

**Código**  
**PR-DAS-SME-06 R00**

**Fecha de emisión**  
**21/11/2025**

**Fecha de actualización**  
**No aplica**

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano y durante las Jornadas de Salud

## ÍNDICE

### Página

|                                         |   |
|-----------------------------------------|---|
| I. OBJETIVO                             | 2 |
| II. ALCANCE                             | 2 |
| III. FUNDAMENTO LEGAL                   | 2 |
| IV. DEFINICIONES                        | 2 |
| V. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO        | 3 |
| VI. INDICADOR                           | 4 |
| VII. ANEXOS                             | 4 |
| VIII. CONTROL DE CAMBIOS                | 5 |
| IX. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO | 5 |

"La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera."

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                   |                                                        |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>RENACIMIENTO MAYA<br/><b>YUCATÁN</b><br/>GOBIERNO DEL ESTADO   2024 - 2030</div> | <div>SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN</div> <div>Dirección de Asistencia Social</div> |                                                        |  |
| <div>Código</div> <div>PR-DAS-SME-06 R00</div>                                                                                                                          | <div>Fecha de emisión</div> <div>21/11/2025</div>                                                                 | <div>Fecha de actualización</div> <div>No aplica</div> |                                                                                    |
| <div>Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano y durante las Jornadas de Salud</div>                                |                                                                                                                   |                                                        |                                                                                    |

## I. OBJETIVO

Establecer las actividades necesarias para brindar atención odontológica en los Centros de Desarrollo Urbano y durante las Jornadas de Salud del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán, con la finalidad optimizar el proceso y mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.

## II. ALCANCE

Aplica al personal adscrito al Departamento de Servicios Médicos perteneciente a la Dirección de Asistencia Social del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

## III. FUNDAMENTO LEGAL

### Ámbito Federal

Artículo 4, de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículos 23, 24 fracciones I, II, III; 32, 33, fracciones I, II, III, IV; 50, 51, 51 bis 1, 51 bis 2, 51 bis 3, 58, fracciones I, III, IV, V, VI, VII; 79, 87, 88; 167, 168, fracciones I, VII; de la Ley General de Salud. Artículos 2 y 3; de la Ley de Asistencia Social.

Artículos 1, 2 fracciones VI, VII, XII, XXIV, XXVI; del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

### Ámbito Estatal

Artículos 4 fracción VIII; 9, fracciones I, III; de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social de Yucatán.

Artículo 7 apartado A, 11; fracción XXI, XXIII; Ley de Salud del Estado de Yucatán.

Artículo 43 del Estatuto Orgánico para el Sistema del Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

## IV. DEFINICIONES

Consulta odontológica: Entrevista y exploración física para recibir atención dental, que puede incluir diagnóstico, tratamiento, consejos o procedimientos específicos para la salud bucal.

CURP: Clave única de registro de la población.

INE: Documento de identificación oficial del usuario.

Medicamentos: Sustancia activa que puede prevenir o aliviar una enfermedad.

Padrón de personas beneficiarias: Relación de pacientes que reciban atención odontológica.

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

**Código**  
**PR-DAS-SME-06 R00**

**Fecha de emisión**  
**21/11/2025**

**Fecha de actualización**  
**No aplica**

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano y durante las Jornadas de Salud

Persona usuaria: La que recibe algún servicio de los programas.

Referencias: Envío del usuario a otro nivel de atención.

Salud: Es el equilibrio de bienestar físico, mental y social del individuo y no solo la ausencia de la enfermedad.

Tratamiento: Acciones utilizadas para recuperar la salud.

## V. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Enfermero (a)

1. Recepciona a la persona usuaria y solicita el documento oficial (INE), la clave única de registro de la población (CURP) en la sala de espera al momento de solicitar la consulta odontológica.
2. ¿La persona solicitante presenta los documentos necesarios?
  - Sí: Continúa en la actividad 4.
  - No: Continúa en la actividad 3.
3. Solicita a la persona usuaria la documentación faltante. Regresa a la actividad 1. **Fin del procedimiento.**
4. ¿La persona usuaria acude por primera vez?
  - Sí: Continúa en la actividad 6.
  - No: Continúa en la actividad 5.
5. Captura los datos de la persona usuaria en el formato F-PR-OCJ-02 de Padrón de personas beneficiarias. (Anexo 2).

Odontólogo (a)

6. Realiza entrevista clínica, colocando la información adquirida en el formato F-PR-BAC-01 Historia Clínica Odontológica (Anexo 3).
7. Realiza la consulta odontológica, se realiza el llenado de la Hoja Diaria de Estomatología. (Anexo 4).
8. Emite un diagnóstico odontológico.
9. Brinda la atención odontológica que la persona usuaria requiere.
10. ¿La persona usuaria requiere un segundo nivel de atención?
  - Sí: Continúa en la actividad 11.
  - No: Continúa en la actividad 12.

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

**Código**  
**PR-DAS-SME-06 R00**

**Fecha de emisión**  
**21/11/2025**

**Fecha de actualización**  
**No aplica**

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano y durante las Jornadas de Salud

11. Invita a la persona usuaria a acudir a su unidad médica de adscripción y/o particular para realizar seguimiento. **Fin del procedimiento.**

12. Brinda tratamiento odontológico.

13. ¿La persona usuaria requiere seguimiento?

- Sí: Continúa a la actividad 14.
- No: Continúa a la actividad 15.

14. Establece el periodo de tiempo para brindar la atención de seguimiento en sus consultas odontológicas.

15. Brinda orientación en salud bucal.

**Fin del procedimiento.**

#### VI. INDICADOR

| Indicador                                               | Fórmula                              | Unidad de medida | Periodicidad | Meta |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------|--------------|------|
| Promedio de atenciones odontológicas diarias otorgadas. | Número de consultas/Días de Consulta | Consulta         | Trimestral   | 35   |

#### VII. ANEXOS

| Código      | Nombre del anexo                                                                                                                           | Ubicación | AT*    | AC*    | PTC*    | Disposición final |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|--------|---------|-------------------|
| No aplica   | Diagrama de flujo del procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Urbano y durante las Jornadas de Salud | SME       | 5 años | 5 años | 10 años | Conservación      |
| PR-OCJ-02   | Padrón de personas Beneficiarias                                                                                                           | SME       | 3      | 3      | 6 años  | Eliminar          |
| F-PR-BAC-01 | Historia Clínica Odontológica                                                                                                              | SME       | 3      | 3      | 6 años  | Eliminar          |
| No aplica   | Hoja Diaria de Estomatología                                                                                                               | SME       | 3      | 3      | 6 años  | Eliminar          |

\*AT= Archivo de trámite; AC= Archivo de concentración; PTC= Plazo total de conservación.

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

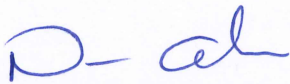
|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                       |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>RENACIMIENTO MAYA</b><br><b>YUCATÁN</b><br><small>GOBIERNO DEL ESTADO   2024 - 2030</small> | <b>SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN</b><br>Dirección de Asistencia Social |  |
| <b>Código</b><br><b>PR-DAS-SME-06 R00</b>                                                                                                                                        | <b>Fecha de emisión</b><br><b>21/11/2025</b>                                                          | <b>Fecha de actualización</b><br><b>No aplica</b>                                   |
| Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano y durante las Jornadas de Salud                                                    |                                                                                                       |                                                                                     |

**VIII. CONTROL DE CAMBIOS**

| Fecha      | Número de revisión | Actividad                                                                                                                            |
|------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21/11/2025 | 00                 | Generación del Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Urbano y durante las Jornadas de Salud. |

**IX. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO**

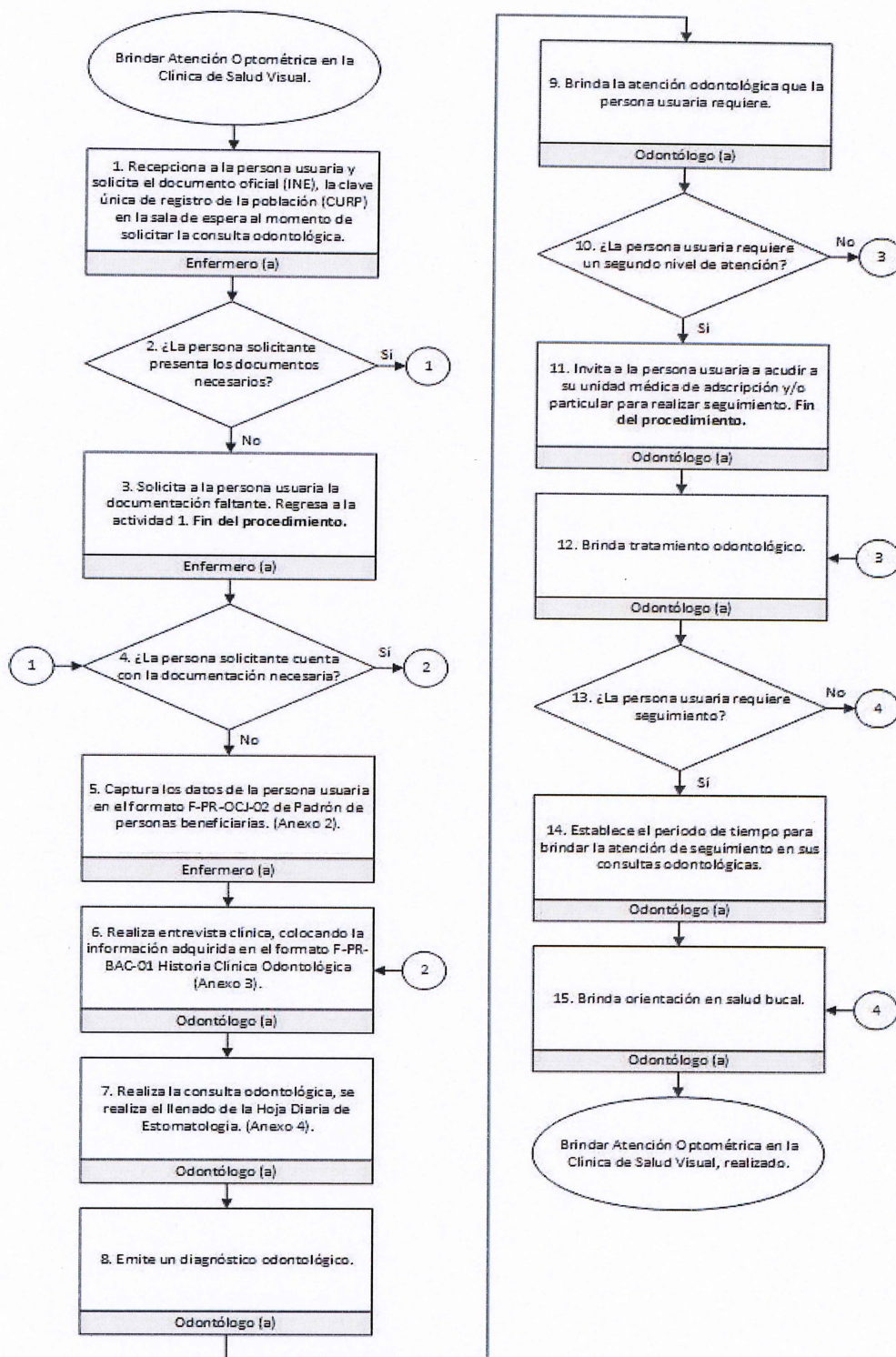
Autorizó



Lic. Doris Alejandra Nuñez Sulub  
Directora de Asistencia Social del Sistema para el  
Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

Procedimiento para Brindar Atención Odontológica en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano y durante las Jornadas de Salud



“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN**  
**Dirección de Asistencia Social**



## Padrón de Personas Beneficiarias

[illegible]

0-2



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN**  
**Dirección de Asistencia Social**



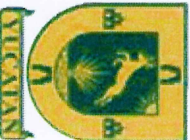
## Padrón de Personas Beneficiarias

[illegible]

79



## Padrón de Personas Beneficiarias

[illegible]

0-9

**SARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN**  
**Dirección de Asistencia Social**



## Padrón de Personas Beneficiarias

[illegible]

2

## Padrón de Personas Beneficiarias

[illegible]

q

Historia Clínica Odontológica



NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ALBERGUE/ASOCIACIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|                                   |    |    |                    |    |    |             |    |    |       |
|-----------------------------------|----|----|--------------------|----|----|-------------|----|----|-------|
| DIABETES                          | SI | NO | TIPO               | SI | NO | CONTROLADA? | SI | NO | DESDE |
| HIPERTENSION                      | SI | NO | TIPO               | SI | NO | CONTROLADA? | SI | NO | DESDE |
| HIPOTENSION                       | SI | NO | TIPO               | SI | NO | CONTROLADA? | SI | NO | DESDE |
| HEPATITIS                         | SI | NO | TIPO               |    |    |             |    |    |       |
| ALTERACIONES<br>HEMORRÁGICAS      | SI | NO | ESPECIFICAR        |    |    |             |    |    |       |
| PADECIMIENTOS<br>RENALES          | SI | NO | ESPECIFICAR        |    |    |             |    |    |       |
| ALTERACIONES<br>NEUROPSICOLÓGICAS | SI | NO | ESPECIFICAR        |    |    |             |    |    |       |
| CARDIOPATÍAS                      | SI | NO | ESPECIFICAR        |    |    |             |    |    |       |
| VII                               | SI | NO |                    |    |    |             |    |    |       |
| EMBARAZO                          | SI | NO | MESES DE GESTACIÓN |    |    |             |    |    |       |
| SUPLEMENTOS Y<br>VITAMINAS        | SI | NO | ESPECIFICAR        |    |    |             |    |    |       |
| OTRAS:                            | SI | NO | ESPECIFICAR        |    |    |             |    |    |       |
| T/A                               |    |    | GLUCEMIA CAPILAR   |    |    |             |    |    |       |

REVISIÓN BUCAL

MOTIVO DE CONSULTA

EXAMEN DE TEJIDOS Blandos:

SAÑO: \_\_\_\_\_ GINGIVITIS: \_\_\_\_\_ PERIODONTITIS: \_\_\_\_\_

OTRAS: \_\_\_\_\_

20-07

Historia Clínica Odontológica

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS**

|                                |    |    |                    |              |    |    |       |
|--------------------------------|----|----|--------------------|--------------|----|----|-------|
| ALERGIA A MEDICAMENTOS         | SÍ | NO | ESPECIFICAR        |              |    |    |       |
| TRATAMIENTO MÉDICO             | SÍ | NO | ESPECIFICAR        |              |    |    |       |
| DIABETES:                      | SÍ | NO | TIPO               | ¿CONTROLADA? | SÍ | NO | DESDE |
| HIPERTENSIÓN                   | SÍ | NO | TIPO               | ¿CONTROLADA? | SÍ | NO | DESDE |
| HIPO TENSIÓN                   | SÍ | NO | TIPO               | ¿CONTROLADA? | SÍ | NO | DESDE |
| HEPATITIS                      | SÍ | NO | TIPO               |              |    |    |       |
| ALTERACIONES HEMORRÁGICAS      | SÍ | NO | ESPECIFICAR        |              |    |    |       |
| PADECIMIENTOS RENALES          | SÍ | NO | ESPECIFICAR        |              |    |    |       |
| ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS | SÍ | NO | ESPECIFICAR        |              |    |    |       |
| CARDIOPATÍAS                   | SÍ | NO | ESPECIFICAR        |              |    |    |       |
| VIH                            | SÍ | NO |                    |              |    |    |       |
| EMBARAZO                       | SÍ | NO | MESES DE GESTACIÓN |              |    |    |       |
| SUPLEMENTOS Y VITAMINAS        | SÍ | NO | ESPECIFICAR        |              |    |    |       |
| OTRAS:                         | SÍ | NO | ESPECIFICAR        |              |    |    |       |
| T/A:                           |    |    | GLICEMIA CAPILAR:  |              |    |    |       |

**REVISIÓN BUCAL**

MOTIVO DE CONSULTA:

-----

**EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS:**

SANO: \_\_\_\_\_ GINGIVITIS: \_\_\_\_\_ PERIODONTITIS: \_\_\_\_\_

OTRAS: \_\_\_\_\_





## Historia Clínica Odontológica

[illegible]

