



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE INFRAESTRUCTURA, SERVICIOS MÉDICOS INDIRECTOS E
INTEGRACIÓN SECTORIAL
COORDINACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
INDIRECTOS

HOJA 1 DE 17

Formato -
Identificación:

VERSIÓN 1.0

Anexo de Reportes del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico

Coordinación para la Administración de Servicios Médicos Indirectos

Anexo de Reportes del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE INFRAESTRUCTURA, SERVICIOS MÉDICOS INDIRECTOS E INTEGRACIÓN SECTORIAL COORDINACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INDIRECTOS	HOJA 2 DE 17
		Formato - Identificación:
		VERSIÓN 1.0
Anexo de Reportes del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico		

Contenido

A. Objetivo 4

B. Anexos de reporte..... 4

1. Comprobante de Cita de Estudios de Laboratorio Clínico..... 5

2. Lista de Trabajo Automatizada de Laboratorio 6

3. Reporte de falla de los Equipos..... 7

4. Requerimiento y formato de envío de muestras..... 8

5. Informe Mensual del Laboratorio Clínico 9

6. Hoja de trabajo 11

7. Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) - Personas Atendidas y Estudios
Realizados 12

8. Resultados de Laboratorio 13

9. Resultados de Laboratorio – Mensajería HL7..... 14

10. Orden de Laboratorio – Mensajería HL7 15

11. Modificar Orden de Laboratorio – Mensajería HL7 16

12. Cancelar Orden de Laboratorio – Mensajería HL7 17



Control de versiones del documento

Versión	Fecha	Descripción	Responsable
0.1	20/11/2024	Creación del documento	Margarita Martínez Arias Adriana Piña Evangelista
0.2	22/11/2024	Revisión del documento	Miguel Angel Sosa Velázquez
1.0	25/11/2024	Aprobación del documento	Carlos Ramirez Ramos



A. OBJETIVO

El objetivo de este documento es establecer y estandarizar los formatos de reporte utilizados en el Sistema de Información del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico. Estos formatos están diseñados para dar cumplimiento a la Normativa Vigente, asegurando la precisión, consistencia y eficiencia en el de los estudios de laboratorio clínico.

B. ANEXOS DE REPORTE

Los formatos de reporte aquí detallados forman la sustancia esencial del documento.



1. COMPROBANTE DE CITA DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



COMPROBANTE DE CITA DE LABORATORIO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
(OOAD O UMAE QUE ATIENDE)
(UNIDAD MÉDICA)

CODIGO DE BARRAS
FOLIO ORDEN DE LABORATORIO

Folio de la Orden: [FOLIO]

FECHA Y HORA: _____
TIPO DE SOLICITUD: _____
PACIENTE: _____
NSS: _____ AGREGADO MÉDICO: _____
EDAD: _____ GÉNERO: _____

LABORATORIO DE ORIGEN: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____

Estudios Solicitados

Estudio: (Nombre del estudio con abreviatura)

Indicaciones para el Paciente

Indicaciones: (Nombre del estudio con abreviatura e indicaciones a seguir para la realización del estudio)

En caso de dudas, pase al Laboratorio Clínico



2. LISTA DE TRABAJO AUTOMATIZADA DE LABORATORIO

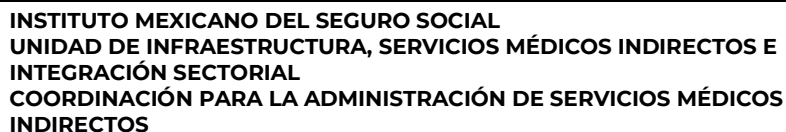
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Lista de Trabajo

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
(OOAD O UMAE QUE ATIENDE)
(UNIDAD MÉDICA)

Sección de laboratorio:							
Fecha:							
Filtros de búsqueda:							
No.	Folio	Nombre del Paciente	Fecha	Servicio	Estudio	Origen	Observaciones
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

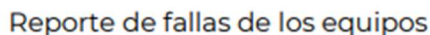


**Formato -
Identificación:**

VERSIÓN 1.0

Anexo de Reportes del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Reporte de Incidente en el Servicio

A. Reporte

- ### B. Equipo o Incidente Reportado

5. Fecha de Atención de la Incidencia _____
6. Fecha de Cierre de la Incidencia _____
7. Número de días que excedió el nivel de Servicio, si es el caso: _____

Nombre y Firma
Representante del Proveedor



4. REQUERIMIENTO Y FORMATO DE ENVÍO DE MUESTRAS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Requerimiento y formato de envío de muestras

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
(OAO O UMAE QUE ATIENDE)
(UNIDAD MÉDICA)

Unidad Médica que refiere:							
Fecha y hora:							
Lugar que recibe:							
Jefe o encargado del Servicio:							
Teléfono:				Extensión:			
Para envío a:	☐ Centro Regional de Alta Productividad (CRAP) ☐ Laboratorio de Referencia ☐ Laboratorio Alternativo						
No.	No. de folio	Nombre	NSS	Grupo de Estudios	Clave CPIM	Estudio	Descripción u Observaciones
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Laboratorio de Origen.

Nombre, matrícula y firma de quien entrega las
muestras para su traslado*

Nombre y Firma

Nombre y firma de quien recibe las muestras
para su traslado**

*Personal IMSS

**Personal Proveedor



5. INFORME MENSUAL DEL LABORATORIO CLÍNICO

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Informe Mensual del Laboratorio Clínico

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
(OOAD O UMAE QUE ATIENDE)
(UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA)

Mes:			
Información correspondiente al periodo			
Proveedor:			
Número de Contrato:			
Número	Grupo	Número de Estudios Realizados	Importe sin I.V.A.
1	Química Clínica		
2	Hematología		
3	Coagulación		
4	Coagulación Especial		
5	Examen General de Orina		
6	Gases en Sangre		
7	Microbiología		
8	Inmunología		
9	Hormonas		
10	Marcadores Tumorales		
11	Autoinmunidad		
12	Serología		
13	Fármacos		
14	Hemoglobina Glucosilada		
15	Citometría de Flujo		
16	Citogenética		
17	Electroforesis		
18	Trasplantes		
19	Micobacterias		
20	Biología Molecular		
21	Carga Viral		
22	FISH		
23	Pruebas Especiales		
24	Insumos		
Total			

Grupo	Grupo	CLVE CPIM	Estudio	Número de Estudios Realizados	Importe sin I.V.A.
01	Química Clínica	40.01.001	Ácido Úrico		
01	Química Clínica	40.01.002	Urea/Nitrógeno Ureico		
01	Química Clínica	40.01.003	Creatinina		
01	Química Clínica	40.01.004	Microalbúmina		
01	Química Clínica	40.01.005	Proteínas totales		
01	Química Clínica	40.01.006	Microproteínas en líquidos		



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Informe Mensual del Laboratorio Clínico

01	Química Clínica	40.01.007	Albumina		
01	Química Clínica	40.01.008	Bilirrubina Directa		
01	Química Clínica	40.01.009	Bilirrubinas Totales		
01	Química Clínica	40.01.010	Fosfatasa Alcalina		
01	Química Clínica	40.01.011	Gamma Glutamil Transferasa (GGT)		
01	Química Clínica	40.01.012	Aspartato Amino Transferasa (AST)		
01	Química Clínica	40.01.013	Alanina Amino Transferasa (ALT)		
01	Química Clínica	40.01.014	Lactato Deshidrogenasa (DHL)		
01	Química Clínica	40.01.015	Amilasa		
01	Química Clínica	40.01.016	Lipasa		
01	Química Clínica	40.01.017	Glucosa		
01	Química Clínica	40.01.018	Colesterol		
01	Química Clínica	40.01.019	Colesterol, Lipoproteínas de Alta Densidad (HDL)		
01	Química Clínica	40.01.020	Colesterol, Lipoproteínas de Baja Densidad (LDL)		
01	Química Clínica	40.01.021	Triglicéridos		
01	Química Clínica	40.01.022	Mioglobina, cuantitativa		
01	Química Clínica	40.01.023	Creatin Fosfoquinasa (CPK) Total		
01	Química Clínica	40.01.024	CPK, fracción MB enzimática (CPK-MBe)		
01	Química Clínica	40.01.025	CPK, fracción MB masa (CPK-MBm)		
01	Química Clínica	40.01.026	Potasio		
01	Química Clínica	40.01.027	Sodio		
01	Química Clínica	40.01.028	Cloro		
01	Química Clínica	40.01.029	Calcio		
01	-	-	-		

NOMBRE Y FIRMA

JEFE O ENCARGADO DE LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA

DIRECTOR O RESPONSABLE DE LA
UNIDAD MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA

REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR



6. HOJA DE TRABAJO

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Hoja de Trabajo

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
(OAO O UMAE QUE ATIENDE)
(UNIDAD MÉDICA)

Sección: Examen General de Orina Fecha:

No.	Folio		Nombre				NSS		Servicio	
	pH	Leuc	Nitritos	Proteínas	Glucosa	Cetonas	Bilirru	Urobilin	Hemogl	Densidad
Química										
Microscopia	Celularidad		Cristales		Cilindros		Microorganismos		Observaciones:	

No.	Folio		Nombre				NSS		Servicio	
	pH	Leuc	Nitritos	Proteínas	Glucosa	Cetonas	Bilirru	Urobilin	Hemogl	Densidad
Química										
Microscopia	Celularidad		Cristales		Cilindros		Microorganismos		Observaciones:	

No.	Folio		Nombre				NSS		Servicio	
	pH	Leuc	Nitritos	Proteínas	Glucosa	Cetonas	Bilirru	Urobilin	Hemogl	Densidad
Química										
Microscopia	Celularidad		Cristales		Cilindros		Microorganismos		Observaciones:	

No.	Folio		Nombre				NSS		Servicio	
	pH	Leuc	Nitritos	Proteínas	Glucosa	Cetonas	Bilirru	Urobilin	Hemogl	Densidad
Química										
Microscopia	Celularidad		Cristales		Cilindros		Microorganismos		Observaciones:	

No.	Folio		Nombre				NSS		Servicio	
	pH	Leuc	Nitritos	Proteínas	Glucosa	Cetonas	Bilirru	Urobilin	Hemogl	Densidad
Química										
Microscopia	Celularidad		Cristales		Cilindros		Microorganismos		Observaciones:	

No.	Folio		Nombre				NSS		Servicio	
	pH	Leuc	Nitritos	Proteínas	Glucosa	Cetonas	Bilirru	Urobilin	Hemogl	Densidad
Química										
Microscopia	Celularidad		Cristales		Cilindros		Microorganismos		Observaciones:	



7. SISTEMA DE INFORMACIÓN MÉDICO OPERATIVO (SIMO) - PERSONAS ATENDIDAS Y ESTUDIOS REALIZADOS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Sistema de Información Médico Operativo (SIMO)
Personas Atendidas y Estudios Realizados

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
(OOAD O UMAE QUE ATIENDE)
(UNIDAD MÉDICA)

Mes:								
Período:								
Día	Total		Hospitalización		Origen Urgencias		Consulta Externa	
	Pacientes Atendidos	Estudios Realizados	Pacientes Atendidos	Estudios Realizados	Pacientes Atendidos	Estudios Realizados	Pacientes Atendidos	Estudios Realizado
26								
27								
28								
29								
30								
31								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
Total								



8. RESULTADOS DE LABORATORIO

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
(OQAD O UMAE QUE ATIENDE)
(UNIDAD MÉDICA)

CODIGO DE BARRAS

Folio de la Orden

FECHA Y HORA: 26/4/22 15:37:00

TIPO DE SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____

NSS: _____

EDAD: _____ GÉNERO: _____

LABORATORIO DE ORIGEN: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

SECCIÓN DE LABORATORIO

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	↑ = ↓	INTERVALO DE REFERENCIA
Nombre del Estudio (Método)	Resultado Alfanumérico	Resultado Alfanumérico		Resultado Alfanumérico

OBSERVACIONES:

Nombre y firma del responsable del Servicio o Sección de Laboratorio

Ejemplo:

QUÍMICA CLÍNICA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	↑ = ↓	INTERVALO DE REFERENCIA
Glucosa (Espectrometría)	155	mg/dL	↑	70 - 125
Urea	50	mg/dL	=	14 - 50
Nitrógeno Ureico (BUN)	23.8	mg/dL	↑	6.5 - 23.4
Creatinina	1.14	mg/dL	=	0.7 - 1.2
Ácido Úrico	6.9	mg/dL	=	3.4 - 7.0

OBSERVACIONES: Suero icterico

Nombre y firma del responsable del Servicio o Sección de Laboratorio

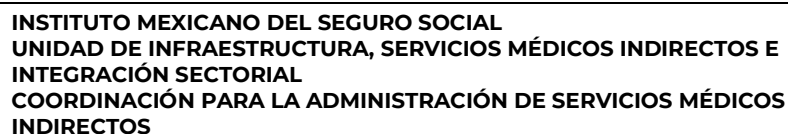
SEROLOGÍA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	↑ = ↓	INTERVALO DE REFERENCIA
V.D.R.L.	Negativo		=	Negativo

OBSERVACIONES:

Nombre y firma del responsable del Servicio o Sección de Laboratorio

Nombre y cédula profesional del responsable sanitario
Domicilio, teléfono y extensión del establecimiento



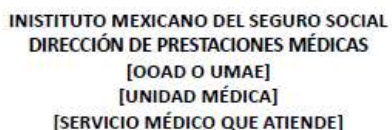
HOJA 14 DE 17

**Formato -
Identificación:**

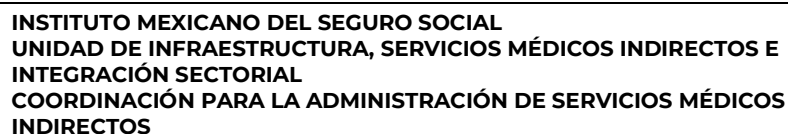
VERSIÓN 1.0

Anexo de Reportes del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico

9. RESULTADOS DE LABORATORIO – MENSAJERÍA HL7

[illegible]

FECHA DE IMPRESIÓN: DD/MM/YYYY HH24:MI



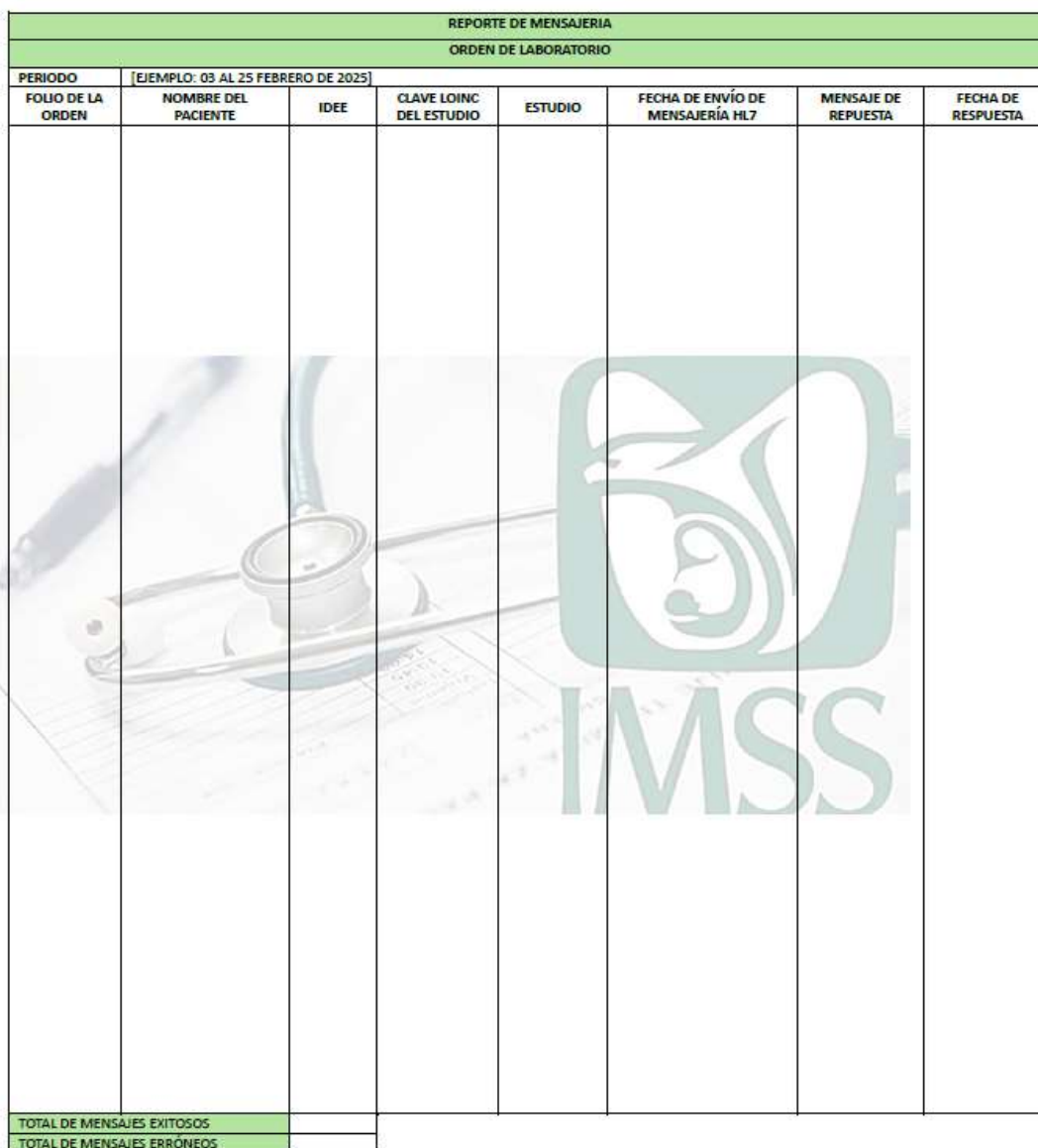
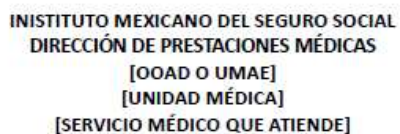
HOJA 15 DE 17

**Formato -
Identificación:**

VERSIÓN 1.0

Anexo de Reportes del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico

10. ORDEN DE LABORATORIO – MENSAJERÍA HL7



FECHA DE IMPRESIÓN: DD/MM/YYYY HH24:MI



12. CANCELAR ORDEN DE LABORATORIO – MENSAJERÍA HL7



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
[OOAD O UMAE]
[UNIDAD MÉDICA]
[SERVICIO MÉDICO QUE ATIENDE]



REPORTE DE MENSAJERÍA						
CANCELAR ORDEN DE LABORATORIO						
PERIODO	[EJEMPLO: 03 AL 25 FEBRERO DE 2025]					
FOLIO DE LA ORDEN	NOMBRE DEL PACIENTE	IDEE	FECHA DE ENVÍO DE MENSAJERÍA HL7	FECHA DE LA CANCELACIÓN	MOTIVO DE LA CANCELACIÓN	NOMBRE DEL PERSONAL QUE REALIZÓ LA CANCELACIÓN
TOTAL DE MENSAJES EXITOSOS						
TOTAL DE MENSAJES ERRÓNEOS						

FECHA DE IMPRESIÓN: DD/MM/YYYY HH24:MI