



Gobierno de
México



Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud (PHEDS)

Guía Perfil Nutrición

INICIAR
PRESENTACIÓN

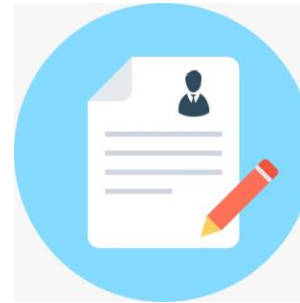




SELECCIONA UN MÓDULO



USUARIOS
(EXCLUSIVO JEFE
DE NUTRICIÓN)



NOTAS Y
SOLICITUDES



Usuarios (Exclusivo jefe de nutrición)

1. Acceder al menú lateral izquierdo y seleccionar la opción “Usuarios”.
2. Para verificar si el usuario no está registrado, ingresar la matrícula y hacer clic en el ícono de la lupa para confirmar su existencia.
3. El sistema mostrará el formulario “Catálogo de usuarios”, donde se deberá ingresar la información correspondiente a:
 - Matrícula
 - Contraseña
 - Nombre
 - Apellido materno
 - Apellido paterno
 - Unidad
 - Rol
 - Turno
 - Tipo de urgencia
 - Horas de trabajo
4. Finalmente, presionar el botón “Grabar” para guardar los datos.

SIGUIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

****IMPORTANTE****

>> Favor de utilizar la solicitud de INFORMES CLÍNICOS a FAMILIARES para indicar la Categoría del paciente.

PHEDS
Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud

RESUMEN ESTADÍSTICO

Distribución de Camas	Ocupadas	Desocupadas	Sucias	Inactivas	TOTAL
CIRUGÍA AMBULATORIA	1	9	0	0	10
CIRUGÍA GENERAL	2	28	0	0	30
GINECOOBSTETRICIA	0	30	0	0	30
MEDICINA INTERNA	0	30	0	0	30
PEDIATRÍA	0	30	0	0	30
RECUPERACIÓN CIRUGÍA	0	31	0	0	31
UCI NEONATOS	0	30	0	0	30
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	0	30	0	0	30
TOTAL	3	218	0	0	221

Catálogo de usuarios

Matrícula: 99093480 Contraseña: [Oculto]

Nombre(s): [Campo] A. Paterno: [Campo] A. Materno: [Campo]

Correo electrónico IMSS: [Campo] @imss.gob.mx Unidad: [Seleccione..] Fecha de baja: [Campo]

☐ Usuario bloqueado

Rol: [Seleccione..] División: [Seleccione..] Especialidad: [Seleccione..] Turno: [Seleccione..]

Tipo de urgencia:
☐ ADULTO
☐ PEDIATRÍA
☐ OTOCO

☐ Médico TRIAGE ☐ Pertenece al colegiado quirúrgico ☐ Enfermera quirúrgica

Hrs de trabajo: [Campo] Cédula profesional: [Campo]

☐ Médico que firma o de base ☐ Médico becario

Tipo de becario: [Seleccione..]

Titular del servicio (Asignación automática):
☐ SI ☐ NO

Estado del usuario
☒ ACTIVO ☐ NO ACTIVO

GRABAR

Usuarios (Exclusivo jefe de nutrición)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- Si la matrícula se ingresa más de tres veces la plataforma bloquea la cuenta del usuario.
- Para realizar el desbloqueo del usuario dentro del catálogo de usuarios, se muestra un apartado “usuario bloqueado” seleccionar la paloma y así el usuario estará desbloqueado.
- Para hacer el cambio de contraseña dirigirse al icono de “cambio de contraseña”
- Se va a mostrar una ventana donde se ingresará la nueva contraseña y confirmar contraseña. Una vez que se llenaron los campos dar clic “cambiar”, la contraseña se ha cambiada con éxito.

[ANTERIOR](#)

[MENÚ
PRINCIPAL](#)

ERROR

No existe el usuario y/o contraseña el usuario se encuentra dado de baja o el usuario ha sido bloqueado

Espere unos segundos para que lo redireccione, en caso de que no suceda esto oprima **AQUÍ**

Fecha de baja



Usuario bloqueado



Usuario 99093221

Nueva Contraseña

Confirmar Contraseña

Cambiar

¡Atención!



Cambiar contraseña, esta no puede ser igual que el usuario.

Continuar

Búsqueda

Reportes

Cambio de Contraseña

Manual

Acerca de..

[ANTERIOR](#)

[MENÚ
PRINCIPAL](#)



NOTAS Y SOLICITUDES

- Ruta para realizar una solicitud
- Cédula de evaluación nutricia ND-07
- Cédula de evaluación nutricional geriátrica ND-07a
- Cédula de evaluación nutricional para el paciente pediátrico ND-07c
- Cédula de evaluación nutricional para paciente con enfermedad renal con tratamiento sustitutivo ND-07b
- Control de prescripciones dietéticas ND-01
- Nota de control nutricio referencia y contrarreferencia ND-32
- Notas de control nutricio ND-31
- Registro dietético ND-09
- Monitoreo “Registro dietético ND-09”

[REGRESAR AL
MENÚ PRINCIPAL](#)



Ruta para realizar una solicitud



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

****IMPORTANTE****

>> Se les recuerda cambiar la contraseña al ingresar al sistema por primera vez.

PHEDS
Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud

RESUMEN ESTADÍSTICO

Distribución de Camas	Ocupadas	Desocupadas	Sucias	Inactivas	TOTAL
CIRUGÍA AMBULATORIA	1	9	0	0	10
CIRUGÍA GENERAL	2	28	0	0	30
GINECOOBSTETRICIA	0	30	0	0	30
MEDICINA INTERNA	0	30	0	0	30
PEDIATRÍA	0	30	0	0	30

BÚSQUEDA DE PACIENTES EN URGENCIAS PARA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

NSS: CURP: CAMA:
PATERNO: MATERNO: NOMBRE(S):

Buscar

Notas	NSS/Agregado/Registro	Nombre	Cama	Ingreso	Ingreso a cama	Egreso	Familiar	Médico	Modificar	Solicitudes
INICIAL ALTA	1976588145 / 5M1958PE / ACCEDER Folio:7/22	VALDEZ GARCIA JUAN	CG07	26/10/22 11:06:00	26/10/22 11:10:00		HUMBERTO POSADA	99093012 H.B.T. 012 MÉDICO		

RESUMEN
IMPRESION DE DOCUMENTOS

NOTA MEDICA	4-30-51	HOJA FRONTAL
	HISTORIAL DEL PACIENTE	NOTA DE ALTA

AGREGAR NOTAS Y SOLICITUDES

SELECCIONE LA SOLICITUD DESEADA

Solicitud

Seleccione una solicitud...

Seleccione una solicitud...

CÉDULA DE EVALUACIÓN NUTRICIA ND-07
CÉDULA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL GERIÁTRICA MNA ND-07a
CÉDULA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO ND-07c
CÉDULA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL PARA PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL ND-07b
CONTROL PRESCRIPCIONES ND-01
NOTA DE CONTROL NUTRICIO REF Y CONTRAREF ND-32
NOTAS DE CONTROL NUTRICIO ND-31
REGISTRO DIETÉTICO ND-09

**NOTAS Y
SOLICITUDES**

Cédula de evaluación nutricia

ND-07

1. El sistema desplegará el formulario “CÉDULA DE EVALUACIÓN NUTRICIA nd-07”; ingresar la información correspondiente a:

- Peso (actual y habitual)
- Alteraciones de Peso
- Ingestión Diaria
- Síntomas Gastrointestinales
- Evidencia de Pérdida
- Esquema Dietético
- Indicaciones

2. Para finalizar, presionar el botón “Grabar”.

SIGUIENTE

Elaboró

Peso Actual

Peso Habitual

Peso Habitual

Kg

Kg (De los últimos 6 meses)

Kg (De hace 1 año)

1. Alteraciones de Peso

Pérdida de peso en los últimos 6 meses

Cambio Porcentual

%

Cambio durante las últimas dos semanas

Kg

Kg

Seleccione..

%

Seleccione..

Kg

2. Ingestión Diaria

Cambio Porcentual

Duración

Tipo de cambio

Clasificación

Seleccione..

Semanas

Seleccione..

Seleccione..

3. Síntomas Gastrointestinales (persistentes por más de dos semanas)

☐ Ninguna

☐ Náuseas

☐ Vómito

☐ Diarrea

☐ Anorexia

4. Deterioro Funcional (pérdida de fuerza o energía debido a la desnutrición)

Deterioro Global

Cambio durante las últimas doce semanas

Seleccione..

Seleccione..

5. Evidencia de Pérdida

Grasa Subcutanea en

Pérdida de Masa Muscular en

Evidencia de Edema

☐ Biceps

☐ Triceps

☐ Tórax

Seleccione..

☐ Sien

☐ Clavícula

☐ Deltoides

☐ Musc. Interóseo

Tobillo

Sacro

Ascitis

Seleccione..

Seleccione..

Seleccione..

GRABAR

2

Cédula de evaluación nutricia ND-07



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

3. En una nueva ventana se mostrará el formato de “Cédula de evaluación nutricia nd-07” con los siguientes campos:

- Alteraciones de peso
- Ingestión diaria
- Síntomas gastrointestinales
- Deterioro funcional

Listo para imprimir.

ANTERIOR

NOTAS Y
SOLICITUDES

3

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA							
Cédula de evaluación nutricia nd-07							
UNIDAD <u>DSDIOH 1 Fantasma</u>			No. DE SEGURIDAD SOCIAL		FECHA: <u>11/01/2023</u>		
NOMBRE <u>VALDEZ GARCIA JUAN</u>			1976588145 5M1958PE				
PISO <u>—</u>	CAMA <u>CG07</u>	EDAD <u>64</u>	SEXO <u>M</u>	PESO ACTUAL <u>70.000</u>			
PESO HABITUAL <u>59.000</u>	Kg (De los últimos 6 meses)		PESO HABITUAL <u>61.000</u>	Kg (De hace 1 año)			
I. HISTORIA CLÍNICA					CLASIFICACIÓN		
					A	B	C
1. Alteraciones de Peso:							
A) Pérdida de peso en los últimos 6 meses <u>49.000</u> Kg							
B) Cambio porcentual							
Ganancia o pérdida de peso <5% <u>15.71</u>					X		
Pérdida de 5 - 10% <u>—</u>							
Pérdida de >10% <u>—</u>							
C) Cambios durante las últimas dos semanas							
Aumento <u>—</u>							
Sin cambio <u>22.30</u>						X	
Pérdida <u>—</u>							
2. Ingestión Diaria:							
A) Deterioro global:							
Sin cambio <u>—</u>					X		
Con cambio <u>—</u>							
B) Duración <u>2</u> semanas							
C) Tipo de cambio:							
Dieta sólida subóptima <u>—</u> Dieta completa líquida <u>X</u>						X	
Líquidos hipocalóricos <u>—</u> Hambre (inanición) <u>—</u>							
3. Síntomas Gastrointestinales (persistentes por más de dos semanas)							
Ninguno <u>—</u> Náuseas <u>X</u> Vómito <u>X</u>							
Diarrea <u>—</u> Anorexia <u>—</u>						X	
4. Deterioro Funcional (pérdida de fuerza o energía debido a la desnutrición)							
A) Deterioro Global:							
Ninguno <u>—</u>							
Moderado <u>—</u>						X	
Grave <u>—</u>							
B) Cambio durante las últimas doce semanas							
Mejora <u>—</u>							
Sin cambio <u>—</u>						X	
Empoderamiento <u>—</u>							

Cédula de evaluación nutricional ND-07a



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1

Grabar

1ra Parte Cibraje

2da Parte Evaluación

Recomendación de manejo nutricional

Paciente de

☐ Primera vez ☐ Subsecuente

Peso Actual

70

Peso Habitual

Kg (de hace 3 meses)

Estatura

m

Talón-Rodilla

cm

Diagnóstico Médico

R070 - Dolor de garganta

A- ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos tres meses?

Seleccione..

B- Pérdida reciente de peso (en menos de tres meses)

Seleccione..

C- Movilidad

Seleccione..

D- ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

Seleccione..

E- Problemas neuropsicológicos

Seleccione..

FI- Índice de Masa Corporal

Seleccione..

GRABAR

2

SIGUIENTE

- El sistema desplegará el formulario “CÉDULA DE EVALUACIÓN NUTRICIAL GERIÁTRICA”; ingresar la información correspondiente a:
 - 1ra parte cibraje
 - 2da parte evaluación
 - Recomendación de manejo nutricional
- Para finalizar, presionar el botón “Grabar”.

Cédula de evaluación nutricional ND-07a



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

4

3. En una nueva ventana se mostrará el formato de Cédula de evaluación nutricional geriátrica con los siguientes campos:

- 1ra parte cibraje
- 2da parte evaluación

4. Listo para imprimir.

ANTERIOR

NOTAS Y
SOLICITUDES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

3

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Cédula de evaluación nutricional geriátrica MNA nd-07a			
Unidad: DSDIOH 1 Fantasma		Fecha: 11 / 01 / 2023 DD MM AAAA	
Nombre: VALDEZ GARCIA JUAN		NSS: 1976588145	SM1958PE
Primera vez: X	Subsecuente:	Edad: 64	Sexo: M
Peso Actual Kg: 70.00	Peso Habitual Kg (de hace 3 m): 83.00	No. Cama: CG07	Estatura m: 190.00
Talón-Rodilla cm: 22	Diagnóstico médico: R070 - Dolor de garganta		
Diagnóstico Nutricional: Riesgo de malnutrición			
Instrucciones: Responda la cédula indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos, si la suma de la primera parte es inferior a 12, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.			
1ra Parte Cibraje			
A	¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos tres meses? Ha comido mucho menos Ha comido menos Ha comido igual	0 1 2	2
B	Pérdida reciente de peso (en menos de tres meses) Pérdida de peso mayor a 3 Kg No lo sabe Entre 1 y 3 Kg No ha habido pérdida de peso	0 1 2 3	1
C	Movilidad Cama a sillón Autonomía en el interior Sale del domicilio	0 1 2	1
D	¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? Sí No	0 2	2
E	Problemas neuropsicológicos Demencia o depresión grave Demencia moderada Sale del domicilio	0 1 2	1
F1	Índice de Masa Corporal IMC menor a 19 Entre 19 y menos de 21 Entre 21 y menos de 23 IMC mayor o igual a 23	0 1 2 3	2
Nota: Si no es viable la pregunta F1 (Índice de Masa Corporal) reemplazar con la pregunta F2 o R (Circunferencia de pantorrilla-CP) donde CP Mayor o igual a 31 cm = 3 Puntos y menor a 31 = Cero			
Ponderación Preliminar			
Estado de nutrición normal (I)		12 a 14 puntos	
Riesgo de malnutrición (X)		8 a 11 puntos	
Malnutrición (J)		0 a 7 puntos	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G - R			
2da Parte Evaluación			
G	¿El paciente vive independiente en su domicilio? Sí No	0 1	1
H	¿El paciente toma más de 3 medicamentos al día? Sí No	0 1	1

2660-009-091

Cédula de evaluación nutricional ND-07c



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1

Peso Actual	Peso Ideal	Longitud o Talla actual	Longitud o Talla ideal
70	Kg	cm	cm
IMC actual	Longitud al nacer	Peso al Nacer	Fecha de Nacimiento
	cm	Kg	27/01/1958

Cédula de evaluación aplicable a pacientes pediátricos de 2 a 17 años de edad

Paso 1. Implicancia nutricional del diagnóstico médico

¿Tiene el paciente un diagnóstico con consecuencias nutricionales? ([referirse a nota 1](#))

Seleccione..

Paso 2. Aporte nutricional o ingesta nutricional

¿Cuál es el aporte nutricional del paciente?

Seleccione..

Paso 3. Peso y Talla o Longitud, IMC: Consultar tablas percentiles (peso y talla) o score Z (IMC)

Peso y Talla y Longitud, IMC: Consultar tablas percentiles (peso y talla) o score Z (IMC)

Seleccione..

II. PLAN DE MANEJO NUTRICIO

Esquema Dietético

Requerimiento	Kcals		%H de C		%Proteína		%Lípidos		g Prot/Kg	
Recomendable									peso/día:	

Indicaciones

SIGUIENTE

GRABAR

Cédula de evaluación nutricional ND-07c

3. En una nueva ventana se mostrará el formato de Cédula de evaluación nutricional nd-07 con los siguientes campos:

- Implicancia nutricional del diagnóstico.
- Aporte nutricional o ingesta nutricional.
- Peso y talla o longitud.

4. Listo para imprimir.

ANTERIOR

NOTAS Y
SOLICITUDES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

4

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Cédula de evaluación nutricional para el paciente pediátrico nd-07c

Unidad: DSDIOH 1 Fantasma	Fecha: 11/01/2023	Cama: CG07
Nombre: VALDEZ GARCIA JUAN	NSS: 1976588145	5M1958PE
Piso:	Edad: 64	Sexo: M
Longitud o Talla actual: 0.07	Longitud o Talla Ideal: 0.05	Peso Actual: 70.000
IMC actual: 1.43	Peso al nacer: 200	Peso Ideal: 55.000
	Longitud al nacer: 0.12	Fecha de nacimiento: 27/01/1958

Cédula de evaluación aplicable a pacientes pediátricos de 2 a 17 años de edad

3

I. APLICACIÓN DE LA CÉDULA

PUNTAJE

Paso 1. Implicancia nutricional del diagnóstico médico.

¿Tiene el paciente un diagnóstico con consecuencias nutricionales? (referirse a nota 1)		
Sin duda alguna	3	2
Posiblemente	2	
No	0	
Nota 1: Patologías con implicación nutricional (puntaje 3): falla intestinal, diarrea intratable, quemadura o trauma mayor enfermedad de Crohn, fibrosis cística, disfagia, enfermedad hepática, cirugía mayor, ERC, error innato del metabolismo. Posible implicación (puntaje 2): Cardiología, problemas de conducta, parálisis cerebral, labio leporino y paladar hendido, enfermedad celiaca, diabetes, reflujo gastroesofágico, cirugía menor, condiciones neuromusculares, desórdenes psiquiátricos, alergia e intolerancia única, virus respiratorios. Sin complicación (puntaje 0): Cirugía de un día, enfermedades de la piel.		
PUNTAJE		

Paso 2. Aporte nutricional o ingesta nutricional.

¿Cuál es el aporte nutricional del paciente?		
Ninguno	3	2
Ha disminuido recientemente o es deficiente	2	
Sin cambios recientes y adecuado	0	

Paso 3. Peso y Talla o Longitud, IMC: Consultar tablas percentiles (peso y talla) o score Z (IMC)

Si usa tablas de peso y talla: Mayor o igual a 3 columnas de diferencia del p50 o de la media (o un peso menor al percentil 2). Si se usa IMC: Menor o igual a 3 columnas de diferencia (-3SD)	3	3
Mayor a 2 percentiles de espacio de la p50 o de la media (entre 3 y 2) o igual a 2 columnas de diferencia de la media.	1	
0 a 1 percentiles de espacio de la p50 o de la media (entre 0 y 1) 0 a 1 columnas de la media.	0	
Puntaje total		7

2660-003-125

Cédula de evaluación nutricional ND-07b

- El sistema desplegará el formulario "CÉDULA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL nd-07B ", ingresa la información correspondiente a:
 - Peso Actual
 - Peso habitual (de los últimos 6 meses)
 - Peso habitual (de hace 1 año)
 - Antecedentes
 - Examen físico
 - Esquema Dietético
 - Indicaciones
- Para finalizar, presionar el botón "Grabar".

SIGUIENTE



1

Peso Actual

70

Peso Habitual

59

Peso Habitual

61

A.- ANTECEDENTES

1.- Pérdida de peso en los últimos 6 meses

Kg

2.- Cambios de la Ingesta Alimentaria

3.- Síntomas Gastrointestinales (presentes durante más de 2 semanas)

Seleccione..

Seleccione..

Seleccione..

4.- Incapacidad Funcional (Relacionado con el estado nutricional)

5.- Comorbilidad

Seleccione..

Seleccione..

B.- EXAMEN FÍSICO

1.- Reservas disminuidas de grasa o pérdida de grasa subcutánea (bajo, los ojos, tríceps, bíceps, tórax)

2.- Signos de pérdida muscular (sien, clavícula, escápula, costillas, rodillas, interóseo)

Seleccione..

Seleccione..

Esquema Dietético

Requerimiento Recomendable

Kcals

%H de C

%Proteína

%Lípidos

Prot AVB%

g Prot/Kg peso/día

Ingesta de líquidos recomendable ml:

al día

Ingesta de líquidos recomendable ml:

al día por Vía Oral

Indicaciones

GRABAR

2

Cédula de evaluación nutricional ND-07b



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

4

3. En una nueva ventana se mostrará el formato de “Cédula de evaluación nutricional nd-07B” con los siguientes campos:

- Pérdida de peso en los último 6 meses.
- Cambios de la ingesta alimentaría.
- Síntomas gastrointestinales.
- Incapacidad funcional.
- Comorbilidad.
- Examen físico

4. Listo para imprimir.

ANTERIOR

NOTAS Y
SOLICITUDES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

3

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Cédula de evaluación nutricional para paciente con enfermedad renal con tratamiento sustitutivo nd-07b

UNIDAD: DSDIOH 1 Fantasma FECHA: 11/01/2023
NOMBRE: VALDEZ GARCIA JUAN NSS: _____
PISO: _____ CAMA: CG07 EDAD: 64 SEXO: M PESO ACTUAL: 70.000
PESO HABITUAL: 59.000 Kg (De hace 6 meses) PESO HABITUAL: 61.000 Kg (De hace 1 año)

A. ANTECEDENTES

1. Pérdida de peso en los últimos 6 meses: <u>49.00</u> Kg					PUNTAJE
Ninguna	<5%	5 a 10%	11 a 15%	Mayor de 15%	5
1	2	3	4	5	
2. Cambios de la Ingesta Alimentaría					2
Ninguna	Dieta sólida insuficiente	Dieta líquida o moderada	Dieta líquida hipocalórica	Ayuno	
1	2	3	4	5	
3. Síntomas Gastrointestinales (presentes durante más de 2 semanas)					2
Ninguna	Náusea	Vómito o Síntomas	Diarrea	Anorexia grave	
1	2	3	4	5	
4. Incapacidad Funcional (Relacionado con el estado nutricional)					2
Ninguna o Mejoría	Dificultad para la deambulación	Dificultad con actividades normales	Actividad leve	Poca actividad o en cama o silla de ruedas	
1	2	3	4	5	
5. Comorbilidad					4
Con Tx sustitutivo <1 año y sin comorbilidades	Con Tx sustitutivo 1 a 2 años o comorbilidad leve	Con Tx sustitutivo 2 a 4 años o edad >75 años comorbilidad	Con Tx sustitutivo >4 años o comorbilidad grave	Comorbilidades graves y múltiples	
1	2	3	4	5	

B. EXAMEN FÍSICO

1. Reservas disminuidas de grasa o pérdida de grasa subcutánea (bajo los ojos, tríceps, bíceps, tórax)					2
Ninguna		Moderada		Severo	
1	2	3	4	5	

Control de prescripciones dietéticas ND-01



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1. El sistema desplegará el formulario "CONTROL DE PRESCRIPCIONES DIETÉTICAS nd-01", ingresar la información correspondiente a:

- Observaciones anteriores
- Desayuno
- Comida
- Cena
- Observaciones

2. Para finalizar, presionar el botón "Grabar".

SIGUIENTE

1

Observaciones anteriores

Prescripción médica dietética

Desayuno Comida Cena

Seleccione.. Seleccione.. Seleccione..

Observaciones

2

GRABAR

Control de prescripciones dietéticas ND-01

- Para obtener el reporte de “Control de prescripciones dietéticas ND-01”, ir al menú principal izquierdo y seleccionar reportes.
- Seleccionar “N Control de prescripciones dietéticas nd-01”
- Indicar la fecha y demás campos que son requeridos para la búsqueda del reporte y dar clic en “Reporte”
- El sistema desplegará en una ventana emergente, el “Control de prescripciones dietéticas nd-01”

NUTRICIÓN

Inicio

Expediente [Modificación y Solicitudes]

Red Zonal

Monitoreo ND-09

REPORTES

Búsqueda

Reportes

Cambio de Contraseña

Manual

Acerca de..

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

REPORTES

Tipo N CONTROL DE PRESCRIPCIÓN Médico Seleccione un médico...

Fecha del MOVIMIENTOS INTRAHOSPITALARIOS 4

N CONTROL DE PRESCRIPCIONES DIETETICAS nd-01

Hospital N RECORRIDO

División PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA

Tipo de Urgencia PACIENTES CON NOTA DE ALTA

PACIENTES SIN NOTA DE INGRESO

Fecha del 01/09/2025 Hora al 02/09/2025 Hora

Hospital DSDIOH 1 Fantasma Área: Seleccione una opción...

División Seleccione una opción... Diagnóstico

Tipo de Urgencia ☐ Adultos ☐ Pediatría ☐ Toco

Reporte 5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
Control de prescripciones dietéticas nd-01

Unidad: DSDIOH 1 Fantasma Fecha: 02 / 09 / 2025

Servicio: CIRUGÍA AMBULATORIA Piso: 1

No de cama	Nombre del paciente	Fecha nacimiento	No. Seg. Soc.	Diagnóstico médico	Prescripción médica dietética			Observaciones
					Desayuno	Comida	Cena	
CA01	CAUDILLO TREJO FATIMA	08/11/1992	2405235046 0F1992ND		Normal	Normal	Normal	cumentos. También será útil en mercadotecnia, publicidad, diseño web, creación de folletos, escritura de tesis, etc. Para comenzar, simplemente escribe o pega el texto iculadora gratuita en línea que cuenta el número de caracteres o letras de un texto. Periodistas que escriben un artículo, estudiantes que trabajan en su tarea, escritores independientes, investigadores, solicitantes de empleo que preparan su currículum: por favor, siéntete libre de utilizar esta herramienta para contar el número de letras o caracteres en tus documentos. También será útil en mercadotecnia, publicidad, diseño web, creación de folletos, escritura de tesis, etc.

ANTERIOR

NOTAS Y
SOLICITUDES

Nota de control nutricio referencia y contrarreferencia ND-32



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1

ND-32

Diagnóstico Nutricio

Servicio que envía

Seleccione.

Resumen

Peso Kg. Talla Mts. Laboratorios

Resumen y motivo de Referencia

Contrarreferencia

Grabar

2

1. El sistema desplegará el formulario "NOTA DE CONTROL REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA nd-32", ingresar la información correspondiente a:
 - Diagnóstico Nutricio
 - Servicio que envía
 - Resumen
 - Peso
 - Talla
 - Laboratorios
 - Resumen y motivo de referencia
 - Contrarreferencia
2. Para finalizar, presionar el botón "Grabar".

SIGUIENTE

Nota de control nutricio referencia y contrarreferencia ND-32



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

4

3. En una nueva ventana se mostrará el formato de “Nota de control referencia y contrarreferencia nd-32” con los siguientes campos:

- Resumen clínico – nutricio
- Laboratorios.
- Resumen de control nutricio y motivo de la referencia.
- Contra-referencia.

4. Listo para imprimir.

[ANTERIOR](#)

[NOTAS Y
SOLICITUDES](#)

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA NOTAS DE CONTROL DE NUTRICIO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA nd-32	
Unidad DSDIOH 1 Fantasma	Fecha: 20 / 01 / 2023 DD MM AAAA
Nombre del paciente JOSE BENJAMIN RODRIGUEZ FERNANDEZ	No. de Seguridad Social 2812225001 0M2022ND
Diagnóstico Nutricio PRUEBAS	Servicio que envía ALERGOLOGIA
DATOS DEL PACIENTE	
3 RESUMEN CLÍNICO-NUTRICIO pruebas	
Peso 55 Talla 1.60 Laboratorios: PRUEBAS	
Resumen de control nutricio y motivo de la referencia: pruebas	
Contrarreferencia: pruebas	
Elaboró _____ JEFE DE NUTRICIÓN JEFE NUTRICIÓN PRUEBAS Profesional del Departamento de Nutrición Categoría, nombre y firma 2660-009-027	

Notas de control nutricional

ND-31

1. El sistema desplegará el formulario "NOTAS DE CONTROL NUTRICIO nd-31 ", ingresar la información correspondiente a:
 - Fecha
 - Hora
 - Diagnóstico Nutricio
 - Control Nutricio
 - Subjetivos
 - Nombre, Firma y Matrícula
 - Objetivos
 - Análisis
 - Plan
 - Plan de Alta
2. Para finalizar, presionar el botón "Grabar".

SIGUIENTE

1

Fecha

dd/mm/aaaa

Hora

24hrs

Diagnostico Nutricio

Control Nutricio

Subjetivos

Nombre, Firma y Matrícula

Seleccione.

Objetivos

Análisis

Plan

Plan de Alta

GRABAR

2

Notas de control nutricio ND-31

3. En una nueva ventana se mostrará el formato de “Notas de control nutricio nd-31” con los siguientes campos:

- Fecha y hora
- Control nutricio.
- Subjetivos.
- Objetivos.
- Análisis.
- Plan.
- Plan de alta.

4. Listo para imprimir.

[ANTERIOR](#)

[NOTAS Y
SOLICITUDES](#)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL		4
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		
NOTAS DE CONTROL DE NUTRICIÓN nd-31 Hospitalización		
Unidad DSDIOH 1 Fantasma	Fecha: 20 / 01 / 2023 DD MM AAAA	
Nombre del paciente RODRIGUEZ FERNANDEZ JOSE BENJAMIN	No. de Seguridad Social 2812225001 0M2022ND	
Diagnóstico Nutricio PRUEBAS		
Fecha y Hora 01 / 20 / 2023 Hora: 09:28	pruebas	Control Nutricio
SUBJETIVOS: PRUEBAS		
OBJETIVOS: pruebas		
ANÁLISIS: pruebas		
PLAN: pruebas		
PLAN DE ALTA: pruebas		
Elaboró Alta		
NUTRICIÓN 2 NUTRICIÓN		
Profesional del Departamento de Nutrición Categoría, nombre y firma		2660-009-026

Registro dietético ND-09

1. El sistema desplegará el formulario "REGISTRO DIETÉTICO nd-09 ", ingresar la información correspondiente a:

- Antecedentes
- Datos nutricionales
- Factores socioeconómicos
- Recordatorio de 24 hrs
- Perfiles
- Nota nutrición

SIGUIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1

GRABAR

GENERAR SOLICITUD

Antecedentes

Datos nutricionales

Factores socioeconómicos

Recordatorio de 24 hrs

Perfiles

Nota nutrición

☐ ¿Es paciente renal?

Pedíátricos

Peso al nacer

Longitud al nacer

Lactancia materna

en meses

Inicio de ablactación

Meses en que se inició

¿Con que alimento?

Cesárea

☐ Si ☐ No

Parto normal

☐ Si ☐ No

Semana de gestación

en meses

Embarazo alto riesgo

☐ Si ☐ No

Especifique:

Peso de la madre

Talla de la madre

0.000 mts

Peso del padre

Talla del padre

0.000 mts

Alergia a medicamentos

☐ Si ☐ No

Cual

Recordatorio 24 hrs LECHE

Entera

Deslactosada

Sucedáneo Etapa 1

Sucedáneo Etapa 2

Leche materna

Registro dietético ND-09

- 3. Los campos marcados con rojo son obligatorios, así como en la pestaña de “Perfiles”, el llenado en su totalidad la columna de “valor” e “interpretación”
- 4. Para finalizar, presionar el botón “Generar solicitud”.

ANTERIOR

SIGUIENTE

4

GRABAR

GENERAR SOLICITUD

Antecedentes

Datos nutricionales

Factores socioeconómicos

Recordatorio de 24 hrs

Perfiles

Nota nutrición

PERFIL ANTROPOMÉTRICO

Fecha:

DATO:	VALOR:	INTERPRETACIÓN:
C. Mus brazo		
Déficit Musc		
Circunfe. Carpo cm		
Peso actual Kg		
Estatura m		
Peso ideal Kg		
Peso habitual Kg		
Peso ajustado Kg		
% Cambio de pérdida de peso		
% Peso ideal		
% Peso habitual		
Índice de masa corporal Kg/m2		
Pliegue cutáneo bicipital mm		
Pliegue cutáneo tricipital mm		
C. Med brazo		
Déficit grasa		
Compleción		

PERFIL BIOQUÍMICO

Fecha:

EXAMEN	RESULTADO:	VALOR NORMAL
Hemoglobina		12.2 a 18.1 g/dL
Hematocrito		37.7 a 53.7 %
Leucocitos		4.6 a 10.2 x 10^3/μL
Cuenta total de linfocitos		
Glucosa		74 a 106 mg/dL
Urea		mg/dL
Creatinina		0.66 a 1.09 mg/dL
Acido urico		
Colesterol		
Trigliceridos		0 a 150 mg/dL
Proteinas totales		6 a 8 g/dL
Sodio		136 a 145 mg/dL
Potasio		3.5 a 5.1 meq/Lt
Calcio		7.6 a 10.8 mg/dL
Fósforo		2.5 4. mg/dL
Depuración de		

5. El sistema generará el formato de “Registro dietético nd-09”

5



DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
Registro dietético nd-09

Fecha: 14/04/2025		Unidad		Consulta Externa ()	
DD MM AAAA		DSDIOH 1 Fantasma		Hospitalización (X) No. Cama M350	

I. DATOS GENERALES

Nombre del paciente:		No. de Seg. Social:	
DESCONOCIDO DESCONOCIDO2 DESCONOCIDO		2301255005 0M2000ND	
Médico tratante	Diagnóstico Médico	Servicio de envío	No. teléfono
	M796 - Dolor en miembro		555-555-5555
Edad 25	Sexo M	Escolaridad	Ocupación

EMBARAZO Y LACTANCIA

Semanas de Gestación		Peso habitual	Tiempo de Gestación
No. de Gestas	Peso al término del embarazo	Product. con bajo peso	Product. con Macrosomía

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Agua potable ()	Drenaje ()	Refrigerador ()	Piso de: AZULEJO
No. de familia 5	Adultos 3	Menores 2	Lugar que ocupa entre los hermanos 2

II. DATOS NUTRICIONALES

Hace ejercicio	Sí () No (X)	Tipo	Tiempo	Frecuencia
----------------	-----------------	------	--------	------------

Medicamento	Interacción Fármaco Nutrimiento

ANTECEDENTES:

Patológicos	Nutricionales	Hereditarios	No patológicos	Alergias		
Diabetes X	Cirrosis	Cardiopatías	Anemia	Diabetes X	Alcoholismo X	Medicamento X
Hipertensión	Cáncer	Gástritis	Bajo peso X	Hipertensión	Tabaquismo	
Neuropatías	Colitis	Tuberculosis	Obesidad	Cáncer	Drogas	
Preeclampsia		Hipotiroidismo	Desnutrición			
Enf. Resp.		Enf. Hepáticas	Sobrepeso			

QUIRÚRGICOS:

Pancreatitis	Fistulas X	Colecistectomías	Ileostomías	Otros:
--------------	------------	------------------	-------------	--------

TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES Y FÍSICOS

Vómitos ()	Diarrea (X)	Estreñimiento ()	Reflujo ()
Problemas de masticación ()	Hiporexia ()	Salud dental ()	Bucal () Otros ()

VÍA DE ALIMENTACIÓN:

Oral (X)	Nutric. Enteral ()	Especificar sitio:	Nutric. Parent ()
------------	---------------------	--------------------	--------------------

USO DE SUPLEMENTOS:

Sí ()	No (X)	Especifique:	Cuándo:
--------	----------	--------------	---------

Ha recibido orientación nutricional con anterioridad

Sí ()	No (X)	Dónde:	Cuándo:
--------	----------	--------	---------

Alimentos que no consume por alergia, intolerancia o aversión:

NINGUNO

Durante las últimas 2 semanas su ingesta de alimentos ha sido:

Incrementada ()	Normal (X)	Disminuida ()	Mínima ()
------------------	--------------	----------------	------------

III. RECORDATORIO DE 24 HORAS:

No. de raciones													
CARNE	LECHE	VERDURAS	FRUTAS	CERT Y TUB	LEGUMINOSAS	GRASA	AZÚCAR	Beb. Alcoh	Agua ml				
	Entera	Descrem		c/G	s/G		c/Prot	s/Prot	c/Gr	s/Gr			
10	10	5	10	5	1	1	10	10	9	15	15	0	2000

Nutrimiento	%	Kcals	gr Nut
Hid. de Carb.			
Proteínas			

ANTERIOR

MENÚ NOTAS
Y SOLICITUDES

Monitoreo “Registro dietético ND-09”

1. Ir al menú lateral izquierdo y dar clic en “Monitoreo ND-09”
2. Ingresar el NSS (10 dígitos) o la CURP (18 dígitos) del paciente y dar clic en buscar.
3. El sistema desplegará los datos del paciente y dar clic en el icono de agregar.
4. Llenar los campos de acuerdo al registro dietético en seguimiento y por último damos clic en grabar.

SIGUIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

MONITOREO ND-09

NSS

Ingrese NSS a 10 dígitos

CURP

Ingrese CURP

2 **Buscar**

NSS	AGREGADO MEDICO	PACIENTE	CURP	FECHA	SOLICITUD	3 AGREGAR
2514930361	4F1972OR	PEREZ UC BLANCA ESTELA	PEUB721227MCCRCL09	29/07/2025 11:06:13 a. m.	REGISTRO DIETÉTICO NUTRICIONAL PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL ND-09b	

Monitoreo dietético nutricional para pacientes con enfermedad renal nd-09b

PERFIL ANTROPOMÉTRICO

Fecha:

dd/mm/aaaa



DATO	VALOR:	INTERPRETACIÓN:
Déficit grasa		
Complejión		
CMB		
Peso seco Kg		

PERFIL BIOQUÍMICO

Fecha:

dd/mm/aaaa



EXAMEN	RESULTADO:	VALOR NORMAL
Hemoglobina		12.2 a 18.1 g/dL
Hematocrito		37.7 a 53.7 %
Leucocitos		4.6 a 10.2 x 10 ³ /μL

4 **GRABAR**

5. El sistema generará el formato de “Registro dietético ND-09”

5



DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
Registro dietético nd-09

Fecha: 14/04/2025		Unidad		Consulta Externa ()	
DD MM AAAA		DSDIOH 1 Fantasma		Hospitalización (X) No. Cama M350	
I. DATOS GENERALES					
Nombre del paciente:				No. de Seg. Social:	
DESCONOCIDO DESCONOCIDO2 DESCONOCIDO				2301255005 0M2000ND	
Médico tratante		Diagnóstico Médico		Servicio de envío	
		M796 - Dolor en miembro			
Edad 25		Sexo M		Escolaridad	
				Ocupación	
EMBARAZO Y LACTANCIA					
Semanas de Gestación		Peso habitual		Tiempo de Gestación	
No. de Gestas		Peso al término del embarazo		Product. con bajo peso	
				Product. con Macrosomía	
FACTORES SOCIOECONÓMICOS					
Agua potable ()		Drenaje ()		Refrigerador ()	
Piso de:		AZULEJO			
No. de familia 5		Adultos 3		Menores 2	
				Lugar que ocupa entre los hermanos 2	
II. DATOS NUTRICIONALES					
Hace ejercicio		Sí () No (X)		Tipo	
				Tiempo	
				Frecuencia	
Medicamento		Interacción Fármaco Nutrimiento			
ANTECEDENTES:					
Patológicos		Nutricionales		Hereditarios	
No patológicos		Alergias			
Diabetes X		Cirrosis		Cardiopatías	
Hipertensión		Cáncer		Gástritis	
Neuropatías		Colitis		Tuberculosis	
Preeclampsia		Hipotiroidismo		Desnutrición	
Enf. Resp.		Enf. Hepáticas		Sobrepeso	
QUIRÚRGICOS:					
Pancreatitis		Fistulas X		Colecistectomías	
				Ileostomías	
				Otros:	
TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES Y FÍSICOS					
Vómitos ()		Diarrea (X)		Estreñimiento ()	
Reflujo ()		Problemas de masticación ()		Hiporexia ()	
Salud dental ()		Bucal ()		Otros ()	
VÍA DE ALIMENTACIÓN:					
Oral (X)		Nutric. Enteral ()		Especificar sitio:	
Nutric. Parent ()					
USO DE SUPLEMENTOS:					
Sí ()		No (X)		Especifique:	
Ha recibido orientación nutricional con anterioridad		Sí ()		No (X)	
Dónde:				Cuándo:	
Alimentos que no consume por alergia, intolerancia o aversión:					
NINGUNO					
Durante las últimas 2 semanas su ingesta de alimentos ha sido:					
Incrementada ()		Normal (X)		Disminuida ()	
				Mínima ()	
III. RECORDATORIO DE 24 HORAS:					
No. de raciones					
CARNE		LECHE		VERDURAS	
FRUTAS		CERT Y TUB		LEGUMINOSAS	
GRASA		AZÚCAR		Beb. Alcoh	
Agua ml					
c/Prot		s/Prot		c/Gr	
s/Gr		c/Gr		s/Gr	
10		10		5	
10		5		10	
1		1		10	
10		9		15	
15		0		2000	
Nutrimiento					
%		Kcals		gr Nut	
Hid. de Carb.					
Proteínas					