



Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California

| NOMBRE OFICIAL DEL TRÁMITE O SERVICIO | | NOMBRE CIUDADANO DEL TRÁMITE O SERVICIO | | |
|---|--|--|------------|---|
| Servicio de Hospitalización | | Ingreso Hospitalario | | |
| ORGANISMO | | HOMOCLAVE | | |
| Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California | | BC-IPEBC-007 | | |
| DESCRIPCIÓN | | TIPO TYS | | |
| El ingreso hospitalario psiquiátrico esta encaminado a proporcionar atención médica psiquiátrica continua a pacientes que requieren monitoreo, cuidado y tratamientos especializados en salud mental. | | Servicio | | |
| ¿QUÉ OBTIENE? | | ¿CUÁNDO DEBO DE REALIZARLO? | | |
| Ingreso hospitalario | | Cuando se requiera hospitalización para condiciones de salud mental. | | |
| TIPO COSTO | | VIGENCIA | | |
| Fijo | | | | |
| COSTO | | PLAZOS | | |
| \$2,495.00 pesos por día. | | Tiempo que tiene el organismo para resolver :1 Días Hábiles | | |
| LUGARES DE PAGO | | | | |
| Misma Dependencia | | | | |
| TIENE DOCUMENTOS INFORMATIVOS | | CANTIDAD DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS | | |
| NO | | 0 | | |
| AFIRMATIVA FICTA | | REQUIERE VISITA DE INSPECCIÓN | | |
| NO | | NO | | |
| OFICINAS DONDE SE PUEDE REALIZAR | | | | |
| DIRECCION | TELÉFONOS | RESPONSABLES | DÍA SEMANA | HORARIO |
| Dirección Médica - Onceava, Mexicali , 1753, Mexicali 21396 | Doctora Sarahí García Flores Directora Médica direccionmedica@ipebc.gob.mx 686 561 0315 | Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo | | 00:00 A 23:30 00:00 A 23:30 00:00 A 23:30 00:00 A 23:30 00:00 A 23:30 00:00 A 23:30 00:00 A 23:30 |
| FUNDAMENTOS | | | | |

Decreto de Creación del IPEBC, ART.Artículos 2 y 4, Estatal

Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California , ART.Artículo 4, Fracción IV, 29 y 30, Estatal

Reglamento Interno del IPEBC, ART.Artículo 25, Estatal

| ESCENARIOS | |
|--|------------------|
| Derechohabiente IMSS, ISSSTE, ISSSTECAli, ISESALUD | |
| REQUISITOS INTANGIBLES | |
| REQUISITOS TANGIBLES | |
| 2 copias de Clave Única de Registro de Población (CURP). | TIENE FORMATO NO |
| Original y 2 copias de Comprobante de domicilio. | NO |
| Original y copia de la hoja de derivación del Centro de Salud u Hospital General (Requisito Indispensable) | NO |
| Original y 2 copias de Identificación Oficial (INE, Pasaporte Mexicano, Licencia de Conducir, Cartilla Militar) | NO |
| PASOS POR MODALIDAD | |
| Presencial | |
| ° Acudir al área de urgencias para valoración médica. | |
| ° Valoración y diagnóstico médico psiquiátrico | |
| ° Ingresar al servicio de hospitalización | |
| Público en General | |
| REQUISITOS INTANGIBLES | |
| REQUISITOS TANGIBLES | |
| Documento oficial del médico a cargo del servicio de admisión de la unidad hospitalaria (En caso de extrema urgencia) | NO |
| Llenar formato de consentimiento informado por parte de un familiar responsable, tutor o representante legal (En caso de ingreso involuntario) | NO |
| 2 copias de Clave Única de Registro de Población (CURP). | NO |
| Original y 2 copias de Identificación Oficial (INE, Pasaporte Mexicano, Licencia de Conducir, Cartilla Militar) | NO |
| Realizar el pago correspondiente en el área de cajas | NO |
| Llenar formato de Solicitud de ingreso e indicación del médico a cargo del servicio de admisión de la unidad (En caso de ingreso voluntario) | NO |
| PASOS POR MODALIDAD | |
| Presencial | |
| ° Acude al área de urgencias para solicitar valoración médica y/o diagnóstico. | |
| ° Brinda valoración y diagnóstico médico psiquiátrico; donde determina la necesidad de internamiento. Se deberá especificar el tipo de ingreso (voluntario, involuntario o por orden judicial) | |
| ° Ingresar al servicio de hospitalización. (El egreso del paciente es determinado por el médico tratante) | |