



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

INCMN/319/8/SS/069/2018

CONVENIO DE COLABORACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ESTUDIOS DE PET-CT QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, A QUIEN EN ADELANTE SE LE DENOMINARA "EL INSTITUTO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL DOCTOR DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL, QUIEN ES ASISTIDO POR EL DR. ELEAZAR IGNACIO ALVÁREZ, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR, Y LA M. EN C. EURÍDICE RIOJA GUERRERO, ENCARGADA DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA DE MEDICINA NUCLEAR, UNIDADES DE INVESTIGACIÓN MÉDICA Y RADIOINMUNOANÁLISIS, Y, POR LA OTRA PARTE, MÉDICA SUR, S.A.B. DE C-V-, A QUIEN EN LO SUCESIVO Y PARA EFECTOS DEL PRESENTE, SE LE DENOMINARÁ COMO "MÉDICA SUR", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA C.P. AURORA ZÁRATE ZÁRATE, EN SU CARACTER DE APODERADA LEGAL, DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

### DECLARACIONES

I. "EL INSTITUTO" a través de su Director General declara que:

I.1. Es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 3 fracción I, 9 y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2, 14 y 15 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 1, 2 fracción III y 5 Fracción III y 10 y 19 de La Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de Mayo del año 2000; 3 Fracciones IV; 32 Fracción II, III, IV del Estatuto Orgánico del Instituto, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el veinte de Octubre de dos mil nueve.

I.2. El Dr. David Kershenobich Stalnikowitz, Director General de "El Instituto" acredita su cargo mediante nombramiento de fecha 18 de junio de 2017, expedido por el Dr. José Ramón Narro Robles, Secretario de Salud, mismo que fue protocolizado en el acta número ciento cuarenta y siete mil ciento cinco, de fecha 17 de Julio de 2017, otorgada ante la fe del Lic. Ignacio Soto Borja y Anda, Titular de la Notaría Pública No. 129 del Distrito Federal, hoy Ciudad De México, por lo que en tal carácter tiene facultades para representar en este acto a "El Instituto, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19 fracción I de La Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

I.3. "EL INSTITUTO" cuenta en su Departamento de Medicina Nuclear con un equipó PET-CT de alta calidad que permite llevar a cabo estudios PET-CT a pacientes así como con personal altamente capacitado para proporcionar los servicios objeto de este convenio.

I.4. "EL INSTITUTO" tiene su domicilio ubicado en la Avenida Vasco de Quiroga, número 15, Colonia Belisario Domínguez, Sección XVI, Delegación Tlalpan, Código Postal 14080, Ciudad de México.

I.5. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público le otorgó el Registro Federal de Contribuyentes: INC710101RH7.

I.6. Que el presente convenio se suscribe con fundamento en el artículo 1, quinto párrafo de la Ley De Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 4 de su Reglamento.

II. "MÉDICA SUR" a través de su Apoderada Legal declara que:

Avenida Vasco de  
Quiroga No. 15  
Colonia Belisario  
Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
www.incmnsz.mx



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**INCMN/319/8/SS/069/2018**

- II.1. Es una Sociedad debidamente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, lo que acredita con la escritura pública número 194,510 de fecha 25 de enero de 1982, otorgada ante la fe del Notario Público 87 del entonces Distrito Federal, licenciado Tomas Lozano Molina.
- II.2 Mediante la escritura pública número 88,019 de fecha 18 de diciembre de 2006, otorgada ante la fe del Notario Público 99 del entonces Distrito Federal, licenciado José Luis Quevedo Salceda, se protocolizó el acta de asamblea general ordinaria y extraordinaria, mediante la cual se modificó la denominación social de la empresa para quedar como Médica Sur, S.A.B. de C.V.
- II.3 Se encuentra representada por la C.P. Aurora Zárate Zárate, en su calidad de Apoderada Legal, lo cual acredita con la escritura notarial número 111,096, emitido por la Notaria Pública número 30, cuyo titular es el licenciado Rafael Arturo Coello Santos.
- II.4. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público le otorgó el Registro Federal de Contribuyentes: MSU 820125 T58.
- II.6. Señala como domicilio para oír y recibir notificaciones el ubicado en: Puente de Piedra 150, Col. Toriello Guerra, Ciudad de México, C.P.14050.

Expuesto lo anterior, las partes sujetan su compromiso a la forma y términos siguientes:

### CLÁUSULAS

**PRIMERA. OBJETO:** "EL INSTITUTO" proporcionará dentro de sus instalaciones y en la medida de sus posibilidades a "MÉDICA SUR", la realización de los estudios de PET/CT que más adelante se detallan, mismos que le serán requeridos por escrito para sus pacientes, mediante **Carta de Referencia** que se adjunta al presente como **Anexo 1**, que firmado por las partes forma parte integrante del presente Convenio.

	ESTUDIO
1	18F-FDG PET/CT c/contraste
2	68Ga-DOTATOC c/contraste
3	68Ga-PSMA c/contraste
4	11C- ACE Acetato c/contraste
5	18F-FDOPA c/contraste
6	18F-FLT Fluorotimidina c/contraste
7	18F-FET Fluorotirosina c/contraste
8	18F-NaF Fluor sodio
9	11C-MET Metionina c/contraste

### SEGUNDA. ESPECIFICACIONES DEL SERVICIO

"LAS PARTES" convienen que, para el cumplimiento del presente convenio, "MÉDICA SUR" deberá cumplir y sujetarse a todas y cada una de las indicaciones que se señalan en el Anexo Técnico que se adjunta al presente convenio, el cual, firmado por las partes, forma parte integrante del mismo. En dicho documento en el que se detallan las especificaciones relativas a los procedimientos de:

Avenida Vasco de Quiroga No. 15  
Colonia Belisario Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
www.incmnsz.mx

DJE426-18



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**INCMN/319/8/SS/069/2018**

- a. Documentación y Procedimiento para Agendar citas para Estudios de PET/CT
- b. Preparación Física del Paciente
- c. Ingreso, Consentimiento Informado y Características del Estudio de PET/CT
- d. Egreso del Paciente
- e. Proceso de Cancelación de Estudios de PET/CT
- f. Casos Especiales: referencia de pacientes hospitalizados en Médica Sur, atención médica de urgencia a pacientes referidos y pacientes que requieren sedación.

En este mismo sentido, "MÉDICA SUR" deberá llenar y requisitar debidamente todos y cada uno de los formatos que correspondan a cada una de las etapas de los procedimientos mencionado en el párrafo que anteceden, mismo que forman parte integrante del presente convenio como **Anexo 2** y consistenten en:

FORMATOS		
	NOMENCLATURA DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1	INCMNSZ-MN1	CARTA DE INTENCIÓN A DIRECCIÓN GENERAL INCMNSZ
2	INCMNSZ-MN2	CONTROL DE CITAS DE PET-CT DEL INCMNSZ
3	INCMNSZ-MN3	SOLICITUD DE ESTUDIO PET/CT
4	INCMNSZ-MN4	INDICACIONES Y REQUERIMIENTOS EN PACIENTES QUE VAN A REALIZARSE UN ESTUDIO DE PET/CT
5	INCMNSZ-MN5	CONSENTIMIENTO INFORMADO
6	INCMNSZ-MN6	INDICACIONES PARA LOS PACIENTES QUE SE HAN REALIZADO ESTUDIOS DE PET/CT

#### CUARTA. OBLIGACIONES DE "EL INSTITUTO".

Para la ejecución del presente convenio "EL INSTITUTO" se compromete a:

a) Proporcionar, en la medida de sus posibilidades, la realización de los estudios de PET/CT que le solicite por escrito "MÉDICA SUR" para sus pacientes, a través del formato INCMNSZ-MN1, lo cual se hará con base a la categoría correspondiente al nivel de clasificación número 7( siete) del tabulador de cuotas de Recuperación vigente a la fecha de prestación del servicio.

b) Enviar a "MÉDICA SUR" con una semana de anticipación, a través del Departamento de Medicina Nuclear, los horarios disponibles para los estudios de PET/CT disponibles para pacientes de Médica Sur.

c) "EL INSTITUTO" tiene atribuciones para verificar los datos que se consignan en la solicitud de estudio PET/CT (Formato INCMNSZ-MN3).

Avenida Vasco de Quiroga No. 15  
Colonia Belisario Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
www.incmnsz.mx

DJE426-18

*[Handwritten signatures and initials]*

*[Handwritten mark]*



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**INCMN/319/8/SS/069/2018**

d) Presentar mensualmente a "MÉDICA SUR" los documentos que amparen las cantidades por concepto de los servicios prestados a fin de cubrir en su totalidad los gastos de sus pacientes.

e) Practicar a los pacientes de "MÉDICA SUR", en la fecha y hora programada, la realización del estudio PET/CT de conformidad con las indicaciones terapéuticas que para tal efecto se han establecido.

f) Almacenar las imágenes del estudio PET/CT practicado a los pacientes de "MÉDICA SUR" por un período de 6 (seis) meses y las hojas de consentimiento informado correspondientes, cumpliendo para estos efectos con la confidencialidad correspondiente y las disposiciones relativas a la protección de datos personales en posesión de los particulares por parte de "MÉDICA SUR", así como de la Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

#### **QUINTA. OBLIGACIONES DE "MÉDICA SUR".**

Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio, "MÉDICA SUR" se obliga a:

a) Remitir a los pacientes que requieran realizarse el estudio PET/CT a través del formato INCMNSZ-MN1, INCMNSZ-MN2 y INCMNSZ-MN3. La solicitud de prestación de Servicios hecha por "MÉDICA SUR", implica la autorización de ésta, respecto a la procedencia de los gastos por concepto de estudio PET/CT y médicos-hospitalarios en que incurran sus pacientes al presentarse un evento adverso moderado o graves, por lo que no podrá objetarlos con posterioridad, siempre que se verifique la ejecución de los mismos, los cuales se corroborarán a través de la copia de las notas médicas que proporcione "EL INSTITUTO" a "MÉDICA SUR". Las Partes aceptan que será condición de pago bajo este concepto, el que "EL INSTITUTO" entregue la documentación que acredite la ejecución de los servicios adicionales.

b) Enviar a sus pacientes en las condiciones necesarias para que se realice el estudio, para lo cual deberán seguir todas y cada una de las indicaciones y requerimientos que se establecen en el Formato INCMNSZ-MN4. Bajo el entendido de que, si el paciente no acude en las condiciones físicas que se requieren para realizarse el estudio, será responsabilidad de "MÉDICA SUR" y por tal motivo se obliga a pagar el costo total del radiofármaco.

c) Hacer del conocimiento de los pacientes que remita "MÉDICA SUR" a "EL INSTITUTO" para realización del estudio PET/CT, que deberán respetar los reglamentos y órdenes que rijan en "EL INSTITUTO" durante su estancia, así como al personal y demás pacientes.

c) Informar a sus pacientes que firmar el Consentimiento Informado (Formato INCMNSZ-MN5) que se requiere para proceder a realizar el estudio, bajo el entendido de que si no lo firma, no podrá ser practicado. En este caso, la negativa de los pacientes de "MÉDICA SUR", al realizarse el estudio, no lo libera de la obligación de pagar los gastos por concepto del radiofármaco.

d) Eximir de toda responsabilidad a "EL INSTITUTO" en el caso de que los pacientes que le envíe, egresen voluntariamente de las instalaciones de "EL INSTITUTO", aún en contra de recomendación médica.

e) Proporcionar los discos para almacenar el estudio PET/CT practicado, el cual será enviado por "EL INSTITUTO" a través del personal médico a cargo del traslado del paciente.

Avenida Vasco de  
Quiroga No. 15  
Colonia Belisario  
Dominguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
www.incmnsz.mx

DJE426-18

180  
Guy  
IUR  
H

V



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**INCMN/319/8/SS/069/2018**

- f) En caso de cancelaciones, las mismas deben realizarse con 24 horas de anticipación, después de este tiempo, no será posible realizar la cancelación del radiofármaco y “MÉDICA SUR” se obliga a pagar el costo total del mismo.
- g) Efectuar el traslado ida-vuelta de los pacientes que se encuentren hospitalizados en “MÉDICA SUR”, así como a supervisar y vigilar médicamente al paciente durante el estudio de PET/CT.
- h) Pagar la atención médica que requieran sus pacientes en caso de urgencia por evento adverso moderado o grave, la cual se cobrará con base a la categoría correspondiente al nivel de clasificación número 7 (siete) del tabulador de cuotas de Recuperación vigente a la fecha de prestación del servicio.
- i) En caso de que el paciente requiera sedación para la realización de su estudio PET/CT, proporcionarle dicho servicio a su paciente, el cual incluirá el equipo e insumos necesarios para tal efecto.
- f) Pagar a “EL INSTITUTO” dentro de los 15 (quince) días naturales siguientes al día en que reciba y apruebe las facturas y/o Comprobantes Fiscales Digitales por Internet correspondientes a los estudios de PET/CT realizados a sus pacientes, de conformidad con lo establecido en la cláusula QUINTA del presente documento. En caso de presentarse alguna aclaración en las facturas emitidas, “MÉDICA SUR” queda obligado al pago del servicio hasta el momento de la entrega de la corrección de la factura correspondiente conforme al término establecido para el mismo.
- g) Respetar los reglamentos internos y horarios de “EL INSTITUTO”, para la prestación de los Servicios materia del presente Convenio.
- h) Proporcionar a “EL INSTITUTO” toda información y documentos necesarios para que sus pacientes reciban los Servicios adecuados, objeto del presente instrumento.

**SEXTA. CUOTAS DE RECUPERACIÓN:** Las partes convienen en que las cuotas de recuperación que servirán de base para la prestación de los servicios objeto de este Convenio, serán las que rijan para el nivel de clasificación número 7 (siete) del tabulador de cuotas de Recuperación que se encuentre vigente en el momento en que se proporcionen los servicios objeto de este convenio.

Los montos de las cuotas de recuperación vigentes al momento de la firma del presente instrumento se incluyen en el **Anexo Dos** del presente Convenio, que firmado por las partes forma parte integrante del mismo.

En caso de incremento de las cuotas durante la vigencia de este convenio, previamente a la entrada en vigor de dicho incremento, “EL INSTITUTO” proporcionará el nuevo tabulador de cuotas de recuperación a “MÉDICA SUR” mediante comunicación otorgada por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento en que oficialmente sea notificado por escrito “MÉDICA SUR”, por lo tanto se obliga a acatar los incrementos que procedan conforme al tabulador de cuotas de recuperación que se haga de su conocimiento.

Asimismo, por cada estudio de PET/CT realizado, “MÉDICA SUR” otorgará a “EL INSTITUTO” un **donativo**, de acuerdo a la tabla siguiente:

Avenida Vasco de  
Quiroga No. 15  
Colonia Belisario  
Dominguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
www.incmnsz.mx

DJE426-18



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

INCMN/319/8/SS/069/2018

Montos por concepto de donación por estudio PET/CT realizado  
Tabla 1

	Depto	Servicio	Cuota de recuperación Nivel 7	Concepto de donación
1	075610	18F-FDG PET/CT c/contraste	\$6,401	\$18,599
2	075604	68Ga-DOTATOC c/contraste	\$10,284	\$14,716
3	075626	68Ga-PSMA c/contraste	\$10,284	\$14,716
4	075602	11C- ACE Acetato c/contraste	\$6,678	\$18,322
5	075612	18F-FDOPA c/contraste	\$12,044	\$12,956
6	075616	18F-FLT Fluorotimidina c/contraste	\$7,931	\$17,069
7	075618	18F-FET Flourotirosina c/contraste	\$7,582	\$17,418
8	075622	18F-NaF Fluor sodio	\$3,366	\$10,634
9	075624	11C-MET Metionina c/contraste	\$12,044	\$12,956

#### A. DONATIVO POR CONCEPTO DE RADIOFARMACO

"LAS PARTES" entienden que para realizar el estudio de PET/CT solicitado, "EL INSTITUTO" adquirió, previamente a la fecha programada, el radiofármaco necesario para tal efecto, sin embargo, existen supuestos en los que, por causas no imputables a "EL INSTITUTO", éste no se podrá realizar, por lo que por cada caso que se suscite, de conformidad con los supuestos que más adelante se mencionan, "MÉDICA SUR" otorgará a "EL INSTITUTO" un donativo por concepto de radiofármaco.

Supuestos.

1. Cuando "MÉDICA SUR" no envíe a sus pacientes en las condiciones físicas necesarias para que se realice el estudio.
2. Cuando el paciente de "MÉDICA SUR", el día programado, se niegue a realizarse el estudio.
3. En caso de que la cancelación del estudio programado no se efectúe con 24 horas de anticipación, dado que después de ese tiempo no se podrá cancelar el pedido de radiofármaco que, previamente, efectuó "EL INSTITUTO".

Avenida Vasco de Quiroga No. 15  
Colonia Belisario Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
www.incmnsz.mx

DJE426-18

J80  
Guy  
Fub  
K



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

INCMN/319/8/SS/069/2018

En caso de que se actualicen dichos supuesto, el monto del donativo por concepto de radiofármaco será de conformidad con la tabla siguiente:

Montos por concepto de donación por radiofármaco

Tabla 2

	Descripción	Cuota de donación
1	C-11 Acetato	\$2,800
2	C-11 Metionina	\$7,000
3	F18 F-DOPA FLOURODOPA	\$7,000
4	F18 FDG FLUORODESOXIGLUCOSA	\$2,800
5	F18 FET FLUOROTIROSINA	\$3,500
6	F18 FLT FLUOTIMIDINA	\$3,500
7	F-18 NaF FLUOR DE SODIO	\$1,200
8	GA-68 DOTANOC	\$7,000
9	GA-68 PSMA	\$7,000

#### SÉPTIMA. FORMA DE PAGO Y EMISIÓN DE CFDI

##### A. PAGO POR ESTUDIOS DE PET/CT

Las partes convienen en que el pago por concepto de los servicios de estudios PET/CT, objeto de este convenio, lo hará "MÉDICA SUR" dentro de los quince días naturales que serán contados a partir del día siguiente a la fecha de recepción y aprobación de las facturas y/o documentos relativos al servicio médico, los cuales le serán entregados vía correo electrónico a las siguientes direcciones [lperez@medicasur.org.mx](mailto:lperez@medicasur.org.mx), [smartinez@medicasur.org.mx](mailto:smartinez@medicasur.org.mx) y [xmlpdf@medicasur.org.mx](mailto:xmlpdf@medicasur.org.mx), y dentro de este correo "MÉDICA SUR" deberá validar que las facturas electrónicas cumplan con los requisitos fiscales y con los importes pactados por los servicios. La facturación se hará de forma semanal y la misma reflejará el monto que resulte de multiplicar el número de estudios realizados a los pacientes de "MÉDICA SUR" en dicho periodo.

En caso de errores y/o deficiencias detectadas en las facturas electrónicas, "MÉDICA SUR" deberá notificar en los primeros tres días del término a que se refiere el párrafo anterior a "EL INSTITUTO", vía correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico [alessandra.munquias@incmnsz.mx](mailto:alessandra.munquias@incmnsz.mx) Alessandra Munguía Saldaña y [Eloisa.fuentess@incmnsz.mx](mailto:Eloisa.fuentess@incmnsz.mx), quien subsanará y enviará nuevamente las facturas

Avenida Vasco de  
Quiroga No. 15  
Colonia Belisario  
Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
[www.incmnsz.mx](http://www.incmnsz.mx)

DJE426-18

J80

Juy

Juf

Juf

K



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**INCMN/319/8/SS/069/2018**

electrónicas en un término de tres días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de dicha notificación, a efecto de que "MÉDICA SUR" cumpla con el plazo de pago a que se refiere el primer párrafo de la presente cláusula, "MÉDICA SUR" queda obligado al pago del servicio hasta el momento de la entrega de la corrección de la factura correspondiente conforme al término establecido para el mismo.

Los pagos se efectuarán en moneda nacional mediante depósito electrónico en la cuenta bancaria a favor del INCMNSZ denominada R12 NCG SALUD INCMNSZ R.P con número de clave interbancaria 021180041007274878 de la Institución Bancaria HSBC México, S.A. Una vez efectuado dicho depósito, deberá Notificar a "EL INSTITUTO" a los correos siguientes: [alessandra.munguias@incmnsz.mx](mailto:alessandra.munguias@incmnsz.mx) Alessandra Munguía Saldaña y [Eloisa.fuentess@incmnsz.mx](mailto:Eloisa.fuentess@incmnsz.mx) Ma. Eloisa Fuentes Soto.

## **B. DONATIVO**

En los supuestos en los que, de conformidad con el presente convenio, "MÉDICA SUR" entregará donativos a "EL INSTITUTO", estos se efectuarán dentro de los quince días naturales que serán contados a partir del día siguiente a la fecha de recepción y aprobación de los Comprobantes Fiscales Digitales por Internet de "donativo", los cuales serán emitidos a favor de MÉDICA SUR, S.A.B DE C.V., con el Registro Federal de Causante MSU 820125 T58 y entregados vía correo electrónico a la dirección [lperezb@medicasur.org.mx](mailto:lperezb@medicasur.org.mx) [smartinez@medicasur.org.mx](mailto:smartinez@medicasur.org.mx) y [xmlpdf@medicasur.org.mx](mailto:xmlpdf@medicasur.org.mx). El depósito correspondiente se efectuará en los términos establecidos del inciso "A" último párrafo. El comprobante al que se hace referencia en este párrafo deberá ser enviado al mismo tiempo y relacionado con la factura correspondiente al pago por el estudio al que corresponda.

En caso de errores y/o deficiencias detectadas en las facturas electrónicas, "MÉDICA SUR" deberá notificar mediante oficio dirigido al Departamento de Tesorería, quien subsanará y enviará nuevamente los CFDI en un término de tres días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de dicha notificación, el tiempo de pago establecido previamente, surtirá efectos hasta el momento en que se entregue nuevamente la factura subsanada.

**OCTAVA. VIGENCIA:** "LAS PARTES" convienen que el presente contrato comenzará a surtir sus efectos a partir del 20 de noviembre de 2018 al 20 de febrero de 2019.

**NOVENA. SUSPENSIÓN DE SERVICIOS:** "MÉDICA SUR" acepta y conviene que "EL INSTITUTO" podrá suspender la prestación de los servicios objeto de este instrumento, hasta en tanto no se realicen los pagos correspondientes a las cuotas atrasadas a que se hace referencia en la Cláusula Cuarta del presente convenio. Una vez cubiertos los adeudos, el servicio será restablecido; sin embargo, los servicios programados o iniciados no podrán suspenderse hasta su conclusión, lo anterior con el fin de evitar poner en riesgo al paciente.

**DÉCIMA. RESCISIÓN:** "LAS PARTES" podrán rescindir el presente convenio sin necesidad de declaración judicial alguna, con el sólo hecho de comunicar su decisión por escrito a la contraparte con 30 (treinta) días naturales de anticipación, para el caso de que ésta incumpla cualquiera de las obligaciones estipuladas a su cargo.

En el caso de que "MÉDICA SUR" no cubra el pago a "EL INSTITUTO" dentro de los 15 (quince) días naturales a los que se refiere en la cláusula QUINTA del presente Convenio, éste requerirá a "MÉDICA SUR" mediante notificación por escrito que el pago sea cubierto dentro de los 10 (diez) días naturales posteriores a la fecha de notificación, si vencido dicho término se continúa con la omisión de pago, "EL

Avenida Vasco de  
Quiroga No. 15  
Colonia Belisario  
Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
[www.incmnsz.mx](http://www.incmnsz.mx)

*JSO*  
*Quey*  
*ILP*  
*[Signature]*

*K*





**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**INCMN/319/8/SS/069/2018**

**INSTITUTO** tendrá la facultad de rescindir el presente Convenio mediante notificación por escrito y sin necesidad de declaración judicial.

Lo anterior, sin perjuicio de que se continúe con la gestión de cobro de los pagos adeudados y del monto al que ascienda la penalización (1% mensual) correspondiente a la fecha de rescisión.

#### **DÉCIMA PRIMERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA**

**"LAS PARTES"** acuerdan que podrán dar por terminado en cualquier tiempo el presente Convenio, a solicitud de cualquiera de ellas, mediante notificación por escrito realizada a la otra, por lo menos con 15 quince días naturales de anticipación, en cuyos caso, se tomarán las medidas necesarias para evitarse perjuicios mutuos o a terceros, así como para concluir las acciones que se hubieran iniciado, salvo pacto en contrario.

Asimismo, **"MÉDICA SUR"** se compromete a reembolsar a **"EL INSTITUTO"** los gastos en que haya incurrido para la ejecución de los servicios al momento de la terminación anticipada, así como a cubrir los servicios devengados cuyo pago se encuentren pendientes por cualquier motivo

**DÉCIMA SEGUNDA. SUBROGACIÓN:** Las partes están de acuerdo en que para el caso de que **"EL INSTITUTO"** se vea imposibilitado a prestar el Servicio solicitado, notificará a **"MÉDICA SUR"** con una antelación mínima de 12 (doce) horas, con la finalidad de que este tome las medidas pertinentes y adecuadas para sus pacientes.

**DÉCIMA TERCERA. CESIÓN DE DERECHOS:** **"MÉDICA SUR"** por ningún motivo podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones estipuladas en este convenio.

**DÉCIMA CUARTA. RELACIONES LABORALES:** Queda expresamente estipulado que las partes suscriben el presente Convenio, en atención a que cada una de ellas cuenta con el personal necesario y los elementos propios para realizar las actividades de su objeto, por lo tanto, aceptan que en relación con el personal que llegara a trabajar con motivo de la ejecución de este instrumento legal, no existirá relación alguna de carácter laboral con la contraparte, por lo que no podrá considerárseles como patrones sustitutos o solidarios y cada una de ellas asumirá las responsabilidades que de tal relación les correspondan.

**DÉCIMA QUINTA. CONFIDENCIALIDAD:** **"LAS PARTES"** están de acuerdo en que toda la información que contiene datos personales concernientes a una persona identificada o identificable que sea referida de **"MÉDICA SUR"** a **"EL INSTITUTO"**, por sí o por conducto de sus representantes, con motivo de este Convenio, es de índole estrictamente confidencial.

Toda la información y documentación que se presenten, obtengan o genere con motivo del presente instrumento mismo será clasificada por **"EL INSTITUTO"** atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley de Protección de datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados, en virtud de lo cual **"LAS PARTES"**, guardarán estricta confidencialidad respecto de la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

**DÉCIMA SEXTA. MODIFICACIONES AL CONVENIO:** **"LAS PARTES"** acuerdan que, para cualquier modificación o variación a los términos y condiciones pactadas en este Convenio, deberá solicitarse por escrito con 15 (quince) días naturales de antelación, sin este requisito no será válida.

Avenida Vasco de  
Quiroga No. 15  
Colonia Belisario  
Dominguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
www.incmnsz.mx

*fso*  
*Qu*  
*FE*  
*[Signature]*

*K*



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**INCMN/319/8/SS/069/2018**

**DÉCIMA SÉPTIMA. JURISDICCIÓN:** Para la interpretación y cumplimiento de este Convenio, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales en la Ciudad de México, por lo tanto "MÉDICA SUR" renuncia al fuero que pudiera corresponderle por razón de su domicilio presente o futuro.

Leído que fue el presente Convenio y enteradas las partes del contenido y consecuencias legales, se firma en cuatro ejemplares en la Ciudad de México, el 23 de noviembre del año dos mil dieciocho.

POR "EL INSTITUTO"

**DR. DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ  
DIRECTOR GENERAL**

**DR. JOSÉ SIFUENTES OSORNIO  
DIRECTOR DE MEDICINA**

POR "MÉDICA SUR"

**C.P. AURORA ZARATE ZARATE  
APODERADA LEGAL**

**RESPONSABLES DE ADMINISTRAR Y  
VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO**

**DR. ELEAZAR IGNACIO ALVÁREZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
NUCLEAR**

**M. EN C. EURÍDICE RIOJA GUERRERO  
ENCARGADA DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA DE  
MEDICINA NUCLEAR, UNIDADES DE  
INVESTIGACIÓN MÉDICA Y  
RADIOINMUNOANÁLISIS**

**LIC. REBECA TERRAZAS TORRES  
COORDINADORA DE SERVICIOS  
SUBROGADOS Y SEGURO POPULAR**



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

# ANEXO 1

## FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTE

*JSO*  
*Jey*  
*HJ*  
*HJ*

Avenida Vasco de  
Quiroga No. 15  
Colonia Belisario  
Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
[www.incmnsz.mx](http://www.incmnsz.mx)



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**Anexo 1 FORMATO DE REFERENCIA Y/O CONTRA REFERENCIA**



No. del paciente: \_\_\_\_\_ No. Registro: \_\_\_\_\_  
 Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
 Médico Tratante: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo y autorizo a Médica Sur, S.A.B. de C.V. a que me traslade (referencia y contra referencial) a: \_\_\_\_\_  
 (Nota: Enviar copia X a la unidad que recibirá al paciente):  
 (a) Universidad Nacional Autónoma de México, con domicilio en Avenida Universidad #3000, Colonia Universidad Nacional Autónoma de México, Alcaldía Coyoacán, CP. 04510, Ciudad de México.  
 (b) Hospital Ángeles del Pedregal, con domicilio en Camino a Santa Teresita N6. 1685, Colonia Héroes de Padierna, Alcaldía Magdalena Contreras, C.P. 13700, Ciudad de México.  
 (c) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, con domicilio en Avenida Vasco de Quiroga #15, Colonia Belisario Domínguez Sección 15, Alcaldía Tlalpan, CP. 14080, Ciudad de México.  
 (d) Instituto Nacional de Cancerología, con domicilio en Avenida San Fernando #25, Colonia Belisario Domínguez Sección 15, Alcaldía Tlalpan, CP. 14060, Ciudad de México.  
 (e) Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en Avenida Insurgentes Sur #3877, Colonia La Fama, Alcaldía Tlalpan, CP. 14240, Ciudad de México.

a efecto de que se me realice el estudio que continuación se describe: \_\_\_\_\_ asimismo me obligo desde este momento, a seguir las indicaciones que me de el personal de Médica Sur, S.A.B. de C.V., desde que salga de sus instalaciones y hasta mi regreso a ella. (Nota: Anexar copia de identificación del familiar o representante legal y de los testigos).

nombre completo y firma del paciente, familiar responsable o representante legal: \_\_\_\_\_  
 nombre completo y firma de testigo presencial: \_\_\_\_\_

**REFERENCIA**

Nombre completo y firma del familiar responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de Referencia: \_\_\_\_\_ Hora de referencia: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Motivo de la referencia: Continuar con asistencia  Interconsulta con especialista  (especificar cuál): \_\_\_\_\_  
 Estudio: \_\_\_\_\_ Otro:  (especificar cuál): \_\_\_\_\_  
 Médico que envía: \_\_\_\_\_ Unidad que envía: \_\_\_\_\_  
 Personal de Médica Sur que acompaña al paciente, durante la referencia y la contra referencial: \_\_\_\_\_  
 Unidad receptora: \_\_\_\_\_ Servicio(s) al que se envía: \_\_\_\_\_  
 Deseño unidad receptora: \_\_\_\_\_  
 Padeamiento actual: \_\_\_\_\_  
 Evolución: \_\_\_\_\_  
 Estudios de laboratorio: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_  
 Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Condición clínica previa a su envío  
 Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_  
 Escala Glasgow: \_\_\_\_\_ llenado capilar: \_\_\_\_\_  
 Resumen Clínico: \_\_\_\_\_  
 Terapéutica empleada: \_\_\_\_\_  
 Riesgos durante el traslado: \_\_\_\_\_  
 Precauciones en el manejo del paciente durante el traslado: \_\_\_\_\_  
 Firma del médico que envía: \_\_\_\_\_

880  
 Jacy  
 Iup

Avenida Vasco de Quiroga No. 15  
 Colonia Belisario Domínguez Sección XVI  
 Delegación Tlalpan  
 Código Postal 14080  
 México, Distrito Federal  
 Tel. (52) 54870900  
 www.incmnsz.mx



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

Unidad médica que contrafiere	Fecha de Contraferencia	Hora de Contraferencia
Unidad que contrafiere		Servicio
Responsable Médico Sur que acompaña al paciente en la contraferencia:		
Monto actual:		
Evolución:		
Estudios de laboratorio:		
Diagnóstico de ingreso:	Diagnóstico de egreso:	
Recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción:		
Riesgos durante el traslado:		
Precauciones en el manejo del paciente durante el traslado:		
Firma del médico que contrafiere		CHMAG-PNO-01-IT-15-PO-01

*[Handwritten signatures]*

Avenida Vasco de Quiroga No. 15  
Colonia Belisario Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
www.incmnsz.mx



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

## ANEXO 2

### FORMATOS

	NOMENCLATURA DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1	INCMNSZ-MN1	CARTA DE INTENCIÓN A DIRECCIÓN GENERAL INCMNSZ
2	INCMNSZ-MN2	CONTROL DE CITAS DE PET-CT DEL INCMNSZ
3	INCMNSZ-MN3	SOLICITUD DE ESTUDIO PET/CT
4	INCMNSZ-MN4	INDICACIONES Y REQUERIMIENTOS EN PACIENTES QUE VAN A REALIZARSE UN ESTUDIO DE PET/CT
5	INCMNSZ-MN5	CONSENTIMIENTO INFORMADO
6	INCMNSZ-MN6	INDICACIONES PARA LOS PACIENTES QUE SE HAN REALIZADO ESTUDIOS DE PET/CT

JSD  
Guf  
Fup  
SA

FORMATO INCMNSZ-MN1  
(CARTA DE INTENCIÓN A DIRECCIÓN GENERAL INCMNSZ)

Cd. De México a \_\_\_\_\_ de 2018.

**DR. ELEAZAR IGNACIO ÁLVAREZ**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR**  
**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN**  
**"SALVADOR ZUBIRÁN"**  
**PRESENTE**

Estimado Dr. Eleazar Ignacio:

De conformidad con el convenio (\_\_\_\_\_) celebrado con el Hospital Médica Sur y la Institución a su digno cargo, solicito a usted le sea proporcionado el estudio de diagnóstico en el Departamento de Medicina Nuclear, a los siguientes pacientes:

Nombre del Paciente	No. Expediente Médica Sur	Diagnóstico

Por lo que se solicita se realice el estudio de PET/CT, para su valoración y atención médica.

Informo que en caso de que exista algún evento que requiera atención médica URGENTE, se atenderá al paciente para estabilizarlo y deberá ser trasladado por su Institución a sus instalaciones (Médica Sur).

Sin otro particular y en espera de su respuesta, le reitero un cordial saludo.

ATENTAMENTE

NOTA: Este documento tiene validez dentro de las fechas de vigencia del convenio.

C.C.P.

PARA USO EXCLUSIVO DEL INCMNSZ – DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR

Clave del Estudio: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---

Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large signature at the top, 'Jup' in the middle, 'EUP' below it, and another signature at the bottom.



FORMATO INCMNSZ-MIN2

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN  
CONTROL DE CITAS PET-CT MEDICINA NUCLEAR**

INCMNSZ

TURNO MATUTINO						
NUM. HORA	REGISTRO	NOMBRE	ESTUDIO	TELEFONOS	OBSERVACIONES	CONFIRMIÓ
1	08:00					
2	08:30					
3	09:00					
4	09:30					
5	10:00					
6	10:45				PACIENTES MÉDICA SUR	
7	11:30					
8	12:15					
9	13:00					
10						
11						

TURNO VESPERTINO						
NUM. HORA	REGISTRO	NOMBRE	ESTUDIO	TELEFONOS	OBSERVACIONES	CONFIRMIÓ
1	14:00					
2	14:30					
3	15:00					
4	15:30					
5	16:00					
6	16:30					
7	17:00					
8	17:45				PACIENTES MÉDICA SUR	
9	18:30					
10	19:15					
11						
12						
13						
14						
15						

*[Handwritten signatures and initials]*





INCMNSZ

# INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR

## FORMATO INCMNSZ-MN4

### INDICACIONES Y REQUERIMIENTOS EN PACIENTES QUE VAN A REALIZARSE UN ESTUDIO DE PET/CT

Es importante mencionar que en la realización de dicho estudio participaran técnicos, personal de enfermería y médicos especializados.

La duración del estudio puede variar entre 1 y/o 2 horas, esto incluye desde la preparación del paciente hasta la obtención de imágenes.

- Durante las **6 horas previas a su estudio deberá permanecer en ayuno** (esto aplica para pacientes con nutrición parenteral y otros fluidos intravenosos, deberá evitar goma de mascar, pastillas, caramelos o pastillas para la tos, ni nada que contenga azúcar).
- **Solo podrá beber agua natural (no gasificada)** durante este tiempo (**no agua saborizada, no té o café**). Cualquier bebida que no se agua común (**agua natural**) podría alterar los resultados de su estudio.
- Es altamente recomendable que usted haga una **dieta con alto contenido de proteínas y baja en carbohidratos** durante las **24 horas previas a su estudio\***.
- **No realice ejercicios extenuantes (natación, basquetbol, futbol, caminata).**
- **Utilice ropa holgada y cómoda;** el día de su estudio deberá evitar traer puesta piezas de metal que no pueda quitarse al momento del estudio (como corpiño, medallas, cadenas, aretes, hebillas para el cabello, cinturones).
- Si requiere tomar **medicamentos para el dolor o ansiedad**, tome los medicamentos prescritos por su médico **4 horas antes de su estudio.**

#### ALIMENTOS QUE DEBE EVITAR 24 HORAS ANTES DE SU ESTUDIO\*

Azúcar refinada, frutas, pasas, todo tipo de pan, tortillas, papas, arroz, granola, avena, pastas, bebidas gaseosas, jugo de frutas.

#### INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA PACIENTES DIABETICOS

Aquellos pacientes diabéticos que tomen medicamentos orales deberán esperar hasta que termine su estudio para poder tomarlos.

Los **pacientes insulino-dependientes** que utilicen insulina subcutánea deberán inyectarse su última dosis 4 horas antes del estudio.

#### INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

**DEBERAN SEGUIR LAS INDICACIONES** descritas anteriormente, es importante que aquellas **soluciones glucosadas o alimentación parenteral sea suspendida 8 horas previas al estudio.**

#### RECUERDE

1. **Avise** al personal de enfermería, técnico y/o médico **si está embarazada**, si se encuentra **lactando**, es **claustrofóbico**, **diabético** o si tiene cualquier necesidad especial.
2. Considere que la **vida útil del radiofármaco** que va a ser utilizado para su estudio es de solamente de minutos en la mayoría de los casos, por lo tanto es importante que se **presente el día y hora señalado, sea puntual**, ya que de no hacerlo deberá estar consciente que se tendrá que generar una **UN NUEVO PAGO Y SOLICITUD DE ESTUDIO.**
3. Cualquier duda que generen las indicaciones anteriores es importante aclararlas con el personal de Medicina Nuclear y/o su médico tratante.
4. Es **MUY IMPORTANTE** que **SI USTED SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO** el día de su cita le **informe a su médico tratante y al personal de Medicina Nuclear que tiene este estudio programado**, para girar las indicaciones que correspondan al personal médico y enfermería de hospitalización, de no hacerlo así se tendrá que generar una **NUEVO PAGO Y SOLICITUD DE ESTUDIO.**

JBO  
Jed  
IUF  
JBO



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo al artículo 51, 51 Bis 1 y 51 Bis 2 de la Ley General de Salud; 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 10, 10.1, 10.1.1, 10.1.1.1, 10.1.1.2, 10.1.1.3, 10.1.1.4, 10.1.1.5, 10.1.1.6, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico

INCMNSZ

Tlalpan, Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_.

Identificación del Paciente:

Form fields for patient identification: Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido, Fecha de nacimiento (DÍA, MES, AÑO), Expediente/Registro.

Yo, [1], en mi carácter de [2], identificándome con [3], en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie error, dolo o violencia, SI [ ] NO [ ] acepto/autorizo voluntariamente se realice en [4]

el acto médico consistente en:

Text box for describing the medical procedure.

ya que el profesional de la salud [ ] con Número de Cédula Profesional [ ], médico de este Instituto, me ha explicado e informado de forma satisfactoria, clara, oportuna, veraz y con lenguaje sencillo, que es necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de [5]:

Text box for describing the diagnosis and/or treatment.

Tengo conocimiento preciso de los beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que se propone, como a continuación se detalla:

Los beneficios son [6]:

Text box for listing benefits.

Los riesgos son [7]:

Text box for listing risks.

Las alternativas diagnósticas, terapéuticas o quirúrgicas para mi condición médica son [8]:

Text box for listing alternative treatments.

y reconozco que ni el Instituto ni su personal médico tienen la obligación de aplicarlas.

Debido a que mi decisión fue tomada libremente, eximo al Instituto y a su personal de cualquier responsabilidad civil, administrativa o penal.

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Firma y/o huella digital: [ ]

El paciente presenta incapacidad transitoria o permanente SI [ ] NO [ ], debido a \_\_\_\_\_ [9].

Si el paciente presenta incapacidad transitoria o permanente que lo imposibilite para firmar y emitir su consentimiento, éste será firmado por el familiar, tutor o representante legal del paciente. En ausencia de estos y en presencia de una urgencia, este documento será firmado por dos médicos de este Instituto quienes, previa valoración del caso, autorizarán el procedimiento terapéutico o quirúrgico que el caso requiera para preservar la salud del paciente, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.

Familiar, tutor o representante legal: \_\_\_\_\_ Firma y/o huella digital: [ ]

Testigos:<sup>3</sup>

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Firma y/o huella digital: [ ]

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Firma y/o huella digital: [ ]

En caso de que el paciente, familiar, tutor, representante legal y/o los testigos no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital.

\* En caso de amputación o extirpación quirúrgica orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, este documento deberá ser suscrito, además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba. Este documento debe llenarse completamente sin enmendaduras o tachaduras.



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

FORMATO INCMNSZ-MN6

**INDICACIONES PARA LOS PACIENTES QUE SE HAN REALIZADO  
ESTUDIO DE PET/CT**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Se le acaba de administrar material radiactivo (radiofármaco), como parte de su estudio PET/CT el cual fue indicado por su médico especialista:

Dr. \_\_\_\_\_.

**Recuerde:**

El material radiactivo está incorporado a su organismo solo por unas horas, se elimina principalmente por la orina y excremento, para su tranquilidad y la de las personas que conviven con usted, considere las siguientes indicaciones:

- a) Manténgase a una distancia mayor a dos metros y durante el menor tiempo posible de lactantes, niños y mujeres embarazadas, durante las siguientes 6 hrs posteriores a la inyección del radiofármaco.
- b) Es recomendable que continúe tomando abundantes líquidos durante este día para favorecer la rápida eliminación del radiofármaco.
- c) En caso de estar amamantando, se recomienda extraer y desechar la leche materna, a partir de las dos horas posteriores de haber finalizado el estudio de PET/CT. Después de esto se podrá reanudar la lactancia materna con normalidad.