

HOJA DE REQUISITOS

La Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados (CLIDDA), atiende a los trabajadores en activo y aparentemente sanos (mujeres y hombres de 25 años de edad en adelante) de la Administración Pública que coticen al servicio médico del Instituto, que no estén en tratamientos por algún padecimiento crónico-degenerativo. Con base a lo anterior, es importante que los candidatos cumplan con los siguientes **requisitos**:

1. SER PROGRAMADO ANTICIPADAMENTE AL DIA DE SU CITA, A TRAVES DE SU DEPENDENCIA O REPRESENTACION SINDICAL.
2. ASISTIR **SOLOS (SIN ACOMPAÑANTES)** Y PUNTUALMENTE EL DIA Y A LA HORA INDICADA EN LA PARTE FRONTAL DEL PASE DE ATENCION; EN TURNO MATUTINO A LAS 7:00 HRS. Y EN TURNO VESPERTINO A LAS 13:30 HRS. **SEGÚN SEA EL CASO**. UNA VEZ INICIADO EL PROCESO DE ATENCION **NO ES POSIBLE INCLUIR A NADIE MAS EN EL SISTEMA.**
3. **DISPONER DEL TIEMPO SUFICIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS ESTUDIOS, LOS CUALES REQUIEREN POR LO MENOS DE DOS VISITAS A LA UNIDAD.**
4. PRESENTAR EN EL AREA DE ADMISIÓN SU PASE DE ATENCION CON TODOS LOS DATOS QUE SE SOLICITAN Y **TRAER UNA PLUMA DE TINTA NEGRA.**
5. IDENTIFICARSE MEDIANTE SU CURP, CREDENCIAL DE TRABAJADOR/ CREDENCIAL ELECTOR **Y COPIA DE SU ULTIMO TALON DE PAGO (quincenal).** **SIN ESTOS NO SE PODRA DAR ATENCION.**
6. ASISTIR EN AYUNO NO INGERIR ALIMENTOS DURANTE LAS **8 HORAS** ANTERIORES A SU CITA (**SI SU CITA ES EN EL TURNO MATUTINO CENAR ANTES DE LA MEDIA NOCHE. Y SI SU CITA ES EN TURNO DE LAS 13:30 HRS. DESAYUNAR ANTES DE LAS 6:00 AM UN POCO DE FRUTA Y JUGO SIN ENDULZANTES**) PUEDEN TRAER UN PEQUEÑO REFRIGERIO PARA QUE AL TÉRMINO DE LA TOMA DE SANGRE LO INGERAN Y EVITAR DESCOMPENSACIONES. ES IMPORTANTE CUMPLIR CON LAS HORAS DE AYUNO PARA NO ALTERAR RESULTADOS DE LABORATORIO.
7. **MUJERES** ASISTIR BAÑADAS SIN RIMEL NI MAQUILLAJE, CON ROPA COMODA (PANTS) Y ZAPATOS DE PISO, ROPA DE 2 PIEZAS, BLUSA DE MANGA CORTA, (NO TRAER DE NYLON), HOLGADA, CABELLO RECOGIDO Y SIN PANTIMEDIAS SI ES MAYOR DE 40 AÑOS ADEMÁS **SIN DESODORANTE, PERFUME, NI TALCO EN LAS AXILAS.**
VARONES ASISTIR BAÑADOS Y CON ROPA COMODA (PANTS) Y ZAPATOS DE PISO (NO TRAER DE NYLON), Y SI SON **MAYORES DE 40 AÑOS**, SIN RELACIONES SEXUALES 48 HORAS ANTES DE SU CITA.
EN AMBOS CASOS NO TRAER OBJETOS DE VALOR (CADENAS, MEDALLAS, PULSERAS, ETC)
8. ASISTIR CON SUS ANTEOJOS "LENTES DE ARMAZON". EN CASO DE UTILIZAR LENTES DE CONTACTO **RETIRARSELOS 24 HORAS ANTES**
9. **TRAER CONSIGO MUESTRA DE ORINA EN ENVASE DE PLASTICO NUEVO Y LIMPIO (NO TRAER DE VIDRIO).** DE LOS QUE VENDEN EN FARMACIA
 - a) DEBE CONTENER LA MUESTRA DE ORINA (PRIMERA DE LA MAÑANA 6:00HRS., SI SU CITA ES EN TURNO MATUTINO.)
 - b) RECOLECTAR LA DE LAS 12:00 hrs (MEDIO DÍA). SI SU CITA ES EN EL TURNO DE LAS 13:30 HRS.

LOS RESULTADOS DE ORINA PUEDEN ALTERARSE SI SE TIENE MAS DE 4 HORAS DE RECOLECTADA.

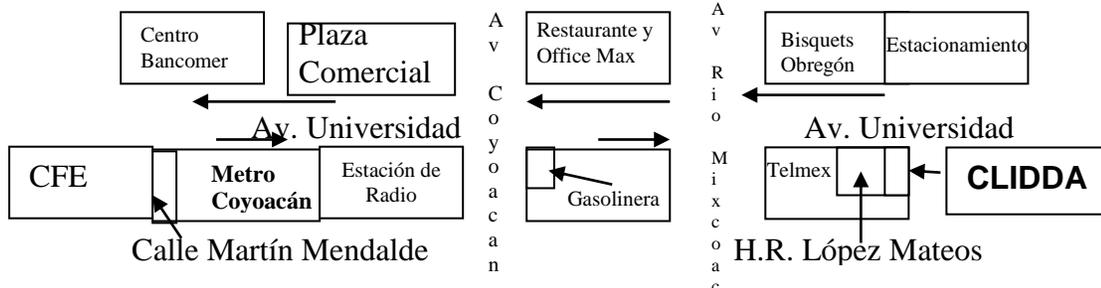
10. SE REALIZARA CITOLOGIA VAGINAL (PAPANICOLAOU) A LAS MUJERES QUE HAYAN TENIDO O TENGAN VIDA SEXUAL ACTIVA, POR LO QUE ES NECESARIO QUE ASISTA:
 - a) **SIN RELACIONES SEXUALES 48 HORAS PREVIAS A SU CITA**
 - b) SIN LAVADOS VAGINALES (UNICAMENTE ASEO EXTERNO NORMAL, NO INTERNO)
 - c) SIN MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL
 - d) SIN AMENAZA DE ABORTO
 - e) SIN PERIODO MENSTRUACION

EN CASO DE ESTAR EN EL PERIODO DE MENSTRUACION, SE LES REALIZARAN TODOS LOS ESTUDIOS A EXCEPCION DEL PAPANICOLAOU.

11. EN CASO DE EMBARAZO O SOSPECHA, NOTIFIQUELO A LA ENFERMERA AL INICIAR SUS ESTUDIOS.
12. EN CASO DE DETECTAR UNA ENFERMEDAD, ASISTIR A LA UNIDAD MEDICA DEL INSTITUTO QUE LE CORRESPONDA, PARA SU VALORACION Y MANEJO CORRESPONDIENTE.

PERMITANOS SERVIRLE, CON LA CALIDAD Y CALIDEZ QUE SE MERECE, CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS ANTES MENCIONADOS.

Ubicación de la CLIDDA





FAVOR DE LEER POR AMBOS LADOS Y LLENAR LOS DATOS QUE SE LE PIDEN

PASE PARA ATENCION

Favor de presentarse el día:

En el turno Matutino

Turno Vespertino

Ramo _____

Dependencia/Sindicato _____

Clínica de Adscripción _____

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DERECHOHABIENTE _____

CURP _____

NOMBRE _____

EDAD _____

SEXO _____

COLONIA _____

ALCALDÍA _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

He revisado mis datos y estoy consciente de que si no notifico algún error en los mismos al momento de presentar mi pase, será mi responsabilidad por lo que deslindo a la CLIDDA por algún error que se presente en ellos.

Nombre y firma de conformidad

Número de Carnet

Fecha de Segunda Cita

Hora de Segunda Cita

Nombre del Médico