



**SSD**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE DURANGO



**Hospital  
Reforma**

**CONVENIO DE CONCERTACIÓN DE ACCIONES PARA EL SUMINISTRO Y RECUPERACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS, EN SUS RESPECTIVOS BANCOS DE SANGRE Y/O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LA SECRETARÍA DE SALUD DE DURANGO Y SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO EN LO SUCESIVO "SALUD", REPRESENTADOS POR LA DRA. IRASEMA KONDO PADILLA, SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, A TRAVÉS DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, REPRESENTADO POR SU DIRECTOR EL DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVÁN, DIRECTOR DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN LO SUCESIVO "CETS" Y POR LA OTRA PARTE EL HOSPITAL REFORMA S. DE R.L. DE C.V., REPRESENTADO POR EL DR. JESÚS RAÚL FLORES TORRES, DIRECTOR GENERAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "HOSPITAL REFORMA", Y CUANDO PARTICIPEN DE MANERA CONJUNTA SE DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS:**

#### **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.** - La sangre y los componentes sanguíneos seguros e inocuos constituyen un recurso terapéutico, de uso universal, para suplir diversas deficiencias sanguíneas en los seres humanos. Una transfusión de sangre o de sus componentes, puede salvar la vida de un paciente, contribuir a restituir su salud o mejorar su calidad de vida, de ahí la necesidad de que los servicios de salud mantengan un suministro oportuno de sangre segura y que garanticen que su uso terapéutico sea adecuado y racional.

En los términos de la Ley General de Salud, la disposición de la sangre y de los componentes sanguíneos para uso terapéutico, está a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión que cuenten con autorización para su funcionamiento.

**SEGUNDO.** - La donación de sangre y componentes sanguíneos es a título gratuito, sin embargo, existen costos significativos asociados al reclutamiento y educación de los donantes, a la extracción, a las determinaciones analíticas, a la preparación de componentes sanguíneos, aseguramiento de la calidad, almacenamiento y distribución, así como aquellos derivados de la infraestructura y mantenimiento de los establecimientos. Por ello, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público periódicamente da a conocer a las Instituciones del Sector Salud, las cuotas de recuperación que aplica "**SALUD**" las que deberán cubrir los solicitantes de componentes sanguíneos, en el catálogo y tabulador correspondiente al **Anexo Uno**.



**SSD**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE DURANGO



**Hospital  
Reforma**

**TERCERO.** - Para la ejecución del presente convenio "**LAS PARTES**", se comprometen a acatar la normatividad en la materia, contenida en la Ley General de Salud, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos o la Norma que la sustituya. Los Artículos 3º fracción XXVIII, 340 y 341 de la Ley General de Salud, establecen que el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, es materia de salubridad general y que la Secretaría de Salud a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) ejerce el control sanitario de la disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos. Que el Banco de Sangre de la Secretaría de Salud, tiene competencia para proponer las políticas idóneas para la cobertura y acceso equitativo de la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, con la finalidad de estimular la autosuficiencia y utilización racional de la sangre y sus componentes y mejoras en la captación, procesamiento y almacenamiento de la sangre y sus componentes, así como proveer a los establecimientos de salud públicos o privados. En el Sistema Nacional de Salud podrán participar los prestadores de servicios de los sectores público, social y privado, para lo cual, la Secretaría de Salud, promoverá y fomentará la participación de estos últimos mediante la suscripción de Convenios de Concertación de Acciones, conforme lo establecen los Artículos 10º y 11 de la Ley General de Salud.

Está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células en términos de lo dispuesto por los artículos 327 y 462 fracción II de la Ley General de Salud.

La sangre es un tejido valioso que se utiliza mundialmente para suplir diversas deficiencias sanguíneas, por si misma no puede ser utilizada, sino que se requiere para garantizar su calidad, efectuar pruebas para la detección de enfermedades transmisibles por transfusión, así como practicar pruebas inmuno-hematológicas entre otras y ello, necesariamente implica costos, por lo que resulta imprescindible aplicar las cuotas de recuperación en materia de intercambio de sangre humana y de sus componentes, que deban cubrir los solicitantes de los componentes sanguíneos para garantizar su disponibilidad.

**CUARTO.-** En atención a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana **NOM-253-SSA1-2012**, "Para la disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos", establece en las disposiciones generales que ***"Los bancos de sangre deberán establecer y formalizar convenios con otros bancos de sangre o con servicios de transfusión para el intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos, con el objetivo de lograr el abasto oportuno bajo condiciones de seguridad, eficiencia, transparencia y legalidad"***.



## DECLARACIONES

### I.- De "SALUD" a través de su representante legal:

**I.1.-** Que de conformidad con el artículo 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, la Secretaría de Salud es la dependencia responsable de conducir y establecer las políticas y programas en materia de salud en el Estado.

**I.2.-** Que de conformidad con el artículo 47 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango y 17 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Durango, "Servicios de Salud de Durango", es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por Decreto publicado en el Periódico Oficial No. 25 del Estado de Durango, el 26 de septiembre de 1996.

**I.3.-** Que de conformidad con los artículos 1 y 4 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, dicho Organismo Público Descentralizado, forma parte de la Administración Pública Paraestatal.

**I.4.-** Que de acuerdo al artículo 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, fracción XXV, la Secretaría de Salud como dependencia del Gobierno Estatal se coordinará y coadyuvará con el Organismo Público Descentralizado especializado en la materia, denominado Servicios de Salud de Durango, a fin de operar los Servicios de Salud y mejorar la cobertura de estos, en beneficio de la población del Estado, en los términos establecidos en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud.

**I.5.-** El Organismo Público Descentralizado tiene como objeto prestar Servicios de Salud a población abierta en el Estado de Durango en cumplimiento a las Leyes General y Estatal de Salud y a lo dispuesto en el Acuerdo de Coordinación suscrito por el Gobierno Federal y esta Entidad Federativa el 20 de agosto de 1996, en el diario oficial de la Federación el 07 de febrero del 1997.

**I.6.-** En el artículo 16 del Decreto Administrativo que modifica el diverso por el que se crean los Servicios de Salud de Durango con carácter de Organismo Público Descentralizado, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango No. 64, de fecha 09 de agosto del 2020, se establece que el Director General de este ente público será nombrado por el titular del Ejecutivo Estatal y que dicho nombramiento recaerá en la persona de quien sea nombrado Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Durango.

**I.7.-** Que con fecha 15 de septiembre del 2022, el **Dr. Esteban Alejandro Villegas Villarreal**, Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Durango, otorgó nombramiento a la **Dra. Irasema Kondo Padilla**, como Secretaria de Salud y Directora General de Servicios de Salud de Durango, quien se encuentra



plenamente facultada para suscribir el presente convenio, de conformidad con artículo 17 fracción VI del Decreto Administrativo que modifica el diverso por el que se crean los Servicios de Salud de Durango con carácter de Organismo Público Descentralizado, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango No. 64, de fecha 09 de agosto del 2020, así como los artículos 18 y 19 fracción XII de su Reglamento Interior.

**I.8.-** Que el Director del Centro Estatal de Transfusión sanguínea, el **Dr. Heriberto Andiola Galván**, en tal carácter acompaña a la Directora General en la formalización del presente instrumento jurídico.

**I.9.-** El **"CETS"** Es una Unidad médica dependiente de servicios de salud de Durango, organismo público descentralizado de la administración pública estatal, que capta, procesa y almacena sangre humana y sus componentes, además de proveer a establecimientos de atención pública y privada mediante convenios como lo establece la NOM-253-SSA-2012.

**I.10.-** Que el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, tiene establecido su domicilio en Blvd. José Ma. Patoni número 403, Edificio C. colonia Predio el Ciprés. C.P. 34217, Durango, Dgo, teléfono 6181373150 y 6181373155, cuenta con su Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) no. DGSSA017115 y con la Licencia Sanitaria No.21-TS-10-005-0003.

**I.11.-** Que para los efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado en Calle Cuauhtémoc esquina con Paloma No. 225 Nte, Código Postal 34000, Zona Centro, Teléfonos (618) 1 37 34 24 y 1 37 74 90, con Registro Federal de Causantes (RFC) SSD960927CR4.

**II.- "HOSPITAL REFORMA"**, a través de su representante legal declara que:

**II.1.-** Que es una persona moral conforme a lo estipulado en la Escritura Pública No. 4137, Volumen 75, de fecha 23 de mayo del 1991, pasada ante la fe del Lic. Joaquín Soria Hernández Jr., Notario Público No. 2, de la Ciudad de Durango, Dgo.

**II.2.-** Que el **DR. JESÚS RAÚL FLORES TORRES**, es el representante legal y Director General, conforme a lo estipulado en la Escritura Pública No. 4137, Volumen 75, de fecha 23 de mayo del 1991, pasada ante la fe del Lic. Joaquín Soria Hernández Jr., Notario Público No. 2, de la Ciudad de Durango, Dgo.

**II.3.-** La Secretaría de Hacienda Y Crédito Público le otorgo el Registro Federal de Contribuyentes: **HRE910917GN5**.

**II.4.-** Que el **DR. JESÚS RAÚL FLORES TORRES**, es el Director General.



**II.5.-** Que cuenta con la Licencia de Actos Quirúrgicos u Obstétricos **No. 16-AM-10-005-0013.**

**II.6.-** Que cuenta con Licencia Sanitaria para el Servicio de Transfusión Sanguínea **No. 17-TS-10-005-0001**, su actualización se encuentra en trámite desde el 26 de enero del 2023,

**II.7.-** Que su aviso de Funcionamiento y Responsable Sanitario es el **8962/F**, su actualización se encuentra en trámite desde el 26 de enero del 2023.

**II.8.-** Que, para los efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado en Calle Carlos Sta. María y Scop No. s/n, Col. Reforma C.P. 34277, Durango, Dgo.

**II.10.-** Que el establecimiento de que se trata, cuenta con la infraestructura, equipo y personal capacitado e idóneo, para prestar los servicios a los pacientes. Que conoce las disposiciones de carácter legal, como son: la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y la Norma Oficial Mexicana Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos, declarando además que se somete a la legalidad y políticas sanitarias que imperan en el país sin reserva alguna, así como a las normas médicas y éticas aplicables o que resultaran ser en materia internacional y en cuestiones relativas a la disposición de sangre y sus componentes con fines terapéuticos.

Expuesto lo anterior **"LAS PARTES"**, sujetan sus compromisos, a las siguientes:

### CLAÚSULAS

**PRIMERA. - OBJETO.** - El presente convenio tiene por objeto, establecer las bases y mecanismos de concertación de acciones entre **"LAS PARTES"**, para realizar actividades de suministro y recuperación de unidades de sangre y sus componentes con fines terapéuticos, en su respectivo servicio de transfusión sanguínea.

**SEGUNDA. - DEL REGISTRO.** - **"HOSPITAL REFORMA"**, se obliga a registrar ante **"SALUD"**, el nombre y firma de su médico responsable sanitario, así como a comunicarle de forma inmediata, la destitución, la baja, o cambio de éste.

**TERCERA. - DE LA COMUNICACIÓN PREVIA.** - **"HOSPITAL REFORMA"**, se compromete en primer término, a comunicarse telefónicamente con el Centro Estatal de Transfusión Sanguínea **"CETS"**, para solicitarle los componentes sanguíneos que requiera, con el propósito de verificar su existencia en el banco de sangre de **"SALUD"**, señalando a éste, de conocerse, el grupo sanguíneo A-B-



O y Rh, Hto., el diagnóstico previo al paciente, en los casos de usos de plasma como sucede en el intercambio plasmático terapéutico.

**CUARTA.- DE LA SOLICITUD.- “HOSPITAL REFORMA”**, se obliga a presentar al Centro Estatal de Transfusión Sanguínea **“CETS”**, la solicitud de unidades de componentes sanguíneos, debidamente firmada por el médico tratante y responsable sanitario del servicio de transfusión utilizando el formato (s) previamente aprobado por **“SALUD”**, en el documento que conforma el **ANEXO DOS**, en el cual se deben expresar con claridad los componentes sanguíneos que se requieran y los demás datos que incluye el formato y adjuntar al mismo la (s) solicitudes de pruebas de compatibilidad debidamente requisitado (s) con todos los datos requeridos, utilizando el formato que conforma el **ANEXO TRES (A) Y (B) y ANEXO CUATRO**, en relación al procedimiento a seguir en las Clínicas e Instituciones Privadas.

**QUINTA. -DEL CONTENEDOR PARA EL TRANSPORTE. - “HOSPITAL REFORMA”**, se compromete a proporcionar a quien vaya a recoger los componentes sanguíneos, un contenedor termo-aislante, en su caso, con los refrigerantes necesarios, con el fin de que las unidades de sangre o de componentes sanguíneos, sean transportadas en condiciones que aseguren su viabilidad y funcionalidad.

**SEXTA. - DE LA OBLIGACIÓN DE ENVIAR DONANTES. - “HOSPITAL REFORMA”**, se obliga a enviar al **“CETS”**, el número de donantes necesarios, con el objeto de recuperar la sangre o componentes de ésta, dentro de los tres días siguientes.

Dicho plazo se ampliará a 15 (quince) días hábiles, para el caso de que él o los donantes enviados no fueran aptos para la donación, por no reunir los requisitos que establece la Norma Oficial Mexicana **NOM-253-SSA1-2012**, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes, con Fines Terapéuticos y tengan a manera de aportación voluntaria un depósito como garantía por el préstamo de sangre o de componentes sanguíneos, documentos que conforma el **ANEXO DOS**, además, la promoción y difusión de donación voluntaria y altruista.

**SÉPTIMA. - DE LA OBLIGACIÓN DEL ENVIADO DE FIRMAR UNA CARTA COMPROMISO. - “HOSPITAL REFORMA”**, se compromete a que el enviado a recoger las unidades de sangre o de componentes sanguíneos solicitados, firme una carta compromiso, que le proporciona el Banco de Sangre del **“CETS”**, **ANEXO DOS**, en la cual se obliga a reponer las unidades de sangre o de componentes sanguíneos que se le proporcionen, destinando para ellos personas donantes de sangre.

**OCTAVA. - DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN.** - Antes de recibir las unidades objeto del Convenio **“HOSPITAL REFORMA”**, se compromete a cubrir las cuotas



de recuperación en el nivel **6** de la Tabla de Costos de Productos Autorizados por **"SALUD"**, aprobada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y con el procedimiento ordenado por la misma que esencialmente consiste en **ANEXO UNO**:

- Cubrir el importe de las cuotas correspondientes, en el nivel que se indica.
- Realizar el pago en las ventanillas de la Institución SSD.

El tabulador que se anexa se actualizara periódicamente por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por lo que las cuotas de recuperación, en caso de variar, serán aceptadas tácitamente al solicitar el o los componentes sanguíneos y no se requerirá modificar, ni ratificar el presente convenio.

**NOVENA. - INFORME.- "HOSPITAL REFORMA"** se obliga a enviar un informe mensual al **"CETS"**, con la información de los formatos **(B)** y **(C)** en formato Excel y pdf, a los correos electrónicos: [cets.reddsangre@durango.gob.mx](mailto:cets.reddsangre@durango.gob.mx), [partyda2020@gmail.com](mailto:partyda2020@gmail.com), los informes se recibirán, dentro de los primero 5 días de cada mes, una vez revisados por personal del **"CETS"**, podrá enviarlos al correo del **CNTS**: [informesmetodologia@gmail.com](mailto:informesmetodologia@gmail.com), los formatos estarán disponibles y autorizados para su descarga, en la siguiente liga: <http://drive.google.comdrive/folders/11eXi08PEcoDNaXucRNTxUNxihAwwKP?usp=sharring>.

**DÉCIMA. - DE LA ASESORÍA, EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN.** - Para el cumplimiento del presente convenio **"SALUD"**, expresamente se compromete a:

- a) Proporcionar a **"HOSPITAL REFORMA"**, asesoría gratuita tendiente a resolverle las dudas que pudieran surgir respecto de la aplicación adecuada de la sangre o de sus componentes.
- b) A evaluar la necesidad terapéutica de los componentes sanguíneos solicitados y;

**DÉCIMA PRIMERA. - DEL SUMINISTRO DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS.** - **"SALUD"**, se obliga a proporcionar las unidades de sangre o componentes sanguíneos, al recibir la solicitud siempre y cuando se tengan en existencia.

**DÉCIMA SEGUNDA. - "SALUD"**, se obliga a anotar en el libro de registro de ingresos y egresos de sangre y sus componentes, lo que señala la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos".



Asimismo **"SALUD"**, llevará un formato para el control de ingresos y egresos, que deberá ser firmado por el responsable del **"CETS"**, y por la persona que reciba las unidades de sangre y/o componentes sanguíneos.

**DÉCIMA TERCERA. - "SALUD"**, por conducto del **"CETS"** se obliga a llevar un control de las cartas compromiso, con el propósito de verificar si **"HOSPITAL REFORMA"**, dio cumplimiento a la obligación de enviar los donantes, para la recuperación de la sangre o componentes sanguíneos solicitados, lo que se registrará también, en un sistema de información computarizado.

**DÉCIMA CUARTA.- ACCESO A LA INFORMACIÓN.-** La información y actividades que se presenten, obtengan o produzcan, en virtud del cumplimiento del presente convenio, serán clasificadas por **"SALUD"**, atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento, por lo que **"LAS PARTES"**, se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

En caso de incumplimiento **"LAS PARTES"**, asumirán a título personal, las consecuencias derivadas de la violación de dicha confidencialidad y reserva, por lo que **"HOSPITAL REFORMA"**, y **"SALUD"**, informarán al inicio de sus actividades dicha situación al personal que participe en la realización de las acciones a desarrollar objeto del presente Convenio, a fin de dar cumplimiento a esta obligación.

**DÉCIMA QUINTA. - DEL AVISO POR CAMBIOS EN LA DOCUMENTACIÓN O DE LOS QUE SUSCRIBEN ESTE CONVENIO.-** Cualquier cambio relativo a la licencia sanitaria, al responsable sanitario o de las personas que intervengan en este convenio, así como el cambio de domicilio de cualquiera de **"LAS PARTES"**, deberá ser informado oportunamente por escrito, con acuse de recibo y dirigirse a los domicilios señalados por **"LAS PARTES"**, en el apartado de declaraciones de este convenio y dentro de un plazo no mayor de treinta días naturales contados a partir de que ocurra cualquiera de los cambios referidos, de no ser así, la parte que omita notificar el cambio, asumirá la responsabilidad que se produzca.

**DÉCIMA SEXTA.- RELACIÓN LABORAL.-** Queda expresamente estipulado entre **"LAS PARTES"**, que suscriben el presente convenio que, en atención a que cada una de ellas cuenta con el personal necesario y con elementos propios para realizar las actividades objeto de este convenio, en esa medida aceptan que, en relación con el personal que llegase a trabajar con motivo de la ejecución de este convenio, no existirá relación alguna de carácter laboral, civil ni de seguridad social 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 corresponda.



**DÉCIMA SÉPTIMA. - VIGENCIA. - “LAS PARTES”**, acuerdan que la vigencia del presente convenio es de un año, contados a partir de la fecha de su firma.

**DECIMA OCTAVA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA.** - Cualquiera de **“LAS PARTES”**, podrá dar por terminado este convenio con antelación a su vencimiento, mediante aviso por escrito a la contraparte, notificándola con treinta días naturales de anticipación. En tal caso, ambas partes tomarán las medidas necesarias para evitar perjuicios, tanto a ellas como a terceros.

**DECIMA NOVENA. - JURISDICCIÓN.** - Para la interpretación y cumplimiento del presente convenio, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, **“LAS PARTES”**, se someterán a la Jurisdicción de los Tribunales Federales competentes, ubicados en la Ciudad de Durango, por lo tanto **“LAS PARTES”**, renunciarán al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio, presente, futuro, o por cualquier otra causa.

Leído que fue el presente convenio por **“LAS PARTES”**, y enteradas de su contenido y consecuencias legales, lo firman de conformidad en tres tantos al margen y al calce, en la Ciudad de Durango Dgo, a los 17 días del mes de febrero del 2023.

**POR “SALUD”**

**POR “HOSPITAL REFORMA”**




**DRA. IRASEMA KONDO PADILLA.**  
Secretaria de Salud y Directora  
General de Servicios de Salud de  
Durango.

**DR. JESÚS RAÚL FLORES TORRES.**  
Director General del Hospital Reforma,  
S. de R.L. de C.V.

**“CETS”**



**DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVAN**  
Director del Centro Estatal de  
Transfusión Sanguínea.

**ANEXO 1**  
**CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**  
**TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN**



**CETS**

**Cuotas de productos que se autorizan para el Tabulador de Servicios Médico-Asistenciales 2017**

<b>Clave</b>	<b>Descripción</b>	<b>Nivel 6</b>
010-02	Consulta especialidad	\$ 239.03
190-02	Anticuerpos anti-VHC (ELISA)	\$ 196.19
190-04	Detección de anti-cuerpos VIH 1/2 (ELISA)	\$ 196.19
190-05	Antígeno de superficie AgsHB	\$ 178.15
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	\$ 1,102.70
192-05	Reacciones febriles en placa	\$ 144.32
190-19	Pruebas cruzadas	\$ 791.51
191-03	Serotipificaciones	\$ 78.93
192-16	R.p.r. prueba de sífilis	\$ 173.64
201-07	Recuento de plaquetas	\$ 67.65
201-10	Investigación hematozoarios	\$ 108.24
201-12	Serie roja	\$ 225.50
201-13	Serie blanca	\$ 225.50
201-16	Determinación de grupo sanguíneo y factor rh	\$ 119.52
	<b>TOTAL DE SANGRE Y PAQUETE</b>	<b>\$ 3,847.07</b>
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	\$ 1,102.70
192-31	Coombs directo	\$ 121.77
192-32	Coombs indirecto	\$ 187.17
201-46	Plasmaferesis	\$ 9,089.91
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	\$ 1,102.70
	<b>TOTAL PLASMAFERESIS</b>	<b>\$ 10,192.61</b>
201-45	Plaquetoféresis	\$ 9,089.91
	Total de sangre y paquete	\$ 3,847.07
	<b>TOTAL PLAQUETAFERESIS</b>	<b>\$ 12,936.98</b>
360-08	Sangría	\$ 455.51

ANEXO DOS

HOSPITAL

Solicitud de productos sanguíneos

Durango, Dgo., \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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

Responsable del Banco de Sangre de \_\_\_\_\_

PRESENTE:

Por medio de la presente, solicito a Ud. Los siguientes productos con carácter:

Ordinario ( )

Urgente ( )

PRODUCTO	CANTIDAD	GRUPO	RH
----------	----------	-------	----

Sangre Total	_____	_____	_____
--------------	-------	-------	-------

Paquete Globular	_____	_____	_____
------------------	-------	-------	-------

Plasma fresco cong.	_____	_____	_____
---------------------	-------	-------	-------

Conc. Plaquetario	_____	_____	_____
-------------------	-------	-------	-------

Otros	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Para el (a) paciente \_\_\_\_\_ No.afil. \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_ cama \_\_\_\_\_ diagnostico \_\_\_\_\_

Con el compromiso de enviar el o los donadores necesarios para reponer los productos que nos proporcione.

Adjunto a la presente, solicitud para pruebas de compatibilidad debidamente requisitado con todos los datos requeridos.

SI ( )

NO ( )

ATENTAMENTE

“DONAR SANGRE ES SALVAR VIDAS “  
RESPONSABLE MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN

\_\_\_\_\_

**ANEXO TRES (A)**

**HOSPITAL** \_\_\_\_\_ **DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

Solicitud de pruebas de compatibilidad

**Carácter de la solicitud:** ( ) Ordinario ( ) Urgente **Hora de Recepción CETS:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_

Transfusiones Previas SI ( ) NO ( ) Cuantas: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

Reacciones Transfusionales SI ( ) NO ( ) Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

No. de Embarazos: \_\_\_\_\_ Enf. Hemolítica del R/N SI ( ) NO ( ) Está recibiendo medicamento SI ( ) NO ( )

**PRODUCTO SOLICITADO**

PAQUETE GLOBULAR PLASMA FRESCO CONGELADO CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA P. GLOBULAR LAVADO P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: \_\_\_\_\_

VOLUMEN SOLICITADO: \_\_\_\_\_ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

**LABORATORIOS:**

HB: \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_\_ PLAQUETAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ CEDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

**HOSPITAL** \_\_\_\_\_ **DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

Solicitud de pruebas de compatibilidad

**Carácter de la solicitud:** ( ) Ordinario ( ) Urgente **Hora de Recepción CETS:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_

Transfusiones Previas SI ( ) NO ( ) Cuantas: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

Reacciones Transfusionales SI ( ) NO ( ) Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

No. de Embarazos: \_\_\_\_\_ Enf. Hemolítica del R/N SI ( ) NO ( ) Está recibiendo medicamento SI ( ) NO ( )

**PRODUCTO SOLICITADO**

PAQUETE GLOBULAR PLASMA FRESCO CONGELADO CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA P. GLOBULAR LAVADO P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: \_\_\_\_\_

VOLUMEN SOLICITADO: \_\_\_\_\_ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

**LABORATORIOS:**

HB: \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_\_ PLAQUETAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ CEDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ ORIGINAL

PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

**ANEXO TRES (B)**  
**REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD**

Paciente: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

**METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS**

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**REALIZO LAS PRUEBAS:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**RECIBE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD**

Paciente: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

**METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS**

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**REALIZO LAS PRUEBAS:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**RECIBE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

## ANEXO CUATRO

Los procedimientos a seguir con las Clínicas y Hospitales privados, según sea el caso.

1. **A)** Deberán presentar donadores aptos en fecha anterior a su procedimiento quirúrgico o procedimiento Intrahospitalario programado.

**B)** Se le realizarán pruebas cruzadas, preferentemente 1 día antes de que se quiera transfundir, ya sea que se envíe la muestra de la Clínica privada o que él o la paciente acudan a toma de muestra de compatibilidad de las 11:00 hrs. hasta las 19:00 hrs. (se deberá aplicar el cargo de pruebas de compatibilidad del Nivel 6).

2. **A)** Presentar donadores aptos, se realizan las pruebas de la unidad y grupo sanguíneo, y se aplica el cargo en nivel 6, si no se usa por no ser requerida por el Hospital privado, queda disponible para un familiar directo del paciente, durante 35 días. En caso de que se de esta situación, se aplicará el cargo de pruebas de compatibilidad y estudios realizados a la sangre, sin que tenga que presentar donadores o dejar aportación voluntaria.

3. **A)** En el caso de que previamente se convenga en presentar dos donadores aptos, por cada unidad que se vaya a proporcionar se aplicará solo el cargo de pruebas de compatibilidad Nivel 6 y el grupo sanguíneo por cada unidad requerida.

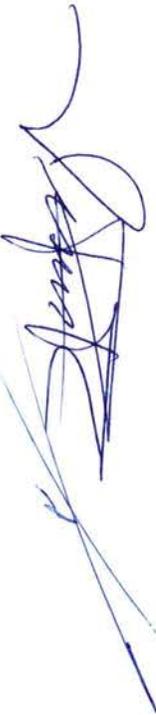
**B)** En el caso de que la o las unidades no sean requeridas por el Hospital privado, queda disponible una unidad por cada dos donadas, para un familiar directo del paciente, durante 40 días, en este caso, solo se aplicará el cargo de pruebas de compatibilidad y grupo Nivel 6, sin que tenga que presentar donador o dejar aportación voluntaria.

4. **A)** En caso de urgencia o que los donadores presentados no sean aptos, los familiares solicitantes deberán cubrir las pruebas de compatibilidad y grupo sanguíneo en el Nivel 6, y a su egreso dejar aportación voluntaria por el o los productos egresados y pagar los estudios en Nivel 6.

5. Requisitos para recibir una solicitud en el banco de sangre del Centro

## Estatal de la Transfusión Sanguínea de Durango.

- 1.- Solicitud de pruebas de compatibilidad requisitada en forma completa con todos los datos en ella solicitados (nombres con los dos apellidos) original y dos copias con el grupo y Rh del paciente.
- 2.- Pacientes externos deberán acudir al CETS 24 hrs. previas a la cirugía para el proceso de toma de muestra con solicitud debidamente requisitada.
- 3.- El original de la solicitud de pruebas de compatibilidad se integrara al expediente clínico, una copia se entregara al laboratorio o al servicio de transfusión del hospital para su registro de ingreso y aplicaciones en el servicio correspondiente y otra copia se quedara en el CETS.
- 4.- Se requiere dos tubos (pilotos) con una muestra de sangre: uno con coagulante 4 ml. mínimo y otro sin anticoagulante 3 ml. mínimo. (En caso de no poder tomar las dos muestras en recién nacidos traer la muestra con anticoagulante mínimo 3 ml.).
- 5.- Para ex sanguíneo transfusión, enviar también muestra de sangre con anticoagulante de la madre del recién nacido. (3ml.).
- 6.- Las muestras de sangre (tubos piloto) deben estar etiquetadas en forma individual con nombre completo, fecha y hora de extracción y servicio.
- 7.- Las solicitudes ordinarias se reciben con donación previa o con aportación voluntaria y carta compromiso y se trabajan el mismo día en que se recibe la solicitud.
- 8.- Solicitudes de urgencias calificadas se reciben y trabajan sin excepción alguna en cualquier horario.
- 9.- Las solicitudes preoperatorias de cirugías programadas, solo se reciben hasta las 24:00hrs. Del día previo al evento quirúrgico, o procedimiento hospitalario que requiera apoyo transfusional acompañadas de la solicitud, muestra piloto y constancia de donación a favor del paciente.
- 10.- En caso de plasmas la solicitud deberá acompañarse de una justificación por escrito de la dosis a ministrar, así como la necesidad clínica del plasma y traer anotados los tiempos de coagulación del paciente (último reporte) y será valorada por el CETS.



11.- En los concentrados plaquetarios las solicitudes deben contar con los datos relativos al último recuento de plaquetas del paciente. Para los concentrados plaquetarios que se van a aplicar juntos, con una solicitud para 5 productos es suficiente. En el caso de aplicarse en forma separada se necesita solicitud por concentrado.

12.- En caso de la transfusión de pool de plaquetas se deberá contar con el consentimiento por escrito del médico responsable de la aplicación de plaquetas desplasmalizadas grupo "O" a pacientes de otro grupo sanguíneo, por no contarse con plaquetas del grupo del paciente.(sólo en urgencias calificadas).

13.- En el consentimiento del médico tratante, se deberá hacer constar que el paciente se encuentra en quimioterapia o en tratamiento con esteroides. La solicitud también deberá contar con los datos relativos al último recuento plaquetario del paciente.

14.- Cuando no se tenga algún producto disponible, se darán opciones transfusionales de acuerdo a las tablas de alternativas con que cuenta el CETS.

15.- En el caso de no aceptarse las opciones, el médico responsable lo deberá manifestar y firmar en la solicitud que no acepta la alternativa propuesta, el laboratorio registrará la negativa en la solicitud.

16.- En el caso de hospitales privados, o de pacientes con solicitudes ordinarias que cuenten con donación previa, si no se cuenta con el producto requerido la solicitud no se recibirá hasta el momento de estar en condiciones de atenderla.

17.- Todos los productos deberán ser transportados en recipientes térmicos aislantes sin excepción.

18.- El original de la solicitud de transfusión, se integrara al expediente clínico junto con la etiqueta de datos relativos a la transfusión y notificación de reacción-transfusional (etiqueta auto adherible).

19.- En caso de que no se aplique un producto y hayan transcurrido dos horas sin refrigeración de la unidad, la baja del producto corresponderá al hospital y se deberá registrar en el libro correspondiente de productos biológicos potencialmente infecciosos.



20.- En el caso de que algún producto no sea aplicado, se deberán regresar de inmediato al CETS dentro de las siguientes 4 horas de su salida, siempre y cuando se haya mantenido en refrigeración y se transporte en recipiente termoaislante con los refrigerantes necesarios.

21.- En el caso de los hospitales privados, se podrá aplicar el criterio del párrafo anterior, en el entendido que se recibirán los productos a manera de donativo sin la devolución del importe pagado por los estudios practicados a las unidades, quedando las unidades disponibles para familiares directos del paciente durante 35 días (sin costo).

22.- Los hospitales privados deberán cubrir sin excepción la cuota de recuperación nivel 6 y celebrar carta compromiso de reposición de los productos proporcionados en caso de no contar con donadores, o si se trata de una urgencia se deberá elaborar documento de fianza aportación voluntaria.

23.- Se exentará de pago cuando se tengan unidades donadas extra a la solicitud o se ofertará descuento mayor al acreditado.


**Formato utilizado punto 4.A) Anexo 4**

Formato de fianza impreso por un lado tamaño media carta, engomado en block, original y copia, foliado en color rojo utilizado al momento de solicitar unidades de sangre y estas son entregadas. Al momento de la donación será regresado el importe.



**SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO**  
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA  
BLVD. JOSÉ MA. PATONI #403, COL. EL CIPRÉS, C.P. 34217,  
TELS. (618) 137-31-56/137-31-57, DURANGO, DGO.



CENTRO ESTATAL DE LA  
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

**RECIBÍ DE:** \_\_\_\_\_ **LA CANTIDAD DE:** \_\_\_\_\_ (son: \_\_\_\_\_ **00/100 M.N.)**

Por concepto de aportación voluntaria que hago al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, en el entendido de que cuando presente \_\_\_\_\_ **donadores aptos** para recuperar las unidades que fueron prestadas, me será devuelta la aportación entregada, en caso de que en un lapso de 15 días contados a partir de esta fecha no presente los donadores aptos, la aportación que voluntariamente estoy aportando le será entregada a la Subdirección de Recursos Materiales y Financieros de los Servicios de Salud de Durango, para la compra de insumos necesarios en el CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

**Nota:** el horario de atención para la recuperación de la fianza es de lunes a viernes de 8:00hrs. a 14:30 hrs.

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **HOSPITAL:** \_\_\_\_\_

Durango, Dgo., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la persona que recibe la aportación

**ORIGINAL**