INSTRUCTIVO DE LLENADO DE TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

SINBA-SIS-EC-P

VERSIÓN 2024

Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud

# Prefacio

## Información de contacto

Para mayor información sobre el documento que se muestra a continuación, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Homero #213 Piso 11, Colonia Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a [dgis@salud.gob.mx](mailto:dgis@salud.gob.mx) con el asunto “Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas, (SINBA-SIS-EC-P) Versión 2024”.

## Contenido

[Prefacio 2](#_Toc124727953)

[Información de contacto 2](#_Toc124727954)

[Contenido 3](#_Toc124727955)

[Presentación del Instructivo 4](#_Toc124727956)

[Introducción y Marco normativo 4](#_Toc124727957)

[Audiencia 4](#_Toc124727958)

[Alcance 5](#_Toc124727959)

[Justificación 5](#_Toc124727960)

[Términos y Definiciones 7](#_Toc124727961)

[Referencias 8](#_Toc124727962)

[Ligas Web 8](#_Toc124727963)

[Bibliografía 8](#_Toc124727964)

[Archivos anexos 8](#_Toc124727965)

[Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas (SINBA-SIS-EC-P) 9](#_Toc124727966)

[Formato 9](#_Toc124727967)

[Descripción de la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas 11](#_Toc124727968)

[Identificación de la unidad 11](#_Toc124727969)

[Datos identificación del paciente 11](#_Toc124727970)

[Antecedentes 12](#_Toc124727971)

[Inicio de tratamiento 12](#_Toc124727972)

[Datos basales de los diagnósticos 12](#_Toc124727973)

[Visitas domiciliarias 14](#_Toc124727974)

[Datos de control 14](#_Toc124727975)

[Instrucciones de LLenado de la tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas (sinba-sis-EC-p) 15](#_Toc124727976)

[Instrucciones Generales 15](#_Toc124727977)

[DATOS DE IDENTIFICACION DE LA UNIDAD 15](#_Toc124727978)

[DATOS IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE 16](#_Toc124727979)

[INICIO DE TRATAMIENTO 17](#_Toc124727980)

[DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS 18](#_Toc124727981)

[VISITAS DOMICILIARIAS 20](#_Toc124727982)

[DATOS DE CONTROL 20](#_Toc124727983)

# Presentación del Instructivo

## Introducción y Marco normativo

De conformidad con el artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud le corresponde a la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la cual tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud y, en el numeral 6.1 prevé que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SNIBMS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

Por lo anterior, las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), deben generar, integrar y entregar la Información en Salud de acuerdo a lo establecido de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entregar en tiempo y forma la información estadística y documentación base en los formatos y/o procedimientos determinados por la DGIS y por los Servicios Estatales de Salud (SESA), los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.

Contando con la validación y en su caso concentración para los componentes del SINAIS que así lo requieran por parte de los Servicios Estatales de Salud para su envío a la DGIS.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de los integrantes del SNS.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, así como definir los mecanismos para que las personas Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud registren, intercambien y consoliden información, la cual debe aplicarse de manera obligatoria en todo el territorio nacional para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica que formen parte del Sistema Nacional de Salud que adopten un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES), garantizando la confidencialidad de la identidad de las y los pacientes así como la integridad y confiabilidad de la información clínica, por lo que las y los prestadores de salud que utilicen SIRES deben tomar las medidas de seguridad (acciones, actividades, controles o mecanismos administrativos, técnicos y físicos) necesarias que garanticen la protección y confidencialidad de los datos personales y datos personales sensibles de las y los pacientes a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo señalado en el primer capítulo de Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.

## Audiencia

Este documento está dirigido al personal prestador de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en alguna etapa del proceso de registro, captura y utilización de los datos estadísticos procedentes del SIS, específicamente el personal responsable de realizar y verificar el adecuado llenado de la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas.

## Alcance

Disponer de información sobre la forma en que se presentan y atienden los distintos episodios de atención en el área de consulta externa en los establecimientos de salud, consolidándola para la toma de decisiones en las distintas áreas dentro y fuera de la institución, desde la cobertura geográfica de cada unidad médica hasta el nivel nacional o internacional.

Este instructivo está dirigido al personal de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en la etapa del proceso de registro de la información obtenida a través de la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas.

## Justificación

El presente instructivo es resultado del proceso de reingeniería del Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) que llevó a cabo la Dirección General de Información en Salud, atendiendo la necesidad de contar con un conjunto de elementos que faciliten la generación de información en salud, oportuna, íntegra, válida, veraz, consistente y con amplia cobertura, para coadyuvar en la toma de decisiones de operación, evaluación y planeación de los servicios para la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, en respuesta a las diferentes necesidades y requerimientos de los Programas de Salud de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como de las Direcciones Generales de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Instituto de Salud para el Bienestar, así como otros organismos descentralizados y/o desconcentrados.

En cumplimiento a lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, donde refiere que el contar con información oportuna y de calidad permite: a) Reorientar los recursos materiales, financieros y humanos hacia políticas públicas en salud, principalmente preventivas y correctivas; b) Coadyuvar para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y los diferentes sistemas a cargo de la Secretaría de Salud; c) Proveer la adecuada participación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4o**.** de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; d) Impulsar que se proporcionen servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; y, e) Reforzar las acciones de atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas, fines que se encuentran establecidos.

Considerando que el proceso de registro de actividades en la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas no difiere entre las unidades, y que todas y todos los prestadores de servicio que están en contacto con el Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios mejor conocido como SIS tienen la responsabilidad de que el registro de la información sea de carácter obligatorio, oportuno, completo, íntegro y veraz, considerando que la actividad de registro del dato es de suma importancia para el Sistema Nacional de Información en Salud.

Los datos estadísticos serán utilizados dentro y fuera de las unidades médicas por usuarios directos e indirectos, así como personal responsable de la toma de decisiones; por ello, los datos registrados deben cumplir con la calidad requerida.

El principal objetivo del presente es mostrar las definiciones operativas, así como las instrucciones para el registro de la información de las atenciones que se otorgan en la consulta externa con el fin de mejorar la calidad de la información registrada en la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas con el fin de mejorar la calidad de la información registrada.

Asimismo, constituye una guía de aprendizaje para el personal de nuevo ingreso durante el periodo de familiarización con el SIS, ya que resuelve las dudas que surjan durante la jornada laboral.

La Dirección General de Información en Salud a través del equipo que conforman la Subdirección de Información Institucional, instruyen la implementación del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) Versión 2024, exhortando a las y los Responsables de los Programas de Salud y a las Áreas de Estadística Estatales y Jurisdicciones Sanitarias difundan y promuevan el presente material y sus instructivos al interior de las unidades médicas y establecimientos de salud.

## Términos y Definiciones

Para los fines de este instructivo y el registro de la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas (SINBA-SIS-EC-P), se entenderán las siguientes definiciones:

| Término | Acrónimo | Definición |
| --- | --- | --- |
| ***Circunferencia de Cintura*** | ***CC*** | Abreviatura para la medición de circunferencia de cintura |
| **Clave Única de Establecimientos en**  **Salud** | ***CLUES*** | Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS. |
| **Clave Única de Registro de Población** | ***CURP*** | Registro de forma individual de todas las personas que residen en México, nacionales y extranjeras, así como a las mexicanas y mexicanos que radican en otros países. |
| ***Diagnóstico*** | ***Dx*** | Abreviatura utilizada para diagnóstico. |
| ***Hipertensión Arterial*** | ***HTA*** | Abreviatura utilizada para Hipertensión Arterial |
| **Índice de Masa Corporal** | ***IMC*** | Índice sobre la relación entre el peso y la altura, se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m2). |
| **Lipoproteína de alta densidad** | ***HDL*** | Abreviatura utilizada para lipoproteína de alta densidad |
| **Lipoproteínas de baja densidad** | ***LDL*** | Abreviatura utilizada para lipoproteínas de baja densidad |
| **Sistema de Protección Social en Salud** | ***SPSS*** | Abreviatura utilizada para Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). |
| ***Prueba de Hemoglobina Glucosilada*** | ***HbA1c%*** | Abreviatura utilizada para el resultado en porcentaje de la prueba de hemoglobina glucosilada. |
| **SINBA** | ***SINBA*** | Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. |
| **SIS** | ***SIS*** | Subsistema de Prestación de Servicios del Sistema de Información en Salud. |
| ***Virus de Inmunodeficiencia Humana*** | ***VIH*** | Abreviatura para Virus de Inmunodeficiencia Humana |

# Referencias

## Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del presente instructivo de llenado de la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas 2024

<http://www.sinba.salud.gob.mx>

## Bibliografía

* NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad
* NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

## Archivos anexos

| Id. | Descripción | Nombre del archivo | Formato / Aplicación para su visualización |
| --- | --- | --- | --- |
| 22 | Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas (SINBA-SIS-EC-P 2024) | SINBA-SIS-EC-P 2024 | Adobe Acrobat Reader |

# Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas (SINBA-SIS-EC-P)

## Formato

Anverso



Reverso



# Descripción de la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas

La Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas tiene como objetivo el recabar la información de las atenciones otorgadas a las y los pacientes con alguno de los diagnósticos considerados como Enfermedades crónicas que son: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia y/o síndrome metabólico, y está conformado por los siguientes 7 apartados:

* Identificación de la Unidad
* Datos de identificación
* Antecedentes
* Inicio de tratamiento
* Datos basales de los diagnósticos
* Visitas domiciliarias
* Datos de control

## Identificación de la unidad

El objetivo de este apartado es obtener los datos correspondientes a la unidad donde la o el paciente iniciará y llevará el control de enfermedades crónicas, está integrada por 6 variables:

* CLUES
* Nombre de la unidad
* Localidad
* Municipio
* Jurisdicción
* Entidad

## Datos identificación del paciente

Este apartado tiene como objetivo recabar los datos más importantes para la identificación de la o el paciente y su localización, está integrado por 18 variables:

* Entidad de nacimiento
* Fecha de nacimiento
* Edad
* Expediente
* Nombre(s)
* Apellido paterno y el apellido materno
* Sexo
* Talla
* CURP
* Declara pertenecer a un pueblo indígena
* Domicilio primario
* Otro domicilio
* Nuevo domicilio
* Teléfono fijo
* Celular
* Correo electrónico

## Antecedentes

El objetivo de este apartado es contar con la información más importante sobre los antecedentes personales y familiares de la o el paciente. Está integrado por 40 variables:

* Familiares (Abuelos, Padres, Tíos, Hermanos o Ninguno) con antecedentes de:
* Enf. Cardiovascular
* HTA
* Diabetes
* Dislipidemias
* Obesidad
* Enf. Cerebrovascular
* Personales
  + Enfermedad Cerebrovascular
  + Enfermedad Cardiovascular
  + Sedentarismo
  + Sobrepeso
  + Tabaquismo
  + Alcoholismo
  + VIH
  + Tuberculosis
  + Post menopausia
  + Terapia de reemplazo hormonal
  + Diabetes gestacional
  + Producto macrosómico

## Inicio de tratamiento

El objetivo de este apartado es recabar las fechas sobre el ingreso o reingreso de la o el paciente al control de Enfermedades Crónicas. Se encuentra integrado por 4 variables.

* Ingreso
* Fecha
* Reingreso
* Fecha

## Datos basales de los diagnósticos

Este apartado tiene como objetivo el contar con los datos clínicos y de laboratorio que se registran al momento de ingreso a tratamiento en la unidad de salud, y servirán para calcular los años de evolución y comparar el comportamiento del padecimiento durante su tratamiento. Se encuentra integrada por 40 variables.

* DIABETES MELLITUS (DM)
* Fecha de ingreso en la unidad por Diabetes
* Tipo
* 1
* 2
* Año de Dx
* Detección realizada por
* Pesquisa
* Por sintomatología
* Tratamiento Previo No Farmacológico
* Tratamiento Previo Farmacológico
* Datos basales de Diabetes Mellitus:
* Glucemia (mg/dl) en ayuno
* HbA1c%
  + Revisión de pies
  + Fondo de ojo
* HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)
* Fecha de ingreso en la unidad por Hipertensión:
* Año de Dx
* Detección realizada por
  + Pesquisa
  + Por sintomatología
* Tratamiento Previo No Farmacológico
* Tratamiento Previo Farmacológico
* Datos basales de Hipertensión Arterial
  + Sistólica
  + Diastólica
* OBESIDAD (OB)
* Fecha de ingreso en la unidad por Obesidad
* Año de Dx
* Detección realizada por
  + Pesquisa
  + Por sintomatología
* Tratamiento Previo No Farmacológico
* Tratamiento Previo Farmacológico
* Datos basales de Obesidad
  + Peso (kg)
  + IMC (Índice de Masa Corporal)
  + Circunferencia de cintura
* DISLIPIDEMIAS (DL)
* Fecha de ingreso en la unidad por Dislipidemias
* Año de Dx
* Detección realizada por
  + Pesquisa
  + Por sintomatología
* Tratamiento Previo No Farmacológico
* Tratamiento Previo Farmacológico
* Datos basales de Dislipidemias
  + Colesterol Total
  + Colesterol LDL
  + Colesterol HDL
  + Triglicéridos
* SÍNDROME METABÓLICO (SM)
* Fecha de ingreso en la unidad por Síndrome metabólico
* Año de diagnóstico

## Visitas domiciliarias

El objetivo de este apartado es obtener información de las visitas domiciliarias buscando la reconquista de la o el paciente para continuar el control. Se compone de 3 variables:

* Fecha de visita
* Resultado
* Observaciones

## Datos de control

El objetivo de este apartado es conocer la información sobre el estado de salud y evolución de la o el paciente con base en cada una de las citas, se compone de 26 variables:

* Fecha
* Peso (kg)
* IMC
* Sobrepeso
* CC (cm)
* Presión Arterial
* Sistólica
* Diastólica
* Glucemia (mg/dl)
* En Ayuno
* Casual
* HbA1c%
* Revisión de fondo de ojo
* Revisión de pies
* Enfermedades odontológicas
* Colesterol
* Total
* LDL
* HDL
* Triglicéridos
* Microalbuminuria
* Creatinina
* Tasa de filtrado glomerular
* Paciente controlado
* Tratamiento prescrito
* No farmacológico
* Farmacológico
* Grupo de Ayuda Mutua – EC
* Complicaciones
* Hospitalización/Urgencias
* Ha recibido atención salud mental
* Ha recibido atención nutricional
* Grado de Adicción al Tabaco
* Grado de dependencia al alcohol
* Tos con expectoración
* Referencia
* Baja
* Vacuna Antiinfluenza

# Instrucciones de LLenado de la tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas (sinba-sis-EC-p)

## Instrucciones Generales

* La Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas, debe llenarse al ingreso al control todos los datos de identificación de la unidad, los datos de identificación de la o el paciente; antecedentes familiares y personales, así como fecha de ingreso o reingreso, los datos basales del(los) padecimiento(s), así como las acciones realizadas en cada cita de control inicial y subsecuentes.
* Debe escribir con tinta, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo. Esta instrucción no aplica para la fecha de siguiente cita o de programación, ya que deberá ser con lápiz, al cumplir la o el paciente con la cita se reemplaza con tinta.
* En las celdas abiertas se debe escribir sin abreviaturas, con letra de molde, clara y legible.
* Para las respuestas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, …, 9.
* La persona que llene la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas, es la o el responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz, poner atención especial en los campos que son de reporte **obligatorio**.
* La Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas (SINBA-SIS-EC-P), sólo saldrá de la unidad en aquellos casos en que las autoridades jurisdiccionales o estatales así lo soliciten, como mecanismo para captura o de comprobación al momento de la entrega del informe mensual. Posteriormente, el informe deberá quedar a resguardo en la unidad. Proporcione información completa a las visitas de supervisión del SIS.

## DATOS DE IDENTIFICACION DE LA UNIDAD

***CLUES:***

Registre la CLUES de la unidad, con base en el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, en caso de no contar con dicha clave solicitarla al área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica, la CLUES está constituida inicialmente por dos caracteres alfanuméricos que identifican la Entidad Federativa, posteriormente tres caracteres que corresponden a la Institución, después cinco números que identifican al establecimiento y finalmente un número que es un dígito verificador; por lo que cada CLUES debe contener once caracteres en total.

***NOMBRE DE LA UNIDAD:***

Anote el tipo y nombre de la unidad médica con base en el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

***LOCALIDAD:***

Anote el nombre de la localidad en donde se encuentra localizada la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

***MUNICIPIO*:**

Anote el nombre completo del municipio en donde se encuentra localizada la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

**JURISDICCIÓN:**

Registre el nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad médica.

**ENTIDAD:**

Anote el nombre completo de la entidad donde se encuentra la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

## DATOS IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

***ENTIDAD DE NACIMIENTO*:**

Anote el código de la Entidad Federativa donde nació la o el paciente con base en: **01** Aguascalientes, **02** Baja California, **03** Baja California Sur, **04** Campeche, **05** Coahuila de Zaragoza**, 06** Colima, **07** Chiapas, **08** Chihuahua, **09** Distrito Federal, **10** Durango, **11** Guanajuato, **12** Guerrero, **13** Hidalgo, **14** Jalisco, **15** México, **16** Michoacán de Ocampo, **17** Morelos, **18** Nayarit, **19** Nuevo León, **20** Oaxaca, **21** Puebla, **22** Querétaro, **23** Quintana Roo, **24** San Luis Potosí, **25** Sinaloa, **26** Sonora, **27** Tabasco, **28** Tamaulipas**, 29** Tlaxcala, **30** Veracruz de Ignacio de la Llave, **31** Yucatán, **32** Zacatecas.

***FECHA DE NACIMIENTO\**:**

Anote la fecha de nacimiento de la o el paciente día/mes/año, si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

***EDAD:***

Anote los años cumplidos de la o el paciente.

***EXPEDIENTE:***

Anote el número de expediente de la o el paciente.

***NOMBRE(S)\*:***

Anote el(los) nombre(s) de la o el paciente, debe contener al menos dos letras, este dato es de carácter **obligatorio**.

***APELLIDO PATERNO Y EL APELLIDO MATERNO\*:***

Anote el Primer apellido y/o Segundo apellido; si no cuenta con algún apellido anote “XX” según corresponda, cada uno de sus componentes debe contener al menos dos letras, estos datos son de carácter obligatorio.

***SEXO:***

Con base en la referencia número **2**.SEXO que se encuentra en la parte inferior del formato, anote la clave que corresponda al sexo según condición biológica de nacimiento de la o el paciente: MUJER u HOMBRE.

***TALLA:***

Anote la talla de la o el paciente, expresada en metros.

***CURP:***

Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) de la o el paciente.

***DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA:***

Si la o el paciente considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. Marque con una “X” en el recuadro correspondiente según la respuesta.

***DOMICILIO PRIMARIO:***

Anote el domicilio actual de la o el paciente, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, y referencias de localización.

***OTRO DOMICILIO:***

Anote un domicilio adicional si cuenta con otro que desee registrar, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, y referencias de localización.

***NUEVO DOMICILIO:***

Este apartado se deberá llenar solamente cuando la o el paciente tenga un nuevo domicilio con todos los datos como lo menciona Domicilio Primario; de no ser así deberá dejarlo en blanco.

***TELÉFONO FIJO:***

Anote el número de telefonía fija con el que cuenta la o el paciente en su domicilio.

***CELULAR:***

Anote el número de telefonía celular de la o el paciente, con los 10 dígitos, si cuenta con él.

***CORREO ELECTRÓNICO:***

Anote la dirección de correo electrónico de la o el paciente, si cuenta con él.

ANTECEDENTES

***FAMILIARES:***

Marque con "X" el recuadro según al familiar que corresponda (Abuelos, Padres, Tíos, Hermanos) y al antecedente patológico al que está relacionado (Enfermedad Cardiovascular, HTA, Diabetes, Dislipidemias, Obesidad, Enfermedad Cerebrovascular). En caso de no contar con antecedentes patológicos deberá marcar la casilla de Ninguno para cada renglón.

***PERSONALES:***

Marque con "X" el recuadro correspondiente el antecedente al cual está relacionado la o el paciente.

## INICIO DE TRATAMIENTO

***INGRESO:***

Marque con "X" si es la primera vez que ingresa a tratamiento para control de una enfermedad crónica en la unidad de salud.

***FECHA:***

Anote la fecha de ingreso (día/mes/año) para tratamiento por enfermedad crónica en la unidad de salud.

***REINGRESO:***

Marque con "X" si la o el paciente manifiesta haber estado en tratamiento con anterioridad en la unidad de salud.

***FECHA:***

Anote la fecha de reingreso (día/mes/año) para tratamiento por enfermedad crónica en la unidad de salud.

## DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS

Sólo llene la sección correspondiente a la enfermedad diagnosticada y por la cual ingresa a tratamiento. Al momento de diagnosticar una segunda o tercera enfermedad, llene los apartados correspondientes.

***DIABETES MELLITUS (DM)***

* ***Fecha de ingreso en la unidad por Diabetes:***

Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Diabetes mellitus en la unidad de salud, día/mes/año.

* ***Tipo:***

Marque con “X” el recuadro según corresponda al tipo de Diabetes: 1 ó 2.

* ***Año de Dx:***

Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

* ***Detección realizada por:***

Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

* + **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante la aplicación del cuestionario de detección integrada.
  + **Por sintomatología:** Cuando la o el paciente acude a consulta por presentar síntomas.
* ***Tratamiento Previo No Farmacológico*:**

Marque con “X” el recuadro si la o el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

* ***Tratamiento Previo Farmacológico:***

Marque con "X" en el recuadro si la o el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

* ***Datos basales de Diabetes Mellitus:***
  + **Glucemia (mg/dl) en ayuno:** Anote los miligramos de glucosa en sangre encontrados en el momento de ingreso a tratamiento de la o el paciente, ya sea por tira reactiva o análisis de laboratorio.
  + **HbA1c%:** Anote el resultado de la primera Hemoglobina glucosilada tomada en la unidad de salud.
* **Revisión de pies:**

Anote el número según corresponda: **1**.No realizada**, 2.**Sin hallazgos, **3.**Micosis, **4**.Agrietamiento, **5**.Úlcera superficial, en caso de presentar más de un hallazgo registre el que considere de mayor importancia.

**NOTA**: La revisión inicial debe ser realizada por la médica o el médico, y posteriormente cada 6 meses. El personal de enfermería podrá realizar la revisión de pies cada mes.

* **Fondo de ojo:**

Marque con “X” el recuadro si se realizó la exploración del fondo de ojo en la unidad de salud.

***HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)***

* ***Fecha de ingreso en la unidad por Hipertensión:***

Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Hipertensión arterial en la unidad de salud, día/mes/año.

* ***Año de Dx:***

Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

* ***Detección realizada por:***

Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

* + **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante la aplicación del cuestionario de detección integrada.
  + **Por sintomatología:** Cuando la o el paciente acude a consulta por presentar síntomas.
* ***Tratamiento Previo No Farmacológico:***

Marque con “X” el recuadro si la o el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

* ***Tratamiento Previo Farmacológico:***

Marque con "X" en el recuadro si la o el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

* ***Datos basales:***

Anote el resultado del promedio de dos tomas de la medición efectuada en la primera consulta en la unidad de salud; se debe de promediar las mediciones tomadas con un intervalo de dos minutos por lo menos.

* + **Sistólica:** Anote la cifra de presión arterial sistólica en mmHg (primer ruido escuchado).
  + **Diastólica:** Anote la cifra de presión arterial diastólica mmHg (último ruido escuchado).

***OBESIDAD (OB)***

* ***Fecha de ingreso en la unidad por Obesidad:***

Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Obesidad en la unidad de salud, día/mes/año.

* ***Año de Dx:***

Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

* ***Detección realizada por:***

Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

* + **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante la aplicación del cuestionario de detección integrada.
  + **Por sintomatología:** Cuando la o el paciente acude a consulta por presentar síntomas.
* ***Tratamiento Previo No Farmacológico*:**

Marque con “X” el recuadro si la o el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

* ***Tratamiento Previo Farmacológico:***

Marque con "X" en el recuadro si la o el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

* ***Datos basales de Obesidad:***

Anote las cifras de la primera consulta en la unidad de salud como corresponde:

* + **Peso (kg):** Anote el peso corporal medido en la consulta, en kilogramos con tres decimales.
  + **IMC (Índice de Masa Corporal):** Se obtiene de dividir el peso actual de la o el paciente (expresado en kilogramos) entre su talla (expresada en metros) elevada al cuadrado.
  + **Circunferencia de cintura:** Anote la circunferencia de la cintura en centímetros.

***DISLIPIDEMIAS (DL)***

* ***Fecha de ingreso en la unidad por Dislipidemias:***

Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Dislipidemias en la unidad de salud, día/mes/año.

* ***Año de Dx:***

Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

* ***Detección realizada por:***

Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

* + **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante búsqueda intencionada a las y los pacientes en riesgo, a través de la aplicación de tira reactiva o prueba de laboratorio.
  + **Por sintomatología:** Cuando la o el paciente acude a consulta por presentar síntomas.
* ***Tratamiento Previo No Farmacológico:***

Marque con “X” el recuadro si la o el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

* ***Tratamiento Previo Farmacológico:***

Marque con "X" en el recuadro si la o el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

* ***Datos basales de Dislipidemias:***

Anote el primer resultado de laboratorio para cualquiera de los estudios citados a continuación:

* + **Colesterol Total:** Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.
  + **Colesterol LDL:** Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.
  + **Colesterol HDL:** Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.
  + **Triglicéridos:** Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

***SÍNDROME METABÓLICO (SM)***

Considere Síndrome metabólico cuando la o el paciente tenga al menos tres de las siguientes enfermedades: Diabetes mellitus, Dislipidemia, Hipertensión arterial y Obesidad.

* ***Fecha de ingreso en la unidad por Síndrome metabólico:***

Anote la fecha en que se integró el diagnóstico de SM, la fecha de ingreso debe coincidir al menos con una de las fechas de ingreso de los padecimientos que conforman el Síndrome.

* ***Año de diagnóstico:***

Anote el año en que fue diagnosticado el Síndrome Metabólico.

## VISITAS DOMICILIARIAS

Se realizarán a las o los pacientes Irregulares, en quienes se deberá buscar la reconquista por medio de hasta 3 visitas domiciliarias (una cada 20 días).

***FECHA DE VISITA:***

Anote la fecha en la que se realizó la visita al domicilio de la o el paciente.

***RESULTADO:***

Anote el código correspondiente al resultado de la visita: **1**.Nueva cita, **2**.No se encontró se deja mensaje, **3**.Cambio de domicilio, **4**.Rechazo al tratamiento, **5**.Perdido, **6**.Defunción.

***OBSERVACIONES:***

Anote los datos relevantes sobre la visita realizada.

## DATOS DE CONTROL

Además de haber anotado en el anverso los datos basales, deberá registrar a partir de la fecha de ingreso al programa las mediciones y acciones realizadas en cada consulta.

***FECHA:***

Anote con tinta la fecha en la que se otorga la consulta día, mes y año. NOTA: Al término de la atención, no olvide registrar con lápiz la fecha de la próxima cita en el renglón siguiente. Al cumplir con la siguiente cita será borrada la fecha a lápiz y se anotará con tinta.

**NOTA:** La fecha a lápiz será capturada en SIC como “**Fecha de próxima cita**”.

***PESO (KG):***

Anote el peso corporal medido en la consulta, en kilogramos con tres decimales.

***IMC:***

Se obtiene de dividir el peso actual de la o el paciente (expresado en kilogramos) entre su talla (expresada en metros) elevada al cuadrado.

*SOBREPESO:*

Marque con “X” el recuadro en caso de que el IMC obtenido esté dentro del rango de Sobrepeso (de 25 a 29.9).

***CC (CM):***

Anote la Circunferencia de la Cintura en centímetros, medida durante la consulta.

***PRESIÓN ARTERIAL****:*

Anote el resultado del promedio de dos tomas (de la medición efectuada en la consulta con intervalo de dos minutos por lo menos).

* + **Sistólica:** Anote la cifra de presión arterial sistólica en mmHg (primer ruido escuchado).
  + **Diastólica:** Anote la cifra de presión arterial diastólica mmHg (último ruido escuchado).

***GLUCEMIA (mg/dl):***

Anote los miligramos de glucosa en sangre encontrados ya sea por tira reactiva o análisis de laboratorio, en la casilla correspondiente si es “En Ayuno” (abstinencia de ingesta calórica, por un lapso de tiempo de 8 horas) o “Casual” (a cualquier hora del día, independientemente del periodo transcurrido después de la última ingestión de alimentos).

***HBA1C%:***

Anote la cifra de la última Hemoglobina glucosilada tomada, en caso de que la tenga, cuide no replicar el resultado antes de tres meses, hasta un nuevo análisis de laboratorio.

***REVISIÓN DE FONDO DE OJO:***

Anote el número en la casilla correspondiente: 1.No realizada, 2.Sin anomalías, 3.Solo microaneurismas, 4.Hemorragias o irregularidades venosas, 5.Neovasculariación. Si se detecta retinopatía además deberá marcar con una “X” la casilla de “RP. Retinopatía” en la columna de “Complicaciones”.

***REVISIÓN DE PIES:***

Anote el número correspondiente de acuerdo a la codificación: **1**.No realizada, 2.Sin hallazgos, 3.Micosis, 4.Agrietamiento, 5.Úlcera superficial. En caso de hallazgo de Pie Diabético, sólo deberá marcar con “X” la casilla de “PD. Pie Diabético” en la columna de “Complicaciones” y dejar vació este espacio.

***ENFERMEDADES ODONTOLÓGICAS:***

Anote el número en la casilla correspondiente: **1**.Inflamación de las encías, **2**.Infección periodontal; **3**.Movilidad dental; **4**.Caries dental, **5**.Ausencia de dientes, **6**.Sin alteraciones.

***COLESTEROL:***

Anote el resultado de laboratorio en mg/dl, para los siguientes laboratorios que deberán realizarse por lo menos una vez al año:

* Colesterol Total
* LDL
* HDL

***TRIGLICÉRIDOS:***

Anote el resultado de laboratorio en mg/dl. Esta prueba deberá realizarse al menos una vez al año.

***MICROALBUMINURIA:***

Marque con “X” en caso de haberse realizado. Esta prueba deberá llevarse a cabo al menos una vez al año.

***CREATININA:***

Con base en el valor obtenido de la prueba en mg/dl, anote el signo: **+** (positiva) >=30-300mg/dl, **-** (negativa) <30 mg/dl. Se deberá confirmar algún estadio de enfermedad renal con tasa de filtrado glomerular y en caso de que se encuentre “Enfermedad Renal Crónica” marcar la casilla ERC en la columna de “Complicaciones”.

***TASA DE FILTRADO GLOMERULAR:***

Anote si la TFG si es menor de 60 mL/min en 1.73m2 es positiva para daño renal y en caso de que se encuentre “Enfermedad Renal Crónica” marcar la casilla ERC en la columna de “Complicaciones”.

***PACIENTE CONTROLADO:***

Anote el número que corresponde al padecimiento de acuerdo a la consulta efectuada (**1**.Diabetes mellitus, **2**.Hipertensión, **3**.Obesidad, **4**.Dislipidemia, **5**.Síndrome metabólico), especificando con un “Sí”, si está controlado, y con un “No”, si no está controlado; ejemplo: Diabético controlado 1. Sí.

***Considere paciente controlado para:***

* + - **Diabetes Mellitus:** La o el Paciente que se encuentra en tratamiento farmacológico y/o no farmacológico con niveles de glucosa plasmática o capilar en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl o de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%.
    - **Hipertensión arterial:** La o el Paciente que se encuentra en tratamiento no farmacológico y/o farmacológico, que su presión arterial se encuentra en cifras menores a 140/90 mmHg. Cuando la o el paciente tenga comorbilidad con diabetes mellitus se considerará bajo control cuando su presión arterial se encuentre en cifras menores a 130/80 mmHg.
    - **Obesidad:** La o el Paciente que haya disminuido al menos el 5% del peso corporal con relación a la medición de su ingreso al tratamiento y mantenga dicha disminución.
    - **Dislipidemias:**
      * **Colesterol Total:** La o el Paciente que presenta cifras de colesterol menores a 200 mg/dl.
      * **LDL:** La o el Paciente que presenta cifras de LDL menores de 100 mg/dl.
      * **HDL:** La o el Paciente masculino con cifras mayores de 40 mg/dl y mujeres con cifras mayores de 50 mg/dl.
      * **Triglicéridos:** La o el Paciente que presenta cifras de triglicéridos menores a 150 mg/dl, en muestra tomada en ayuno de al menos 12 horas.
    - **Síndrome metabólico:** Considere caso controlado de síndrome metabólico cuando se haya controlado diabetes mellitus y al menos otro padecimiento con los que se integró el diagnóstico. Si no está contemplada la diabetes considere al menos dos padecimientos en control. Tenga en cuenta los siguientes valores de referencia para considerarse en control:
      * Presión arterial: menor a 140/90 mmHg y menor de 130/80 mmHg cuando presentan Diabetes mellitus como comorbilidad.
      * Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por debajo de 7% o Glucosa en ayuno entre 70 y 130 mg/dl.
      * Colesterol total: menor a 200 mg/dl.
      * Triglicéridos: menor a 150 mg/dl
      * Obesidad: La o el Paciente que haya disminuido al menos el 5% del peso corporal con relación a la medición de su ingreso al tratamiento y mantenga dicha disminución.

***TRATAMIENTO PRESCRITO*:**

Especifique el tipo de tratamiento, no farmacológico y farmacológico, y las claves según correspondan.

* + ***No farmacológico:***

Marque con “X” el recuadro correspondiente a las medidas no farmacológicas prescritas a la o el paciente AC. Alimentación correcta, AF. Actividad Física, EHT. Eliminar hábito tabáquico, EHA. Eliminar hábito alcohólico.

* + ***Farmacológico:***

Anote de acuerdo a la codificación la clave del o de los medicamentos prescritos:

**1**.Ácido acetil salicílico 300mg, **2**.Metformina 850mg, **3**.Glibenclamida 5mg, **4**.Linagliptina 5mg, **5**.Acarbosa 50mg, **6**.Insulina rápida, **7**.Insulina glargina, **8**.Insulina NPH, **9**.Insulina lispro protamina, 1**0**.Complejo B, **11**.Captopril 25mg, **12**.Enalapril 10mg, **13**.Nifedipino 30mg, **14**.Hidroclorotiazida 25mg, **15**.Clortalidona 50mg, 1**6**.Metoprolol 100mg, **17.**Propranolol 40mg, **18**.Telmisartán 40mg, 1**9**.Losartán 50mg, **20**.Irbesartán 150mg, **21**.Alopurinol 100mg, **22**.Pravastatina 10mg, **23**.Atorvastatina 20mg, **24.**Bezafibrato 200mg, **25**.Verapamil 80mg, **26**.Furosemida 40mg, **27**.Otro.

***GRUPO DE AYUDA MUTUA - EC:***

Marque con “X” dentro de la casilla si pertenece a un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) - EC.

***COMPLICACIONES:***

Marque con “X” la casilla que corresponda al tipo de complicación encontrada en la consulta: **RP**. Retinopatía, **ERC**. Enfermedad Renal Crónica, **NE**. Neuropatía, **PD**. Pie Diabético, **CAR**. Enfermedad Cardiovascular, **CER**. Enfermedad Cerebrovascular, **AS**. Apnea del Sueño, **TB**. Tuberculosis, **APD**. Amputación de pie diabético, **Otra**. Otras complicaciones. NOTA: si en las consultas subsecuentes se identifica una nueva complicación, ésta deberá ser la única que se registre para esa cita.

***HOSPITALIZACIÓN/ URGENCIAS:***

Anote la clave según corresponda, si en el intervalo entre la última consulta y la actual acudió a urgencias o estuvo hospitalizado registrar: **1**.Cetoacidosis o coma hiperosmolar, **2**.Proceso infeccioso, **0**.No acudió

***HA RECIBIDO ATENCIÓN SALUD MENTAL:***

Registre si en el intervalo entre la última consulta y la actual ha recibido atención de salud Mental: **1**.Si, en caso contrario anote **2**.No

***HA RECIBIDO ATENCIÓN NUTRICIONAL:***

Anote la clave según corresponda si en el intervalo entre la última consulta y la actual ha recibido o no atención nutricional: **1**.Si, **2**.No

***GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO:***

En caso de que a la o el paciente dentro de los antecedentes personales tenga seleccionada la casilla de Tabaquismo o en consultas posteriores manifieste inicio de hábito tabáquico, deberá realizarse el test de Fagestrom anotando el código correspondiente al nivel de dependencia encontrado, identificado con: **I**. No dependencia, **II**. Dependencia débil, **III**. Dependencia moderada, **IV**. Fuerte dependencia, **V**. Dependencia muy fuerte. Deberá aplicarse en la consulta de primera vez.

***GRADO DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL:***

Anote el grado de adicción al alcohol con base en el test de AUDIT: **I**.No dependencia (menor a 8 puntos), **II**.Consumo de Riego (8 a 15 puntos), **III**.Consumo Perjudicial (16 a 19 puntos), **IV**.Dependencia al alcohol (mayor a 20 puntos). Referencia: Escala Audit-OMS Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Deberá aplicarse en la consulta de primera vez.

***TOS CON EXPECTORACIÓN:***

Anote si en el intervalo entre la última consulta y la actual ha presentado tos con expectoración: **1**.Si, **2**.No.

***REFERENCIA:***

Anote la clave que corresponda al nivel de atención al que es referido la o el paciente: **1**.Unidad de consulta externa, **2**.Hospital general, **3**.Hospital de especialidad, **4**.UNEME.

***BAJA:***

Se refiere a las y los pacientes dados de baja del programa, de manera definitiva o temporal. Anote el número que corresponda al motivo por el cual el paciente egresa del programa: **1**.Cambio de domicilio; **2**.Rechazo al tratamiento; **3**.Defunción; **4**.Perdido; **5**.Otro motivo, **6**.Baja Temporal por Referencia a UNEME-EC.

***VACUNA ANTIINFLUENZA:***

Marque con “X” si la vacuna fue aplicada. Este biológico es ministrado en el periodo invernal, cuide de no replicar el registro hasta la siguiente aplicación.