IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PUBLICOS DE SACIJO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 1 de 55

HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

		CONTROL DE EMISIÓN	8 a s
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Balto, adscripo a los Servicios de Salud del Instituto/Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENDSTAR)
Firma:		LIVIEZ	VIII
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 2 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

1.0 Propósito

1.1 Implementar un procedimiento estandarizado que guíe la atención segura para pacientes adultos y pediátricos que son candidatos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), en apego a la normatividad vigente.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Enfermería, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Subdirección de Atención Hospitalaria, Servicio de Hemato -Oncología, Servicio de Pediatría, Servicio de Medicina Interna, Área de Farmacia Hospitalaria, Área de Gerencia Social, Área de Laboratorio y Puesto de Sangrado, Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis, Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas y Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes.
- 2.2 A nivel externo aplica a las Unidades de Referencia y Hospitales, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS), Paciente, Cuidador, Familiar y/o Representante Legal del Paciente, Servicio Subrogado de Laboratorio y a los Servicios Subrogados del Inversionista Proveedor (IP).
- 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

PERSONAL MÉDICO TRATANTE

Previo a Hospitalización

- Realizar una evaluación integral del Paciente, previo a ingresar al protocolo de TCPH, de acuerdo con la Normativa y Recomendaciones Nacionales e Internacionales aplicables vigentes.
- Evaluar criterios de indicación de trasplante y definir el tipo de trasplante (autólogo o alogénico) según el enfoque de la patología de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión conforme lo establecido en las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Americana de Trasplante y Terapia Celular, y las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Trasplante de Médula Ósea.
- Realizar la tipificación HLA al receptor y donador potencial en caso de trasplante alogénico. 3.3
- Solicitar valoraciones integrales pre-trasplante del receptor:
 - a) Intrahospitalarias:
 - Clínicas: Infectología, psicología, nutrición.
 - No Clínicas: Gerencia social de trasplante, Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis, Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes.

		CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:	
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernándèz García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo	
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oricologia	Dirección Médica Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)	
Firma:		A1/1/2	Valley	
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	3 dlio 2025	



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

Hospital regional ALTA ESPECIALIDAD

Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 3 de 55

- b) Extrahospitalaria, en la unidad de referencia u hospital donde se atienda el Paciente:
 - Clínica: Odontología ya que no se cuenta con especialista en el hospital u otros servicios interconsultantes de acuerdo con la condición clínica del Paciente.
- 3.5 Solicitar al Área de Gerencia Social del programa de trasplante, el agendar una cita a todo paciente posible candidato a donador sano para protocolo de trasplante en consulta externa con el Personal Médico Tratante para revisar estudios y definir si cumple con las condiciones para ser donador.
- 3.6 Solicitar valoraciones pre-trasplante del donador:
 - a) Intrahospitalarias:
 - Clínica: Infectología, personal altamente capacitado para colocación de catéter y medicina interna (si corresponde).
 - No Clínica: Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis, Clínica de Asesoría de Trasplante, Gerencia Social de trasplante y Psicología.
 - b) Extrahospitalaria, en la Unidad de Referencia u Hospital donde se atienda el Paciente:
 - Clínica: Medicina interna para evaluar si puede someterse al procedimiento de cosecha de progenitores hematopoyéticos mediante aféresis u otros servicios interconsultantes de acuerdo con la condición clínica del Paciente.
- 3.7 Enviar al Paciente receptor adulto y cuidador acompañante del receptor pediátrico, a la plática educativa de inducción e información sobre procesos pre-trasplante, durante y post trasplante con el Área de Gerencia Social del Programa de TCPH.
- 3.8 Enviar al Paciente receptor adulto y cuidador acompañante del receptor pediátrico a la plática "Cuidados en Casa para Individuo Trasplantado", impartida por la Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes.
- 3.9 Presentar cada caso clínico al Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas al completar el protocolo de evaluación integral, donde se verifican insumos, medicamentos y personal disponible para el procedimiento.
- 3.10 Programar el procedimiento de trasplante y notificar las fechas de:
 - Hospitalización en cuarto aislado de la presión positiva del Paciente receptor para inicio de quimioterapia de acondicionamiento y del donador para movilización y cosecha de células progenitoras hematopoyéticas (CPH); al Personal de Salud involucrado: Enfermería, Gerencia Social, Nutrición, Infectología y Medicina Interna o Pediatría, según corresponda.
 - Colocación de acceso venoso central al donador/receptor bajo prescripción médica y, preferiblemente guiado por Ultrasonido, al Personal de Salud involucrado → Personal altamente capacitado para colocación de catéter.

	CONTROL DE EMISIÓN					
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:			
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo			
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano de/Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BJENESTAR)			
Firma:		ANIIS	1 okuul.			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025			

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 4 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

- Movilización de células progenitoras hematopoyéticas en paciente receptor (autólogo) o en donador (alogénico); al Personal de Salud involucrado → Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis.
- Infusión de células progenitoras hematopoyéticas del receptor; al Personal de Salud involucrado → Personal de Enfermería.
- 3.11 Solicitar la valoración por la clínica de trasplante y gerencia social del programa de trasplante para seguimiento pre, trans y post trasplante.
- 3.12 Informar al Subcomité de Trasplante del procedimiento para que el coordinador reporte ante el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS).

Hospitalización del Donador/Receptor

- 3.13 Indicar de forma electrónica en el sistema Klinic y de manera impresa en las indicaciones médicas: las fechas y horarios de la quimioterapia de acondicionamiento, profilaxis infecciosa, profilaxis inmunosupresora; así como, todos los medicamentos que se prescriban y la dieta específica del Paciente. (Anexo 10.1 Indicaciones médicas).
- 3.14 Indicar bajo prescripción médica la instalación de un catéter venoso central de grueso calibre, doble lumen y alto flujo; acorde a la edad del paciente y que sea funcional para el procedimiento de aféresis. Previa obtención del Carta de consentimiento informado específico y del Formato de tiempo fuera para procedimientos invasivos fuera de quirófano. (Anexo 10.2 Carta de consentimiento informado específico y Anexo 10.3. Formato de tiempo fuera para procedimientos invasivos o de alto riesgo fuera de quirófano).
- 3.15 Solicitar la colocación de catéteres donador/receptor por Personal altamente capacitado para la colocación de catéter, preferiblemente de forma guiada por Ultrasonido.
- 3.16 Solicitar la colocación de un catéter venoso central de grueso calibre, doble lumen y alto flujo, bajo las barreras máximas de seguridad de acuerdo con lo establecido en la NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- 3.17 Indicar un esquema antibiótico de medicamentos profilácticos establecido en conjunto con el Personal Médico Tratante e Infectología en el día señalado según el protocolo.
- 3.18 Indicar un esquema de profilaxis para enfermedad injerto contra huésped (EICH) a todos los pacientes que se sometan a trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas según las guías de prácticas clínicas.

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienesfar (IMSS/BIENESTAR)
Firma:		AMIL	Mary
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 5 de 55

- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS
- 3.19 Brindar información, llenar debidamente y solicitar la firma en la carta de consentimiento informado específico previo al procedimiento de trasplante para el receptor y cosecha de células progenitoras al donador. (Ver Anexo 10.2 Carta de consentimiento informado específico).
- 3.20 Valorar y evaluar que todo cuidador acompañante de paciente pediátrico, a través de pruebas de antígenos a COVID, INFLUENZA, SARAMPIÓN, etc. sean negativas, previo a su ingreso o cambio de cuidador (si se autoriza) como requisito indispensable.
- 3.21 Evaluar y valorar diariamente pruebas de función hepática, electrolitos séricos (3 veces a la semana), cargas virales de citomegalovirus -CMV- (semanales), Virus de Epstein-Barr -EBV- (quincenales) y niveles de inmunosupresores, pruebas de quimerismo y evaluación de la enfermedad (según la situación y evolución clínica de cada paciente). Así mismo, se deben tomar radiografías, tomografías o algún otro estudio de gabinete necesario de acuerdo con la Clínica del Paciente.
- 3.22 Autorizar las visitas de familiares bajo prescripción médica, individualizando por criterio médico y especificando en indicaciones médicas.
- 3.23 Supervisar junto con el Personal de Salud el ingreso del paciente hospitalizado en la Unidad de Presión Positiva, previo al inicio del protocolo de trasplante, donde permanece hasta su egreso hospitalario o cambio de servicio según indicación médica.

Post-Hospitalización

- 3.24 Otorgar el alta del paciente cuando su condición clínica lo permita.
- 3.25 Proporcionar el seguimiento en conjunto con los servicios auxiliares, de acuerdo con las necesidades del paciente en consulta externa. (Ver Anexo 10.4 Nota de egreso)

SUBCOMITÉ DE TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

- 3.26 Sesionar previamente los casos de Pacientes candidatos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, donde se evalúa cada caso clínico y el cumplimiento de la evaluación integral del Paciente, en caso de cumplimiento, el Subcomité determina la fecha de programación del trasplante.
- 3.27 Revisar la existencia del recurso humano, infraestructura, material, medicamentos y equipo biomédico para brindar la atención del Paciente sometido a TCPH. (Ver Anexo 10.5 Recurso material para la atención (Insumos y equipo biomédico especializado)).

		CONTROL DE EMISIÓN	H H
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godov Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BJENESTAR)
Firma:		4 VVIII	laveel -
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

IMSS-BIENESTAR

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 6 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

CENTRO DE COLECTA, SERVICIO DE TRANSFUSIÓN Y AFÉRESIS

- 3.28 Realizar la cosecha en la unidad del Paciente / donador bajo monitorización por Personal de Enfermería de turno, Personal Médico Tratante y Personal del Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis.
- 3.29 Supervisar que la sangre y componentes sanguíneos para uso terapéutico deben reunir los requisitos de calidad necesarios para su uso y manejo, observando los lineamientos que establece la NOM-253-SSA1- 2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y demás disposiciones aplicables (radiados y leuco-reducidos).
- 3.30 Valorar previamente al ingreso al protocolo de trasplante, a los donadores de plaquetas aptos para cada Paciente de su mismo grupo sanguíneo (mínimo 5).
- 3.31 Mantener un abasto de componentes que cuente con los lineamientos que establece la NOM-253-SSA1- 2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y demás disposiciones aplicables.

ÁREA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y SERVICIO DE ALIMENTOS

- 3.32 Indicar en el sistema electrónico y de forma escrita, el tipo de dieta o alimentación del Paciente, acorde a su valoración inicial. (No se permitirá el ingreso de alimentos externos a la institución sin previa valoración y autorización del médico tratante y del Área de Nutrición Clínica y Servicio de Alimentos).
- 3.33 Realizar el tamizaje de riesgo nutricional en la valoración inicial utilizando la herramienta Detección de Riesgo Nutricional NRS-2002 (ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002). Si el paciente no presenta riesgo, el servicio de Nutrición es responsable de hacer el tamizaje de seguimiento a la semana, en caso de continuar hospitalizado.
- 3.34 Intervenir con estrategias individualizadas según el caso lo amerite, cuando el Paciente consuma menos del 60 a 70% de los alimentos proporcionados, con la finalidad de incrementar el aporte de nutrientes. (Realizar preparaciones de alta densidad calórica, fraccionar en varios tiempos las dietas o complementar la dieta con suplementos alimenticios de baja carga bacteriana -BCB-).

·	CONTROL DE EMISIÓN						
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:				
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo				
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)				
Firma:		11/1/2	1/ While -				
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julia 2025				



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 7 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

- 3.35 Indicar en el sistema electrónico y por escrito en la hoja de indicaciones médicas, previo consenso con el Personal Médico Tratante, el inicio de nutrición parenteral total (NPT), si el Paciente consume por vía oral menos del 60% del valor energético total (VET) por más de 5 días, así como indicar el retiro de la NPT cuando el consumo de alimentos sea mayor al 60%, en consenso con el Personal Médico Tratante. (Ver Anexo 10.1 Indicaciones médicas).
- 3.36 Proporcionar por parte del Servicio de Alimentos del Inversionista Proveedor, en caso de encontrarse el paciente en adecuadas condiciones clínicas, una dieta con características de baja carga bacteriana (BCB) e individualizada; previa valoración y cálculo dietético por el servicio de nutrición, la cual debe escribirse en las indicaciones médicas del expediente clínico. (En pacientes menores de 12 años se colocará SNG, individualizando su indicación en conjunto con el Personal Médico Tratante, según las condiciones del paciente).

PERSONAL DE GERENCIA SOCIAL DELPROGRAMA DE TRASPLANTE

- 3.37 Realizar el diagnóstico de necesidades sociales previo al trasplante (Paciente, Representante Legal y redes de apoyo).
- 3.38 Establecer comunicación continua con el personal de la Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes para el seguimiento de los Pacientes candidatos a TCHP.
- 3.39 Solicitar artículos de higiene personal que el Paciente y Familiar, en caso de que el Paciente pediátrico requiera durante su estancia hospitalaria.
- 3.40 Establecer comunicación estrecha con el Familiar o Representante Legal del Paciente en caso de situaciones de urgencia o de ayuda, con apoyo del Personal de Gerencia Social de piso de turno.

PERSONAL DE GERENCIA SOCIAL DE PISO DE TURNO

- 3.41 Dar a conocer el reglamento interno del área de hospitalización de cuarto piso Trasplantes y generar pases permanentes y pases especiales según indicaciones del Personal Médico.
- 3.42 Supervisar que un Familiar responsable del paciente receptor adulto debe estar disponible en menos de veinticuatro (24) horas para presentarse en el Hospital si es requerido.
- 3.43 Supervisar en caso de pacientes pediátricos, que el cuidador acompañé al Paciente durante toda su estancia hospitalaria, a quien se le debe proveer un área de descanso, baño, aseo personal

	CONTROL DE EMISIÓN						
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:				
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Châvez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo				
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adsprito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS) DIENESTAR)				
Firma:		901/9	Janus -				
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julip 2025 «				

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 8 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

dentro de la Unidad de Presión Positiva, así como sus alimentos (el período de relevo puede realizarse únicamente bajo autorización del Personal Médico Tratante).

PERSONAL DE ENFERMERÍA

- 3.44 Cumplir con lo establecido en los lineamientos establecidos HRAEB-LI-DE-SE-03 Lineamientos para la preparación y manejo del paciente dentro de la unidad de presión positiva.
- 3.45 Realizar las valoraciones al Paciente conforme lo establecido en: Escala de advertencia temprana (NEWS 2 adaptada al HRAEB) o Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) y notificar oportunamente al Personal Médico. (Ver Anexo 10.7 Escala de advertencia temprana adaptada al HRAEB) y 10.8 Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT))
- 3.46 Realizar el baño del paciente en regadera mientras su cuenta plaquetaria lo permita (por encima de 20 mil plaquetas) y una vez que el paciente se encuentre en plaquetopenia (menos de 20 mil plaquetas) se valora realizar baño en seco con toallas con clorhexidina.
- 3.47 Supervisar que el Personal de Salud, Inversionista Proveedor y Personal en general, que al ingresar a la Unidad de Presión Positiva se apegue al documento HRAEB-LI-DE-SE-03 Lineamientos para la preparación y manejo del paciente dentro de la unidad de presión positiva.

PERSONAL DE SALUD

- 3.48 Es responsabilidad del Personal de Salud, brindar atención especializada al receptor / donador durante la hospitalización. (Ver Anexo 10.6 Equipo y competencias del personal de atención).
- 3.49 Es responsabilidad del Personal Médico Internista, dar seguimiento al Paciente donador sano adulto, durante su hospitalización para el procedimiento de cosecha.
- 3.50 Es responsabilidad del Personal Médico Pediatra, dar seguimiento a los Pacientes donadores sanos/receptores pediátricos hospitalizados (peso superior de 45 Kg).
- 3.51 Los roles de guardia y valoración de Pacientes deben ser coordinados con el Personal Médico de guardia de Pediatría (pacientes pediátricos) y Medicina Interna (pacientes adultos), para fortalecer la continuidad de la atención.

	CONTROL DE EMISIÓN						
	Elaboró;	Revisó:	Autorizó:				
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Pernández	Dr. Manuel José Rivera Chavez) Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo				
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Segiro Social para el Bienestar/(IMSS-BIENESTAR)				
Firma:		11/2	V duall-				
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025				



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y
SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA
TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 9 de 55

- 3.52 Es responsabilidad del Personal Médico Tratante, Personal de Medicina Interna, Personal de Pediatría acompañados de Personal de Gerencia Social de piso en turno, dar informes médicos diario en la Unidad de Presión Positiva a los Familiares de lunes a viernes a las 12 y 18 horas y en jornada acumulada a las 17hrs, así como recabar la firma en la bitácora.
- 3.53 Es responsabilidad del Personal Médico, manejar de forma multidisciplinaria a los Pacientes que presenten alguna complicación secundaria (sepsis, neutropenia febril, falla de injerto, hemorragia, choque séptico, etc.). Estos Pacientes se manejan en el servicio que requiera para su atención integral.
- 3.54 Es responsabilidad del Personal de Salud, reunir la documentación indispensable para la atención del Paciente y la comunicación efectiva entre el equipo, que a continuación se enlista:
 - Historia clínica. (Ver Anexo 10.9 Historia clínica).
 - Carta de consentimiento informado para hospitalización. (Ver Anexo 10.10 Carta de consentimiento informado para Hospitalización).
 - Carta de consentimiento informado para la administración de hemoderivados. (Ver Anexo 10.11 Carta de consentimiento informado para la administración de hemoderivados).
 - Carta de Consentimiento Informado Específico. (Ver Anexo 10.2).
 - Nota de evolución médica. (Ver Anexo 10.12 Nota de evolución médica).
 - Nota de interconsulta. (Ver Anexo 10.13 Nota de interconsulta).
 - Indicaciones médicas. (Ver Anexo 10.1).
 - Hoja de referencia / traslado. (Ver Anexo 10.14 Hoja de referencia / traslado).
 - Hoja de contrarreferencia. (Ver Anexo 10.15 Hoja de contrarreferencia).
 - Hoja de registros clínicos de enfermería. (Ver Anexo 10.16 Hoja de registros clínicos de enfermería).
 - Nota de gerencia social / entrevista. (Ver Anexo 10.17 Nota de Gerencia Social / entrevista).
 - Nota de psicología. (Ver Anexo 10.18 Nota de Psicología).
 - Base de datos de pacientes trasplantados. (Ver Anexo 10.19 Base de datos de pacientes TCPH).
 - Bitácora de informes médicos. (Ver Anexo 10.20 Bitácora de informes médicos).

	CONTROL DE EMISIÓN					
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:			
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo			
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clinicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adsorto a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienesta, (IMSS/BIENESTAR)			
Firma:		1/1/1	Capally -			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025 <			

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 10 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

4.	0	Descri	pción	del	procedimiento	0
4.	U	Descri	pelon	uei	proce	unnent

Etapa 1.0 Evaluación de criterios de indicación de TCPH

Responsable:

Personal Médico Tratante

1.1 Evalúa criterios de indicación del paciente a trasplantar según guías clínicas de TCPH.

Hoja de referencia / traslado.

¿Cumple criterios?

Si: Pasa a etapa 2.0.

No:

TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa 2.0 Definición de tipo de TCPH

Responsable:

Personal Médico Tratante

2.1 Define el tipo de trasplante según guías clínicas de TCPH: Autólogo o alogénico.

¿El tipo de TCPH es alogénico?

Si: Registra en nota clínica que el TCPH es alogénico. Pasa a etapa 3.0.

Nota Clínica.

No: Registra en nota clínica que el TCPH es autólogo. Pasa a etapa 4.0.

Nota Clínica.

Etapa 3.0 Tipificación HLA y grupo Rh

Responsable:

Personal Médico Tratante

- 3.1 Realiza tipificación de HLA y grupo Rh sanguíneo al receptor y a los posibles candidatos a donador sano.
 - Solicitud de Laboratorio.
- 3.2 Solicita al Personal de Gerencia Social del programa de TCPH, agendar cita en consulta externa con médico tratante a los posibles candidatos a donador sano para revisar estudios.

¿Se encuentra donador compatible?

Si: Pasa a etapa 4.0.

No:

TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa 4.0 Solicitud de Laboratorios

Responsable:

Personal Médico Tratante

4.1 Realiza la solicitud de pruebas de serología al receptor / donador y registra en el sistema.

CONTROL DE EMISIÓN					
Elaboró:	Revisó:	Autorizó:			
Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo			
Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicaño del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIEN/ESTAR)			
	41/6	Vilmull			
Julio 2025	Julio 2025	vulió 2025			
	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Elaboró: Revisó: Dr. Julio Francisco Godoy Fernández Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos			



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

CIÓN Y
COS PARA

HOSPITAL R
ALTA ESPEC

Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 11 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Sistema Klinic.

Solicitud de Laboratorio.

Etapa 5.0 Valoraciones integrales pre TCPH

Responsable:

Personal Médico Tratante

5.1 Indica las valoraciones integrales pre-trasplante del receptor y donador (TCPH alogénico).

Solicitud de Interconsultas en sistema Klinic.

¿Existe contraindicación para ingresar al protocolo de TCPH?

Si:

TERMINA PROCEDIMIENTO

No: Pasa a etapa 6.0.

Etapa 6.0 Finalización del proceso de evaluación integral de Responsable:

caso Personal Médico Tratante

- 6.1 Envía al Paciente receptor y al cuidador acompañante de Paciente receptor pediátrico a la plática educativa de inducción e información con Personal Gerencia Social del Programa de TCPH.
- 6.2 Envía al Paciente receptor y al cuidador acompañante de Paciente receptor pediátrico a la plática informativa por parte de la Clínica de Asesoría y Seguimiento en trasplante.
- 6.3 Envía al Paciente receptor y al Cuidador Acompañante de Paciente receptor pediátrico al Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis para valoración de los donadores.
- 6.4 Elabora la carta de consentimiento informado específico de procedimiento de TCPH.
 - Carta de Consentimiento Informado Específico.
- 6.5 Presenta caso del Paciente al Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas para verificación de insumos, medicamentos y personal disponible para el procedimiento.
 - Nota Clínica.

Etapa 7.0 Sesión del Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas

Responsable:

Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas

- 7.1 Revisa el caso del Paciente.
- 7.2 Verifica que se cuente con los recursos necesarios para el trasplante.

¿Se cuenta con los recursos?

Si: Pasa a etapa 8.0.

8	CONTROL DE EMISIÓN					
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:			
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez (Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo			
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bejto adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano) del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIÉNESTAR)			
Firma:		TIM	Cantal "			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025			

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 12 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

No: Registra a Paciente en nota clínica y queda en espera hasta contar con los recursos necesarios.

Nota Clínica.

TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa 8.0 Programación del Protocolo de TCPH

Responsable:
Personal Médico Tratante

- 8.1 Programa procedimiento de TCPH y establece fechas de hospitalización, colocación de accesos venosos del RECEPTOR/DONADOR (TCPH alogénico), movilización e infusión de células progenitoras hematopoyéticas.
 - Nota Clínica.
- 8.2 Elabora Carta de consentimiento informado para hospitalización.
 - Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización.

Etapa 9.0 Hospitalización del receptor

Responsable:

Personal Médico Tratante

- 9.1 Hospitaliza al Paciente receptor a la Unidad de Presión Positiva del Servicio de Trasplante y solicita el quimerismo basal.
 - Solicitud de Laboratorio.
- 9.2 Solicita valoración inicial por Área de Nutrición Clínica y Servicio de Alimentos para tamizaje de riesgo nutricional.
 - Nota de Interconsulta.
- 9.3 Indica bajo prescripción médica la instalación de un catéter venoso central de grueso calibre, doble lumen y alto flujo para el receptor.
 - Sistema Klinic.
 - · Indicaciones médicas impresas.
- 9.4 Indica las fechas y horarios de la quimioterapia de acondicionamiento, profilaxis infecciosa, profilaxis inmunosupresora; así como medicamentos de soporte y la dieta específica del Paciente.
 - Sistema Klinic.
 - Indicaciones médicas impresas.

9.5 Inicia quimioterapia de acondicionamiento.

Etapa 10.0 Movilización de CPH

Responsable:

Personal Médico Tratante

- 10.1 Indica bajo prescripción médica movilización de CPH en paciente receptor (autólogo) o en el paciente donador (alogénico).
 - Sistema Klinic.

		CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró	Revisó:	Autorizó: Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo	
Nombre:	Dr. Julio Francisco Gedoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García		
Cargo- puesto: Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología		Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios d Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para e Bienestar (IMSS-BJENESTAR)	
Firma:		Ally	1/ Mund	
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julia 2025	



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

Hospital regional Alta Especialidad

Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 13 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

- Indicaciones médicas impresas.
- 10.2 Hospitaliza al paciente donador (TCPH alogénico).
- 10.3 Indica bajo prescripción médica la colocación de un catéter venoso central de grueso calibre, doble lumen y alto flujo para el donador (TCPH alogénico).
 - Sistema Klinic.
 - Indicaciones médicas impresas.

Etapa 11.0 Cosecha de CPH

Responsable:
Personal del Centro de Colecta,
Servicio de Transfusión y Aféresis

11.1 Realiza cosecha de células progenitoras hematopoyéticas.

Etapa 12.0 Evaluación de cosecha de CPH

Responsable:
Personal de Enfermería y Personal del Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis

12.1 Monitoriza a Paciente durante la aféresis de CPH.

Hoja de registros clínicos de enfermería.

Etapa 13.0 Conteo de cosecha CD34

Responsable:

Personal del Centro de Colecta, Servicio de Transfusión y Aféresis

13.1 Envía a Laboratorio la aféresis de células progenitoras hematopoyéticas para conteo final de CD34 previo a infundir.

¿Se tiene un adecuado conteo de CD34?

Si: Pasa a etapa 14.0.

No: Programa nueva cosecha. Regresa a etapa 11.0.

Sistema Klinic.

Etapa 14.0 Infusión de CPH

Responsable:

Personal Médico Tratante, Personal Médico en Infectología y

14.1 Inicia el esquema de medicamentos profilácticos infecciosos establecido según el protocolo, valorado e indicado por infectología en conjunto con el Personal Médico Tratante.

Nota Clínica

14.2 Realiza infusión de células progenitoras hematopoyéticas al receptor, según indicado en el protocolo de trasplante en el día cero (0).

	CONTROL DE EMISIÓN					
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:			
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernandez	Dr. Manuel José Rivera Chávez Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo			
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, aðscrito, a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestr (IMSS-BIEMESTAR)			
Firma:		TMA TO	Calmini :			
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Jul io 20 25			



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 14 de 55

Etapa 15.0 Evaluación de infusión de CPH	Responsable: Personal de Enfermería
 15.1 Monitoriza al Paciente con constantes vitales durante la in Hojas de Enfermería. 	
Etapa 16.0 Inmunosupresión profiláctica del Paciente	Responsable: Personal Médico Tratante
 16.1 Inicia inmunosupresores profilácticos para Enfermedad indicación del protocolo de trasplante. Nota Clínica. Indicaciones médicas. 	
Etapa 17.0 Evolución del injerto mieloide	Responsable: Personal Médico Tratante
 17.1 Brinda cuidados de soporte al paciente RECEPTOR hasta Nota Clínica. Indicaciones médicas. 	a el injerto de las células progenitoras.
17.2 Solicita Quimerismo el día del injerto mieloide.Solicitud de laboratorio.	
Etapa 18.0 Quimerismo	Responsable: Personal de Laboratorio
18.1 Realiza quimerismo y registra en sistema Modulab.Modulab.	
Etapa 19.0 Revisión de resultados de quimerismo	Responsable: Personal Médico Tratante
19.1 Revisa el reporte del quimerismo en Modulab. • Modulab. ¿Paciente cursa con injerto mielo. Si: Pasa a etapa 20.0. No: Pasa a etapa 22.0.	pide estable?
Etapa 20.0 Seguimiento hospitalario pos TCPH	Responsable: Personal de Salud
20.1 Evalúan evolución clínica del Paciente y monitorizar pruebas de función hepática, electrolitos séricos (3 vecitomegalovirus - CMV- (semanales), Virus de Epsteininmunosupresores, • Modulab.	biometría hemática completa (diario), eces a la semana), cargas virales de

	CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre: Dr. Julio Francisco Godoy Fernández		Dr. Manuel José Rivera Chávez // Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Ongología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adserito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestra (IMSS-BIENESTAR)		
Firma:		ANILO	1/ Mullet		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025/ -		



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 15 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

00.0		
20.2	Realiza estudios de gabinete necesarios de acuerdo con Radicom	la evolución clínica del paciente.
Etap	a 21.0 Monitorización de Paciente	Responsable: Personal de Enfermería
21.1	Monitoriza al paciente con constantes vitales. • Modulab. • Radicom.	T Claurial de Linemera
Etap	a 22.0 Evolución del Paciente	Responsable: Personal de Salud
	Interconsulta de forma multidisciplinaria en caso se pres (sepsis, neutropenia febril, falla de injerto, hemorragias, che Interconsulta Sistema Klinic. Proporciona informes médicos a familiares de Paciente.	sente alguna complicación secundaria noque séptico).
	Bitácora de informes.	
Etap	a 23.0 Alta de Paciente	Responsable: Personal Médico Tratante
23.1	Otorga el alta del paciente cuando su condición clínica lo consulta externa por el médico tratante. Nota de egreso.	o permita para brindar seguimiento en
Etap	a 24.0 Seguimiento de Paciente	Responsable: Personal de Salud
24.1	Genera consulta de seguimiento en Clínica de TCPH y los necesidades del paciente y Unidad de Atención y Seguimi Nota Clínica. Indicaciones Médicas.	servicios auxiliares de acuerdo con las
Etapa	a 25.0 Cuidados ambulatorio postrasplante	Responsable: Personal Médico Tratante
25.1	Brinda seguimiento ambulatorio postrasplante según indica. Nota Clínica.	ación médica.
25.2	Agrega el alta del paciente en la base de datos de pacient Base de datos de pacientes TCPH.	e TCPH.
0-0	Reporta por correo electrónico ante el Centro Estatal de Tra	

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernandez	Dr. Manuel José Rivera Chávez A Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Olínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, Adscritó a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS/BIB/NESTAR)
Firma:		44/2	1/1/11/19-
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio/2025

TERMINA EL PROCEDIMIENTO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



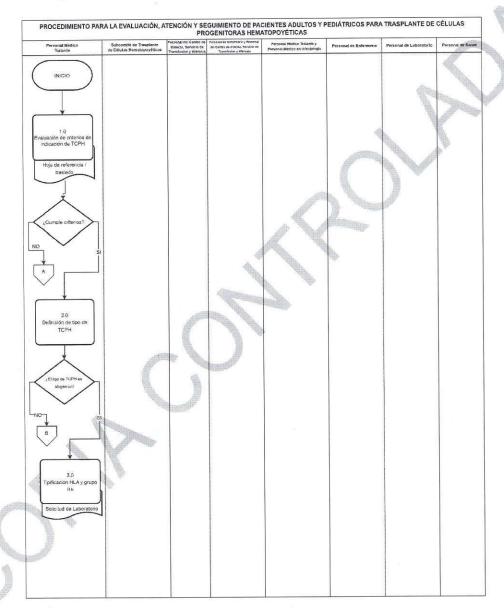
Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 16 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

5.0 Diagrama de flujo



		CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:	
Nombre: Dr. Julio Francisco Godoy Ferna		Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo	
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adsorto a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IM\$S-BJENESTAR)	
Firma:		1-1/2	1 duning	
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Juliø 2025	



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 17 de 55

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chavez (Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscritó a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar/fMSS-BIB/NESTAR)
Firma:		40/5	CHIMIL
Fecha:	Julio 2025	/ Julio 2025	Julio/2025 «

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MSS-BIENESTAR

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 18 de 55

F 7.0 Sesion del Subcomité de Trasplante de Células	Colecta, Servicio de Transfunción y Aféresis	Transferien y Alèrenia	Personal Médico Testante y Personal Médico en infectología			
NO Paciente en control con control con						
g s s						
	NO Registra a Paciente en nota difrica y queda en spera hasta contar con os recursos necesarios Nota Clinica	NO Registro a Pociente en nota clínica y queda en spera hasta contar con os recursos necesarios Nota Clínica	NO Registra a Paciente en oota difrica y queda en spera hasta contar con oo recursos necesarios Nota Clinica	NO Registro a Paciente en oota clínica y queda en spera hasta contar con os recursos necesarios Nota Clinica	NO Registra a Paciente en oota difrica y queda en spera hasta contar con oo recursos necesarios Nota Clinica	NO Registra a Paciente en oota difrica y queda en spera hasta contar con oo recursos necesarios Nota Clinica

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboro:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Ondología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (MSS-BIENESTAR)
Firma:		401/2	Colony-
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



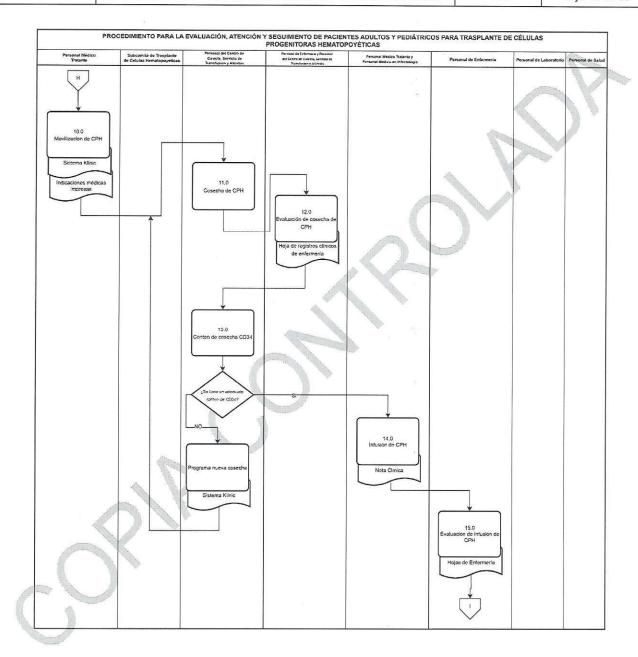
SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 19 de 55



		CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:	
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez I Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo	
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, ayscrifó a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BISNESTAR)	
Firma:		4VIX	Caurally -	
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025 / <	

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

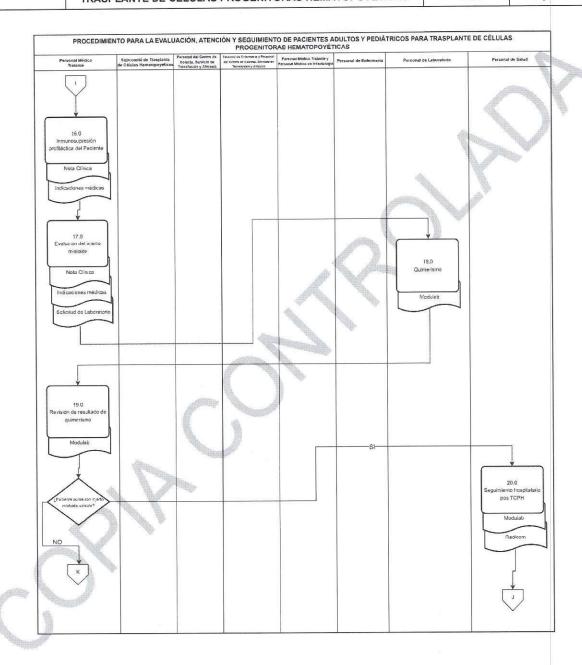
SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 20 de 55



	CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez (Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)		
Firma:		AV/2	1 Chally		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025		



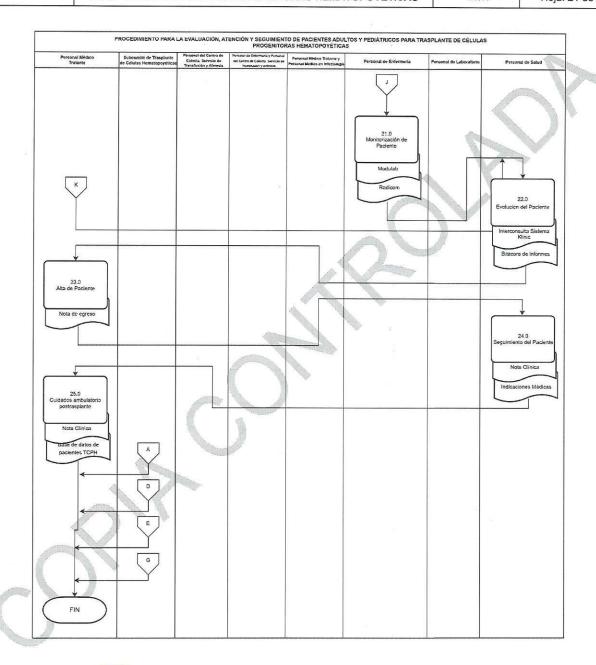
SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 21 de 55



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboro:	Revisó:	Autorizó:	
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo	
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bájio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIEMESTAR)	
Firma:	E -	MMZ	Salvery-	
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025	

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 22 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

6.0 Documentos de referencia

Documentos de referencia	Código (cuando aplique)
-300sin.i.s	No Aplica
ESPEN Guidelines for Nutrition Screening, 2002 NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Publicado en el D.O.F. el 18 de septiembre de 2012.	No Aplica
NOM-045-SSA2 – 2004, Para la vigilancia epidemiológica prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado en el D.O.F. el 20 de noviembre de 2009.	No Aplica
NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, Salud ambiental, Residuos peligrosos biológicos infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. Publicado en el D.O.F el 17 de febrero de 2003.	No Aplica
NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Publicado en el D.O.F. el 25 de noviembre de 2016.	No Aplica
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. Octubre 2013.	POP – DDO – PO – 005 – 02
Lineamientos para la preparación y manejo del paciente dentro de la Unidad de Presión Positiva. Aprobado por la Dirección General el 04 de diciembre de 2023.	HRAEB-LI-DE-SE-03
ASTCT. American Society for Transplantation and Cellular Therapy. Disponible en: https://www.astct.org/	No Aplica
EBMT. Regulations & Guidelines compiled about regulatory issues affecting transplant. Disponible en: https://www.ebmt.org/regulations-guidelines	No Aplica
Manual para el cuidado estandarizado de enfermería a la persona con terapia de infusión intravascular en México. Secretaria de salud, Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud. Dirección general de calidad y educación en salud. 2018	No Aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indeterminado	Subdirección de Tecnologías de la	No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN					
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servició de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IM\$S-B/ENESTAR)		
Firma:		4-11/2	William -		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Jylio 2025		



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 23 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Información / Área de	
Archivo Clínico	jim,

8.0 Glosario

- **8.1** Cuidador: Persona responsable legal de acompañar al paciente durante el proceso de hospitalización en pacientes pediátricos.
- **8.2 Donador:** (o "donante") se refiere a una persona que realiza una donación, ya sea de sangre, órganos, tejidos o dinero. Donante de órganos/tejidos: Persona que dona órganos o tejidos para trasplantes a pacientes que los necesitan.
- 8.3 HLA: Antígeno leucocitario humano, es un conjunto de genes que juegan un papel crucial en el sistema inmunitario humano. Estas proteínas, ubicadas en la superficie de las células, ayudan al sistema inmunitario a distinguir entre lo propio y lo extraño, permitiendo que el cuerpo ataque y elimine patógenos o células dañadas. Además, la compatibilidad HLA es vital en trasplantes de órganos y células madre, donde la similitud entre los antígenos del donante y el receptor reduce el riesgo de rechazo.
- **8.4 Klinic:** Sistema de expediente clínico electrónico para crear, almacenar, y acceder a la información médica de los pacientes de manera digital.
- **8.5 Modulab:** Sistema de información de laboratorio diseñado para la gestión integral de un laboratorio, desde la recepción de muestras hasta la emisión de informes.
- **8.6** Paciente adulto: En el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío se refiere a una persona mayor de 17 años.
- **8.7** Paciente pediátrico: En el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío se refiere a una persona igual o menor de 17 años.
- **8.8 Personal Altamente Capacitado para colocación de catéter**: Médicos Especialista en Medicina Interna, Terapia Intensiva, Nefrología o Cirugía Pediátrica.
- **8.9** Personal de Salud: Son todas las personas involucradas en actividades para mejorar la salud y comprende a quienes proporcionan los servicios:
 - En Pacientes adultos: Médicos Hematólogos, Médicos de Medicina Interna, Subespecialistas y Enfermeras Oncológicas o Personal de Enfermería capacitado en el manejo del paciente sometido a TCPH.

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez/ Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajto-adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Segúro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:		+M/-2	Lully -
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS IMSS-BIENESTAR

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 24 de 55

- En Pacientes pediátricos: Médicos Hemato Oncólogos Pediatras, Médicos Pediatras, Subespecialistas y Enfermeras Pediátricas o Personal de Enfermería capacitado en el manejo del paciente sometido a TCPH.
- 8.10 Radicom: Sistema de información de imagenología diseñado para la gestión de los servicios de radiología, que permite la visualización, almacenamiento y transferencia de imágenes médicas.
- 8.11 Receptor: En medicina, un receptor puede ser un paciente que recibe sangre, células, tejido u órganos en un trasplante o transfusión.
- 8.12 Subcomité de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas: Órgano colegiado dedicado a coordinar, regular y supervisar los procesos relacionados con el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH), en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío lo conforma: Titular de Dirección Médica, Titular y Personal del Servicio de Hemato-Oncología, Personal Químico Jefe de Sección de Laboratorio, Titular de la Coordinación de Donación y Trasplantes, Titular de la Subdirección de Servicios Clínicos, Titular de la Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica, Personal Médico en Infectología, Titular de Farmacia Hospitalaria, Titular de la Subdirección de Enfermería, Personal Médico Internista, Personal de Gerencia Social del Programa de Trasplante y Personal de la Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes.
- 8.13 Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas: Procedimiento en el cual las células precursoras son infundidas, para restaurar la función de la médula ósea que puede estar parcial o completamente afectada debido a enfermedades propias de la misma o como consecuencia de una alteración secundaria, incluyendo la aplasia medular ocasionada por altas dosis de quimioterapia o radioterapia administradas para erradicar una neoplasia maligna antes del trasplante.
- 8.14 Trasplante autólogo: Procedimiento donde se utilizan las propias células madre del Paciente para reemplazar las células dañadas o destruidas por tratamientos como quimioterapia o radioterapia de alta dosis. "Autólogo" significa que el donante (el paciente) y el receptor son la misma persona.
- 8.15 Trasplante alogénico: Procedimiento donde se utilizan células madre sanas que se obtienen de un donante distinto al Paciente, ya sea un Familiar o un donante no emparentado, y se trasplantan al Paciente para reemplazar las células dañadas o destruidas por tratamientos como quimioterapia o radioterapia de alta dosis.
- 8.16 Unidad de Presión Positiva: Habitación de Paciente con ambiente controlado en la que el sistema de ventilación inyecta aire limpio a través de filtros de alta eficiencia permitiendo mantener una presión de aire al interior mayor que el exterior, con un mínimo de 12 cambios de flujo de aire por hora para minimizar riesgo de infecciones. Cuenta con control de temperatura y humedad; los

CONTROL DE EMISIÓN					
and the second	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)		
Firma:		11/1/2	1 July		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025		



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 25 de 55

pisos, techos, paredes, puertas y ventanas están completamente sellados; proporcionando un ambiente estéril con mínimo riesgo de contaminación microbiana con adecuadas condiciones de confort y seguridad para el paciente.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio	
00	No Aplica	No Aplica	

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIBNESTAR)
Firma:	Hay	TULT	1/ elle
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



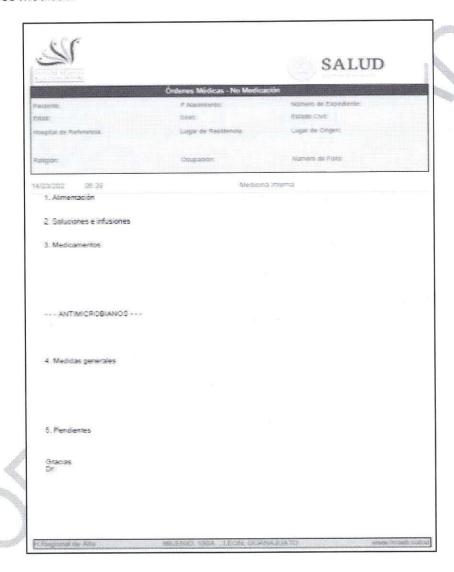
Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 26 de 55

10.0 Anexos

10.1 Indicaciones médicas.



ró: Godoy Fernández	Revisó: Dr. Manuel José Riv	1 /4	Autorizó:
odoy Fernández		Cháuga (P	
	Dr. Brain Maurilio Herr		Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
io de Hemato - gía	Dirección Mé Subdirección de Serv		Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Méxicano de) Seguro Social para e Bienestar (IMSS-B/EMESTAR)
	411	1/7	1/ almay -
025	Julio 202	5	Julio 2025
	025	025 Julio 202	025 Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 27 de 55

10.2 Carta de Consentimiento Informado Específico.

TESTIGO I NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO 50.1.1.1.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULO 77 BIS. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ARTÍCULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOMO04 5543 2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1. A LA 10.1.4 No. Expediente: Nombre del (de la) paciente: Fecha y hora: l'echa de nacimiento: Edad: Acepto que el/la Dr./Dra. MORALES VALENCIA EDILARDO quien es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma obra y entendible mi padecimiento, informándome que mi diagnóstico presuncional de ingreso es: Y que para su atençion se requiere de la realización del siguiente procedimiento: Entiendo que el **procedimiento** señalado **consiste en:** . Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento, es por ello que otorgo de manera voluntaria mi más amplio consentimiento para que se me realice el mismo, sabiendo que los **beneficios del procedimiento propuesto** son: MEJORIA SINTOMAS. Asi mamo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el procedimiento implica los siguientes riesgos de complicaciones nmediatas o tardias: Riesgas más frecuentes (mencionar en base al procedimiento específico) Riesgos personalizados (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente): Afirmo que el médico me ha explicado que el procedimiento propuesto és la mejor opción que se me puede ofrecer, también me ha informado que existen las siguientes opciones: NINGUNA Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veras, asi como seguir las indicaciones médicas. el médico identifica alguna urgencia denvada del acto médico señalado, le otorgo mi autorización para que realice e tratamiento o procedimiento que considere necesano, atendiendo al pencipio de libertad prescriptiva y ética profesional. Estay enterado (a) de que **no existe garantia sobre los resultados del procedimiento** y de que es posible que no cure mi enfermedad. Así mismo conozco que se pueden presentar las siguientes **molestias durante mi recuperación:** DOLDR. Enterado (a) de todo lo anterior y una vez que me han aclarado a mi entera satisfección todas mis dudas respecto a procedimiento proguesto por mi módico tratante, otorgo el presente consentimiento. NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE "Si no pudiera firmar el paciente por su condición física o por su minoria de edad: FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL con fundamento en los artículos 80, 81, 82 y 83 del reglamento de la Ley General de Salud." NOMBRE COMPLETO Y FIRMA TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servició de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrifó a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS)BIBNESTAR)
Firma:		TNY	V dull-
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Fecha:

Género:

Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 28 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.3 Formato de tiempo fuera para procedimientos invasivos o de alto riesgo fuera de quirófano.

SALUD SCOTTAGE, AND SOCIALD		TEMPO FUERA PA DE ALTO RII	RA PROCED ESGO FUER	ESPECIALIDAD DEL BAJI SIMIENTOS INVASIVOS O A DE QUIROFANO ENFERMERIA	0
	Identificación del us	suario:		Servicio:	_
ombre:	Fech	na de nacimiento:		Expediente:	
	- 11	6		Edual.	

Talla: Superficie corp	ooral:	Edad:	Escolaridad:	
ras para la comunicación: SI: No: Espec	ifique:	Religión:	Grupo sanguineo y f	Rh:
dimiento.		Alergias:		
			=	
Se confirma que se trate del:	SI	NO		\cap
Paciente correcto.				10
Procedimiento Correcto:			J (2. 3)	(\cdot)
Sitio anatomico correcto:			1 从、代	1.4 4.1
Estudios de imagen:			11 AL L	1/1 . 1/1
Verifica fecha y metódo de esterilización de			8(1)8	Q(1) Q
instrumental y/o dispositivo médico Se informa al paciente o famíliar sobre el			→)-1-(
procedimiento:				\ I /
procedimento.			- 216	2115
Nombre y firma del Médico	Nombre	y firma del Anestesiologo	:	
Nombre y firma del Técnico:	Nombre	y firma de la Enfermera(o	o):	
Total Control of the				

25		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Châvez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:		AU1-3	1/14mm/ -
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 29 de 55

10.4 Nota de egreso. Hoja 1 de 2.

SALUD		ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO	3.	122
The second secon	NOTA E	DE EGRESO		MOSPILE RADIANA
Nombre:				
Número de Afiliación:		Nivel Socioeconomic	o:	Expediente:
Fecha Nacimiento - Edad;		Fechas	Horæ	
Fecha de Ingreso:	Fecha de Intervención:	Fecha de Alta:		Dias de Estancia
Diagnósticos Ingreso:				
Diagnósticos Finales:				
Diagnéstico CIF:				
Procedimientos:				
Servicio:				
Médico:				
Motivo de Egreso:				
Resumen de la Evolución	y Estado Actual:			
Genero				
Cédula Médico:				

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez X Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio Jadscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicand del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:		MIL	Zulau
Fecha: -	Julio 2025	Julio 2025	Juljo 2025

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MSS-BIENESTAR

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 30 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Nota de egreso. Hoja 2 de 2



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

NOTA DE EGRESO



Nombre:

Número de Afiliación:

Nivel Socioeconomico:

Fecha Nacimiento - Edad:

Fechay Hora

Fecha de Ingreso:

Fecha de Intervención:

Fecha de Alta:

Dias de Estancia:

Manejo Durante la Estancia Hospitalaria:

Problemas Clínicos Pendientes:

Plan de Manejo y Tratamiento:

Recomendaciones:

Atención de Factores de Riesgo:

Pronóstico:

En Caso de Defunción Diagnostico Acorde al Certificado:

Guías de Práctica Clínica:

Cédula Médico:

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncologia	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mayicano els Séguro Social para el Bienestár (IMSS-BIENESTAR)
Firma:		TMA	/ MILLI
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025 (5	Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 31 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.5 Recurso material para la atención (Insumos y equipo biomédico especializado).

ÁREA FÍSICA	EQUIPO DE SALUD	EQUIPO BIOMÉDICO	FÁRMACOS	DISPOSITIVOS
Presión Positiva Baño Regadera para paciente, lavamanos, Cuarto aislado con puerta de amortiguamiento, en condiciones funcionales de infraestructura.	En todos los turnos disponible para la cobertura de la atención del paciente conforme lo establece el documento actual, de acuerdo con las características del paciente.	Monitor de signos vitales con oxímetro de pulso y baumanómetro, bomba de infusión, pentapie porta bombas, toma de oxígeno, toma de aire, toma de succión, ventilador mecánico de asistencia respiratoria, cama hospitalaria, equipo para electrocardiograma, carro rojo equipado con insumos específicos de cédula de hospitalización mixta con desfibrilador y palas adulto y pediátrico, mango y hojas de laringoscopio.	Quimioterapia de acondicionamiento (melfalán oral o ámpula intravenosa, busulfán oral o ámpula intravenosa, ciclofosfamida ámpula intravenosa, bendamustina ámpula intravenosa, etopósido ámpula intravenosa, citarabina ámpula intravenosa timoglobulina). Antibióticos de amplio espectro, antifúngicos y antivirales; indicados por el servicio de infectología. Factores estimulantes de colonias de granulocitos y movilizadores como	Catéteres venosos centrales de inserción central, hickman, splitcath y Tipo Mahurkar de diferentes calibres para cubrir las necesidades del paciente Filtros leucorreductores para eritrocitos y plaquetas. Material de curación en general.
			plerixafor.	

		CONTROL DE EMISIÓN	N. Company
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Olínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajió-, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Méxicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:		MIN	Mully "
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025 / <

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 32 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.6 Equipo y competencias del Personal de atención

Nombre del puesto: Médico Especialista en Hematología u Oncología

Formación académica

- Especialidad en Hematología/Oncología médica/ pediátrica
- Alta especialidad en trasplante de células progenitoras hematopoyéticas
- Certificación ante Consejo Mexicano de Hematología y/o Oncología

Nombre del puesto: Equipo interdisciplinario – Enfermera de la Clínica de Asesoría y Seguimiento en Trasplantes

Formación académica

- Licenciatura en Enfermería.
- Especialidad en Enfermería Nefrológica (Enfermedad renal en cualquier etapa u origen) o Enfermería Oncológica o Enfermería del Adulto en Estado crítico o Nivel de Maestría.

Nombre del puesto: Equipo interdisciplinario - Enfermera Oncológica -Enfermera Pediátrica

Formación académica

- Licenciatura en Enfermería médica/pediátrica
- Especialidad en Enfermería Oncológica.

Nombre del puesto: Equipo interdisciplinario – Personal de Gerencia Social

Formación académica

- Licenciatura en trabajo social.
- Diplomado en la formación de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante.

Nombre del puesto: Médico Especialista en Infectología

Formación académica

- Especialidad en Infectología médica/pediátrica
- Certificado ante Consejo de Infectología.

Nombre del puesto: Equipo médico multidisciplinario - Médico Especialista/Subespecialista

Formación académica

- Especialidad/Subespecialidad en Medicina Interna, pediatría.
- Certificado ante Consejo Mexicano de la Especialidad/Subespecialidad.

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chavez Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hamato - Oncología	Dirección Médica Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Baito, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMS\$-BLENESTAB)
Firma:		41/2	Zama -
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Juli 6 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 33 de 55

10.7 Escala de advertencia temprana (NEWS 2 adaptada al HRAEB).



		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hernato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto-Mexicano del Seguro Social para el Bienéstar (MSS-BIENESTAR)
Firma:		. + M. Ly	Curally-
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

IMSS-BIENESTAR BENVERIGE PRINCES DE BALLEGE

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 34 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.8 Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT). Hoja 1 de 3.

	0	1	2			3	Resultado
Comportamiento Neurològico	" Alerta/ sueño fisiológico " Paciente está alerta en es su estado basál " Consciente	Con sueño cuando no lo molestan Responde solo a estimulos verbales	Irritable, diffcit di consolar Somnoliento Responde sólo a estimulos doloro	à	estuporoso No responde Convulsiones Convulsiones de duración Convulsiones convulsiones Convulsiones		
Cardiovascular	** Color de piel adecuado para el paciente ** Llenado capilar ≤ 2 segundos y pulsos perifericos normales	* Pálido * Vasodilatado (pulsos saltones, piel caliente, lienado capilar en 1 segundo o en flash) *O llenado capilar en 3 segundos * Tagucarda leve	* Lienado capilar segundos * Taquicardia moi * Pulsos penférico débiles	derada	" Marmoreo " Llenado capil " Taquicardia g " Bradicardia s puísos débile: estado de ale	ar ≥5 segundos rave intomática (hipotensión o s o hipertensión o cambios del rta) o irregular (no sinusa),	
Respiratorio	" Sin retracciones " Patrios respiraturio normal. " FR en percentil para la edad. " Saturación >95% o en su basal	Taquipriea leve Eeve trabajo respiratorio (aleteo nasai o tiraje intercostal) O.5 a 1 litro de oxigeno por puntas nasales Saturación 91 a 94%.	* Taquipnea mod * Dificultad respir moderada (alpitational) * 1.5 a 4 litros de puntas nasales * Nebulización ca horas. * Saturación 90% sin oxígeno.	atoria eo nasal, , quejido) oxigeno da 4	para la edad* Dificultad resistoraco-abdon* Oxígeno con más de 5 litro Nebulización horas.	espiratoria debajo de lo normal piratoria grave (disociación	
Preocupación de la enfermera	No preocupada	Preocupada					
Preocupación de la familia	No preocupado y presente	Preocupado o ausente					
			•			Resultado total	
	r refiérase a Referencia de	Frecuencia Cardiaca y Responsent of Heart and Respirat			Hosptalized Chi	Resultado total idren. Pediatrics 2013;131;e1150 Grave	
	ecuencia respiratoria y la fi		5% para la edad		para la edad	> 99% para la edad	

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez (Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncologia	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adsorto a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano de/Seguro Social para el Bienestar, (MSS-B/ENESTAR)
Firma:	A	my	16 Millians
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

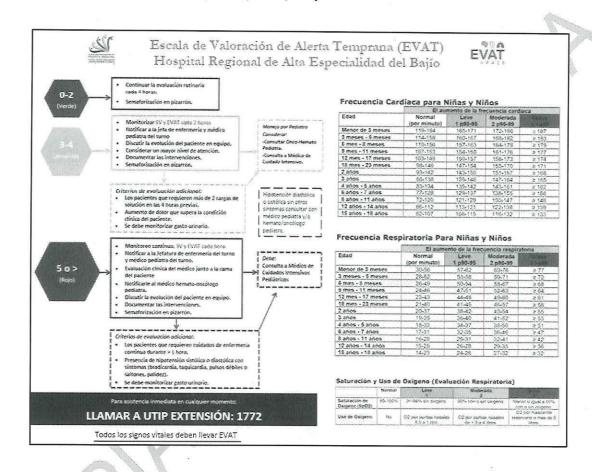


Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 35 de 55

Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT). Hoja 2 de 3.



CONTROL DE EMISIÓN					
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez (Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oricológia	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)		
Firma:	Alla	AM!	Kullul -		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025		



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



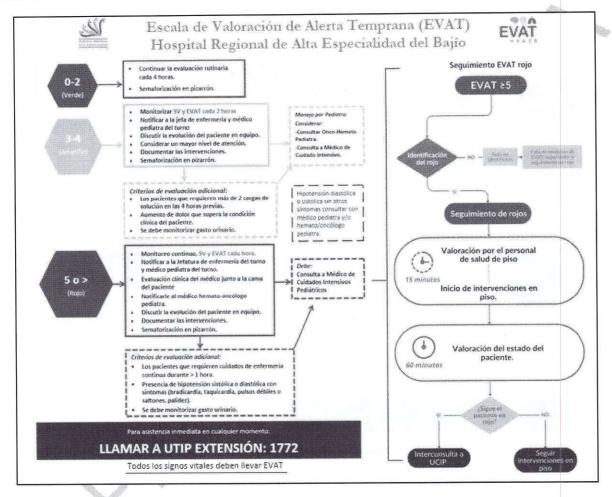
Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 36 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT). Hoja 3 de 3.



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:	
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez/ Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo	
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS BIEMESTAR)	
Firma:	37	And cla	1/ alature	
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025	



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 37 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.9 Historia clínica. Hoja 1 de 3.

echa de Nacimiento e so: ugar de Residencia: risspación: recka y hora: rmado en el Hi	Estado Civilir
ugár de Residencia: Idugación: Iedka y hora:	Lugar de Origen:
rougación: redka y horac	Lugar de Ungent
redka y horac	Numero de Folia
ю:	
rmado en el H	
THE WAR COLD IN	DAEMS
	RALBE
	VAPONOME AN EXPERIENCE HER MANAGEMENT No. 1940.
nes:	
	ntes:

	CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez (Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato- Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BJENESTAR)		
Firma:	Harry	fully	Vallet -		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025 «		

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 38 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Historia clínica. Hoja 2 de 3.

	Pi	adecimientos Actuales:	
	INTERROGATO	ORIO POR APARATOS Y SISTEM	(A5:

President Stationals	**************************************	Frecuencia Cordiaca: Frecuencia Respiratoria: Talta:	publications from . responsement from . cm.
Temperatura: Peno:			
		EXPLORACIÓN FÍSICA:	
		XPLORACIÓN FÍSICA:	
Peso:		XPLORACIÓN FÍSICA:	
Hábitus exterior:		EXPLORACIÓN FÍSICA:	
Hábitus exterior: Cabeza:		EXPLORACIÓN FÍSICA:	
Hábitus exterior: Cabeza: Cuello:		EXPLORACIÓN FÍSICA:	
Hábitus exterior: Cabeza: Cuello: Tórax:		EXPLORACIÓN FÍSICA:	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:	
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez X Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo	
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrip a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar ((MSS-BIB/NESTAR)	
Firma:		Lung	Canal -	
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025	



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

rario

Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 39 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Historia clínica. Hoja 3 de 3.

Exâmenes de laboratorio y de gabinete:	reconstruction of a state of
Terapéutica empleada:	n norma i de materiale de since
Diagnóstico presuncional:	
Plan de manejo y estudios complementarios de ser necesarios:	
Estudios previos:	
Tratamiento:	
Dieta recomendada:	
Pranástico:	
	ereine erei

	CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez (Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS/BIÉNESTAR)		
Firma:		411-2	(during -		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025 /-		

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 40 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.10 Carta de consentimiento informado para Hospitalización.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIE/IESTAR)
Firma:		AN/12	1) hall =
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 41 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.11 Carta de consentimiento informado para la administración de hemoderivados.



OSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL PATÍO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS



Con fundamento en la Ley General de Salud, aráquio 77 bis. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médical, artículos 89, 81, 82, 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-804-5342-2012 Del Expediente clínico, numerales 10,1 a 10,1,4 tombre del (de la) paciente: Edad echa de Nacimiento: Fechs: " que para su res diudión se requiere de la realización del siguiente Procedimiento: "Administración de Hemoderivados"
Sablendo articipadamente que el procedimiento señalado consiste en: "realizar una técnica de asegsia y antelepsia, selección de
una vena para su permeabilidad y canalizarla con un punzocat o cateter venos o central. A través de esta vena permeable, técnica de
secas a y antelepsia, colocación de un equipo de trans las ión sanguines con filtro para adulto o pediatrico de aduerdo a la edad del
saciente, se administra sangre y/o sus derivados sanguíneos." l'anifies to que se me na explicado disramente en qué consiste el procedimiento, es por ello que otorgo mi más amplio consentimiento en que se me realize el mismo, sabiendo que los beneficios de dicho procedimiento son: Rejorar las condiciones dinicas del paciente revisiendo sus riveles sanguineos bajos y el estado de choque hipovolémico, aumentando os niveles de hemoglobina y hematocisto del paciente, liberación de oxígeno para mantener los diganos vitales, producción de anticuerpos, ayudar a las función de la coagulación, proporcionar agua, proteínas, electrolicos, hidratos de carpono, colesterol, hidratos de carpono, colesterol, hidratos de carpono, colesterol, hidratos de carpono, isimismo, estay enterado (a) y bajo la comprensión de que el procedimiento implica los siguientes riesgos y complicaciones nimediatas o tardias <u>Posibles Riesgos</u>: Urticaria, anafilaxia, fiebre, hipervolemia, insuficiencia cardisca, edema pulmonar agudo, i toxicidad al citrato, templias, sensibilización a antigenos, enfermedad injerto contra huesped, púrpura postransfusional, síngrome de insuficiencia espiratoria aguda y muy raramente transmisión de enfermedades infecciosas y seos lo. Respos Personalizados (mencionar en base a las caracteráticas clínicas especácas del paciente) Silmo que el médico me ha explicado sobre mi derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento antes de la intervención y que sisten los siguientes pro ordimientos alternativos: En caso de pérdida aguda y profusa de sangre del paciente, la unica alternativa le apoyo al tratamiento será le administración des angres sus derivados. En casos de pacientes estables (no emergentes) se puede administrar parenteral e intramuscular iduidos, integer lactato, haemacella, erd podycente, y hiemo destran. Por el proposido de que mi atendión des segura, ma comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como segura se indicaciones médicas. Se entraciones medicas. Se el médico identifica algún padeoimiento diferente o no se pechado o alguna Urgencia derivada del acto médico señalado, le "Otorgo di Autorización" para que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario, atendiendo al principio de libertad prescriptiva y ética profesional. istoy enterado (a) de que "No Existe Garantía Ni Seguridad Sobre Los Resultados Del Procedimiento" y que es posible que pueda lo cursi mi enfermedad o presentar los siguientes Problemas Durante Mi Recuperación: Mareo, nauseas, figbre, rash outáneo. interacts of the toda is anterior y una vez que me han adarrado a milentera atistación todas mis dudas respecto al procedimento acque en mente a consecuente de procedimento acque en mente a consecuente de per mismo de procedimento acque en per mismo de tratante, bitorgo y firmo el presente consecuences. Nombre completo y firma del (la) pagiente Nombre completo, firms y Ced, Prof del médico tratante "Si no pudiera firmar el paciente por su condición física o por su minoria de edad: FAMEJAR, TUTOR O REPRE SENTANTE LEGAL Con fundamento en los artículos 80, 81, 82 y 83 del reglamento de la Ley General de Satud" Nombre completo y firms

		CONTROL DE EMISIÓN	N
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez Dr. Brain Maurilio Hernández Galcía	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncologia	Dirección Médica / Subdirección de Serviolos Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío_adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BJENESTAR)
Firma:		Truly	abut -
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025 / «

Testgo 2 nombre completo y firma

Tastigo 1 nombre completo y firma

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



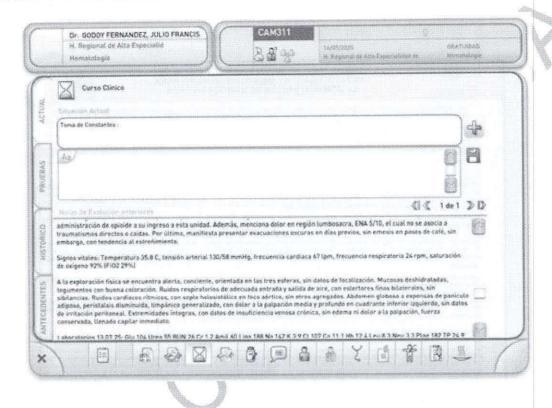
Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 42 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.12 Nota de evolución médica.



		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (MSS-BUENESTAR)
Firma:		ANIL) dull =
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 43 de 55

10.13 Nota de interconsulta.

	Solicitud de	e Interconsultas	a HO, AC, y QU
Paciente:		Nacimiento:	Número de
Edad: Hospital de Referencia:	Sexo: Lugar de F	Residencia:	Estado Civil: Lugar de Origen:
Religión:	Ocupación		Número de Folio:
Servicio: Hematología Diagnóstico: CAMA: CAM311 CURP: Fecha Prevista 15/07/2025 08:53 Episadio:	3	Solicitado por: [Cédula Prioridad: Solicitud:	PRIORIDAD NORMAL
Medica: Servicio: Medicina Física y Reha	abilitación - HO		

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:	
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo	
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscritó a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)	
Firma:	o de la companya della companya della companya de la companya della companya dell	4 May	1/ Ithough	
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio/2025	

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS IMSS-BIENESTAR

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 44 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.14 Hoja de referencia / traslado.

SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO HOJA DE REFERENCIA / TRASLADO

Nombre del Paciente:

Edad:

nospital de Referencia:

Religión:

Fecha de Nacimiento: Numero de Expediente:

Estado Civil:

Lugar de Residencia: Lugar de Origen:

Ocupación:

Numero de Folio:

Fecha actual:

Hora actual:

Establecimiento que envía:

Establecimiento receptor:

Motivo de Referencia:

Impresión diagnóstico:

Resumen clínico:

Terapéutica empleada:

Genero Documento:

Cédula Hédico:

CONTROL DE EMISIÓN					
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexidano del Seguro Social para e Bienestar (MSS-BIENESTAR)		
Firma:		AN/les	V alway ~		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julyo 2025		

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Ý SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

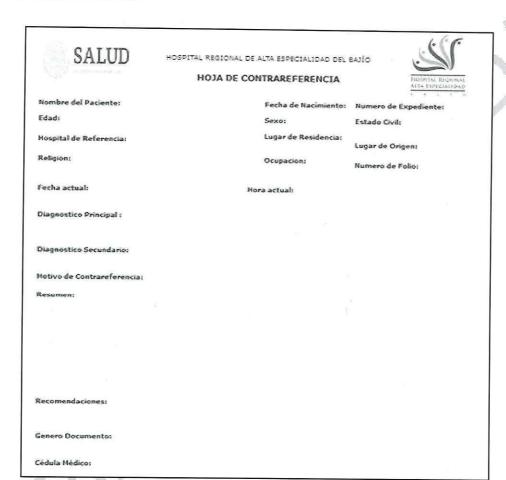


Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 45 de 55

10.15 Hoja de contrarreferencia.



		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chavez / Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica/ Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, adserto a los Servicios de Salud del Instituto, Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:	100	MULY	- LIMIT -
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025-

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 46 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.16 Hoja de registros clínicos de enfermería. Hoja 1 de 4.

	SA	A.J	٦,	JA	1									only de d	**************************************	e Calenda As do 1	o over 6	adhess LLEX	A ()	6 W				
-	1219711				50.9.5			-	Decision 1							address to the	******		*********					
service.	STATE OF THE PARTY						************		Lower	-	**********	Sagani	and the same of th	***************************************	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	Science .			Section	c raprosts	caer Mor-			
-1085 								-		AND SHAPE OF	***********		executive Av	Annual Control	and the same				74000 7400	Se de de	g/14/40		*****	
SAX.		600k:	and the second	00000000000				A STATE OF THE PARTY OF THE PAR								e la company					-	MALAN.	**********	
ertisal Linear		(A) (A) (A)					W-08 9		E-8000	A.				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			STATE OF THE PARTY		opotionerro	***********	lastore comm	094000000000	**********	
wer.	Salva Galatica ed	See					COLUMN TO SERVICE							-		1001001000000	**********	100000000000	********	**********			555000000000	
(000,000)		ener.		-		-	*******				444400000					nice production of	-			2000.200	3000	*******	********	10011191
												Anna			200420444		-	-	eroprose.	CONTRACT	-		and the	
	THE RES		100	-			3.50							-							100	ACC 10 707		
	Constitution								8 8	1 8000				Access to the second	1861	w w				e 46			99 1	
	Constitution of the Consti		5 5		Section 1							0 4		NAME OF		2 0	Projects	84		5 5	South		# 1	
	Continue		5 5		August			40	2 2	3 - 60000	NOS.	8 3		Torruster		8 8	3666		-	0 2	1000	No.	# 1	
	Rathway 19		# 1	20		MATERIAL PROPERTY.		20 1	# #					September 1	*	8 8			7	6 8	-	NAME OF TAXABLE PARTY.		
L	SLASSON PLANS	MANAGES S	فيستا	279	688a	arrana.	in the same of		*****	engin.	WINE W	PERMIT	eroemudi.	Jack	and the same			100	100	X 30		M60000000	444000000000000000000000000000000000000	
								T W	100	1		170	100		TE	130								
-		-	-			- Contraction	-	-		-	1						-							Significant Contract
			***************************************					1	1	***************************************	-					1								-
1			Account to					1	T	1	1				1									
								-	T	-	1				1	1								
6.3								-	1	-	1	1								1				
8		***************************************		Accessored					1	-	1	-				Į				ķ			-	
									L	1	1	1	1		4	4				Ļ	ļ		£	
a.	***			***********				I		4	1				À	ļ				ķ			ķ	
		1							L	_	1	-			4	4				Louisia			ķ	
											1				4	-				<u></u>				
	MATCH STREET,									1	1				1	1				Ž	£			L
* 8				g			•	T	T	************	1				1	1				Ž	£		L	
28	A lossesse			-	********	· · · · · ·		*		4	1	1											1	
	A 20000	-			*		\$	*	1	***********	***************************************	West Control			-	**********								
1 6	A Made			enerne.	inner	mente	Š-	ŧ	1	***************************************	*	· Control		-	-	-			-	1				
- 3					·	ķ	ķ	ŧ	1-	********	********	******	1	-1-	-	1			-	Ť			T	
1	Cardinor	4			š	ļ	<u> </u>	<u> </u>	4	· 4	·	·			-	*******	•		******	-	******	*	***********	-
	The commence of				<u></u>	ļ	è		-	4	4			-	-	+	-	-		******	******		7	-
1	MEGANISH S				L	L	į	å	Į			<u></u>			-	4	ě			÷	ş	·	*	-
	d Sections				Į	ļ	.	Į		A	4	<u> </u>			+	+	ķ			*	1		1	-
	2.69				<u>}</u>	ļ	į			Anne	4	-			-	-	ķ		-	*	1	-	1	-
21					š	ļ	\$		-	4	·	·	distantant di		-				-	*******	*****	*******	***************************************	-
3					<u> </u>	ļ			4-	4	4	÷	-		+	+	•	-	-	*	Ť	********	1	
-					1	ļ	å	<u> </u>	-		·	-			-	4	§	-		******	f	*******	*****	1
					-	ļ	\$	į	4	·	4		ş		-	+	\$1111111111111111111111111111111111111		-	*****	1	P	*****	-
86 Z					ļ		ķ	·	·			-	***************************************				ğ	PARADORA	-	*	**********	SOCIO-	***********	-
2					š	-	-	-	-	·	+	+	-		+	+	1		1	-	T		1	-
		atomic and		ļ	·		*	\$	1-		1	*	1		1	1	1		1	1	1		-	-
W-3				********	1	1	-	**********	1	*********		out or other than				1			1		1	Š		Ž
	CAS.	personned	*********		******	T	-	1	1			-			1	4	1		Ž.	Š		J	â	ğ
			*********	-		L	1	1	1			-					-	ļ	å		·	·	·	ķ
S.,	See Contract						1					1				À	ļ	ļ	¥	4	<u> </u>	å		ļ
1000	ECON .				1	1	1	1					ļ			-	\$	ļ	ļ	4	ļ	ķ		·
	CONTRACT CONTRACT AND				I			1	1		1	å	4					Į	ķ			å		ķ
en o					I		L	1	1	1	4	À	i					l			å	ķ	4	į
Torres.	de recentrar				1		1	1					1			4	1		-	-		å	4	ş
		- Constant			J	1	£	Å	1	4		â	4			4	-		ķ	4	÷	سسة	A	ş
	SW MIC							1	1				1			.i	<u></u>	i	ă	ú			<u> </u>	â
	ger de josése								1															
																		2000000000000			04000000	*********	and the same	nger o
ning.		PATE 1000	1	I	Ž	1		1	1	1	1	345	W 38 7		-	00 Tel.	100						-	2
				1	-	4	4	4	-			4 22	COMPANY OF THE	e + a	effect.	2.44	anderson and a	14: Sec. 14	elitare.		200	or Temps	dea.	000
			ļ	ķ	· •	4	·			-	-	1	1000		will the	214	Anna Anna	(A. 8s 1	100		800	occidence.	ediane -	B36: 1
			1	1	1	1	********	1	1	-		1			4.55	1000			200	25.00	4			X
			L	Ž	-	1	*					200	made of		SCHOOL .	40.00	ACRES (MARK)	the fire parties	CONTRACT.		1			
				-			4	·				4 27		de Accesso	esservices	200		-00000000		- March	1 10		200	200
			£	ş	·	4	4			arkenn.	-4	الشه	Tenance	1	Y		7 10		1 %					4
			1	ģ	1	1	*****	*******	1		1	3 .	-		1		1	*********	1 1		111/08/19	-		HART I
			-	-	<u>.</u>	1		-	-				Luman						4 1		200			-
				Į		· konses	· & · · · ·	4		-4		31	Second		-		1			300		27.46	in auto	1000
38.		·	+	·	-	-		•	-	*		- 9	************						11	100	endire.	4.00		nc.w
W. 1				Marrie 60							and the same													

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servició de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienesfar (IMSS-PENESTAR)
Firma:	V 3300	AMI	Marke
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 47 de 55

Hoja de registros clínicos de enfermería. Hoja 2 de 4.

	- WILL	ICAMIENTO	3		(Aprileo)	Door	Yila	Manuting	Vengerbre	Norturna	Dis de Perce.	Doble verificaci
11/1/2019/05/2019/2019							1					
					+		-					
					_		_					
				2000			1		1			
					1		-		-			N. W. C.
					-		_					
					-							
									read to the many			
	\$41 E-155											
					1		_			-		
					-		-					
					_							
		manus and a	7									
		***************************************			_		-					
					1							
					1							
			min Section 1									
	1000000											
										Restante		Doble
	SC	DUCIONES	PARENT	TRALES				mi./ns.	Married I	Velpertino	State Street	verificación
							-			- August Mills	reaction no.	www.gxacide
			202010000		US-0-0					- HANNES		
						0.000 /0/11/0/10/11						
							-					
							-					
												A Liver door to constitute the constitute of the
711/10000000000000000000000000000000000		***************************************									1	
							-					
							I				T	
							_					
							-		-	7		
		COMPON	ENTES SO	ANGUINEOS								
	Company	COMPON	ENTES SA	INGUINE OS	Test-				Nempo fo			Observaciones
	Components	COMPON	ENTES SA	ANGUINE OS	Valye	en too		Termina	Nempo tu			Obervaciones
	Component	COMPON	ENTES SA		[Yolve	en 1990	fa	Tacorica				X-1-1-01-1
	Components	COMPON	ENTES SA		I value	en J 100	ia I	Taconica				Obensone.
	Component	COMPON	ENTES SA			en 100	20	Terresca				Obersoones
	Component	COMPON	ENTES SA		I valve	26 199	ia I	Territoria				Observaciones
	Component	COMPON	ENTES SA		Vulo							Obensone
	Components	COMPON	ENTES SA		I Volume			Tempora				Observadories
	Components	COMPON	ENTES SA		Vol.e	en 200	50	Temina				Observaciones
	Components	COMPON							fema de tri			Observaciones
ACCESOS Y				F-000			Fanci	and Un	fema de te	14p 9/		
DISPOSITIVOS	Components	COMPON C					Famoi M V	and Line	ferro de tri	14p 9/		Observaciones
DISPOSITIVOS states perforço				F-000		Permasia Maria Value	Fundi	and Line	ferro de tri	14p 9/		
DISPOSITIVOS stater perferiço aliater (entre)				F-000			Fundi	and Line	forms de tei	14p 9/		
DISPOSITIVOS statur perforiço alater (entra) milotraquesi				F-000	instals	Permasia Maria Value	Farming Market	and Line	ferro de te	14p 9/		
DISPOSITIVOS stater performo atater (embryo midotraniana)				F-000	instals	Personal V N	Farming Market	anal Line	ferro de te	14p 9/		
DISPOSITIVOS stater perfectos atlater (emitros midotraspunal Victor				F-000	instals	Personal V N	Farming Market	anal Line	ferro de te	14p 9/		
DISPOSITIVOS stater perferiço addrer (embre) milotresponel Victal				F-000	instals	Personal V N	Farming Market	anal Line	ferro de te	14p 9/		
DISPOSITIVOS stater perferiço addrer (embre) milotresponel Victal				F-000	instals	Personal V N	Farming Market	anal Line	ferro de te	14p 9/		
DISPOSITIVOS stater perferiço addrer (embre) milotresponel Victal				F-000	instals		Farming Market	anal Line	ferro de te	14p 9/		
DISPOSITIVOS stater perferiço addrer (embre) milotresponel Victal				F-000	instal6		Facility of the control of the contr	2000M U-1000 10 M W W W W W W W W W W W W W W W W W W	ferro de te	14p 9/		
DISPOSITIVOS state perferio	Socia	None Colde		F-000		W V N	Foods with the second s		ferro de te	14p 9/		
DISPOSITIVOS state perferio	Feeth a	Para Gaba		F-000	instals -	Female 18 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Fands W V	See Market Company	ferro de te	14p 9/		
ACCESOS Y DISPOSITIVOS adaber perdavajo	Socia	Pitaro Galiber		F-000	instal6	W V N	Tanda V	See Market Company	ferro de te	14p 9/		

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:		M/2	Volume
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PUBLICANO, ANT CANADA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 48 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Hoja de registros clínicos de enfermería. Hoja 3 de 4.

					DI	MENSIONES	NUMANAS			7	X - V - W	William William Committee	SZ V	řk.
Ae	spirados E	C C NN	euro-cogniciós	- č	=	V Eliminación	= = =				2 2	3 Seguridad Protección X Autogestibo de la satur	= =	=
9	culación m	MATUTING	GENERAL STREET	- 1.	***	VI Confort	SPERTING (V)	SHE A	Prombane	Norm:		NOCTURNO (N)		Ricora
-		2004.1073.2002	dmest	- 1	+						The state of			
H				-	+					1				00000
					+					-				
					-				-	-			_	
					4				-	-				******
T														
r		***************************************												
					T									
					\neg		- W 0000							
ŀ					-			**********						
-			*******	\rightarrow	+									
1				-	+					1				
1			-		+				_	\rightarrow				
L				-	_					-				
					_									-
					-									-
100			TOTAL MARKET											
ŧ٢														
Non card				T		Station and the second		0000000						
83					7									
0				\rightarrow	-									
100				-+					-			and the second s	000000000000000000000000000000000000000	
9	E A) Doker: E)	ando with				5 A) Outor 5 Ago	do 🕏 Crómico				E A) Dokum E	Agudo E Crónico	***************************************	
			ed C cuctemes C	Soular	-	El Desterkoro de l	e Sotregoldeni C kir	Carrene S	: thousan		# 80 Detector	o de la integridad C sutanea	🛱 Skulat	
			acora) vascula		_	⊏ Ri Conterloro de l C Rimoyo de ad	ección se acceso	yane.	kr.			e infección en acceso vano		
1	III Dil Riengo de	inflección y le	ssion em bractor o	rimerio		II (3) Rimiger din infe	euclidio y tensión es	a timpotor	promotion.			e inflexación y lesión en tracto	qu'inwrits	
1	c fi News de	cardes				z Ej Riengo de can	das				⊒ ನಿ ಸುಕ್ಕಾರು ತ	e caldas		-
4	⊈ Fi Rimago de	picerias por c	инцоп		-	a f) kiesyn de dio	eran por previon		_		# 13 MARINGS 10	e Siceras por presido		-
1								***********					***************************************	-
1					_					-				-
1					_								_	
														-
														-
m [-
ğ[-
Ŗ[-
S														-
*														├
10														-
SCHWES / ACTIMOADES														-
														-
N X	C A) Manejo y	valoración p	serkhálca del do	100		o A) Manejo y ve						y valoración periódica del		-
8			Aglancia y prof			= 8) Cuidados de	heribas, vigitare	08 7 9H	oteccióe			os de hertidas, elgilancia y p		4
			d, Simpleson y pro-			© C) Mantenar per	medicibles, lengt	nia v pr	otexxión			er permiseltiklast, Pinspleck y p		-
			scional y sibo ti			C DI Mastener si						er sistema funcional y 956		1
	□ E) Prevende	o de caldas.	barandales ele	redos:		□ f; Prevención: s	le calidas, barren	dalen e	ervados.			Sido de calidas, barrandales e		L
			os personales			manthere Ship	ere y objetou per	Non-air	SERVE.		mantiene	timbre y objetos personals	N. ORPUR	-
	# P) Cuidededes :	e is piet but	o, firmplece, hisko	stax (din)		□ f Cundados de la	e precis ibefio, limpe	was, Nid	hetación,		24) Outsides	de la piet Kafer, l'explicie, hid	retaction,	-
	movificación	y protestion	de prominencie	6 Osean		monette action y a	autacción de pro	edinen.	SEE CHESS			ic y protección de prominen		1
	Evalu	ución de Res	uitados:	Hors / A	LED CH	Evaluación	n de Resultados		Hora / A	deance	Evalu	ación de Resultados;	Hora/	43.0
													+	
				-									+	****
×				-					-				+	-
COCRADO				-						**********			1	******
83				-										
				+		-			-				1	
ACKOS				-										
S.11.7	± A) Reducir	of sideral day of	itor	+	-	C.A.) Reduction of the	ive? de dotor				= A) Reduci	r at nivel de doice		
逐数	C 8) Lograr b			1	********	= 80 Long our la det		North	1			la integridad sutámes/lisula		
300			acceso vascular	1		C C) Evidear lie trofero					II Collection to	infacción del escaso vescular		
	= D) Exitar in	morrison See w	CONSCIENCES		-	C D) Fyther Infect						infección del acceso versical		
688	- 41 E-may 01	das durante	gel Kraming	1		□ fij fivitar caktar				-		aldas durante el turko	1	
150						C F1 Switzer (Bost)						Aueras por presión		

	4.5	CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncologia	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:		44/2	CHAIR .
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025 -



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 49 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Hoja de registros clínicos de enfermería. Hoja 4 de 4.

Set Service Set Set Set Set Set Set Set Set Set Se	Catagoria / Honerto:	4 7 4	150 15	12 7 23	144	1.0	0 1	130	1	43	1 10	190	88		1	1	1.00	150	-	1 3			-	-	7		
Set	Sel			1	1	-			_	-	-	1	-		-	1	-	-	-	-	-	-	-	۳	1	-	1
Section Delication Delicati	-	_		-	+-	\vdash	-	\vdash	-	-	-	Н	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	_	-
Set Manual y contribute on a series of the set of the s	2007		-	-	+-	-	-	-	-	-	-	H		-	_	-	-			_		_	_	_	-		_
Section of the sectio		-	-	-	+	-	_	\vdash	_		_	-	_	_	_	_		_	_	Н	_	_	_	_	┺	_	_
Signature of the property of t		_	1		1																						
Section of the control of the contro									1				2503	400000												2000000	
Services representation of the control of the contr																											
Section of the control of the contro	Set													-											1		1-
Section of the control of the contro	Sci			_	1			-			_	1	****		_	-	-		-	-	-	-	-	1-	-	-	-
Total symptoms with a consequence of the control of		_	-	+	+	Н	-	-		-	-	Н			├	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total symptoms with a consequence of the control of		_	-	-	+	Н	-	-	-	-	-	Н	-		-	Н	-	-	_	-	_	-	_	-	-		-
Entre Departors in the Company of th	The state of the s	_	-	4	-	Н				_	_																
Exercise recognision remail Contract Contrac																											
Desta Version Linea	Soi																										
Description Construction Con	Terapia reentglade renal			T	П																		_	_			1
Exclusions Exclus	Comp. sanguiteres.			_																\vdash	_	_	-	-	-	-	-
Exclusions Exclus	Medicamentos			+		\vdash		\vdash			\neg	\vdash		-			-	-	-	Н	-		-	\vdash	-	-	-
ENGLANDED TO THE PROPERTY OF T			-	1		\vdash		\vdash	-	-	-	-	\neg	-	-	Н	Н	-	-	\vdash	-	\vdash	-	-		-	-
EDUCACIO N. CONTINUA Y CAPACITACION PARA EL ALTA Tendes originatos de las heridas NOTAS CL. IN CA.S DE EVOLUCION DE S. R. N. C. A.S DE EVOLUCION DE S. R. N. C. C. D. S. R. R. V. C. D. R. R. S. R. R. V. C. D. R. R. S. R. R. V. C. D. R. R. S. R. R. V. R. V. C. D. R. R. S. R. R. V. R. V. C. D. R. R. S. R. R. V. R. V. C. D. R. R. S. R. R. V. R. V. C. D. R. R. S. R. R. V. R. V. C. D. R. R. S. R. R. V. R. V. C. D. R. R. S. R. R. R. V. R. V. R. R. R. V. R. V. R. R. R. V. R. V. R. R. V. R. V. R. R. V. R. V. R. R. V. R. V. R. R. R. V. R. V. R. R. R. V. R. V. R. R. V. R. R. V.	THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TRANSPORT OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	_	_	-	-	-	-	-	-	-	ļ
Personal Sections (Constitution of Constitution of Constitutio		-	-	-	-			-	-	-		-			-	-	-	-		-				-	-	-	
EDUCACION CONTINUA Y CAPACITACION PARA EL ASTA Tenformo inspersora in contrato de natura esta del conservo de succesar el conservo de natura de senso a procesar el contrato de la brancia de senso a procesar el contrato de la brancia de senso a procesar el contrato de la brancia de senso a procesar el contrato de la brancia de senso a procesar el contrato de la brancia de senso a procesar el contrato de la brancia de senso a procesar el contrato de la brancia de senso a procesar el contrato de la brancia de senso a procesar el contrato de la brancia de la		-	-	-	\vdash	_			4			-															
Services and servi			-	_	1																						
Personal contents to la harmon according to the harmon		-																									
Personal de Enfermeria Source de Sancia de la harrida de	Serun recupitions			_																							
Notice Distriction Seasons Seasons (1) Indice uniquened Seasons (2) Individual interests (1) Ind	1												2200	sterm at	100												
Times INCREOS RURIDOS BALANZE INDICE URINARIO BALANZE TOTAL BALANZE ACUMBANDO Marticino ()																										115233	
Times INCREOS RURIDOS BALANZE INDICE URINARIO BALANZE TOTAL BALANZE ACUMBANDO Marticino ()	Dreneje		T	T					1	1		T						-		7			-				
NOTAS CLINICAS Considere et au reporte direct de major o que production de related plus antique de major o participation de respectation de related plus antique de major o participation de servicio de la production de major o participation de servicio de la production de la considera			T			\neg				-		1	7	_	Н		-	-	-	-	-		-		\vdash	_	-
NOTAS CLINICAS Considere et au reporte direct de major o que production de related plus antique de major o participation de respectation de related plus antique de major o participation de servicio de la production de major o participation de servicio de la production de la considera			1	1		\neg		-	7	1	-	-	-	-	Н		-	-	-	-	-	-	\dashv	-	\vdash		_
NOTAS CLINICAS Considere et au reporte direct de major o que production de related plus antique de major o participation de respectation de related plus antique de major o participation de servicio de la production de major o participation de servicio de la production de la considera		-	-	+		-	_	-	-+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
NOTAS CLINICAS Considere et au reporte direct de major o que production de related plus antique de major o participation de respectation de related plus antique de major o participation de servicio de la production de major o participation de servicio de la production de la considera		\neg	-	+	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	_	-	-	_		_
NOTAS CLINICAS Considere et au reporte direct de major o que production de related plus antique de major o participation de respectation de related plus antique de major o participation de servicio de la production de major o participation de servicio de la production de la considera	- I					-				-								_									
EDUCACION CONTINUA Y CAPACITACION FARE EL ACTA **Verificar que los califedres principiles o vertexités del suserio restitues departiculés para les grovencies de l'engre est inhigatellataire. ###################################	VWSDWF0ING -		\perp	***************************************	(2000000	0.072.753			fotal fotal	de in	giran granu	ids Ni					Salis	MUZ A	eruen eruen	دون دون	n dia n de	aitte Nery	or side		i
EDUCACION CONTINUA Y CAPACITACION FARE EL ACTA **Verificar que foi calebrativos primipales o vertivates del susance restaura capacitación pien le governo de la fregue estra hispatelarios **Si Manneso y confesiolo de las herestas (.) Manneso y quadrativo de sus monecasos (.) Manneso y quadrativo de sus monecasos (.) Manneso y quadrativo de sustava execusar (.) Manneso y provincione de sustava que provincione de sustava execusar (.) Manneso y provincione de sustava execusar (.) Manneso y provincione de sustava que provincione de sustava execusar (.) Manneso y provincione de sustava de provincione de sustava execusar (.) Manneso y provincione de sustava de sustava provincione de sustava por grandato (.) Manneso y provincione de sustava de provincione de sustava por grandato (.) Manneso y provincione de sustava de provincione de sustava que por grandato (.) Manneso y provincione de sustava de sustava y provincione de sustava que por grandato (.) Manneso y provincione de sustava de sustava y provincione de sustava y provincio		ALL T		OTA		y y	4 0 C /				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		1
*** The Property operation (in the property of the Company of the			N	01A		y y	1161				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
*** The Property operation (in the property of the Company of the		orto Zono Smo	N.	0 T A		y y	1 / C /				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
*** The Property operation (in the property of the Company of the		orts June Smo	N N	O T A		y y	4 (E)				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
*** The Property operation (in the property of the Company of the		tino	N	0 T A		y y	N I C I				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
*** The Property operation (in the property of the Company of the			N to the same	OTA		y y	N I C J				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
Telephone y conduction for law harmonia of the control of the cont		Sept Sept Sept Sept Sept Sept Sept Sept		O Y A		y y	11(C)				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
*** The Property operation (in the property of the Company of the		542 522		01 A		y y	eve,				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
Telephone y conduction for law harmonia of the control of the cont		100		0 T A		y y	e se c				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
Telephone y conduction for law harmonia of the control of the cont		500		0 T A		y y	eve,				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
Township of goal for confidence previous or with rate of a consent results of goals in growing in an images and shapphare in St. Managary confidence on the internal control of the internal control		See		0 T A		y y	# # C J				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
Telephone y conduction for law harmonia of the control of the cont		See See		0 T A		y y	W S C J				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
Telephone y conduction for law harmonia of the control of the cont		500		0 T A		y y	W S C J				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
Telephone y conduction for law harmonia of the control of the cont		500		OTA Maria		y y	e 1 C J				Total Total Bater	de in de es	gjans grans tus	N					Date 25	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
### Statement of Contraction of the Notice of Contraction of Contraction of the Notice of Contraction of Contraction of the Notice of Contraction of Contractio		The Control of the Co			5 6	1		14.5	0 t	100	Total Total Total Total Total Total	2	No.	7 0	83	東京 宋(6)	V A £xy Hors	en	30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 3	CACE CACE		ulad ulad	o da o de O ER	hery (24)	W (2)		
C. Markey y consistent de accessor executar C. Markey y consistent de accessor C. Markey y	Considere en ucus Museu			EOU	SC	100	CON		0.1	100	Total	Service Servic	E AND STATE	1/ 0 db.see	8 3 (DE	£ 8 %	V A £vy Niges	210	24 (s) 25 (s) 2 (s)	COCCE E S × NO	320	Section of the sectio	O da o de O ES	hery (24)	W (2)		
C. Markey y consistent de accessor executar C. Markey y consistent de accessor C. Markey y	Considere en ucus Museu			EOU	SC	100	CON		0.1	100	Total	Service Servic	E AND STATE	1/ 0 db.see	8 3 (DE	£ 8 %	V A £vy Niges	210	24 (s) 25 (s) 2 (s)	COCCE E S × NO	320	Section of the sectio	O da o de O ES	hery (24)	W (2)		
C. Markey y consistent de accessor executar C. Markey y consistent de accessor C. Markey y	Considere en ucus Museu			EOU	SC	100	CON		0.1	100	Total	Service Servic	E AND STATE	1/ 0 db.see	8 3 (DE	£ 8 %	V A £vy Niges	210	24 (s) 25 (s) 2 (s)	COCCE E S × NO	320	Section of the sectio	O da o de O ES	hery (24)	W (2)		
C. Markey y consistent de accessor executar C. Markey y consistent de accessor C. Markey y	Considere en ucus Museu			EOU	SC	100	CON		0.1	100	Total	Service Servic	E AND STATE	1/ 0 db.see	8 3 (DE	£ 8 %	V A £vy Niges	210	24 (s) 25 (s) 2 (s)	COCCE E S × NO	320	Section of the sectio	O da o de O ES	hery (24)	W (2)		
C. Markey y consistent de accessor executar C. Markey y consistent de accessor C. Markey y	Considere en ucus Museu			EOU	SC	100	CON		0.1	100	Total	Service Servic	E AND STATE	1/ 0 db.see	8 3 (DE	£ 8 %	V A £vy Niges	210	24 (s) 25 (s) 2 (s)	COCCE E S × NO	320	Section of the sectio	O da o de O ES	hery (24)	W (2)		
El Presentation de Landes du principal y entancia. El Presentación de Landes du parte las extensión de Landes de Landes de Landes du parte la calesce de Landes de	Considerate on success	S Door of any		EOU	SC	100	(0)	X 5 1	0 t	V :	CAP	Cro	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	8 S (C) (C)	£ 8 %	EU SU	ALT A	Sur a	COCI		Section 1	0 da 0 de 0 an	2 243 2 243 3 2 243			
SE Proventique de Lamber du ambient que etitamina SE Proventique de Lamber du matie se explemina SE Proventique de Lamber du matie se explemina SE Proventique de Lamber du matie se explemina SE Proventique de Lamber d	Considerate on success	S Door of any		EOU	SC	100	(0)	X 5 1	0 t	V :	CAP	Cro	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	8 S (C) (C)	£ 8 %	EU STA	AR TO	2 N 2 N 2 N 2 N 2 N 2 N 2 N 2 N 2 N 2 N	OCT S		Marin Marin	O day	2005 3005 3005 3005 3005 3005 3005 3005			
Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia Personal de Enfarentia	Considere en ur reg 16,000 1	Sherificar o		tou	SC	100	CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR O	V 7119	101 300 100 100 100 100 100 100 100 100	W I See	CAP DE CAP	CTO CO	FA.	C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	F 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	£ 8 %	V A	Act of the second	A water	COCCE S		MARINE CONTRACTOR OF THE PARTY	O dia o de la compania del compania del compania de la compania del com	243			
COMES PERDICIPIES POR REALIZAZ: (conque, intercerentas, escubos de absorutorio y pros) FIRMAS FURNAS FURNAS MARTUTINOS TURNO NOCTURNO Regions con control según Numbro Complete, Numbro de sidade proncional y Toma Personal de Enfantación	Considere en europia. Mileto Mileto Considere en europia. Consid	Special and a sp		£500	SC	100	(0) (0) (0) (0) (0) (0) (0) (0) (0) (0)	V 712	Ot Substitute of the substitut	Water State of the	CAP	ACI	TA CACC	CLOS	F 5 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	2 R C	V A	Act of the second	A water	COCCE S		MARINE CONTRACTOR OF THE PARTY	O dia o de la compania del compania del compania de la compania del com	243			
Fidewark Fidewa	Considere en ucung Militari Militari Si Managay conflicto de la Collega y statistico de la El Presentação de ladeiga de ladeiga de la El Presentação de ladeiga de ladeiga de ladeiga de la El Presentação de ladeiga de ladeiga de ladeiga de ladeiga de la El Presentação de ladeiga de la Presentação de la Presenta	Services of Control of		£500	SC	10	(0) No.	V 114	Ot Sales	V	CAP	2 C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	TA	CLOS	F 5 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	2 R C	V A	ALT.	A Common of the	COCCE S S S S S S S S S S S S S S S S S S		Maria	O dia o de O ES de O E	243 243 243 253 253 253 253 253 253 253 253 253 25			
Nagione de linte legible Numbre Cemplent, Numbre de salaula protecional y Times Plansonal de Enfantesia	Considere en surrey Méteu Méteu Si Municipi y continues de la Colificia	See More of		E O U	CAC	10%	(CON)		OT OT OT OTHER PROPERTY OF THE	V ()	CAP	2 C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	TA	CLOS	F 5 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	2 R C	V A	ALT.	A Common of the	COCCE S S S S S S S S S S S S S S S S S S		Maria	O dia o de O ES de Control de Con	243 243 243 253 253 253 253 253 253 253 253 253 25			
Nagione de linte legible Numbre Cemplent, Numbre de salaula protecional y Times Plansonal de Enfantesia	Considere en surrey Méteu Méteu Si Municipi y continues de la Colificia	See More of		E O U	CAC	10%	(CON)		OT OT OT OTHER PROPERTY OF THE	V ()	CAP	2 C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	TA	CLOS	F 5 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	2 R C	V A	ALT.	A Common of the	COCCE S S S S S S S S S S S S S S S S S S		Maria	O dia o de O ES de Control de Con	243 243 243 253 253 253 253 253 253 253 253 253 25			
Nagerow son Inne legible Nombre Combines, Numero de súdule profesional y Toma Personal de Enferenceia	Considere en surrey Méteu Méteu Si Municipi y continues de la Colificia	See More of		E O U	CAC	10%	(CON)		OT OT OT OTHER PROPERTY OF THE	V ()	CAP	2 C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	TA	CLOS	F 5 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	2 R C	V A	ALT.	A Common of the	COCCE S		Maria	O dia o de O ES de Control de Con	243 243 243 253 253 253 253 253 253 253 253 253 25			
Personal de Enfannacia	Considere en scription (August 1994) Si Managery pustionals de la Considere en scription (August 1994) Si Managery pustionals de la Considere en scription (August 1994) Si Pravagery pustionals de la Considere en scription (August 1994) Si Pravagery pustionals de la Considere en scription (August 1994) Si Pravagery pustionals de la Considere en scription (August 1994)	The Business of the State of th	Control of the Contro	E O U	CAC	10 %	CONTROL OF THE PERSON OF THE P	VFILE STATE OF THE	O-E	V Company	CAP	Se es	FA Section	CLOSS CONTRACTOR CONTR	F 5	E R	EL	ALT CONTRACTOR OF THE CONTRACT	Series Se	COCCE S S S S S S S S S S S S S S S S S S			Control of the contro	Poly (24)			
	Considere en scription (August 1994) Si Managery pustionals de la Considere en scription (August 1994) Si Managery pustionals de la Considere en scription (August 1994) Si Pravagery pustionals de la Considere en scription (August 1994) Si Pravagery pustionals de la Considere en scription (August 1994) Si Pravagery pustionals de la Considere en scription (August 1994)	The Business of the State of th	Control of the Contro	E O U	CAC	10 %	0 50 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	V FILE	O-E	V Company	CAP	ACI	TA TA	C C C C S S S S S S S S S S S S S S S S	F 3 () () () () () () () () () (£ (0)	EL	80 PM	A control of the cont	POCE AND ADDRESS OF THE POCE A		Maria	Control of the contro	Poly (24)			
Supervisión (Jele de servisio	Considere en current Marie Mar	lighter de la company de la co	Control of the Contro	E O U	CAC	10 %	0 50 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	V FILE	O-E	V Company	CAP	ACI	TA TA	C C C C S S S S S S S S S S S S S S S S	F 3 () () () () () () () () () (£ (0)	EL	80 PM	A control of the cont	POCE AND ADDRESS OF THE POCE A		Maria	Control of the contro	Poly (24)			
Supervisión / Jefe de servicio	Considere en europias Santa Sa	lighter de la company de la co	Control of the Contro	E O U	CAC	10 %	0 50 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	V FILE	O-E	V Company	CAP	ACI	TA TA	C C C C S S S S S S S S S S S S S S S S	F 3 () () () () () () () () () (£ (0)	EL	80 PM	A control of the cont	POCE AND ADDRESS OF THE POCE A		Maria	Control of the contro	Poly (24)			
	Considere en europia Marco Mar	New Motors of the State of the	Control of the Contro	E O U	CAC	10 %	0 50 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	V FILE	O-E	V Company	CAP	ACI	TA TA	C C C C S S S S S S S S S S S S S S S S	F 3 () () () () () () () () () (£ (0)	EL	80 PM	A control of the cont	POCE AND ADDRESS OF THE POCE A		Maria	Control of the contro	Poly (24)			

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Fiemato - Oncelogía	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexioano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)
Firma:		Mylly	V ediant_
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB – PR – DM – SSC – JSHO – 01

Rev. 1

Hoja: 50 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.17 Nota de Gerencia Social / entrevista. Hoja 1 de 3.

Médico Integrador	Médico Integrador lemo tipo sanguíneo xpediente HRAEB lombre de paciente					
demo tipo sanguíneo compendente HRAEB Nombre de paciente Domicilio dad Estado civil Escolaridad Domicilio de trasplante: CPH autólogo CPH alógeno Diagnóstico Cuidador primario Parentesco Estavatura Familiar Nombre Edad Parentesco Escolaridad Ocupación Proveedor económico de la familia: Proveedor económico de la familia: Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes Institucionales o programas de apoyo Social:	lemo tipo sanguineo xpediente HRAEB lombre de paciente					
Nombre de paciente Domicilio Scadad	lombre de paciente					
Domicilio dad	lombre de paciente_					
istado civil	omicilio					_
ipo de trasplante: CPH autólogo	and any and					
ipo de trasplante: CPH autólogo	stado civil					
Proveedor económico de la familia: Ingreso familiar mensual	scolandad					
Diagnóstico Duidador primario Parentesco Estructura Familiar Nombre Edad Parentesco Escolaridad Ocupación Proveedor económico de la familia: Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:	ipo de trasplante:	-				
Parentesco Estructura Familiar Nombre Edad Parentesco Escolaridad Ocupación Proveedor económico de la familia: Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:	CPH autologo	CPH	alogeno_			
Parentesco						-
Proveedor económico de la familia: Ingreso familiar mensual Redes familiars de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						-
Nombre Edad Parentesco Escolaridad Ocupación Proveedor económico de la familia: Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						- #
Proveedor económico de la familia: Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:		France	Parantasas	Eroplasidad	Coupación	
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:	Nombre	Edua	ruremesoc	Escalarioca	Cooperion	
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:		_				
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:		_				
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:		_				
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Ingreso familiar mensual Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:	Proveedor económic	o de la fo	amilia:			
Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
Egreso familiar mensual Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:		(+S200)				
Redes familiares de apoyo Redes Institucionales o programas de apoyo Social:	ngreso familiar mens	nai				
Redes Institucionales o programas de apoyo Social:	Egreso familiar mensu	ıal				
Redes Institucionales o programas de apoyo Social:						
	Redes familiares de o	poyo				
						10
Obviewa ilia u Kalengajós da la familia:	Redes Institucionales	o progra	mas de apo	oyo Social:		
Objetion a line de la familia:						
Objects anti-continue sión de la familia:						
Clasificación y tipificación de la familia: Según su composición: NuclearExtensa	Clasificación y tipifico	ción de	la familia:			

22		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS)BIEN/STAR)
Firma:		AU Z	1/ Mally.
Fecha:	Julio 2025	/ Julio 2025	Julio 2025

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 51 de 55

Nota de gerencia social / entrevista. Hoja 2 de 3.

Integrada S Según su funcionalio Según sus complica	dad: Funcio	nal	Desimegrada, Disfunciona	11	
Interrumpida	Contraída	9	Reconstruida		
Problemáticas famil	iares detec	tadas	100011111111111111111111111111111111111		
Canaliaia					
Condiciones de la v Casa propia re					
Tipo de Vivienda	emada	presta	aa		
Cuarto redondo	Casa	Pural	Vasinded	C 2-1-	
Material de constru		KOIUI	vecinada	Casa 201a	_
		1.00	dera via Lámina	Otro	
Paredes: Ladrillo Techo: Cemento	Adobe_	Mader	a v/o Lámica	Otros	_
Piso: TierroC	Cemento	maac,	o yyo tamiina	Oiros	
Habitaciones:			030.000	II OS	-
Número de habitac	iones en la	viviendo	Número d	a Daytonor ook	
nabitación					
Tipo de baño: Dren	aie	Fosa Sér	atica Aire	libre	
				LIO/6	
Factores de riesgo					
bajos recursos econ-	ómicos				
nivel cultural y educ	ativo baio				
violencia					
alcoholismo					
drogadicción					
rabaauismo					
analfabetismo					
discapacidad	cual				
depresión					
ansiedad					
tx psiquiátricos					
enfermedades en la	familia			_==	
falta de apego al tro	tamiento				
obesidad					
desnutrición					
vivienda en condicio	nes de higi	ene y ais	lamiento para el t	ratamiento	
postrasplante					
vivienda sin servicios	públicos	c	uáles		
acceso a trasporte p	ublico	· ·	_ privado		
rasporte al Hraeb: p	rivado		_ público		
3-1-2					
Relato social:					

		CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adsgrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguno Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)		
Firma:	Mark to the same of the same o	Tuln	Will "		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025		

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 52 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Nota de gerencia	a social / entrevista. Hoja 3 de 3.
	7.
	Interpretación social:
	Evaluación social:
	Trabajo Social de Trasplante
	Nombre y firma : Cédula profesional:

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Serviçio de Hemato - Oncología	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajlo, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguio Social para el Bienestar (MSS-BIENES) AR)
Firma:		AMM	1/ Mary
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y
SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA
TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS



Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 53 de 55

10.18 Nota de Psicología.

27/06/2025 12:11 HO / IVEZ / PSICOLOGIA PACIENTE con diagnóstico de Aplasia Medular Severa por medio de BAMO (09.2024) en Hospital Oncológico de Chetumal, candidato a inicio de protocolo de trasplantes, de donador relacionado (hermana) (09.2024). Enviado a esta institución para continuar con proceso de trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico: con serología viral con inmunidad/exposición positiva para Hepatitis B, CMV. EBV. HSV-1 y Toxoplasma. IgM para HSV-2 resulta positiva (19.02.2025). Actualmente con los siguientes problemas clínicos: 1. Trasplante de células hematopoyéticas pluripotenciales (15.05.25) -- Falla primaria del injerto (10.06.25) día +42 3 -Aplasia Medular Severa -Anemia Grado IV normocitica normocrómica -Neutropenia moderada. --- Trombocitopenia grave. 4 - Ojo derecho Hemorragias vítrea, prerretiniana, subretiniana, Ojo izquierdo hemorragias subretiniana, pre Criterios de inclusión UCP: Estado de gravedad Alto riesgo de complicaciones. Control de sintomas. Sin alteraciones en el estado de conciencia. Disminución de agudeza visual, IK40%, no sale de cama. Lenguaje claro, congruente y coherente. Seguimiento con la cautela de respetar los límites de José Alfredo y su familia. Paciente se refiere "bien"(sic), sin dolor y/o necesidades. Viendo series en su tablet. Poca disposición a conversar, sin embargo, comunicación analógica sugiere necesidad y nerviosismo, por lo que la conversación se mantiene en el contenido de anterior Proceso de duelo anticipado. Allanza terapeutica establecida permite los constantes acercamientos. Plan-Seguimiento y acompariamiento. Recursos para el proceso funcional de adaptación a la enfermedad.

		CONTROL DE EMISIÓN	
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Julio Francisco-Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncelogía	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar /[MSS/BIENESTAR]
Firma:		411/2	V drund .
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025 •

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS IMSS-BIENESTAR

SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 54 de 55

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

10.19 Base de datos de pacientes TCPH.

					S ₂	so de		Gu de	QUINCTERAPIA DE	Docks (1) de cédades CONTRO (2018) (2014) A	Dock (2) de sidele COM-QUE (DM-A -	DOMESTO DE LA COMPONIONE DE LA COMPONION	Dade injerte de modellik i
*	NOMBRE PACIENTS	*	DOMENTE	1dad * 1	32,0	general .	AM	NO	BUCY	2.3		2.5	10
1				621	AUTO		ANA.	SI .	M6,300 N	13		3.5	10
2					4,5			NO	BAY	4		- 4	18
1				37 9	AL/10		Spirit	NO	SEAM	6.77		6,77	1.7
4				96 M	AUTO	- 2	NHCC68	NO.	BEAM	1,75		1.8	. 34
5				83.7	auto		202	98	M01200	13	*	2.2	100
								NO.	BUCH	4	0	- 4	52
7				28.90	440		LA .		BEAM	-0.7955	4.103	1,546	14
4				49.7	4470		NHDCG8	80		1.10		13	
*				29.7	Auto		м	SI	BEAM				
10				55.68	840		i,A	160	54.	2.86		2.6	
1.8				22 10	AUTO		106	NO	KE			1.6	
1.2				39.94	AUTO		(M	NO	BEASE	1.6		7	
11				34 M	Auto		×	Si .	BUNN	23		1.2	
14				£2 W	AU10		DOMEST.	80	BEAM	1.30			
15				55.8	AUTO		WW	NO	M\$1,200	4.0	2 4	4.	4 4

	DONADOR	EXPEDIENTE	ESTADO SEROLOGICO CMV PACIENTE	ESTADO SEROLOGICO CMV DONADOR	falla de injerto primario
PACIENTE	DONADOR		NEGATIVO	NEGATIVO	falla de injerto secundario
			POSITIVO	NEGATIVO	2do trasplante
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	NEGATIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			NEGATIVO	NEGATIVO	
1			POSITIVO	POSITIVO	
			NEGATIVO	NEGATIVO	
ı			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	NEGATIVO	
			NEGATIVO	NEGATIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
			POSITIVO	POSITIVO	
Į.					
1					
			CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR O		
!					

		CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:	
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chavez / Dr. Brain Maurilio Hernández García	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo	
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncolegia	Dirección Médica / Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS/BIENESTAR)	
Firma:		full m	Kuluu -	
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Juljo 2025	



SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

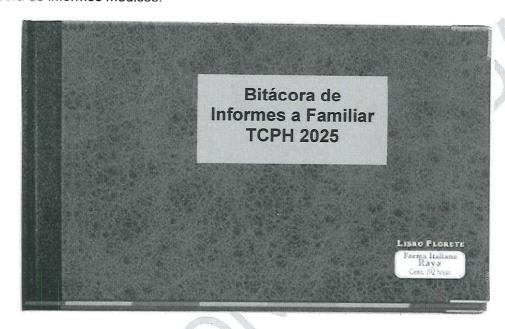


Código: HRAEB - PR - DM - SSC - JSHO - 01

Rev. 1

Hoja: 55 de 55

10.20 Bitácora de informes médicos.



		CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:		
Nombre:	Dr. Julio Francisco Godoy Fernández	Dr. Manuel José Rivera Chávez / Dr. Brain Maurilio Hernández Garcia	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo		
Cargo- puesto:	Jefatura de Servicio de Hemato - Oncología	Dirección Médica Subdirección de Servicios Clínicos	Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajio, adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS/BIJENESTAR)		
Firma:		shifty	Valuet -		
Fecha:	Julio 2025	Julio 2025	Julio 2025		