otras enfermedades Si ____ No ____
 Embarazo Si ____ No ____

Cuantificación de presión arterial _____
 Cuantificación de glicerina capilar _____



Examen de tejidos blancos:

¿Presta alguna anomalía o lesión? Si ____ No ____
 Tipo de lesión: Ulcera mancha ____ Blanca ____ Manchas roja ____
 Mixta ____ Aumento de volumen ____ Tiempo de evolución ____



Estado periodontal. Sano ____ Gingivitis ____ Periodontitis ____

Examen de tejidos duros:

Cariados ____ Perdidos ____ Obturados ____ Fracturados ____ Restos radiculares ____ Ausente por otra razón ____

Motivo de consulta: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento: _____
 Responsable del llenado de datos: _____

Después de una revisión bucal exhaustiva, el análisis de los resultados obtenidos y después de la explicación plena y total por parte odontólogo tratante informando acerca de los procesos y alcances del tratamiento a realizar, habiéndose dado por entendido después de aclarar las dudas pertinentes que puedan existir. Yo paciente, padre o tutor doy firma de consentimiento informado autorización de tratamiento dental a realizar:

NOMBRE Y FIRMA