



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

e) Registro de control de enfermería.

## DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL REPORTE DIARIO DE ENFERMERIA

TURNO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_



NO.	EXP.	NOMBRE	EDAD	SEXO	DEPENDENCIA	T/A mmhg	PESO	TALLA	TEMP.	CSA	CSS	CONS.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

*[Handwritten signature]*



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

f) Reporte de consulta en un lapso menor a seis meses CSA.



PLAYAS DE ROSARITO  
MUNICIPIO

## DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL NOTA MÉDICA CONTROL SANITARIO CSA

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: FEM ( ) MAS ( )

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TEL PARTICULAR: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: T/A \_\_\_\_\_ MMHG \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA: \_\_\_\_\_

ACUDE A RENOVACION DE VIGENCIA CON ESTUDIOS DE LABORAYORIO DE FECHA: \_\_\_\_\_

MISMO CON RESULTADO DE: AgHA ( \_\_\_\_\_ ) RF ( \_\_\_\_\_ ) COPROLOGICO ( \_\_\_\_\_ )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

VIGENCIA DIFERIDA ( ) TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

A LA FECHA DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

### CONTROL SANITARIO EN ALIMENTOS:

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: T/A \_\_\_\_\_ MMHG \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA: \_\_\_\_\_

ACUDE A RENOVACION DE VIGENCIA CON ESTUDIOS DE LABORATORIO DE FECHA: \_\_\_\_\_

MISMO CON RESULTADO DE:

AgHA ( \_\_\_\_\_ ) RF ( \_\_\_\_\_ ) COPROLOGICO ( \_\_\_\_\_ )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

VIGENCIA DIFERIDA ( ) TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

A LA FECHA DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature in blue ink]*










# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

h) Tarjeta Sanitaria.

  <b>PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO</b> DOCUMENTO NO VALIDO COMO IDENTIFICACION OFICIAL	   <b>PLAYAS DE ROSARITO</b> WITH AYUNTAMIENTO <b>La presente acredita a:</b>
	<hr/> <b>nombre del director</b>  DIRECTOR <b>DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL</b>

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**DSM**

**VIGENCIA TARJETA**

PROXIMA CONSULTA			AUTORIZÓ
DIA	MES	AÑO	





*Orinka*

# MANUAL # 2

## TRÁMITE Y ENTREGA DE TARJETA SANITARIA PARA PROGRAMA DEL VECTOR SEXUAL

Elaboró: Ing. María Orinka Favela Benítez

*Orinka*

Aprobó:

Lic. Carlos Manuel Anaya Guzmán  
Encargado de despacho Dirección  
de Salud Municipal.

C. David Ponce Arce  
Oficial Mayor

*David Ponce Arce*

Playas de Rosarito, Baja California a 19 de agosto de 2021







## DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

### 1. Requisitos

#### 1.1. Por primera vez.

##### 1.1.1. Mujeres:

- Análisis clínicos
  - VDRL
  - HIV
  - CULTIVO VAGINAL
  - PAPANICOLAUO
- Dos fotografías tamaño infantil, color o blanco y negro.
- Copia de identificación oficial con fotografía vigente (Credencial para votar, Pasaporte o Licencia de Conducir). En caso de que la identificación no indique el CURP proporcionar una copia de este.
- Traer los pagos de Consulta y de la Tarjeta CSS.

Presentarse a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal con todos los requisitos anteriormente mencionados para realizar la valoración médica y dictaminar si la persona es apta para programa del vector sexual.

##### 1.1.2. Hombres:

- Análisis clínicos
  - VDRL
  - HIV
  - CULTIVO RECTAL
- Dos fotografías tamaño infantil, color o blanco y negro.
- Copia de identificación oficial con fotografía vigente (Credencial para votar, Pasaporte o Licencia de Conducir). En caso de que la identificación no indique el CURP proporcionar una copia de este.
- Traer los pagos de Consulta y de la Tarjeta CSS.

Presentarse a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal con todos los requisitos anteriormente mencionados para realizar la valoración médica y dictaminar si la persona es apta para programa del vector sexual.



## DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

### 1.2. Requisitos para Revalidación mensual.

#### 1.2.1. Mujeres:

- Análisis clínicos
  - VDRL
  - HIV
  - CULTIVO VAGINAL
- Traer pago de consulta
- Traer su Tarjeta Sanitaria

Presentarse a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal, con todos los requisitos anteriormente mencionados para la revalidación mensual, para realizar la valoración médica y dictaminar si la persona es apta para el programa del sector sexual.

#### 1.2.2. Hombres:

- Análisis clínicos
  - VDRL
  - HIV
  - CULTIVO RECTAL
- Traer pago de consulta
- Traer su Tarjeta Sanitaria

Presentarse a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal, con todos los requisitos anteriormente mencionados para la revalidación mensual, para realizar la valoración médica y dictaminar si la persona es apta para el programa del sector sexual.

### 1.3. Requisitos para Renovación de Tarjeta Sanitaria cada año o en caso de robo, pérdida o extravió.

#### 1.3.1. Mujeres:

##### Análisis clínicos

- VDRL
- HIV
- CULTIVO VAGINAL
- PAPANICOLAUO



1.3.2. Hombres:

Análisis clínicos

- VDRL
- HIV
- CULTIVO RECTAL

Una fotografía tamaño infantil color o blanco y negro

Traer la Tarjeta Sanitaria anterior, si aún cuenta con ella.

Traer los pagos de Consulta y de la Tarjeta CSS.

Presentarse a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal, con todos los requisitos anteriormente mencionados para la renovación, para realizar la valoración médica y dictaminar si la persona es apta para el programa del vector sexual.

2. Recibos para consulta y para Tarjeta Sanitaria.

El usuario debe pasar por las órdenes de pago a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal y pasar a pagar a cualquier caja recaudadora del municipio de Playas de Rosarito.

2.1. Por primera vez, se le deben entregar las órdenes de pago de consulta formato (a) y tarjeta sanitaria CSS formato (j).

2.2. Revalidación mensual, sólo se le entrega la orden de pago de consulta formato (a).

2.3. Renovación de Tarjeta al año, robo, pérdida o extravió, se le deben entregar las órdenes de pago de consulta formato (a) y tarjeta sanitaria CSS formato (j).

3. Consulta Médica.

Para ser atendido el usuario debe registrarse indicando fecha y hora de llegada lo cual permite darle el correcto seguimiento a toda persona que requiera consulta formato (c).

3.1. Recepción por parte del personal de enfermería.

3.1.1. Tarjetahabiente por primera vez. El personal de enfermería recibirá la documentación del usuario y asignará número y le crea un expediente anexando el formato (d).



Al tarjetahabiente se le tomará la temperatura en la frente antes de ingresar a las instalaciones, se verificará su estatura, peso, presión arterial y se llenará la información del formato (d) correspondiente a enfermería.

- 3.1.2. Revalidación mensual. El personal de enfermería recibirá la documentación del usuario y buscará su expediente y anexará el formato (k) al mismo, siempre y cuando no pase de seis meses de su la última vez que se haya utilizado en este paciente el formato (d).  
El formato (d), se debe utilizar cada seis meses.

Al tarjetahabiente se le tomará la temperatura en la frente antes de ingresar a las instalaciones, se verificará su estatura, peso, presión arterial y se llenará la información del formato (d) o (k) correspondiente a enfermería.

- 3.1.3. Renovación al año o en caso de robo, pérdida o extravió. El personal de enfermería recibirá la documentación del usuario y buscará su expediente y anexará el formato (d) al mismo.

Al tarjetahabiente se le tomará la temperatura en la frente antes de ingresar a las instalaciones, se verificará su estatura, peso, presión arterial y se llenará la información del formato (d) correspondiente a enfermería.

Si el tarjetahabiente no recuerda su número de expediente, el personal de enfermería se apoyará del personal de recepción para que se busque en el listado electrónico de Control Sanitario de Sector Sexual y poder obtener el número correspondiente.

- 3.1.4. Diferida. El personal de enfermería recibirá la documentación del usuario y buscará su expediente y anexará el formato (k) al mismo, siempre y cuando no exceda de seis meses de la consulta anterior.

Al tarjetahabiente se le tomará la temperatura en la frente antes de ingresar a las instalaciones, se verificará su estatura, peso, presión arterial y se llenará la información del formato (d) correspondiente a enfermería.

En caso de que la persona venga después de 20 días naturales de que su tarjeta fue diferida tendrá que pagar la consulta nuevamente.



En cualquiera de los casos el personal de enfermería debe registrar en el formato (e) al tarjetahabiente.

Una vez llenada la información correspondiente por parte de enfermería se pasará a consulta con el médico.

### 3.2. Atención médica.

3.2.1. Tarjetahabiente por primera vez. El médico realizará el interrogatorio del formato (d) y examen físico requerido.

Si el resultado de la atención médica es favorable el médico colocará el sello de la dependencia en los recibos de pago y su firma, además de la leyenda de vigencia temporal por 15 días naturales, tiempo en el cual se realizará la Tarjeta Sanitaria y la persona podrá comprobar de esta manera que se encuentra apta para el programa de vector sexual.

En caso de encontrarse algún impedimento para la expedición de la Tarjeta Sanitaria esta se considera diferida y se le dará el tratamiento requerido y la persona deberá comprarlo, e ingerirlo de acuerdo a las indicaciones hechas por el médico. Después de terminado el tratamiento la persona deberá realizarse los análisis clínicos que se le hayan indicado en la receta médica nuevamente, y regresar a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal para verificar que el tratamiento haya hecho efecto correctamente y darle su Tarjeta Sanitaria

3.2.2. Revalidación mensual. El médico realizará el interrogatorio del formato (d) o (k) y examen físico requerido.

Si el resultado de la atención médica es favorable el médico colocará en la parte de atrás de la Tarjeta Sanitaria la nueva fecha hasta la cual es validad y firmará al lado de la misma, fecha en la cual el tarjetahabiente deberá acudir nuevamente a revalidarla. El mes cuenta a partir de la fecha de la toma de muestra, y no dé la impresión o entrega de resultados.

En caso de encontrarse algún impedimento para la expedición de la Tarjeta Sanitaria se considera diferida y se le dará el tratamiento requerido y la persona deberá comprarlo, e ingerirlo de acuerdo a las indicaciones hechas por el médico. Después de terminado el tratamiento la persona deberá realizarse los análisis clínicos que se le hayan indicado en la receta médica nuevamente, y regresar a las oficinas de la Dirección de



Salud Municipal con los nuevos análisis clínicos para verificar que el tratamiento haya hecho efecto correctamente y firmar su Tarjeta Sanitaria.

- 3.2.3. Renovación al año o en caso de robo, pérdida o extravió. El médico realizará el interrogatorio del formato (d) y examen físico requerido.

Si el resultado de la atención médica es favorable el médico colocará el sello de la dependencia en los recibos de pago y su firma, además de la leyenda de vigencia temporal por 15 días naturales, tiempo en el cual se realizará la Tarjeta Sanitaria y la persona podrá comprobar de esta manera que se encuentra apta para el programa del vector sexual.

En caso de encontrarse algún impedimento para la expedición de la Tarjeta Sanitaria se considera diferida y se le dará el tratamiento requerido y la persona deberá comprarlo, e ingerirlo de acuerdo a las indicaciones hechas por el médico. Después de terminado el tratamiento la persona deberá realizarse los análisis clínicos que se le hayan indicado en la receta médica nuevamente, y regresar a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal con los nuevos análisis clínicos para verificar que el tratamiento haya hecho efecto correctamente y darle su Tarjeta Sanitaria.

- 3.2.4. Diferida. El médico realizará el interrogatorio del formato (k) y en caso de ser necesario la exploración física.

- 3.2.4.1. Si el resultado es favorable

3.2.4.1.1. Y es Tarjetahabiente por primera vez se verificará si la Tarjeta Sanitaria ya está lista, en caso de que así sea se le entregara, de lo contrario se seguirá lo indicado en el inciso 3.2.1 párrafo 2.

3.2.4.1.2. Y es Revalidación mensual, el médico colocará en la parte de atrás de la Tarjeta Sanitaria la nueva fecha hasta la cual es validad y firmará al lado de la misma, fecha en la cual el tarjetahabiente deberá acudir nuevamente a revalidarla. El mes cuentan a partir de la fecha de la primera toma de muestra, y no dé la impresión o entrega de resultados, ni de los últimos resultados ya que no se realizan todos los análisis clínicos.

3.2.4.1.3. Y es renovación al año o en caso de robo, perdida o extravió se verificará si la Tarjeta Sanitaria ya está lista, en caso de



que así sea se le entregara, de lo contrario se seguirá lo indicado en el inciso 3.2.3 párrafo 2.

- 3.2.4.2. En caso de salir diferida nuevamente se determinará qué hacer, ya que debe ser un caso muy específico, el cuál será registrado en este manual para dejar la evidencia de la decisión tomada correspondiente al caso.

En cualquiera de los casos el resultado de la consulta médica es determinado por el criterio del médico que haya llevado a cabo la atención.

- 3.2.5. Al terminar la consulta, el médico tratante debe registrar al tarjetahabiente en el formato (g), y al terminar de hacer su nota médica en el expediente este debe ser entregado al departamento de enfermería para darle continuidad al manejo del mismo.
- 3.3. Enfermería debe verificar que el expediente esté debidamente llenado tanto la información que le corresponden a enfermería como la información del médico.

4. ~~Elaboración de Tarjeta Sanitaria. Se utiliza el formato (l), donde se indica nombre del tarjetahabiente, número de expediente, fotografía, la fecha de vigencia de equivalente al año, la siguiente fecha en la cual se realizará la revalidación mensual y la última fecha hasta la cual se va a presentar para su renovación. Para cualquier duda del llenado de la Tarjeta Sanitaria CSS, consultar el manual # 3.~~
5. Entrega de Tarjeta Sanitaria. El tarjetahabiente puede pasar por su Tarjeta Sanitaria a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal con sus recibos de pagos.

El personal de recepción buscará su tarjeta y la registrará en el formato (i), en el cual deberá indicar la fecha, número de expediente, nombre y lugar donde trabaja. EL tarjetahabiente firmará de recibo en esta misma hoja.

6. Formatos utilizados:
- a) Orden de pago de Consulta
  - b) N/A
  - c) Registro para atención médica.
  - d) Formato de consulta con patología
  - e) Registro de enfermería
  - f) N/A
  - g) Informe de consulta diaria
  - h) N/A



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

- i) Registro de entrega de Entrega.
- j) Orden de pago de Tarjeta Sanitaria CSS
- k) Formato de consultas subsecuente CSS
- l) Tarjeta Sanitaria Sector Sexual

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

a) Orden de Pago para Consulta.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE PLAYAS DE ROSARITO, B.C.

ORDEN DE PAGO

NUM

C. RECAUDADOR DE RENTAS MUNICIPALES, SIRVASE RECIBIR DE:

NOMBRE:	
DOMICILIO:	
COLONIA O FRACC.	
RFC	

LA CANTIDAD DE: **\$90.00 (NOVENTA PESOS 00/100 MN)**

POR CONCEPTO DE: CONSULTA MÉDICA

CONFORME A LA SIGUIENTE LIQUIDACION:

INCISO	DENOMINACION	IMPORTE
43101012	CONSULTA MÉDICA	\$ 89.62
IT049	REDONDEO	\$ 0.38
	<b>TOTAL</b>	<b>\$ 90.00</b>

de del 2021

LIC. CARLOS MANUEL ANAYA  
ENCARGADO DE DESPACHO

La cantidad puede variar dependiendo del valor del UMA.

b) Orden de Pago para Tarjeta Sanitaria de Alimentos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE PLAYAS DE ROSARITO, B.C.

ORDEN DE PAGO

NUM

C. RECAUDADOR DE RENTAS MUNICIPALES, SIRVASE RECIBIR DE:

NOMBRE:	
DOMICILIO:	
COLONIA O FRACC.	
RFC	

LA CANTIDAD DE: **\$354.00 (TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS 00/100 MN)**

POR CONCEPTO DE: EXPEDICIÓN DE TARJETA C.S.A.

CONFORME A LA SIGUIENTE LIQUIDACION:

INCISO	DENOMINACION	IMPORTE
43101015	EXPEDICIÓN DE TARJETA C.S.A.	\$ 353.99
IT049	REDONDEO	\$ 0.01
	<b>TOTAL</b>	<b>\$ 354.00</b>

de del 2021

LIC. CARLOS MANUEL ANAYA  
ENCARGADO DE DESPACHO

La cantidad puede variar dependiendo del valor del UMA.







c) Registro para atención médica.

**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**REGISTRO DE ATENCIÓN MÉDICA**

NO.	FECHA	HORA	NOMBRE	EXPEDIENTE	DEPENDENCIA	CONSULTA SMM	TARJETA SANITARIA	TEMP
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

d) Formato de consulta con patología.



## DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL NOTA MEDICA PARA EXPEDIENTE CONTROL SANITARIO



*[Handwritten signature]*

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXP. NO. \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS  
LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SEXO: H ( ) M ( ) Tel: \_\_\_\_\_ CSA ( ) CSS ( )  
SIGNOS VITALES: \_\_\_\_\_ MMHG \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_  
Nombre y firma de Enfermera (e): \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS \_\_\_\_\_  
DM ( ) OBS ( ) CÁNCER ( ) HAS ( ) TRAUMATICOS ( )  
HOSPITALIZACIONES ( ) CIRUGIAS ( ) INFECTOCONTAGIOSOS ( ) TRANSFUSIONES ( )  
EMBARAZOS ( )  
OBSERVACIONES/ALERGIAS: \_\_\_\_\_  
TABAQUISMO ( ) ALCOHOLISMO ( ) TOXICOMANIAS ( )  
REQUIERE DE AUXILIARES VISUALES SI ( ) NO ( ) PATOLOGIA: \_\_\_\_\_  
ESTADO CML SOLTERO ( ) CASADO ( ) UNION LIBRE ( )

### ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE VIVO ( ) FINADO ( )  
PATOLOGIA: \_\_\_\_\_  
MADRE VIVO ( ) FINADO ( )  
PATOLOGIA: \_\_\_\_\_  
CONYUGE PATOLOGIA: \_\_\_\_\_

### EXPLORACION FISICA

MARCAS CORPORALES IMPORTANTES CICATRICES \_\_\_\_\_ TATUAJES \_\_\_\_\_ PIERCING \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

### EXAMENES DE LABORATORIO CON FECHA DE:

(CSS) VH \_\_\_\_\_ VDRL \_\_\_\_\_ CULTIVO VAGINAL \_\_\_\_\_  
(CSA) Ag-Ha \_\_\_\_\_ Rf \_\_\_\_\_ COPROLOGICO \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

### DIAGNOSTICO:

DIFERIDA ( ) TRATAMIENTO \_\_\_\_\_  
VIGENCIA A LA FECHA DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

e) Registro de control de enfermería.

## DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL REPORTE DIARIO DE ENFERMERIA

TURNO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_



NO. EXP.	NOMBRE	EDAD	SEXO	DEPENDENCIA	T/A mmhg	PESO	TALLA	TEMP.	CSA	CSS	CONS.
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

f) Reporte de consulta en un lapso menor a seis meses.



## DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL NOTA MÉDICA CONTROL SANITARIO CSA

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: FEM ( ) MAS ( )

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TEL PARTICULAR: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: T/A \_\_\_\_\_ MMHG \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA: \_\_\_\_\_

ACUDE A RENOVACION DE VIGENCIA CON ESTUDIOS DE LABORATORIO DE FECHA: \_\_\_\_\_

MISMO CON RESULTADO DE: AgHA ( ) P ( ) COPROLOGICO ( )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

VIGENCIA DIFERIDA ( ) TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

A LA FECHA DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

CONTROL SANITARIO EN ALIMENTOS:

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: T/A \_\_\_\_\_ MMHG \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA: \_\_\_\_\_

ACUDE A RENOVACION DE VIGENCIA CON ESTUDIOS DE LABORATORIO DE FECHA: \_\_\_\_\_

MISMO CON RESULTADO DE:

AgHA ( ) RF ( ) COPROLOGICO ( )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

VIGENCIA DIFERIDA ( ) TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

A LA FECHA DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



g) Informe de consulta diaria.

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
Fecha

**INFORME DE CONSULTA DIARIA**

DR: \_\_\_\_\_



PLAYAS DE ROSARITO  
MUNICIPALIDAD


PACIENTE Nombre	INFORMACION				TIPO DE CONSULTA				DIAGNOSTICO				RESULTADO						Roseta
	Exp.	TP	edad	Sexo	06	CM	CSA	CSB	Diagnostico	1ra. Ada.	Gab.	Lab	Hosp	Incep	Proced	ix	Especialista		

*[Handwritten signature]*




# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

h) Tarjeta Sanitaria.



**DSM**



**PLAYAS DE ROSARITO**  
MUNICIPIO AYUNTAMIENTO

**La presente acredita a:**

---

**PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO**

DOCUMENTO NO VALIDO COMO IDENTIFICACION OFICIAL

nombre del director

DIRECTOR

**DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL**

**DSM**

**VALIDACION**

**VALIDACION TARJETA**

PROXIMA CONSULTA			AUTORIZÓ
DIA	MES	AÑO	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

- i) Registro de entrega de tarjetas sanitarias de la Dirección de Salud Municipal al usuario.

**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**COORDINACIÓN DE CONTROL SANITARIO**  
**RELACION DE TARJETAS ENTREGADAS DE CONTROL SANITARIO**

FECHA	# DE EXPEDIENTE	NOMBRE	NEGOCIO DONDE LABORA	FIRMA DE RECIBIDO TARJETA HABIENTE	FIRMA RESPONSABLE QUE ENTREGA.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

j) Orden de pago de Tarjeta Sanitaria C.S.S.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE PLAYAS DE ROSARITO, B.C.

ORDEN DE PAGO

NUM

*Handwritten signature*

C. RECAUDADOR DE RENTAS MUNICIPALES, SIRVASE RECIBIR DE:

NOMBRE:	
DOMICILIO:	
COLONIA O FRACC.	
RFC	

LA CANTIDAD DE: **\$242.00 (DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS 00/100 MN)**

POR CONCEPTO DE: TARJETA SANITARIA (C.S.S.)

CONFORME A LA SIGUIENTE LIQUIDACION:

INCISO	DENOMINACION	IMPORTE
43101114	EXPEDICION DE TARJETA C.S.S	\$ 241.97
IT049	REDONDEO	\$ 0.03
	<b>TOTAL</b>	\$ 242.00

\_\_\_ de \_\_\_ del 2021

LIC. CARLOS MANUEL ANAYA  
ENCARGADO DE DESPACHO

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*





# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

k) Formato de consultas subsecuentes C.S.S.



DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS MUNICIPALES  
NOTA MEDICA CONTROL SANITARIO CSS

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: FEM ( ) MAS ( )

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TEL PARTICULAR: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: T/A \_\_\_\_\_ MMHG \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA: \_\_\_\_\_

ACUDE A RENOVACION DE VIGENCIA CON ESTUDIOS DE LABORATORIO DE FECHA: \_\_\_\_\_

MISMO CON RESULTADO DE: FUR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PRUEBA DE EMBARAZO ( ) MPF: \_\_\_\_\_

VIH ( ) VDRL/RPR ( ) CULTIVO VAGINAL ( )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

VIGENCIA DIFERIDA ( ) TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

A LA FECHA DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

**CONTROL SANITARIO EN CSS:**

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: T/A \_\_\_\_\_ MMHG \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA: \_\_\_\_\_

ACUDE A RENOVACION DE VIGENCIA CON ESTUDIOS DE LABORATORIO DE FECHA: \_\_\_\_\_

MISMO CON RESULTADO DE: FUR: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PRUEBA DE EMBARAZO ( ) MPF: \_\_\_\_\_

VIH ( ) VDRL/RPR ( ) CULTIVO VAGINAL ( )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

VIGENCIA DIFERIDA ( ) TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_



A LA FECHA DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_



**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

l) Tarjeta Sanitaria Sector Sexual.

 <b>PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO</b> <small>DOCUMENTO NO VALIDO COMO IDENTIFICACION OFICIAL</small>	 <b>DSM</b>	 <small>FORNORTE DE POSIBILIDADES</small>
	<b>PLAYAS DE ROSARITO</b> <b>VIII AYUNTAMIENTO</b> <b>La presente acredita a:</b>	
<b>LIC. CARLOS MANUEL ANAYA GUZMÁN</b>  <b>ENCARGADO DE DESPACHO</b> <b>DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL</b>		

*Handwritten signature*

<b>VIGENCIA</b>	<b>E.</b>	<b>DSM</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>AUTORIZÓ</b>
				<b>NOV</b>	<b>2020</b>	
				<b>DIC</b>	<b>2020</b>	
				<b>ENE</b>	<b>2021</b>	
				<b>FEB</b>	<b>2021</b>	
				<b>MAR</b>	<b>2021</b>	
				<b>ABR</b>	<b>2021</b>	
				<b>MAY</b>	<b>2021</b>	
				<b>JUN</b>	<b>2021</b>	
				<b>JUL</b>	<b>2021</b>	
				<b>AGO</b>	<b>2021</b>	
				<b>SEP</b>	<b>2021</b>	
	<b>OCT</b>	<b>2021</b>				

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*





**MANUAL # 3**  
**ELABORACIÓN DE TARJETA**  
**SANITARIA**

DSM

Elaboró: Ing. María Orinka Favela Benítez

Aprobó:

Lic. Carlos Manuel Anaya Guzmán  
Encargado de despacho Dirección  
de Salud Municipal.

C. David Ponce Arce  
Oficial Mayor

Playas de Rosarito, Baja California a 19 de agosto de 2021



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

## Historial de cambios

REV. NO	FECHA	QUIEN REALIZO	QUIEN APROBO	QUIEN APROBO

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Se reciben los expedientes en Control Sanitario de todas las personas que fueron atendidas tanto para el Programa de Manejo de Alimentos y Bebidas como del Programa de Vector Sexual.

Todos los expedientes son registrados en el archivo de Excel donde se maneja el padrón de ambos programas.

En el padrón se captura los siguientes campos:

- Número de Expediente
- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Nombre Completo.
- Fecha de Nacimiento.
- Edad.
- Fecha de pago de la Tarjeta.
- Fecha de inicio de la vigencia de la tarjeta.
- Fecha de terminación de la vigencia de la tarjeta.
- Fecha en la cual se consultó a la persona.
- Fecha de la próxima consulta.
- Lugar donde labora el tarjetahabiente.

En el mismo archivo se encuentra el listado de personal del Programa de Manejo de Alimentos y Bebidas (CSA) y del Programa del Vector Sexual (CSS).

En este padrón se captura la información de los que están pagando por una tarjeta, así como los que sólo vienen a revalidación de la misma.

Los expedientes que son sólo de consulta se capturan en su programa correspondiente y se le entregan a enfermería para que los archiven.

Los expedientes que son de tarjeta se capturan y se realiza su tarjeta utilizando el formato indicado para cada uno de los programas.

La Fecha de inicio de la tarjeta cuenta a partir de la fecha de la toma de la muestra de los análisis clínicos, no a partir de la impresión.

La vigencia para el Programa de Manejo de Alimentos y Bebidas (CSA) es de dos años y la consulta cada seis meses, para el Programa de Vector Sexual (CSS) es de un año y la consulta es mensual.



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

Para el Programa de Manejo de Alimentos y Bebidas (CSA) se utiliza este formato:

Parte de enfrente

	 <b>DSM</b>  <b>PLAYAS DE ROSARITO</b> <b>VIII AYUNTAMIENTO</b> La presente acredita a:
	<b>LIC. CARLOS MANUEL ANAYA GUZMÁN</b> ENCARGADO DE DESPACHO <b>DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL</b>

**PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO**  
DOCUMENTO NO VALIDO COMO IDENTIFICACION OFICIAL

parte de atrás

**DSM** **VIGENCIA TARJETA**

DIA	PROXIMA CONSULTA		AUTORIZÓ
	MES	AÑO	

 <b>FOTOGRAFÍA DEL TARJETAHABIENTE</b> <b>PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO</b> DOCUMENTO NO VALIDO COMO IDENTIFICACION OFICIAL	  <b>PLAYAS DE ROSARITO</b> <b>VIII AYUNTAMIENTO</b> La presente acredita a: <b>Nombre completo y número de expediente</b>  <i>FIRMA DEL DIRECTOR O ENCARGADO</i> <hr/> <b>NOMBRE DEL DIRECTOR O ENCARGADO</b>  <b>PUESTO</b> <b>DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL</b>
	Sello Dependencia

*Handwritten signature and scribbles in blue ink.*





# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

## DSM

### No. De exp.

### VIGENCIA TARJETA Fecha hasta la cual es valida la tarjeta

PROXIMA CONSULTA			AUTORIZÓ
DIA	MES	AÑO	
Fecha en la cual se debe regresar con análisis nuevos			Firma del director o encargado de la Dirección
Fecha en la cual se debe regresar a su última consulta que corresponde a la vigencia			

*Handwritten signature in blue ink*

  
 DSIM  
 PLAYAS DE ROSARITO  
 VI AYUNTAMIENTO  
 La presente acredita a:  
**Perez Garcia Karina**  
**EXP. 1**  
*FIRMA AUTORIZADA*  
 LIC. CARLOS MANUEL ANAYA GUZMAN  
 ENCARGADO DE DESPACHO  
 DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO  
 DOCUMENTO NO VALIDO COMO IDENTIFICACION OFICIAL

## DSM E. 1

### VIGENCIA TARJETA 19 DE AGOSTO 2023

PROXIMA CONSULTA			AUTORIZÓ
DIA	MES	AÑO	
19	FEBRERO	2022	<i>FIRMA CARLOS MANUEL ANAYA</i>
19	AGOSTO	2023	

*Handwritten signature in blue ink*





# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

Para el Programa de Vector Sexual (C.S.S.) se utiliza este formato:

Parte de enfrente

parte de atrás

  <b>PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO</b> <small>DOCUMENTO NO VALIDO COMO IDENTIFICACION OFICIAL</small>	  <b>DSM</b> <b>PLAYAS DE ROSARITO</b> <b>VIII AYUNTAMIENTO</b> La presente acredita a:
	<b>LIC. CARLOS MANUEL ANAYA GUZMÁN</b>  ENCARGADO DE DESPACHO <b>DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL</b>

<b>DSM</b>	<b>E:</b>	<b>AUTORIZO</b>											
		<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>									
<b>VIGENCIA</b>													

  <b>PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO</b> <small>DOCUMENTO NO VALIDO COMO IDENTIFICACION OFICIAL</small>	  <b>PLAYAS DE ROSARITO</b> <b>VIII AYUNTAMIENTO</b> La presente acredita a:
	Sello de Dependencia <b>Nombre completo y número de expediente</b>  <b>Firma del Director o encargado de la dependencia</b> <hr/> <b>Nombre del Director o Encargado</b>  Puesto <b>DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL</b>

*Handwritten signature and notes in blue ink.*



**VIGENCIA No. De exp. DSM**  
**Fecha hasta la cual es válida la tarjeta**

DIA	MES	AÑO	AUTORIZÓ	Firma del Dir. o Encargado de la dep.
Fecha en la cual se debe regresar con análisis nuevos				
Fecha en la cual se debe regresar a su última consulta que corresponde a la vigencia				





  
 Sello de Dependencia  
**PEREZ GARCIA KARINA**  
 EXP. 1  
*FIRMA AUTORIZADA*  
 LIC. CARLOS MANUEL ANAYA GUZMÁN  
 ENCARGADO DE DESPACHO  
 DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

**PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO**  
 DOCUMENTO NO VALIDO COMO IDENTIFICACION OFICIAL

**VIGENCIA E. 1 DSM**  
**19 DE AGOSTO 2022**

DIA	MES	AÑO	AUTORIZO
19	SEP	2021	9999-99-99
	OCT	2021	
	NOV	2021	
	DIC	2021	
	ENE	2022	
	FEB	2022	
	MAR	2022	
	ABR	2022	
	MAY	2022	
	JUN	2022	
	JUL	2022	
19	AGO	2022	



Una vez terminadas las tarjetas sanitarias, se deben separar los expedientes diferidos y los que fueron aprobadas.

Las diferidas no se archivan normalmente, se mantienen en resguardo independiente por parte de personal de control sanitario.

Los expedientes aprobados se le entregan a enfermería para que los archiven.