

**Instructivo de llenado  
BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar**

**(SINBA-SIS-F1)**

**VERSIÓN 2025**



**Dirección General de Información en Salud**

Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud

# PREFACIO

## Información de contacto

Para mayor información sobre el documento que se muestra a continuación, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Homero # 213 Piso 11, Colonia Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto con el asunto “BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar (SINBA-SIS-F1) Versión 2025”.

Tabla de contenido

[1 PREFACIO 1](#_Toc184212546)

[1.1 Información de contacto 1](#_Toc184212547)

[2 PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO 3](#_Toc184212548)

[2.1 Introducción y Marco normativo 3](#_Toc184212549)

[ **Audiencia** 3](#_Toc184212550)

[ **Alcance** 4](#_Toc184212551)

[ **Justificación** 4](#_Toc184212552)

[ **Términos y Definiciones** 5](#_Toc184212553)

[ Referencias 6](#_Toc184212554)

[ **Ligas Web** 6](#_Toc184212555)

[ **Archivos anexos** 6](#_Toc184212556)

[ BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar 7](#_Toc184212557)

[ **Anverso** 7](#_Toc184212558)

[ **Reverso** 8](#_Toc184212559)

[ Descripción de BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar 9](#_Toc184212560)

[ **Identificación de la o el usuario** 9](#_Toc184212561)

[ **Fecha y datos del control** 9](#_Toc184212562)

[ **Observaciones y bajas** 10](#_Toc184212563)

[ Instrucciones de BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar 11](#_Toc184212564)

[ **Instrucciones Generales** 11](#_Toc184212565)

[ **SECCIÓN I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:** 11](#_Toc184212566)

[ **SECCIÓN II. DATOS DE LA ATENCIÓN** 13](#_Toc184212567)

[ **SECCIÓN III. OBSERVACIONES Y BAJAS** 14](#_Toc184212568)

# PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO

## Introducción y Marco normativo

De conformidad con el artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud le corresponde a la de la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la cual tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud y, en el numeral 6.1 prevé que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SNIBMS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

Por lo anterior, las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), deben generar, integrar y entregar la Información en Salud de acuerdo a lo establecido de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entregar en tiempo y forma la información estadística y documentación base en los formatos y/o procedimientos determinados por la DGIS y por los Servicios Estatales de Salud (SESA), los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.

Contando con la validación y en su caso concentración para los componentes del SINAIS que así lo requieran por parte de Los servicios Estatales de Salud para su envío a la DGIS.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de las y los integrantes del SNS.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, así como establecer los mecanismos para que las personas Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud registren, intercambien y consoliden información, la cual debe aplicarse de manera obligatoria en todo el territorio nacional para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica que formen parte del Sistema Nacional de Salud que adopten un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud, garantizando la confidencialidad de la identidad de las y los pacientes, así como la integridad y confiabilidad de la información clínica y definir las medidas de seguridad pertinentes y adecuadas a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo señalado el primer capítulo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

## Audiencia

Este documento está dirigido al personal Prestador de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en alguna etapa del proceso de registro, y utilización de los datos estadísticos procedentes del SIS, específicamente el personal responsable de realizar y verificar el adecuado registro de la información de BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar realizadas por la(el) auxiliar de salud o bien, el agente de la Secretaria de Salud que proporcione servicios básicos de salud en la comunidad, ya sea el(la) médico(a) o el(la) supervisor(a).

## Alcance

Este documento está dirigido al personal de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en la etapa del proceso de registro de la información obtenida a través del BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar.

## Justificación

El presente manual es resultado del proceso de actualización del Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) que llevó a cabo la Dirección General de Información en Salud, atendiendo la necesidad de contar con un conjunto de elementos que faciliten la generación de información en salud, oportuna, íntegra, válida, veraz, consistente y con amplia cobertura, para coadyuvar en la toma de decisiones de operación, evaluación y planeación de los servicios para la conducción estratégica del SNS, en respuesta a las diferentes necesidades y requerimientos de los Programas de Salud de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como de las Direcciones Generales de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Instituto de Salud para el Bienestar, así como otros organismos descentralizados y/o desconcentrados.

En cumplimiento a lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, donde refiere que el contar con información oportuna y de calidad permite: a) Reorientar los recursos materiales, financieros y humanos hacia políticas públicas en salud, principalmente preventivas y correctivas; b) Coadyuvar para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y los diferentes sistemas a cargo de la Secretaría de Salud; c) Proveer la adecuada participación de las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; d) Impulsar que se proporcionen servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; y, e) Reforzar las acciones de atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas, fines que se encuentran establecidos.

Considerando que el proceso de registro de actividades del Informe Mensual no difiere entre las unidades, y que todas y todos los prestadores de servicio que están en contacto con el Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios mejor conocido como SIS tienen la responsabilidad de que el registro de la información sea oportuno, completo, íntegro y veraz, considerando que la actividad de registro del dato es de suma importancia para el Sistema de Información de Salud.

Los datos estadísticos serán utilizados dentro y fuera de las unidades médicas por personas usuarias directas e indirectas, así como personal responsable de la toma de decisiones; por ello, los datos registrados deben cumplir con la calidad requerida.

El principal objetivo del presente es mostrar las definiciones operativas, así como las instrucciones para el registro de la información obtenida a través del BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar con el fin de mejorar la calidad de la información registrada.

Asimismo, constituye una guía de aprendizaje para el personal de nuevo ingreso durante el periodo de familiarización con el SIS, ya que resuelve las dudas que surjan durante la jornada laboral.

La Dirección General de Información en Salud a través de la Subdirección de Información Institucional, instruyen la implementación de la SIS versión 2025, exhortando a las y los responsables de los programas de salud y a las áreas de estadística estatales y jurisdicciones sanitarias difundan y promuevan el presente material y sus instructivos al interior de las unidades médicas y establecimientos de salud.

## Términos y Definiciones

Para los fines de este instructivo de Llenado BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar se entenderán las siguientes definiciones:

| **Término** | **Acrónimo** | **Definición** |
| --- | --- | --- |
| **Auxiliar de salud** |  | La o el Auxiliar de Salud Comunitario (ASC) constituye el agente principal de la ampliación de la cobertura, a través de las actividades de promoción, prevención, algunas tareas asistenciales sencillas y la referencia de casos que se le han definido en el paquete básico. Su responsabilidad central es impulsar la cultura de la salud y la participación social en el programa, mediante el fortalecimiento de los comités de salud locales y la participación informada de la comunidad. |
| **Bienestar para la Salud Comunitaria** | BSC | Abreviatura de Bienestar para la Salud Comunitaria. |

# Referencias

## Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del Instructivo de Llenado BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar versión 2025 y este Instructivo de Llenado que se encuentran en el apartado “2. Fuera de la Unidad” en Insumos SIS2025-formatos e Instructivos, al que puede entrar con usuario y contraseña en:

<http://sinba.salud.gob.mx>

## Bibliografía

* NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.

## Archivos anexos

| **Id.** | **Descripción** | **Nombre del archivo** | **Formato / Aplicación para su visualización** |
| --- | --- | --- | --- |
| 36 | Instructivo de Llenado  BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar  (SINBA-SIS-F1) | SINBA-SIS-F1 2025 | Adobe Acrobat Reader |

# BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar

## formato

### Anverso



### Reverso



# Descripción de BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar

El objetivo del calendario de control SINBA-SIS-F1 es mantener un registro de los datos que se derivan de las atenciones que se proporcionan a cada una de las personas que asisten a solicitar servicios de planificación familiar en las comunidades de BSC. Se divide en los siguientes apartados:

* Identificación de la o el usuario
* Fecha y datos del control
* Observaciones
* Bajas

## Identificación de la o el usuario

Es donde se registran los datos correspondientes a la identificación de la o el usuario. Cuenta con las siguientes variables:

* Nombre de la o el usuario
* Edad
* Hijas(os) vivas(os)
* Sabe leer y escribir
* Desea tener más hijos o hijas
* Comunidad
* Vive en esta Localidad
* Domicilio
* Está de acuerdo su esposo
* ¿Declara pertenecer a algún pueblo indígena?
* ¿Es migrante?
* ¿Se autodenomina afromexicano?
* ¿Tiene alguna discapacidad?

## Fecha y datos del control

En esta sección se registran las acciones realizadas y la fecha, cuenta con las siguientes variables:

* Fecha de control
* Control en el domicilio de la o el usuario
* Atendida(o) por:
* 1. Auxiliar de salud
* 2. Supervisor(a) de auxiliares
* 3. Médica(o) de la SS
* Dolor de cabeza
* Citología vaginal
* Exploración de mamas
* Varices
* Método entregado
  + Pastillas (oral)
  + Inyección mensual
  + Inyección bimestral
  + Inyección trimestral
  + Implante subdérmico de una varilla
  + Implante subdérmico de doble varilla
  + Parche dérmico
  + Diu
  + Diu medicado
  + Preservativo femenino
  + Preservativo
  + Anticoncepción de emergencia
* Usuaria(o) referida(o)
  + Para planificación familiar
  + Para citología vaginal

## Observaciones y bajas

En este espacio se realizan las anotaciones de los datos adicionales que se consideren pertinentes y las bajas.

# Instrucciones de BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar

## Instrucciones Generales

* El objetivo del calendario de control es mantener un registro de los datos que se derivan de las atenciones que se proporcionan a cada una de las personas que asisten a solicitar servicios de planificación familiar en la comunidad.
* El calendario de control se abre cuando se otorga el servicio a un NUEVA O NUEVO USUARIO; es decir, a una persona que por primera vez solicita el servicio de planificación familiar y acepta usar un método anticonceptivo. También se considera NUEVA O NUEVO USUARIO a la persona que estuvo asistiendo a recibir el servicio, pero que dejó de ir por más de tres años. Otra razón para abrir un calendario es cuando ya se han agotado las columnas del formato que se estaba utilizando para una usuaria o un usuario específico, en cuyo caso se debe engrapar el calendario que se inicia con el que ya servía de expediente para esa misma persona.
* El calendario de control se guarda en la carpeta de argollas correspondiente al subsistema de planificación familiar.
* Esta carpeta debe permanecer en la comunidad bajo la responsabilidad de la o el auxiliar de salud.
* Si se presenta un cambio de auxiliar de salud en la comunidad, el o la supervisora de auxiliares de salud debe verificar que se le entregue a la nueva o nuevo auxiliar la carpeta con todos los calendarios.
* Si en una comunidad existen dos auxiliares de salud, cada una debe manejar su propia carpeta de argollas con los calendarios de las usuarias y los usuarios que asisten con ella para recibir el servicio de planificación familiar.
* El o la auxiliar de salud debe registrar la información de cada atención que otorga en el calendario de control correspondiente, pero NO debe cambiarlo del lugar en el que se encuentra dentro de la carpeta de argollas.
* Este formato lo debe llenar el o la auxiliar de salud o bien, el agente de la SS que proporcione el servicio en la comunidad, ya sea la médica o el médico o la o el supervisor.
* El manejo de este formato es responsabilidad de la o el auxiliar de salud, y se debe tener un calendario de control para cada una o uno de las usuarias o los usuarios del programa de planificación familiar en la comunidad. Toda atención de planificación familiar, se debe registrar en este formato, incluyendo la entrega de anticonceptivos únicamente.
* Se llena cada vez que se proporciona una atención a un usuario o usuaria en planificación familiar. Cada atención requiere del uso de una columna, empezando por la primera de izquierda a derecha.
* El calendario se debe llenar en el lugar en donde se proporciona la atención o la entrega del método anticonceptivo, lo cual puede suceder en el consultorio rural, en el domicilio de la o el auxiliar de salud, o bien, en el domicilio de la persona usuaria. Para el llenado del calendario de control de preferencia se debe utilizar lápiz.

## SECCIÓN I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Registre los datos que se solicitan en esta sección en toda consulta de primera vez; es decir, en toda atención que se otorga a una o un nuevo usuario.

* **Nombre de la o el usuario.** Escriba el nombre completo de la usuaria o del usuario en el siguiente orden: nombre, apellido paterno, apellido materno. En caso de ser mujer escriba su nombre de soltera. Si es un hombre el que solicita el servicio y manifiesta que él será el que asistirá siempre a recibir atención, entonces el calendario se deberá abrir a nombre de él.
* **Edad.** Anote la edad del usuario o de la usuaria en años cumplidos. En caso de no saberla, calcúlela.
* **Hijas(os) vivos.** Anote el número de hijas o hijos vivos que tiene actualmente la o el usuario. En caso de que el calendario se abra a nombre de una señora, no se deben tomar en cuenta las hijas o los hijos adoptivos ni los que haya tenido el esposo con otra mujer.
* **Sabe leer y escribir.** Anote una “X” en el cuadro que indica SI cuando la o el usuario afirme que sabe, tanto leer como escribir. En caso contrario anote una “X” en el cuadro que indica NO.
* **Desea tener más hijas(os).** Anote una “X” en el espacio correspondiente a la respuesta de la o el usuario.
* **Comunidad.** Escriba el nombre de la comunidad donde presta sus servicios la o el auxiliar de salud.
* **Vive en esta localidad.** Anote una “X” en el espacio correspondiente a la respuesta de la o el usuario; cuando sea afirmativa la respuesta, en el renglón de DOMICILIO anote el nombre de la calle y el número de la casa si lo hubiere; en caso contrario, las señas que sirvan para la localización del domicilio del usuario o usuaria. Si la respuesta es NO, especifique en el siguiente renglón de este recuadro, el nombre de la comunidad donde vive la o el usuario.
* **Está de acuerdo su esposo.** Si el calendario de control se abrió a nombre de una señora, anote una “X” en el cuadro correspondiente a SI cuando el esposo esté enterado y de acuerdo en planificar la familia. En caso contrario, ponga una “X” en el cuadro denominado NO. Si el calendario se abrió a nombre de un varón, este rubro deberá quedar sin marcar.
* **¿Declara pertenecer a algún pueblo indígena?** Pregunte a la o el paciente, si la familia considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. De dar una respuesta positiva marque con una “X” en el recuadro de SI, si la respuesta es negativa marque en el recuadro de NO una “X”.
* **¿Es migrante?** Si se otorgó consulta a una persona que cumple con la definición de migrante, marque con “X” en el espacio correspondiente si la respuesta es afirmativa, o en el espacio NO si la respuesta es negativa. No incluye a las personas que llegan a la República Mexicana desde otro país de origen, para establecerse de manera temporal o definitiva.
* **¿Se autodenomina afromexicana(o)?** Si la persona o paciente se autodenomina Afromexicana(o), marque con una “X” en el recuadro correspondiente si la respuesta es afirmativa o no.
* **¿Tiene alguna discapacidad?** Si por algún problema de nacimiento o de salud se observa o la persona declara tener dificultad para:
  + Caminar, subir o bajar usando sus piernas;
  + Ver (aunque use lentes);
  + Mover o usar brazos o manos;
  + Aprender, recordar o concentrarse;
  + Escuchar (aunque use aparato auditivo);
  + Bañarse, vestirse o comer;
  + Hablar o comunicarse (por ejemplo, entender o ser entendido por otros);
  + Realizar sus actividades diarias por problemas emocionales o mentales (con autonomía e independencia); Problemas como autismo, síndrome de Down, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, etcétera.

Con al menos una de las opciones anteriores observadas o identificadas en la persona, en grado permanente o de mucha dificultad para llevar a cabo esas acciones, marque en el recuadro SI, o No en caso contrario.

## SECCIÓN II. DATOS DE LA ATENCIÓN

**Fecha de control**

Anote en los espacios correspondientes, el año, la clave del mes (las tres primeras letras del nombre) y el día en que se proporciona la atención. En la columna siguiente, anote la fecha de la próxima cita. Las claves para registrar el mes de la atención son las siguientes: ENE=enero, FEB=febrero, MAR=marzo, ABR=abril, MAY=mayo, JUN=junio, JUL=julio, AGO=agosto, SEP=septiembre, OCT=octubre, NOV=noviembre y DIC=diciembre.

**Control en el domicilio de la** o el **usuario.** Anote SI cuando la atención se proporcione en el domicilio de la persona usuaria, o un NO, si la atención se otorga en la casa de la o el auxiliar de salud o en el consultorio rural.

**Atendido(a) por:** Anote la clave de la o el agente que proporciona la atención, de acuerdo con lo siguiente: 1 cuando sea la o el auxiliar de salud quien otorga la atención; 2 si es la o el supervisor de auxiliares de salud y 3, si se trata de la médica o el médico de la Secretaría de Salud.

**Dolor de cabeza.** Anote SI cuando la persona usuaria manifieste que tuvo esta molestia entre la atención anterior y la que se le está proporcionando. Escriba NO en caso contrario.

**Citología vaginal.** Anote SI, cuando la usuaria refiera que le realizaron la citología vaginal, independientemente del lugar donde se la hayan efectuado (en el espacio dedicado a OBSERVACIONES registre el resultado del examen). En caso de no haberle practicado esta prueba a la usuaria o hayan transcurrido más de tres años desde la última toma, anote la palabra NO en la columna correspondiente a la fecha de la atención y canalice a la señora al centro de salud más cercano a su domicilio para que le realicen la citología vaginal.

**Exploración de mamas.** Registre SI, cuando a la usuaria se le haya realizado examen de mamas durante la atención. En caso contrario, anote NO.

**Várices.** Anote SI cuando la usuaria presente este signo en el momento del control. En caso contrario, anote NO.

**Método entregado**

Anote en el renglón del método que estará usando la persona entre la atención que se le otorga y la siguiente, la cantidad entregada de anticonceptivos, en los recuadros para el resto de los métodos ponga guiones (-). Para registrar la cantidad de métodos anticonceptivos proporcionados, deben tomarse en cuenta las siguientes especificaciones:

* **Pastillas (oral).** Anote el número de ciclos entregados.
* **Inyectable mensual.** Anote uno (1) si se le otorga la inyección a la usuaria, aun cuando durante la atención no se realice su aplicación; si se le da más de una inyección, anote la cantidad entregada. Si la usuaria adquiere la inyección en una farmacia registre (0), aunque el personal de salud realice la aplicación.
* **Inyectable bimestral.** Anote uno (1) si se le otorga la inyección a la usuaria, aun cuando durante la atención no se realice su aplicación; si se le da más de una inyección anote la cantidad entregada. Si la usuaria adquiere la inyección en una farmacia registre (0), aunque el personal de salud realice la aplicación.
* **Inyectable trimestral.** Anote uno (1) si se le otorga la inyección bimestral anticonceptiva (NORETISTERONA) a la usuaria, aunque durante la atención no se realice su aplicación; si se le da más de una inyección anote la cantidad entregada. Si la usuaria adquiere la inyección en una farmacia particular registre (0) en el espacio correspondiente, aun cuando la o el auxiliar de salud o la o el supervisor realice la aplicación.
* **Implante subdérmico.** **una varilla.** Anote uno (1) si se realiza una inserción o reinserción del implante subdérmico de una varilla durante la atención. Ponga cero (0) en los controles donde únicamente se realiza una revisión del implante subdérmico.
* **Implante subdérmico doble varilla.** Anote uno (1) si se realiza una inserción o reinserción del implante subdérmico de doble varilla durante la atención. Ponga cero (0) en los controles donde únicamente se realiza una revisión del implante subdérmico.
* **Parche dérmico.** Anote el número de cajas de parches otorgadas a la usuaria. (Cada caja cuenta con tres parches).
* **Preservativo femenino.** Registre el número de preservativos femeninos entregados (en unidades).
* **Preservativo masculino.** Registre el número de preservativos masculinos entregados (en unidades).
* **DIU.** Anote uno (1) si se realiza una inserción o reinserción de dispositivo intrauterino durante la atención. Ponga cero (0) en los controles donde únicamente se realiza una revisión de DIU.
* **DIU Medicado.** Anote uno (1) si se realiza una inserción o reinserción de dispositivo intrauterino durante la atención. Ponga cero (0) en los controles donde únicamente se realiza una revisión de DIU Medicado.
* **Anticoncepción de emergencia.** Anote (1) en caso de que entregue el tratamiento (caja con la píldora del día siguiente).

**Usuaria(o) referida:**

* **Para planificación familiar.** Anote SI cuando se envíe a una usuaria o un usuario a una unidad médica, para la adopción de un método definitivo o para la inserción de un DIU.
* **Para citología vaginal.** Anote SI cuando se refiera a una unidad médica a la usuaria para la realización del Papanicolaou.
* En caso de que no se canalice al o el usuario, anote NO.

**Fecha de próxima cita**. Una vez que se proporcionó el servicio, anote la fecha de la próxima cita en la siguiente columna del calendario de control. Si la o el usuario se presenta antes o después de su cita, borre la fecha programada y registre la fecha en la que realmente se otorgó la atención. Nunca debe dejar columnas en blanco entre dos atenciones.

## SECCIÓN III. OBSERVACIONES Y BAJAS

Registre en esta sección cualquier observación o nota que sirva para aclarar la información originada durante el control; como, por ejemplo, el motivo del cambio de algún método, el resultado de la citología vaginal o de alguna visita domiciliaria, etc.

También anote aquí el motivo por el cual el usuario o usuaria no asiste al servicio: por rechazo al programa, por embarazo o por deseo de embarazo. Asimismo, cuando la persona usuaria se retire del programa, anote en esta sección el motivo. Las causas de BAJA DEFINITIVA pueden ser las siguientes: inasistencia mayor de tres años, adopción de un método permanente (oclusión tubaria bilateral o vasectomía), que la mujer usuaria cumpla 50 años de edad o que se tenga conocimiento del fallecimiento de la persona usuaria.



**Gobierno de México**

**Secretaría de Salud**

**Dirección General de Información en Salud**

**Instructivo de llenado de la**

**BSC: Calendario de Control, Planificación Familiar**

(SINBA-SIS-F1)

VERSIÓN 2025

Sistema Nacional de Información

Básica en Materia de Salud

Av. Homero No. 213, Col. Chapultepec Morales,

Alcaldía Miguel Hidalgo, CP. 11570. Ciudad de México