



Resolución Ministerial

Lima, 28 de JUNIO del 2006



P. Mazzetti S.



Visto el Expediente N° 06-034978-001, que contiene el MEMORÁNDUM N° 1380-2006-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que, por Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA, de fecha 27 de julio de 2004, se aprobó la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado", la cual contiene las normas y procedimientos para la administración y gestión de la historia clínica a nivel del Sector Salud, así como para estandarizar su contenido básico que garantice un apropiado registro de la atención de salud del paciente;

A.M. Holgado S.

Que, a efecto de fortalecer la calidad de atención en los establecimientos de salud y proteger los intereses legales de los usuarios y del personal de salud, se ha actualizado la mencionada Norma Técnica, habiéndose elaborado la "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica";



LE. FLORESTA G.

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas y, con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Servicios de Salud, se encargará de la difusión y supervisión del cumplimiento de la mencionada Norma Técnica de Salud.



LE. POCESTA G.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables de la aplicación y monitoreo de la citada Norma Técnica de Salud.

Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones publicará la referida Norma Técnica de Salud en el portal de internet del Ministerio de Salud.

Artículo 5°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA, de fecha 27 de julio de 2004.

Regístrese, comuníquese y publíquese

D. Céspedes M.



Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA
GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA



P. Mazzetti S.



D. Osapordon M.



A.M. Holgado S.

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud a través de una adecuada gestión de las Historias Clínicas; así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de los establecimientos del Sector Salud.

II. OBJETIVOS

- 1 Establecer las normas para el manejo, conservación y depuración de las Historias Clínicas, en las diferentes unidades productoras de servicios de los establecimientos de salud del Sector.
- 2 Establecer y estandarizar el contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, teniendo en cuenta los diferentes tipos de atención, respetando los aspectos legales y administrativos.

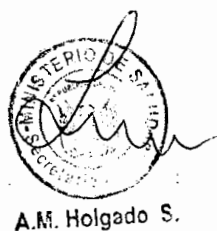
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica es de aplicación en todos los establecimientos públicos y privados del Sector Salud, incluyendo a los de EsSalud, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
2. Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales.
3. Ley N° 27604, que modificó la Ley General de Salud, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos.
4. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
5. Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
6. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27604.
7. Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprobó las Identificaciones Estándar de Datos en Salud.
8. Resolución Ministerial N° 729-2003 SA/DM, que aprobó el Documento Técnico: "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud".
9. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprobó la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
10. Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprobó la N° 021-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

V. DISPOSICIONES GENERALES



1. Las atenciones de salud brindadas a los usuarios deben registrarse obligatoriamente en una Historia Clínica, debiendo consignarse: fecha, hora, nombre, firma y número de colegiatura si correspondiera, del profesional que brinda la atención
2. Los formatos que forman parte de la Historia Clínica, deben consignar los nombres y apellidos del paciente y número de la historia, en lugar uniforme y de fácil visibilidad.
3. Todas las anotaciones contenidas en la Historia Clínica, deben ser objetivas, con letra legible y sin enmendaduras, utilizando sólo las abreviaturas o siglas que figuren en la lista de abreviaturas internacionales y otras que hayan oficializado las instituciones. En ningún caso se permitirá el uso de siglas en los diagnósticos.
4. Los diagnósticos consignados corresponderán a la Clasificación Internacional de Enfermedades debiendo estar codificados por quien realizó la atención, de acuerdo a la CIE 10, o la vigente.
5. Los establecimientos de salud están obligados a organizar, mantener y administrar un archivo de historias clínicas en medios convencionales o electrónicos.
6. Las Historias Clínicas deben estar accesibles al personal autorizado durante el horario de atención del establecimiento.
7. El establecimiento de salud queda obligado a entregar copia de la Historia Clínica, cuando el usuario o su representante legal lo solicite, en cuyo caso el costo de reproducción será asumido por el interesado (artículo 44° de la Ley General de Salud).
8. En el I nivel de atención, en los establecimientos de salud con población asignada, se utilizará la carpeta familiar, ficha familiar y los formatos según etapas de vida: Niño, Adolescente, Adulto y Adulto Mayor.
9. Las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud aprobarán los formatos de la Historia Clínica, en concordancia con la presente norma.
10. En las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud, se debe conformar el Comité Institucional de Historias Clínicas, así como en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención de su jurisdicción.

DEFINICIONES

1. Acto Médico

Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.

2. Alta

Es el egreso de un paciente vivo del establecimiento de salud, cuando culmina el período de hospitalización o internamiento. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otro establecimiento o

a solicitud del paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.



P. Mazzetti S.



3. Atención de Salud

Es toda actividad desarrollada por el personal de salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda al paciente, familia y comunidad.

4. Carpeta Familiar

Es aquella que contiene datos referentes a la familia en su conjunto y a la vivienda en que reside; dentro de ésta se archiva la ficha familiar y las Historias Clínicas de todos los miembros de la familia.

5. Comité de Historia Clínica

Equipo de profesionales del área asistencial y administrativa, designados por la Dirección del establecimiento de salud. Tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la Historia Clínica y demás formatos, a través de la supervisión del cumplimiento de la Norma Técnica de la Historia Clínica, y de los archivos. El responsable del Área de Registros Médicos será miembro permanente de este Comité.

6. Consentimiento Informado

Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según la Ley General de Salud, artículos 4° y 40°.

7. Egreso

Es la salida del establecimiento de salud de un paciente que estuvo hospitalizado. Pudiendo ser ésta, por alta, retiro voluntario, defunción, traslado a otro establecimiento o fuga.

8. Establecimiento de Salud

Constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, clasificada en una categoría e implementada con recursos humanos, materiales y equipos encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas que permiten brindar atenciones sanitarias ya sean preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto intramural como extramural, de acuerdo a su capacidad resolutive y nivel de complejidad.

9. Etapas de Vida

Grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en el Documento Técnico del Modelo de Atención Integral de Salud como grupos objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, éstos son: Etapa del Niño, Adolescente, Adulto y Adulto Mayor.

10. Historia Clínica

Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente.



L.E. PODESTA G.



D. Céspedes M.



A.T. Velázquez S.



P. Mazzetti S.

11. Hoja de Retiro Voluntario

Es el documento en el que el paciente o su representante legal, ejerciendo su derecho deja constancia de su decisión de abandonar el establecimiento donde permaneció hospitalizado o en observación, para el caso de emergencias, en contra de la opinión médica, asumiendo la responsabilidad de las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse, en caso que esté en peligro la vida, se debe comunicar al Ministerio Público, para dejar expedita las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la salud del paciente (Conforme a lo señalado en el artículo 4 de la Ley General de Salud).



12. Médico Tratante

Es el profesional médico que siendo competente para manejar el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento.

En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar en fase de formación.



13. Métodos de Archivo de la Historia Clínica

Son las formas de organizar las Historias Clínicas en el archivo clínico.

13.1 Método Convencional

Es un método a través del cual las Historias Clínicas o carpetas familiares se archivan en estricto orden numérico ascendente, siguiendo una secuencia consecutiva según el orden de inscripción.

Es útil en archivos clínicos con un volumen inferior a 10,000 historias.

13.2 Método Dígito Terminal

Es un método rápido, seguro y preciso de archivar las Historias Clínicas o carpetas familiares, basado en un principio matemático que asegura una distribución igual, entre 100 secciones.

- Método Dígito Terminal Simple

Es una modalidad del método de archivo dígito terminal en el cual el archivo se divide en 100 secciones que comienza del 00 al 99 y las historias se archivan en la sección correspondiente a los dos últimos dígitos del número y en orden consecutivo. Es aplicable en archivos cuyo volumen de historias es mayor de 10,000 y menor de 100,000.

- Método Dígito Terminal Compuesto

Es un método más complejo. Permite archivar las historias de manera más rápida, segura y precisa. Se divide al Archivo inicialmente en 100 secciones (00 – 99), cada una de las cuales a su vez se subdivide en 100 divisiones. Para archivar una historia clínica se toma como primer elemento los dos últimos números, los cuales constituyen su sección; luego se toman los dos números centrales y se ubica la división dentro de la sección correspondiente. Los dos primeros números sirven para ubicar el orden consecutivo que le corresponde dentro de la división respectiva. Este método es aplicable en archivos cuyo volumen es mayor de 100,000 historias.

En el I nivel de atención, en establecimientos con población asignada, las carpetas familiares se ordenarán en sectores, los que serán definidos por el propio establecimiento de salud.



L.E. PODESTA G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

14. Paciente

Es todo usuario de salud que recibe una atención (DS 024-2005-SA).

15. Tipos de archivo

15.1 Archivo Activo

El archivo activo esta conformado por Historias Clínicas de los pacientes que están recibiendo o han recibido atención en el establecimiento de salud en los últimos 5 años.

15.2 Archivo Pasivo

El archivo pasivo está conformado por las Historias Clínicas de los pacientes que han fallecido y las historias de pacientes que no han concurrido al establecimiento por más de 5 años, estas historias permanecerán por un periodo de 15 años, debiendo luego entrar al proceso de depuración total.

15.3 Archivo Especial

En este archivo están las historias clínicas de casos médico legales y de interés científico o histórico.

15.4 Archivo Centralizado

Es el sistema por el cual se archivan todas las Historias Clínicas activas, en un solo ambiente.

16. Sectorización

Es el proceso de demarcación territorial y poblacional que le corresponde atender al establecimiento, con el propósito fundamental de organizar la vigilancia familiar y comunal, con un enfoque integral y de riesgo.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

VI.1 ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

VI.1.1 ESTRUCTURA BÁSICA

1. Identificación del paciente
2. Registro de la Atención de Salud
3. Información complementaria

1. Identificación del paciente

Es la sección de la Historia Clínica que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su Historia Clínica y datos sobre el establecimiento de salud.

2. Registro de la atención de salud

En esta sección se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente.

3. Información complementaria

Corresponde a la sección de resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención. Entre la información complementaria se tiene la contenida en: el formato de consentimiento informado, formato de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros y otros que se considere pertinente.



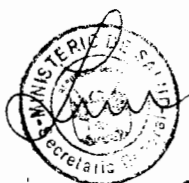
P. Mazzetti S.



L.E. PODESTA G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

VI.1.2 FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

El contenido mínimo de variables que deben estar incluidas en cada formato se especifica a continuación:

VI.1.2.1 FORMATOS BÁSICOS

1. Ficha Familiar
2. Formatos en Consulta Externa
3. Formatos en Emergencia
4. Formatos en Hospitalización

1. FICHA FAMILIAR

Es el Formato que permite la identificación del grupo familiar, así como la definición de riesgos familiares y el seguimiento correspondiente (Anexo N° 01).

El contenido mínimo de la ficha es el siguiente:

- Dirección Regional de Salud
- Red/Microrred de Salud
- Identificación Estándar del Establecimiento de Salud
- N° de Ficha Familiar
- Dirección de la vivienda
- Calificación para el Seguro Integral de Salud (MINSa)
- Tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud
- Idioma predominante
- Datos de los miembros de la familia: nombre y apellido, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, seguro médico, movimientos migratorios,
- Familiograma
- Riesgos familiares
- Paquete de atención a la familia (El Programa de Familias y Viviendas Saludables, sobre este punto, utilizará además otros formatos específicos).
- Datos socioeconómicos de la familia
- Datos de vivienda y entorno
- Seguimiento de problemas identificados
- Datos de las visitas domiciliarias integrales

2. FORMATOS EN CONSULTA EXTERNA

EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN

En la consulta externa de los establecimientos de salud del primer nivel de atención con población asignada, se utilizarán los formatos por etapas de vida.

En los establecimientos que únicamente cuenten con técnicos o auxiliares de enfermería, ellos registrarán en los formatos por etapas de vida, la información general, antecedentes, seguimiento de riesgos, lista de problemas identificados y el plan de atención integral correspondiente según normatividad vigente.

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO (Anexo N° 02)

En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención



P. Mazzetti S.



L.E. PODESTA G.



D. Góspodes M.



A.M. 11-11-11



P. Mazzetti S.



- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres del paciente, sexo, edad, fecha y lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, grupo sanguíneo y factor Rh. Nombre, edad y DNI de la madre, padre o acompañante.
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Esquema de vacunación
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo
- Datos en triaje: signos vitales, descarte de signos de alarma.
- Anamnesis: motivo de consulta, forma de inicio, tiempo de enfermedad
- Preguntas sobre problemas frecuentes en la infancia.
- Evaluación de la alimentación actual.
- Examen físico
- Diagnóstico (CIE 10), incluyendo diagnóstico nutricional
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Las siguientes consultas deben considerar:

- Fecha y hora de la atención
- Edad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico (CIE 10)
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención



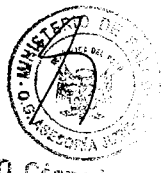
L.E. POZOS G.

Hoja de Lista de Problemas y Plan de Atención Integral

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (Anexo N° 03)

En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre o acompañante.
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Antecedentes psicosociales
- Salud sexual y reproductiva
- Salud bucal
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad



D. Céspedes E.



A.M. Holgado S.



P. Mazzetti S.



- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico (CIE 10)
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de Lista de Problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de Cuidados Preventivos y Seguimiento de Riesgo

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

(Anexo N° 04)

En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha y lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh.
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Alergia a medicamentos
- Sexualidad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico (CIE 10)
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de Lista de Problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de Cuidados Preventivos y Seguimiento de Riesgo

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

(Anexo N° 05)

En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI y parentesco del familiar o cuidador responsable.
- Antecedentes personales y familiares
- Medicamentos de uso frecuente
- Reacción adversa a medicamentos



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.



- Valoración clínica adulto mayor VACAM: valoración funcional, valoración mental, valoración socio-familiar
- Categorías del adulto mayor
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico: funcional, mental, socio familiar, físico
- Categorías del adulto mayor
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de Lista de Problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de Cuidados Preventivos y Seguimiento de Riesgo

EN EL II Y III NIVEL

En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención
- Nombre y apellidos del paciente
- Valoración clínica adulto mayor VACAM: valoración funcional, valoración mental, valoración socio-familiar
- Enfermedad Actual: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas y signos principales, funciones biológicas
- Antecedentes: personales y familiares
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional
- Diagnóstico (CIE 10)
- Plan de Trabajo:
 - Exámenes de ayuda diagnóstica
 - Procedimientos especiales
 - Interconsultas
 - Referencia a otro establecimiento
 - Tratamiento
- Fecha de la próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Las siguientes consultas deben contener:

- Fecha y hora de la atención
- Motivo de consulta
- Síntomas y signos más importantes
- Tratamiento recibido, cumplimiento y resultado del mismo (de ser el caso)
- Examen físico
- Diagnóstico (CIE 10)
- Tratamiento
- Próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención



3. FORMATOS EN EMERGENCIA

Para las atenciones de emergencia se debe elaborar una Historia Clínica breve, en la que se registra una información mínima. Toda atención de emergencia debe ser registrada en la Historia Clínica, siendo de responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016-2002/SA.

La admisión por emergencia será registrada en el libro correspondiente, debiendo asignarse la numeración correlativa.

El formato de atención de emergencia, debe contener como mínimo:

- Fecha y hora de atención.
- Filiación
- Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta
- Antecedentes
- Examen físico
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico presuntivo
- Plan de Trabajo
- Terapéutica y seguimiento
- Fecha y hora
- Firma, sello del médico tratante

4. FORMATOS EN HOSPITALIZACIÓN

La atención en hospitalización debe registrarse en un conjunto de formatos específicos que son los siguientes:

ANAMNESIS

Se consignan los siguientes datos:

- Fecha y hora de la atención
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso, relato de la enfermedad y funciones biológicas
- Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos
- Antecedentes familiares

EXAMEN CLÍNICO

- Controles vitales
- Examen clínico general
- Examen clínico regional

DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico(s) presuntivo(s) o definitivo(s) de acuerdo al CIE-10
- Firma, sello y colegiatura del profesional que brinda la atención

TRATAMIENTO

- Indicaciones terapéuticas: dieta, cuidados de enfermería y de otros profesionales que sean considerados necesarios, medicamentos (consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración)



P. Mazzetti S.



L. Pineda T.



D. Céspedes M.



A.M. M. López S.

- Nombres y apellidos, sello, firma y colegiatura del médico que prescribe

PLAN DE TRABAJO

- Exámenes de ayuda diagnóstica
- Procedimientos médico- quirúrgicos
- Interconsultas

EVOLUCIÓN

La frecuencia de las evoluciones se realizarán mínimo una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Debe contener como mínimo:

- Fecha y hora de atención
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación de exámenes y comentario
- Terapéutica y plan de trabajo
- Firma, sello y colegiatura del médico que brinda la atención

EPICRISIS

Debe ser elaborada por el médico tratante al egreso del paciente. Contiene la siguiente información:

- Fecha y hora de ingreso.
- Servicio, número de cama
- Diagnóstico de ingreso
- Resumen de la enfermedad actual, examen físico, exámenes auxiliares, evolución y tratamiento
- Procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- Complicaciones
- Fecha y hora del egreso, estadía total (días)
- Tipo de alta, condición de egreso
- Diagnóstico principal y secundarios (CIE 10)
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizará necropsia y causas de muerte
- Nombres y Apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante en la hospitalización

En el caso de parto, la epicrisis materno perinatal, contiene además de lo descrito, información sobre el nacimiento y muerte perinatal si fuera el caso.

VI.1.2.2 FORMATOS ESPECIALES

Representan el resto de formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, otros

FORMATO DE FILIACIÓN

El contenido mínimo es el siguiente:



P. Mazzetti S.



L.E. PODESTA G.



D. Céspedes M.





P. Mazzetti S.



- Identificación Estándar del Establecimiento de Salud
- Categoría del establecimiento
- Número de Historia Clínica
- Nombres y apellidos del paciente
- Lugar y fecha de nacimiento
- Edad
- Sexo
- Domicilio actual
- Domicilio de Procedencia
- Teléfono
- Documento de identificación (DNI, Carné de extranjería)
- N° de seguro social, SIS, SOAT, otros
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Religión
- Nombre y DNI de la persona acompañante o responsable
- Domicilio de la persona acompañante o responsable

NOTAS DE ENFERMERÍA

Contiene:

- Nota de ingreso: fecha, hora, forma en que el paciente ingresa. Breve descripción de la condición del paciente: Funciones vitales, funciones biológicas, estado general
- Evolución durante la hospitalización: anotar los signos y síntomas significativos, consignando fecha y hora
- Tratamiento aplicado
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS U HOJA DE CONTROL VISIBLE

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- N° de Historia Clínica
- Denominación Estándar abreviada del producto farmacéutico
- Horario de administración
- Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó el medicamento.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

GRÁFICA DE SIGNOS VITALES

Contiene:

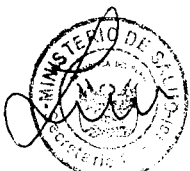
- Nombres y apellidos del paciente
- N° de Historia Clínica
- Servicio, N° de cama
- Registro de: Temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente



L.E. ROBERTA G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

HOJA DE BALANCE HIDRO-ELECTROLÍTICO

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Servicio, N° de cama
- Fecha y hora de registro
- Peso
- Registro de ingresos y egresos, por turnos y el total del día
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

FORMATO DE INTERCONSULTA

Consta de dos secciones

Solicitud

- Servicio interconsultado
- Datos de Filiación del paciente.
- Breve resumen de enfermedad actual
- Motivo de la interconsulta
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha y hora de la solicitud
- Nombres y apellidos, cargo y firma, sello y colegiatura del profesional solicitante

Informe de Interconsulta

- Fecha y hora de la respuesta
- Descripción de los hallazgos
- Exámenes y/o procedimientos realizados
- Diagnóstico, tratamiento y recomendaciones
- Nombres y apellidos, cargo, firma, sello y colegiatura del profesional que realiza la atención

ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Debe contener como mínimo:

- Fecha y hora de solicitud
- Identificación del paciente (nombres y apellidos, N° de H.C., edad, sexo, servicio, N° cama)
- Diagnóstico
- Procedimiento quirúrgico
- Fecha de programación
- Nombres y apellidos del médico cirujano
- Nombres y apellidos del primer ayudante
- Grupo sanguíneo, Hemoglobina, otros según el caso
- Tipo de anestesia prevista
- Firma y sello del médico cirujano
- Firma y sello del jefe del servicio o del departamento

REPORTE OPERATORIO

Es el formato donde se registra la información referente al procedimiento quirúrgico u obstétrico.



P. Mazzetti S.



L.E. Podesta S.



D. Céspedes M.



A.M. Volgado S.

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, N° de H.C., edad, sexo
- Servicio, N° cama
- Tipo de anestesia empleada
- Fecha, hora de inicio y término de la intervención, tiempo operatorio
- Intervención quirúrgica programada y efectuada
- Diagnóstico pre y post-operatorio
- Descripción de la técnica o procedimiento realizado
- Hallazgos operatorios
- Complicaciones durante la intervención quirúrgica
- Nombres y apellidos del cirujano, del primer y segundo ayudante, anestesiólogos y enfermera instrumentista
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano
- Indicación de si se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención
- Nombre, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.

FORMATOS DE ANESTESIA

Debe incluir el resumen del reconocimiento pre- operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté bajo responsabilidad del anestesiólogo.

Hoja de evaluación pre anestésica

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama
- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia
- Resumen de la enfermedad actual, tratamiento y otros datos que pudieran influir en la elección de la anestesia
- Datos importantes del examen físico
- Tipo de anestesia prevista
- Riesgo anestesiológico
- Conclusiones
- Fecha y hora
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anestesiólogo

Hoja de anestesia

Es el formato donde se registra la actividad realizada por el anestesiólogo en el que deberá incluir el resumen del reconocimiento pre-operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el post-operatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del anestesiólogo. Debe contener:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama
- Diagnóstico pre y post operatorio e intervención quirúrgica
- Medicación pre anestésica utilizada
- Resumen de la valoración pre- operatoria
- Hora de inicio y fin de la anestesia
- Descripción de la técnica anestésica
- Medicación administrada, indicando presentación, dosis, frecuencia vía y momento de administración
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención



- Incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente
- Balance hídrico
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención
- Fecha y hora
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiologo

Hoja post anestésica

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, servicio, N° cama
- Fecha, hora de ingreso y hora de egreso
- Registro del monitoreo de funciones vitales
- Condición de ingreso a recuperación
- Anotaciones de la evolución (estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas)
- Balance hídrico
- Tratamiento administrado
- Condición de egreso
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiologo
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Para el registro de la atención materna perinatal se utilizará el Formato de la Historia Clínica Perinatal Básica, pudiendo usarse los demás formatos complementarios según corresponda al nivel de complejidad del establecimiento.

NOTAS DE OBSTETRICIA

Contiene:

- Nota de ingreso: consignar fecha, hora y el estado en que la paciente ingresa y breve descripción de la condición de la paciente: Funciones vitales, funciones biológicas, estado general
- Evolución en el transcurso de la hospitalización, anotar fecha, hora, los signos y síntomas significativos y el tratamiento realizado. El número de anotaciones será en cada turno, o más según el caso.
- Tratamiento aplicado.
- Nombre, firma, sello y colegiatura del profesional de obstetricia

FICHAS ODONTO-ESTOMATOLÓGICAS

Ficha del niño

- Edad
- Evaluación Odontológica
- Odontograma inicial y final
- Índice de caries
- Estado clínico de higiene dental
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Firma y sello del profesional

Ficha del adolescente, adulto y adulto mayor

- Edad



P. Mazzetti S.



L. L. L. L.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

- Evaluación odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Índice de higiene oral simplificado
- Índices de Placa Blanda y Placa Calcificada
- Estado de higiene
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional



P. Mazzetti S.



Ficha de la gestante

Además de los datos que contiene la ficha del adulto, se agrega las semanas de gestación

FORMATOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA

Se consideran los formatos de solicitud y de informe del examen.

Solicitud del examen

Debe contener como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de H.C., consultorio o N° de cama y servicio
- Breve Historia Clínica en el caso de estudios especiales y cultivos
- Diagnóstico presuntivo
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico solicitante
- Fecha y hora de toma de muestra

El Formato de solicitud debe contener todos los procedimientos que se realizan en el servicio, para marcar el examen requerido.

Informe del examen

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de H.C., consultorio o N° de cama y servicio
- Resultado
- Fecha y hora de emisión de resultado
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional que elabora el informe

FORMATOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Solicitud del examen

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de H.C., consultorio o N° de cama y servicio
- Breve resumen de la Historia Clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico solicitante
- Fecha y hora de solicitud del examen.

El Formato de solicitud debe contener todos los procedimientos que se realizan en el servicio, para marcar el examen requerido.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

Informe del examen

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de H.C., consultorio o N° de cama y servicio
- N° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional que elabora el informe
- Fecha y hora de ejecución del informe



P. Mazzetti S.



FORMATO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Solicitud del examen

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de H.C., consultorio o N° de cama y servicio
- Breve resumen de la Historia Clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha y hora de solicitud
- Fecha y hora de toma de muestra
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional solicitante

El Formato de solicitud debe contener todos los procedimientos que se realizan en el servicio, para marcar el examen requerido.

Informe del examen

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de H.C., consultorio o N° de cama y servicio
- N° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional que elabora el informe
- Fecha y hora de ejecución del informe



L.E. POUESTA S.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de tratamientos especiales, practicar procedimientos o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.

En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal.

El uso del formato de consentimiento informado es obligatorio en todo establecimiento de salud y debe contener lo siguiente:

- Identificación estándar del establecimiento de salud
- N° de Historia Clínica
- Fecha
- Nombres y apellidos del paciente
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar
- Descripción del mismo en términos sencillos



D. Céspedes M.



A.M. Holgado C.



- Riesgos reales y potenciales del procedimiento y/o de la intervención quirúrgica
- Nombres y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención o procedimiento
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y DNI. En caso de analfabetos se coloca la huella digital
- Consignar un espacio para caso de revocatoria del consentimiento informado, donde se exprese esta voluntad consignando: nombres, apellidos, firma y huella digital del paciente, o representante legal, de ser el caso.

FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO



- Identificación estándar del establecimiento de salud
- Fecha y hora
- El texto debe expresar que se informó al paciente o su representante legal, de los riesgos que implica la decisión de retirarse de la institución contra la indicación del médico y se precise el descargo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al establecimiento de salud
- Nombre y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico que dio información sobre los riesgos que implica el retiro del paciente
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el alta en caso que no fuera el paciente: se registrarán nombres, apellidos y DNI
- Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y N° DNI



FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

De acuerdo a lo señalado en la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.

VI. 2 ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- 1 Proceso Técnico-Administrativo
- 2 Proceso Técnico-Asistencial

VI. 2.1 PROCESO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO.

1. APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Se abrirá Historia Clínica individualizada a todo usuario nuevo en el establecimiento de salud, previa consulta en el Índice de pacientes para asegurar que no tenga Historia Clínica anterior.

Al abrir una Historia Clínica, se le asigna un número, el mismo que lo identificará y deberá ser registrado en toda documentación que se genere a partir de ello. Dicha numeración corresponde a un código único, según la codificación estándar de usuario en salud estipulada en el Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba Identificaciones Estándar de Datos en Salud.

Para los establecimientos del primer nivel de atención se abre la Historia Clínica a todos los recién nacidos.

En el segundo y tercer nivel de atención, solo se aperturará la Historia Clínica a los recién nacidos con patología; y la documentación e información clínica de los recién nacidos normales o de los natimueertos será incluida o archivada en la Historia Clínica de la madre.



2. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO

El archivo de Historia Clínica debe ser centralizado y contar con un archivo activo y pasivo. Adicionalmente y, previa autorización de la dirección o jefatura del establecimiento de salud, se podrá implementar el archivo de Historias Clínicas Especiales. Dicho archivo funcionará en ambiente físico separado y contiene Historias Clínicas que por su contenido son potencialmente de implicancia médico-legal, ya sea por el diagnóstico, por las circunstancias que motivaron la demanda de atención o por las características de los usuarios (HIV/SIDA, abortos, accidentes, suicidio o intento de homicidios, agresiones físicas, asaltos, usuarios con antecedentes penales etc.), y que por lo tanto, requieren de un manejo especial. Asimismo, se incorporarán en este archivo, las historias que hayan sido solicitadas por la Policía Nacional, el Ministerio Público o el Poder Judicial y aquellas que tengan interés histórico. Es responsabilidad de la unidad de registros médicos y estadística, implementar este Archivo Especial de Historias Clínicas, para evitar que se deterioren, manipulen y/o alteren, las mismas que deben estar estrictamente foliadas.

Los establecimientos de salud que cuenten con menos de 10,000 Historias Clínicas deberán usar el método convencional para archivar en forma adecuada sus historias.

Los establecimientos de salud que cuenten entre 10,000 y 100,000 Historias Clínicas deberán usar el método dígito terminal simple.

Los establecimientos que cuenten con más de 100,000 Historias Clínicas deberán usar el método dígito terminal compuesto.

Para el caso de las Historias Clínicas del archivo pasivo y archivo especial, se debe utilizar para archivar las historias el mismo método que se usa en el archivo activo.

Para el primer nivel de atención, en establecimientos con población asignada, las Historias Clínicas se archivan teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido por el establecimiento de salud.

3. CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Los establecimientos de salud, tienen la responsabilidad de la documentación clínica y las condiciones que garantizan su conservación y seguridad para la atención al paciente.

El responsable del archivo, lo es también de la custodia de las Historias Clínicas. Cuando éstas permanecen fuera del archivo, corresponde su custodia y conservación al personal de salud que la solicitó y de forma subsidiaria al responsable del servicio asistencial o administrativo al que pertenezca.

Toda Historia Clínica solicitada para atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia, etc. debe devolverse al archivo correspondiente, inmediatamente después de concluida la atención o trámite respectivo.

A solicitud del usuario o a petición de la Autoridad Judicial o Ministerio Público se entrega copia autenticada de la totalidad o parte de la Historia Clínica. En caso extremo que el Poder Judicial exija la Historia Clínica original, el responsable del Área de Registros Médicos será el encargado de su custodia, previa autorización del responsable del establecimiento de salud.

Cuando la Historia Clínica sale del establecimiento por motivos de interconsulta, el encargado de su custodia será la persona que acompaña al paciente, previa



P. Mazzetti S.



L.E. FLORESTA G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

autorización del responsable del Área de Registro Médicos y Director o Jefe del establecimiento de salud.

Cuando el paciente esté hospitalizado, la enfermera responsable del servicio es la encargada de la administración de la Historia Clínica.

El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo activo es de cinco años, considerando la fecha de la última atención al paciente. Al pasar al archivo pasivo, las historias conservan su número original.

El tiempo de conservación de las historias en el archivo pasivo es de 15 años, considerando la fecha de traslado al archivo pasivo. Este período es igual para el caso de Historias Clínicas de pacientes fallecidos.

La conservación de las Historias Clínicas de pacientes con cáncer ocupacional es de mínimo 40 años después de terminada la exposición, conforme a lo dispuesto por el Reglamento de Prevención y Control de Cáncer Profesional, aprobado por Decreto Supremo N° 039-93-PCM.

Si durante el periodo de conservación en el archivo pasivo, el usuario solicitase atención, su historia pasará nuevamente al archivo activo.

4. CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

El paciente tiene derecho a que se le entregue, a su solicitud, copia de su Historia Clínica (Ley General de Salud artículo 15° inciso i).

Todo usuario de los servicios de salud, tiene derecho a exigir la reserva de la información registrada en su Historia Clínica, con las excepciones que la ley establece (Ley General de Salud artículo 15° inciso b, artículo 25°).

La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos de herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguido de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, debe ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento. (Ley General de Salud artículo 25° y 30°)

Para la entrega de información a terceros, se debe contar por escrito con la autorización del paciente. Esto no se aplica a la información que el establecimiento tiene la obligación legal y administrativa de proporcionar.

La autorización deberá incluir

- Nombre del hospital que debe brindar la información.
- Nombre de la persona o institución que solicita la información
- Nombre completo del paciente, DNI y dirección
- Propósito para el cual se requiere la información.
- Naturaleza y la magnitud de la información
- Fecha de autorización
- Firma del paciente, familiar responsable o representante legal

El formato de autorización se conserva en la Historia Clínica respectiva.

Cuando se trate de un paciente fallecido, la autorización para acceder a la Historia Clínica será de los familiares directos (cónyuge, hijos, padres, hermanos) y, en ausencia de estos, los que la autoridad competente disponga.

El establecimiento de salud brindará copia o transcripción de la información de la Historia Clínica, cuando la autoridad judicial lo solicite.



5. DEPURACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

La depuración del archivo de Historias Clínicas deberá ser un proceso constante, debiendo evaluarse anualmente el movimiento de éstas.

Después de 15 años de inactividad de la historia en el archivo pasivo, se procederá a su destrucción selectiva, para los casos con episodios de hospitalización, y destrucción total para las que sólo tengan consulta externa (excepto las que contengan información que se considere relevante a efectos preventivos, epidemiológicos, de investigación o por razones judiciales).

Previo a la destrucción total de la Historia Clínica se debe conservar un resumen de información mínima y básica, la cual será definida por el Comité de Historias Clínicas, debiendo ésta ser registrada permanentemente en medios magnéticos.

En el caso de la depuración selectiva se conservará de manera definitiva en forma original o en medio magnético los siguientes formatos:

- Hojas de consentimiento informado.
- Hojas de retiro voluntario.
- Informes quirúrgicos y/o registro de partos.
- Hojas de anestesia
- Informes de exámenes anatomopatológicos
- Informes de exploraciones complementarias.
- Epicrisis.
- Informe de necropsia.

El proceso de destrucción parcial o selectiva de Historias Clínicas del primer nivel, debe ser avalado por el Comité de Historia Clínica de la Dirección Regional de Salud y en los niveles segundo y tercero por el Comité de Historia Clínica del establecimiento de salud.

Se debe registrar este acuerdo en un acta, así como la lista de Historias Clínicas depuradas.

En caso que el paciente demande atención de salud posterior a la destrucción de su Historia Clínica, los formatos conservados serán los documentos que reinicien su Historia Clínica manteniendo el número asignado originalmente.

El responsable del área de registros médicos y el responsable de archivo deben actualizar el archivo pasivo en forma anual, así mismo, proporcionar al Comité de Historia Clínica correspondiente una relación de Historias Clínicas candidatas a depuración cada fin de año.

6. PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica y la base de datos, es de propiedad física del establecimiento de salud.

La información contenida en la historia es propiedad del paciente, según lo señalado en la Ley General de Salud

En los casos que cese la actividad de un establecimiento de salud, las Historias Clínicas deben ser remitidas al Comité de Historia Clínica de la Dirección Regional de Salud o Dirección de Salud correspondiente al ámbito de ubicación del establecimiento de salud o al Nivel de Gestión Superior de la respectiva



P. Mazzetti S.



L.E. POUESTA G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

institución prestadora de servicios de salud a la que pertenece, dando cuenta a la Autoridad Regional de Salud.

VI. 2.2 PROCESO TÉCNICO – ASISTENCIAL.

1. ELABORACIÓN Y REGISTRO.

El registro y codificación del o los diagnósticos serán de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 o la vigente, según lo normado por la Oficina General de Estadística e Informática.

El registro de los procedimientos es de acuerdo a la identificación estándar de los procedimientos médicos, según señala el Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud.

Un error en la Historia Clínica se corrige trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el término correcto por encima de la línea, anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección.

Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud deben ser refrendadas con la firma y sello del profesional responsable.

Toda hoja de la Historia Clínica debe ser identificada con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, en lugar uniforme y de fácil visibilidad. En el caso de pacientes hospitalizados se registrará además el servicio y el número de cama.

2. ORDEN DE LOS FORMATOS

En hospitalización se tiene un orden funcional, que difiere al que se sigue una vez producido el egreso.

Durante la hospitalización:

- Formato de Filiación
- Gráfica de Funciones Vitales
- Hoja de Balance Hidro electrolítico (de ser el caso)
- Historia Clínica: Anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo
- Hojas de evolución/Terapéutica/Interconsultas
- Formato de Anestesia; de ser el caso
- Reporte Operatorio/ Registro del parto; de ser el caso
- Consentimiento Informado
- Hoja de Anotación de Enfermería/Obstetricia
- Exámenes auxiliares
- Otros formatos

Al egreso, se observará la siguiente secuencia:

- Epicrisis
- Formato de Filiación
- Informe de alta
- Gráfica de Funciones Vitales
- Anamnesis y examen físico
- Evolución
- Hoja de Anotación de Enfermería/Obstetricia
- Informe de interconsultas; de ser el caso



P. Mazzetti S.



L.E. PODESTA G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado G.

- Exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento
- Formato de Anestesia; de ser el caso
- Reporte operatorio/ Registro del parto; de ser el caso
- Hoja de autorización de ingreso
- Consentimiento informado; de ser el caso
- Hoja de alta voluntaria, de ser el caso
- Otros formatos

Además de estos formatos, los establecimientos podrán incluir en la Historia Clínica, aquellos que consideren necesarios.

3. USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

USO

La Historia Clínica tiene como principal uso:

- Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente
- Servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de atención prestada al paciente
- Proporcionar información para investigación y docencia
- Proporcionar información para la programación y evaluación de actividades de salud local, regional y nacional
- Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del establecimiento de salud y del personal de salud

EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Las historias solicitadas para fines de docencia e investigación deberán ser revisadas en los ambientes del archivo, para lo cual se establecerá y comunicará a los interesados los requisitos de solicitud, y devolución de las mismas. El establecimiento de salud debe establecer dichos requerimientos.

La información obtenida de la Historia Clínica se consigna de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad.

MANEJO

- Para la atención a los usuarios, las Historias Clínicas deben ser solicitadas al archivo por el personal que le corresponde.
- Las Historias Clínicas de consulta ambulatoria, deben ser devueltas el mismo día de la atención, con excepción de los pacientes que hayan sido hospitalizados.
- Toda retención por causa justificada, debe ser reportada ese mismo día a la unidad de archivo, precisando motivo y fecha de devolución.
- Está prohibido guardar Historias Clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal.
- Al egreso del paciente hospitalizado, en un plazo no mayor a las 48 horas, la Historia Clínica debe ser remitida al archivo para el procesamiento de la misma (compaginación, codificación, indización, etc.).
- Las Historias Clínicas solicitadas por el servicio de emergencia deben ser devueltas dentro de las 24 horas siguientes, salvo que el paciente permanezca en sala de observación o haya sido hospitalizado.
- Los formatos de atención en el servicio de emergencia, deben ser incorporados a la Historia Clínica.



P. Mazzetti S.



L.E. PODESIA G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado G.

- Las historias entregadas a los diferentes departamentos o servicios para informes médicos o para auditoría médica, deben ser devueltas al archivo en un plazo no mayor a 72 horas.
- El personal de salud debidamente acreditado que ejerza funciones de supervisión, tiene acceso a las Historias Clínicas en cumplimiento de sus funciones.
- Toda historia que se retira del archivo para cualquiera de sus diferentes usos, debe ser registrada en el formato que establezca el área o la unidad de registros médicos.
- Todo profesional y personal en formación que requiera hacer uso de la Historia Clínica de un paciente, y no pertenezca al servicio de hospitalización donde éste se encuentre, debe solicitar verbalmente la autorización del profesional encargado de su administración.



P. Mazzetti S.

CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La evaluación técnica de la Historia Clínica consta de dos partes: Análisis cuantitativo y análisis cualitativo.

EL ANÁLISIS CUANTITATIVO

Es la revisión de la Historia Clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajusta a la presente norma y a las establecidas por el Comité de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Salud según corresponda. Es responsabilidad de la unidad de archivo realizar este análisis.

EL ANÁLISIS CUALITATIVO

Es la revisión de la Historia Clínica para asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores. Así mismo, que el registro sea con letra legible, consignando el nombre, firma y sello del personal de salud que presta la atención. Es de responsabilidad del Comité de Historia Clínica correspondiente.

HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

Los establecimientos de salud podrán optar por el uso de la Historia Clínica Informatizada, debiendo sujetarse a la presente norma.

El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica debe garantizar su autenticidad, integridad y conservación.

El sistema de Historia Clínica Informatizada debe estar acreditado por la Dirección Regional de Salud o Dirección de Salud correspondiente.

El diseño, desarrollo e implementación de la Historia Clínica Informatizada, debe tener en consideración el uso de los datos, procesos y metodologías estandarizadas a través de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA (Directiva 001-2002 -OEI y Resolución Ministerial 608-2002-SA/DM del 27 de diciembre de 2002)

El sistema de Historia Clínica Informatizada debe ser periódicamente auditado por el Comité de Historia Clínica correspondiente, para garantizar la calidad de este documento.

La Historia Clínica Informatizada debe contar con:

- Base de datos relacionados



L.E. PODESVA G.



D. Céspedes M.



A.M. HERNÁNDEZ

- Estructura de datos estandarizada
- Control de acceso restringido – Privilegio de accesos
- Sistema de copias de resguardo
- Registro informatizado de firmas de usuarios (ajustarse a lo establecido en la Ley N° 27269 Ley de Firmas y Certificados Digitales y su Reglamento)
- Simultaneidad de accesibilidad
- Confidencialidad
- Recuperabilidad
- Inviolabilidad de los datos

Además:

- Debe soportar la auditoría
- Debe permitir la secuencialidad de las atenciones
- Debe permitir la impresión



Mazzetti S.

VII. RESPONSABILIDADES

La aplicación de la presente Norma Técnica es de responsabilidad de las autoridades sanitarias regionales de salud, así como de las diferentes instituciones públicas y no públicas que integran el Sector Salud.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

Las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones de Salud serán las encargadas de elaborar el plan de implementación de la presente norma en los establecimientos de salud de su jurisdicción e incorporarlas en sus planes operativos. Así mismo, al interior de cada establecimiento de salud público y no público, será el director médico o responsable de atención de salud quien cumpla esta disposición.

La implementación de la presente norma debe estar acompañada por actividades de capacitación e información al personal de los establecimientos de salud.

Las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones de Salud serán las encargadas del seguimiento y monitoreo del cumplimiento de la presente norma.

La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Servicios de Salud, se encargará de la difusión y supervisión del cumplimiento de la mencionada Norma Técnica.

El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma será sancionado de acuerdo a las disposiciones administrativas existentes, a la Ley General de Salud N° 26842, al Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, y al Código de Ética y Deontología de los respectivos Colegios Profesionales, sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.

Queda sin efecto la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado", aprobada por Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA.

IX. ANEXOS

- Anexo 01: Ficha Familiar
- Anexo 02: Formato de Atención Integral del Niño
- Anexo 03: Formato de Atención Integral del Adolescente
- Anexo 04: Formato de Atención Integral del Adulto
- Anexo 05: Formato de Atención Integral del Adulto Mayor



A.M. Holgado S.



P. Mazzetti S.



Anexo 01

FICHA FAMILIAR



L.E. Paredes B.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

☐ Niño
☐ Adolesc.
☐ Adulto
☐ Adul. Mayor
☐ Familia
☐ Comunidad

FECHA DE APERTURA		
dd	mm	aaaa

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

RED / MICRO RED DE SALUD

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

FICHA FAMILIAR

Nº	
----	--

DATOS DEL DOMICILIO

Comité / localidad:
Sector / Urbanización:
Calle, Jr., Av. ó Pasaje:
N° ó lote:
Referencia:
Teléfono:

Familia califica para el SIS		si	no
Tiempo que demora en llegar al EESS			
	Hrs	minutos	

Idioma predominante de la familia	
Tiempo de residencia en el domicilio actual	
Donde vivieron antes	

VISTA DOMICILIARIA

[illegible]

DATOS SOCIOECONÓMICOS DE LA FAMILIA (sumar los valores que están en paréntesis de cada dato, para obtener el puntaje)									
ESTADO CIVIL		GRUPO FAMILIAR		TENENCIA DE LA VIVIENDA		AGUA DE CONSUMO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	
(5) Viudo (a)		(5) más de 9 miembros		(5) Alquiler		(5) Acequia		(5) Aire libre	
(4) Soltero c/ familia		(4) 7 a 8 miembros		(4) Cuidador / alojado		(4) Cisterna		(4) Acequia, canal	
(3) Divorciado		(3) 5 a 6 miembros		(3) Plan Social		(3) Pozo		(3) Letrina	
(2) Unión estable		(2) 3 a 4 miembros		(2) Alquiler venta		(2) Red pública		(2) Baño público (red)	
(1) Soltero s / familia		(1) 1 a 2 miembros		(1) Propia		(1) Conexión domiciliaria		(1) Baño propio (red)	
ENERGÍA ELÉCTRICA (EE)		NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE		OCUPACIÓN JEFE DE FAMILIA		INGRESOS FAMILIARES		Nº de personas x dormitorio	
(5) Sin energía		(5) Ninguna		(5) Desocupado		(5) menos de 400 NS		(5) 6 y más miembros	
(4) Lámpara (no eléctrica)		(4) Primaria		(4) Trabajo eventual		(4) de 401 a 800 NS		(4) 5 miembros	
(2) EE temporal		(3) Secundaria		(3) Empleado sin seguro		(3) de 801 a 1200 NS		(3) 4 miembros	
(1) EE permanente		(2) Técnica		(2) Contratado sin seguro		(2) de 1201 a 1600 NS		(2) 3 miembros	
		(1) Profesional		(1) profesional o productor		(1) de 1601 a más NS		(1) 1 ó 2 miembros	
PUNTAJE		PUNTAJE		PUNTAJE		PUNTAJE		PUNTAJE	
RESULTADO		2005 =		2006 =		2007 =			
VIVIENDA Y ENTORNO (SOLO SI NO TIENE SIS) - LO SOMBREADO PARA TODAS LAS FAMILIAS									
TIPO DE VIVIENDA		MATERIAL DE PAREDES		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DEL TECHO			
Casa unifamiliar		Madera, estera		Tierra		Estera			
Vivienda multifamiliar		Adobe		Entablado		Paja u hojas			
Pasaje		Estera y adobe		Loseta, vinílicos o similares		Madera y barro			
Quinta		Noble (Ladrillo y cemento)		Láminas asfálticas		Calamina			
Callejón				Parquet		Noble (Ladrillo y cemento)			
ARTEFACTOS DEL HOGAR		SI		NO		COMBUSTIBLE PARA COCINAR			
Radio						Leña, carbón			
Televisión						Bosta			
Teléfono						Kerosene			
DVD ó VHS						Gas			
Refrigeradora						Electricidad			
Lavadora									
Automóvil						DISPOSICIÓN DE BASURA			
Motocicleta						A campo abierto			
Cocina y horno eléctrico						Al río			
Horno artesanal						En un pozo			
Horno microondas						Se entierra, quema			
Computadora						Carro recolector			
OBSERVACIONES:									

[illegible]



Anexo 02

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO



L.E. POOLSTA G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.



P. Mazzetti S.

LISTA DE PROBLEMAS

[illegible][illegible]

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

	DESCRIPCION	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACION GENERAL, CRECIMIENTO Y DESARROLLO				
2	INMUNIZACIONES				
3	EVALUACIÓN BUCAL				
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS				
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES				
6	CONSEJERÍA INTEGRAL				

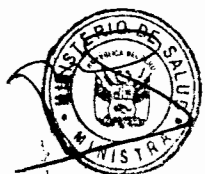
APÉLLIDOS Y NOMBRE:

Nº

FORMATO 1



A.M. Holgado S.



P. Mazzetti S.

FECHA día mes año

HORA

Nº

DATOS GENERALES

Apellidos **Nombres** **Sexo:** M ☐ F ☐ **Edad:**
Lugar de Nacimiento: **Domicilio / Referencia:** **Grupo sanguíneo** **Rh**
G° de Instrucción **Centro Educativo** **Teléfono Domic. :**
Madre o Padre, acompañante o cuidador **Edad** **Identificación (DNI)** **Afiliación SIS u otro Seguro :**

Antecedentes Personales:

1. Antecedentes Perinatales: Normal ☐ Complicado ☐
1.1 Embarazo ☐ ☐
 Patología(s) durante la gestación: _____
 Control Prenatal: Si ☐ No ☐
 Nº CPN ☐ Nº de embarazo ☐
 Lugares de control _____
1.2 Parto:
 Parto Eutócico ☐ Complicado ☐
 Complicaciones del parto _____
2. Alimentación
 Primeros 6 meses: LME ☐ Mixta: ☐ Artificial ☐
 Inicio de la alimentación complementaria (m) ☐ Suplemento. Fe (en < 2 años) ☐
3. Patológicos si no
 TBC ☐ ☐
 SOBA / Asma ☐ ☐
 Transfusiones sang. ☐ ☐
 Hospitalizaciones ☐ ☐
 Cirugía ☐ ☐
 Neurológico ☐ ☐
 Alergia a medic.: ☐ ☐
 Otros: ☐ ☐
4. Familiares Quién Si No
 Tuberculosis ☐ ☐
 VIH-SIDA. ☐ ☐
 Diabetes ☐ ☐
 Epilepsia ☐ ☐
 Alergia a medicinas ☐ ☐
 Violencia familiar ☐ ☐
 Alcoholismo ☐ ☐
 Drogadicción ☐ ☐
 Hepat.B ☐ ☐
 Padre(P), Madre(M), Hno(H)
 Abuelo/a(A), Utró(U)

Descripción de antecedentes y otros:

ESQUEMA DE VACUNACIÓN (Anotar FECHA)					VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO						
APLICAR MENORES DE DOS AÑOS	Vacunas	Dosis	Edad	Fecha	EDAD	CONTROL	TEST	FECHA	Admin. Sulf. Fe	RESULTADO	
	BCG	Única			menor de un año	1º (1m)	TA			DESARROLLO	CRECIMIENTO
	HVB	HvB1				2º (3m)	EEDP				
		HvB2				3º (3m)	TA				
		HvB3				4º (4m)	TA				
	APO	VOP1				5º (6m)	TA				
		VOP2				6º (7m)	TA				
		VOP3				7º (9m)	TA				
	DPT	DPT1			1 año	1º (12m)	TA				
		DPT2				2º (15m)	TA				
DPT3				3º (18m)		EEDP					
PENTAVALENTE (DPT-HVB-Hib)	PENT 1			4º (21m)		TA					
	PENT 2										
	TETRA (DPT-Hib)	Única			2 años		TA				
	ASA/SPR	Única			3 años		TA				
	Antiamarilica	Única			4 años		TEPSI				
	Influenza	Anual			5-9 a	1 vez/año					

APELLIDOS Y NOMBRE:

Nº

FORMATO 2

CONSULTA

TRIAJE

SIGNOS VITALES:

T°: P.A.: FC: FR: Peso: Talla: P/T: T/E: P.céf:

Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)

MENOR DE 2 MESES:

No quiere mamar ni succiona

Convulsiones

Fontanela abombada

Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel

Fiebre o temperatura baja

Rigidez de nuca

Pústulas muchas y extensas

Letárgico o comatoso

DE 2 MESES A 4 AÑOS:

No puede beber o tomar el pecho

Convulsiones

Letárgico o comatoso

Vomita todo

Estridor en reposo / tiraje subcostal

PARA TODAS LAS EDADES:

Emaciación visible grave

Piel vuelve muy lentamente

Traumatismo / Quemaduras

Envenenamiento

Palidez palmar intenso

ANAMNESIS

1. Motivo de consulta:

Forma de Inicio

Tiempo de enfermedad:

2. Si tiene Tos y/o Dificultad Respiratoria: (si es NO pasa a 3) Contar la frecuencia respiratoria en un minuto:

Respiración rápida: SI NO

Observar tiraje subcostal: SI NO

Observar y escuchar estridor en reposo: SI NO

Escuchar sibilancias: SI NO

Observar tiraje subcostal grave (<2m): SI NO

Sibilancias: 1era. vez Recurrente

3. Si tiene Diarrea: (si es NO pasar a 4) Pregunte: Hace cuanto tiempo:

Frecuencia al día:

Hay sangre en las heces: SI NO

El niño esta letárgico o comatoso: SI NO

Intranquilo o irritable: SI NO

Tiene los ojos hundidos: SI NO

Ofrecer líquido al niño: Puede beber SI NO

Bebe avidamente con sed: SI NO

Sig. pliegue piel SI NO

Signo del pliegue cutáneo: SI NO

Resultado

Si tiene fiebre: Hace cuanto tiempo:

Vive o viene de zona con riesgo de Malaria

SI NO

Gota gruesa (GG) SI NO

Hay signos de erupción cutánea generalizada: SI NO

Si hay fiebre + erupción: Es macular

SI NO

Papular: SI NO

Vesicular: SI NO

Además hay los o coriza + ojos enrojecidos: SI NO

Costrosa: SI NO

5. Problemas de oído: Dolor de Oído: SI NO

Hay supuración de oído: SI NO

Tumefacción dolorosa detrás de oreja: SI NO

Timpano rojo o inmóvil: SI NO

6. Problema de garganta: Hay ganglios cervicales crecidos y dolorosos: SI NO

Observar si la garganta esta eritematosa: SI NO

Hay exudados purulentos en la garganta: SI NO

Verificar la desnutrición y anemia: Hay signos de emaciación visible grave: SI NO Determinar: P/T E T/E Ver tablas

Determinar si tiene palidez palmar: Es leve: SI NO

Es intensa: SI NO

Solicitar: Hb/Htc (fecha de control):

Verificar si hay edema en ambos pies: SI NO

EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si es menor de cinco años:

Recibe L.M.E. SI NO

Si recibe L.M.E, cuantas veces al día:

Buen agarre: SI NO

Posición adecuada LME: SI NO

Si el niño ya come: Qué comió el día de ayer (mañana, tarde, noche): Lactancia materna es tanto de día /noche: SI NO

Cuántas veces come al día: De qué tamaño son las porciones: El niño come su propia ración:

Durante la enfermedad la madre cambió la alimentación del niño en relación a lo que come normalmente:

Completar el EXAMEN FÍSICO (evaluar el desarrollo psicomotriz obligatoriamente hasta los 2 años, trastornos musculoesqueléticos y examen bucal, si no hay odontólogo)

EXAMEN BUCAL

Labios	Sano	Enfermo
Carrillos	Sano	Enfermo
Paladar	Sano	Enfermo
Encía	Sano	Enfermo
Lengua	Sano	Enfermo
Estado clínico de higiene dental	Buena	Regular Mala
Caries	SI	NO
Urgencia de tratamiento	SI	NO

Evaluar otros problemas:

DIAGNÓSTICO (INCLUIR Dx nutricional)

TRATAMIENTO:

Exámenes auxiliares:

Referencia (lugar y motivo):

Próxima Cita:

Atendido por:

Observación:

Firma y Sello:

(Colegio prof.)

RELACIONADOS Y NOMBRE:

Nº

FORMATO 3



CONSULTA

FECHA:	HORA:	Edad:					
Motivo de consulta:		Tiempo de Enfermedad:					
Apetito:	Sed:	Sueño:	Estado de Ánimo:				
Orina:	Deposiciones:						
Ex. Físico	T°:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(Colegio prof.)			
Observación:							

CONSULTA

FECHA:	HORA:	Edad:					
Motivo de consulta:		Tiempo de Enfermedad:					
Apetito:	Sed:	Sueño:	Estado de Ánimo:				
Orina:	Deposiciones:						
Ex. Físico	T°:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(Colegio prof.)			
Observación:							

APellidos y Nombre: N°

FORMATO 4



Anexo 03

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE



LE POCESTO G.



L. Córdova M.



A.M. Holgado S.



P. Mazzetti S.

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

LISTA DE PROBLEMAS

[illegible]

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL, CRECIMIENTO Y DESARROLLO					
2	INMUNIZACIONES					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					



U. E. ROBERTA G.



D. Céspedes Jr.



A.M. Holgado S.



Ministerio de Salud
Personas que atienden personas

2

FECHA: día mes año N°

DATOS GENERALES

Apellidos: Nombres: Sexo: M ☐ F ☐ Edad:

Lugar de Nacimiento: Procedencia: F Nac: Rh:

G° de Instrucción: Centro Educativo: Estado civil: Ocupación:

Acompañante: Dirección:

ANTECEDENTE PERSONALES				ANTECEDENTE FAMILIARES											
normales PERINATALES: ☐ SI ☐ NO ☐ CRECIMIENTO: ☐ SI ☐ NO ☐ DESARROLLO: ☐ SI ☐ NO ☐ VACUNAS: ☐ SI ☐ NO ☐ D.T.: ☐ SI ☐ NO ☐ S.R.: ☐ SI ☐ NO ☐ H.B.: ☐ SI ☐ NO ☐ F.A.: ☐ SI ☐ NO ☐				TBC: ☐ SI ☐ NO ☐ SOBRESALTA: ☐ SI ☐ NO ☐ TRANSFUSIONES: ☐ SI ☐ NO ☐ USO DE MEDICINAS: ☐ SI ☐ NO ☐ CONSUMO DE DROGAS: ☐ SI ☐ NO ☐ INTERVEN QUIRURGICAS: ☐ SI ☐ NO ☐ ALERGIAS: ☐ SI ☐ NO ☐ ACCIDENTES: ☐ SI ☐ NO ☐ TRASTORNOS PSICOLÓGICOS: ☐ SI ☐ NO ☐ HOSPITALIZACIONES: ☐ SI ☐ NO ☐				TBC: ☐ SI ☐ NO ☐ OBESIDAD: ☐ SI ☐ NO ☐ VII / SIDA: ☐ SI ☐ NO ☐ HIPERTENSION ARTERIAL: ☐ SI ☐ NO ☐ DIABETES: ☐ SI ☐ NO ☐ HIPERLIPIDEMIA: ☐ SI ☐ NO ☐ INFARTO: ☐ SI ☐ NO ☐ TRASTORNO PSICOLÓGICO: ☐ SI ☐ NO ☐ DROGAS: ☐ SI ☐ NO ☐ VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: ☐ SI ☐ NO ☐ MADRE ADOLESCENTE: ☐ SI ☐ NO ☐ MALETRATO: ☐ SI ☐ NO ☐ OTROS: ☐ SI ☐ NO ☐				VIVE CON: ☐ SI ☐ NO ☐ MADRE: ☐ SI ☐ NO ☐ PADRE: ☐ SI ☐ NO ☐ HERMANOS: ☐ SI ☐ NO ☐ HIJOS: ☐ SI ☐ NO ☐ PARIAS: ☐ SI ☐ NO ☐ OTROS: ☐ SI ☐ NO ☐ REFERENTE ADULTO: INSTRUCCIÓN: ☐ SI ☐ NO ☐ ANALFABETO: ☐ SI ☐ NO ☐ PRIMARIA: ☐ SI ☐ NO ☐ SECUNDARIA: ☐ SI ☐ NO ☐ SUPERIOR: ☐ SI ☐ NO ☐			

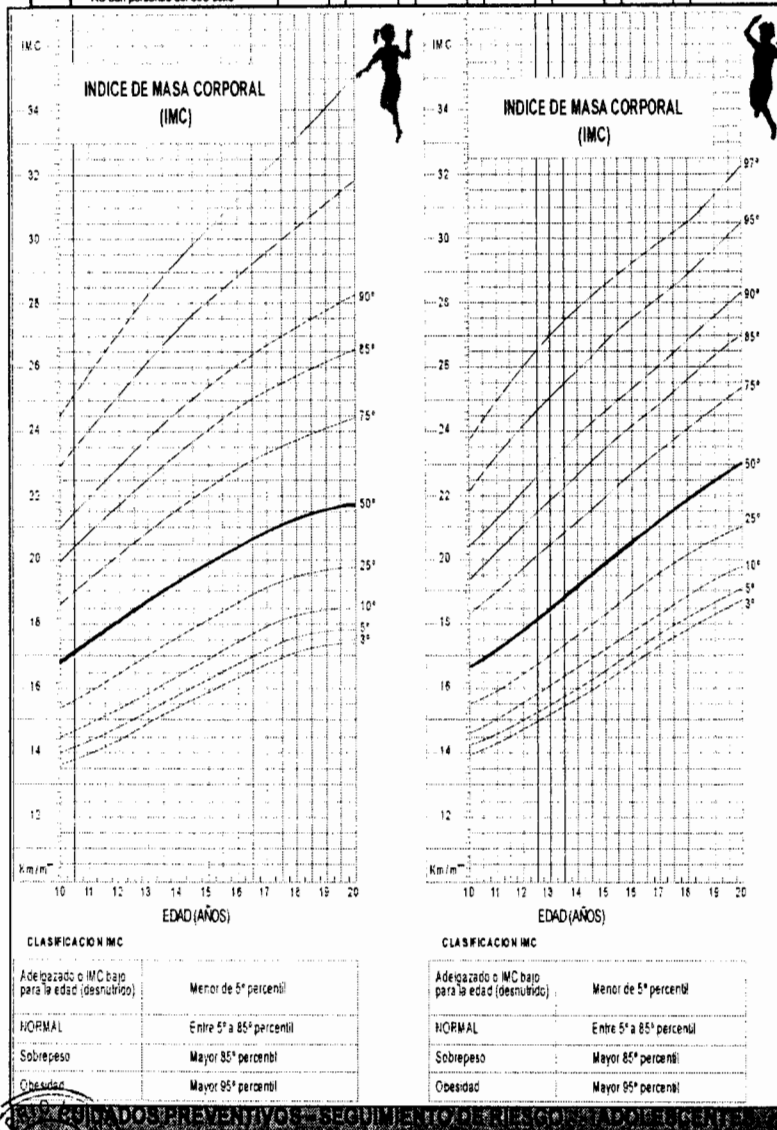
ANTECEDENTE PSICOSOCIALES			
EDUCATIVOS ESTUDIA?: ☐ SI ☐ NO ☐ DE ACUERDO A LA EDAD?: ☐ SI ☐ NO ☐ NIVEL: ☐ SI ☐ NO ☐ NO ESCOLARIZADO: ☐ SI ☐ NO ☐ SECUNDARIA: ☐ SI ☐ NO ☐ BAJO RENDIMIENTO: ☐ SI ☐ NO ☐ DESERCIÓN: ☐ SI ☐ NO ☐ REPETENCIA: ☐ SI ☐ NO ☐		LABORALES TRABAJA?: ☐ SI ☐ NO ☐ REMUNERADO: ☐ SI ☐ NO ☐ ESTABLE: ☐ SI ☐ NO ☐ TIEMPO COMPLETO: ☐ SI ☐ NO ☐ EDAD INICIO TRABAJO: TIPO DE TRABAJO:	
VIDA SOCIAL ERES ACEPTADO: ☐ SI ☐ NO ☐ ERES HUMILIADO: ☐ SI ☐ NO ☐ ERES RECHAZADO: ☐ SI ☐ NO ☐ TIENES AMIGOS: ☐ SI ☐ NO ☐ TIENES PAREJA: ☐ SI ☐ NO ☐ PRÁCTICAS DEPORTES: ☐ SI ☐ NO ☐ ORGANIZAC. JUVENILES: ☐ SI ☐ NO ☐		HABITOS EJERCICIOS: ☐ SI ☐ NO ☐ TABACO: ☐ SI ☐ NO ☐ ALCOHOL: ☐ SI ☐ NO ☐ DROGAS: ☐ SI ☐ NO ☐ CONDUCE VEHIC.: ☐ SI ☐ NO ☐ TELEVISION (horas/día): VIDEO JUEGOS (horas/día):	

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		SALUD BUCAL	
MENARQUIA / ESPERMATOQUIA: ☐	ABUSO SEXUAL: ☐ SI ☐ NO ☐	Labios: ☐ Sano ☐ Enfermo	
EMBARAZOS: ☐ SI ☐ NO ☐	HIJOS: ☐ SI ☐ NO ☐	Cavidades: ☐ Sano ☐ Enfermo	
ABORTOS: ☐ SI ☐ NO ☐		Encías: ☐ Sano ☐ Enfermo	
		Lengua: ☐ Sano ☐ Enfermo	
		Estado clínico de higiene dental: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala	
		Caries Dental: ☐ SI ☐ NO ☐	
		Urgencia de tratamiento: ☐ SI ☐ NO ☐	

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADOLESCENTES

CADA CONSULTA	FECHA							COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días								
Tos más de 15 días								
Secreción o lesión en genitales								
Fecha de última regla								

PERIODICAMENTE	FECHA							COMENTARIO
ASPECTOS FÍSICOS Y NUTRICIONALES	Índice de masa corporal							
	Desarrollo Sexual							
	Mamas							
	Vello púbico							
	Genitales							
ASPECTOS PSICOSOCIALES	Vacuna antitetánica							
	antimariólica							
	contra la hepatitis B							
	contra rubéola y sarampión							
ASPECTOS DE SEXUALIDAD	Habilidades para la vida							
	Autoestima							
	Comunicación							
	Asertividad							
	Toma de decisiones							
	Ansiedad-depresión							
	Violencia familiar							
	Violencia política							
	Violencia sexual							
	Pandillas							
ASPECTOS DE SEXUALIDAD	Hábitos							
	Sedentarismo							
	Uso de alcohol							
	Uso de tabaco							
	Uso de drogas							
ASPECTOS DE SEXUALIDAD	Uso de método anticonceptivo							
	Conducta sexual de riesgo							
	Dos o más parejas							
	Sexo sin protección							
	RS con personas del mismo sexo							
ASPECTOS DE SEXUALIDAD	RS con personas del otro sexo							



L.E. PUERTO S.



D. Góspedes M.



A.M. Holgado S.



P. Mazzetti S.

CONSULTA

Orina:	Deposiciones:
--------	---------------

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO:
-------------	--------------

Exámenes auxiliares:

Referencia (lugar y motivo):

Próxima Cita:	Firma y Sello:
Atendido por:	(Colegio prof.)

Observación:

CONSULTA

Orina:	Deposiciones:
--------	---------------

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO:
-------------	--------------

Exámenes auxiliares:

Referencia (lugar y motivo):

Próxima Cita:	Firma y Sello:
Atendido por:	(Colegio prof.)

Observación:

APELLIDOS Y NOMBRE:		Nº
---------------------	--	----

Nº

FORMATO 4

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE



Anexo 04

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO



L.E. INDESTA G.



D. Casperino M.



A.M. Holgado S.



P. Mazzetti S.

[illegible][illegible]

	DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL,				
2	INMUNIZACIONES				
3	EVALUACIÓN BUCAL				
4	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS				
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES				
6	CONSEJERÍA INTEGRAL				
7	VISITA DOMICILIARIA				
8	TEMAS EDUCATIVOS				
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS				

Nº

FORMATO 1

FECHA día mes año

Nº

DATOS GENERALES

Apellidos	Nombres	Sexo: M ☐ F ☐	Edad:
		F Nac:	
Lugar de Nacimiento:	Procedencia:	Grupo sanguíneo	Rh
G° de Instrucción	Estado civil	Ocupación	
Acompañante o cuidador	Edad	Identificación (DNI)	

ANTECEDENTES

Personales	si	no	Ign.	Personales	si	no	Ign.	Familiares	si	no	Ign.
Tuberculosis	☐	☐	☐	Consumo de tabaco	☐	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐	☐
Inf. Transmisión Sexual	☐	☐	☐	Consumo de alcohol	☐	☐	☐	VIH - SIDA	☐	☐	☐
VIH-SIDA	☐	☐	☐	Consumo otras drogas	☐	☐	☐	ITS	☐	☐	☐
Hepatitis	☐	☐	☐	Hospitalización	☐	☐	☐	Hepatitis	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	Interv. Quirúrgica	☐	☐	☐	DBM	☐	☐	☐
Sobrepeso	☐	☐	☐	Transfusiones	☐	☐	☐	HTA	☐	☐	☐
Infarto cardiaco	☐	☐	☐	Cáncer	☐	☐	☐	Infarto	☐	☐	☐
Dislipidemia (Colesterol)	☐	☐	☐	Cáncer de cervix / mama	☐	☐	☐	Cáncer	☐	☐	☐
Enf. renal	☐	☐	☐	Patología prostática	☐	☐	☐	Depresión	☐	☐	☐
Glaucoma	☐	☐	☐	Discapacidad	☐	☐	☐	Prob. Psiquiátricos	☐	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	☐	Riesgo ocupacional	☐	☐	☐	Otros	☐	☐	☐
Depresión	☐	☐	☐	Violencia Familiar	☐	☐	☐		☐	☐	☐
Ezquizofrenia	☐	☐	☐	Violencia política	☐	☐	☐		☐	☐	☐
Descripción de antecedentes y otros:											

Reacción Alérgica a Medicamentos

no ☐ si ☐

Medicamento de uso frecuente

no ☐ si ☐

(dosis, tiempo de uso u otra observación)

Sexualidad:

Edad de inicio de Relación sexual

Número de parejas sexuales últimos 3 meses

Hijos vivos:

RS con personas del mismo sexo: Si ☐ NO ☐

Menarquia:

Fecha de última regla:

R/C:

Flujo vaginal patológico: No ☐ Si ☐

Dismenorrea: si ☐ no ☐

Embarazo: ☐

Parto: ☐

Prematuro: ☐

Aborto: ☐

Nº	año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Puerperio
Gestación						
Gestación						
Gestación						

APELLIDOS Y NOMBRE:

Nº

FORMATO 2

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - MUJERES

Nota: se puede colocar SI o check, NO o aspa, ni (normal) o an (anormal) o valores

CADA CONSULTA	Fecha											COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días												
Tos más de 15 días												
Secreción o lesión en genitales												
Fecha de última regla												
PERIODICAMENTE	Fecha											COMENTARIO
Físico: Índice de masa corporal												
Presión arterial												
Vacunas: antitetánica (3 dosis)												
antiamebílica (zona de riesgo)												
contra la hepatitis B (3 dosis)												
Examen bucal												
Encías												
Caries dental												
Edentulismo parcial o total												
Portador de prótesis dental												
Estado de higiene dental												
Urgencia de tratamiento												
Examen: visual (> 40 años)												
de colesterol (> 45 años)												
de glucosa												
de mamas												
pélvico y PAP (C/año, C/3 a)												
mamografía (> 50 años, c/ 2 a)												
Psicosocial: Ansiedad -depresión												
Violencia familiar												
Violencia política												
Hábitos: Actividad física												
Uso de alcohol												
Uso de tabaco												
Uso de otras drogas												
Sexualidad: Actividad sexual												
Planificación familiar												

Nota: se puede colocar si o check, no o aspa, normal o anormal y valores

CADA CONSULTA	Fecha											COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días												
Tos más de 15 días												
Secreción o lesión en genitales												
PERIODICAMENTE	Fecha											COMENTARIO
Físico: Índice de masa corporal												
Presión arterial												
Vacunas: antitetánica (zonas de riesgo)												
antiamebílica (zona de riesgo)												
contra la hepatitis B (3 dosis)												
Examen bucal												
Encías												
Caries dental												
Edentulismo parcial o total												
Portador de prótesis dental												
Estado de higiene dental												
Examen: visual (> 40 años)												
de colesterol (> 35 años)												
de glucosa												
próstata (> de 50 años)												
Psicosocial: Ansiedad -depresión												
Violencia familiar												
Violencia política												
Hábitos: Sedentarismo												
Uso de alcohol												
Uso de tabaco												
Uso de otras drogas												
Sexualidad: Actividad sexual												
Planificación familiar												

APELLIDOS Y NOMBRE:

Nº

FORMATO 3

FECHA:		HORA:		Edad:		Tiempo de Enfermedad:	
Motivo de consulta:							
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de Animo:	
Orina:		Deposiciones:					
Ex. Físico	Tº:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(Colegio prof.)			
Observación:							

FECHA:		HORA:		Edad:	
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:	
Apetito:		Sed:		Sueño:	
Orina:		Deposiciones:		Estado de Ánimo:	
Ex. Físico	Tº:	P A :	FC:	FR:	Peso:
					Talla:
					IMC:
DIAGNOSTICO			TRATAMIENTO:		
			Exámenes auxiliares:		
			Referencia (lugar y motivo):		
Próxima Cita:			Firma y Sello:		
Atendido por:			(Colegio prof.)		
Observación:					

Nº

FORMATO 4

Anexo 05

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR



C.E. PRODESTA G.



D. Cárdenas



A.M. Holgado S.



P. Mazzetti S.

[illegible][illegible]

		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL: FUNCIONAL, MENTAL, SOCIAL Y FÍSICO					
2	INMUNIZACIONES					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					

Nº

FORMATO 1

 Ministerio de Salud Personas que atendimos personas		2	
FECHA		Nº	
día	mes	año	

DATOS GENERALES

Apellidos		Nombres		Sexo:	M	☐	F	☐	Edad:	
						F Nac:				
Lugar de Nacimiento:		Procedencia:				Grupo sanguíneo			Rh	
G° de Instrucción		Estado civil				Ocupación				
Domicilio		Teléfono								
Familiar o cuidador responsable										

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES			ANTECEDENTES FAMILIARES		
	SI	NO		SI	NO
Hipertensión Arterial	☐	☐	Hepatitis	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐
Dislipidemias (Colesterol Alto)	☐	☐	Hospitalizado el último año	☐	☐
Osteoartritis	☐	☐	Transfusiones	☐	☐
ACV (Derrame Cerebral)	☐	☐	Intervencion Quirúrgica	☐	☐
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)	☐	☐	Accidentes	☐	☐
Cáncer	☐	☐			
Cáncer de cervix / mama	☐	☐			
Cáncer de próstata	☐	☐			
Descripción de antecedentes y otros:					

Medicamento de uso frecuente						
No.	Nombre	Dosis			Observaciones	
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO		SI		Cuál?

VALORACIÓN CLÍNICA ADULTO MAYOR - VACAM

I. VALORACIÓN FUNCIONAL	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)		
KATZ	Dependiente	Independiente	
1. Lavarse			DIAGNÓSTICO FUNCIONAL
2. Vestirse			
3. Uso del Serv. Higiénico			
4. Movilizarse			INDEPENDIENTE (1)
5. Continencia			DEPENDIENTE PARCIAL (2)
6. Alimentarse			DEPENDIENTE TOTAL (3)

(1) Ningún ítem positivo de dependencia

(2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia

(3) 6 ítems positivos de dependencia

APELLIDOS Y NOMBRE:		Nº
---------------------	--	----

II. VALORACIÓN MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)

¿Qué día de la semana?

¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)

¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene

¿Cuál es su dirección completa?

¿Cuántos años tiene?

¿Dónde nació?

¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?

¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?

Dígame el primer apellido de su madre

Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)

VALORACIÓN COGNITIVA

NORMAL ☐

DC LEVE ☐

DC MODERADO ☐

DC SEVERO ☐

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error, Nivel educativo bajo: se admite 1 error más, Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo : 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO	Colocar una marca (X), si corresponde	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
¿Se siente impotente o indefenso?	SI		CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	
¿Tiene problemas de memoria?	SI			
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI			

III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR	Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Vive con cónyuge de similar edad	3	Un salario mínimo vital
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
Pts	3. VIVIENDA	Pts	4. RELACIONES SOCIALES
1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	2	Relación social sólo con familia y vecinos
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	3	Relación social solo con la familia
4	Vivienda semi construida o de material rústico	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)	VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR	
1	No necesita apoyo	☐	Buena/aceptable situación social
2	Requiere apoyo familiar o vecinal	☐	Existe riesgo social
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social	☐	Existe problema social
4	No cuenta con Seguro Social	05 a 09 pts : Buena/aceptable situación social,	
5	Situación de abandono familiar	10 a 14 pts : Existe riesgo social,	
		15 pts : Existe problema social	

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº

FORMATO 3

4									
Ministerio de Salud Personas que atendemos personas									
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR									
CADA CONSULTA		FECHA:						COMENTARIO	
Fiebre en los últimos 15 días									
Tos por más de 15 días									
PERIODICAMENTE (Anual)		FECHA:						COMENTARIO	
Vacunas:		Antitetánica (3 dosis)							
		Antiamarílica (zona de riesgo)							
		Antihepatitis B (3 dosis)							
		Antinfluenza (anual)							
		Antineumocócica (Cada 5 años)							
Hábitos y Estilos de Vida		(Colocar Sí o No)							
		Consumo de alcohol							
		Consumo de tabaco							
		Actividad Física							
Salud bucal:		(Colocar Sí o No)							
		Control de Salud Bucal en el último año							
Otros exámenes:									
		☐ mamas							
		☐ pélvico y PAP (C/año, C/3 años)							
		☐ Mamografía (c/ 2 años)							
		☐ Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA							
		☐ Densitometría							
Laboratorio Básico		Hemograma completo							
		Glucosa							
		Urea							
		Creatinina							
		Colesterol							
		Triglicéridos							
		Examen de orina							
Síndromes y Problemas Geriátricos		(Colocar SI ó NO)							
Vértigo-mareo									Comentario
Síncope									
Dolor crónico									
Deprivación Auditiva									
Deprivación Visual									
Insomnio									
Incontinencia urinaria									
Prostatismo (síntomas prostáticos)									
Estreñimiento									
Úlceras de presión									
Inmovilización									
Caídas:									
		Caídas en el último año							
		Caídas (Número de caídas: _____)							
		Fracturas							

P. Mazzetti S.

L. Formosa M.

D. Caspedes M.

A.M. Holgado S.

APELLIDOS Y NOMBRE:	N°
---------------------	----

CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

FECHA: HORA: Edad:

Motivo de consulta:

Tiempo de Enfermedad:

Apetito: Sed: Sueño: Estado de ánimo:

Orina: Deposiciones: Pérdida de peso:

Ex. Físico T°: P A: FC: FR: Peso: Talla: IMC:

TCSC: Edemas Estado de los pies (pulsos):

Cabeza y Cuello:

Cavidad oral:

Tórax y Pulmones:

Aparato Cardiovascular:

Abdomen:

Aparato Génitourinario:

Tacto Rectal:

Sistema Nervioso:

Aparato Locomotor:

DIAGNÓSTICOS:

I. FUNCIONAL :

Independiente ☐Dependiente ☐Dependiente ☐Total ☐

II. MENTAL

2.1 Estado Cognitivo

Normal ☐DC Leve ☐DC Moderado ☐DC Severo ☐

2.2 Estado Afectivo

Sin manifestaciones Depresivas ☐Con manifestaciones depresivas ☐

III. SOCIO-FAMILIAR :

Buena ☐Riesgo social ☐Problema Social ☐

IV. FÍSICO :

1.-

2.-

3.-

4.-

CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:

(Al final de la primera consulta)

SALUDABLE ☐FRÁGIL ☐ENFERMO ☐GERIÁTRICO COMPLEJO ☐

TRATAMIENTO

Exámenes auxiliares

Referencia (Lugar y motivo):

Próxima Cita:

Firma y Sello:

Atendido por:

(Colegio prof.)

Observación:

APELLIDOS Y NOMBRES:

N°

FORMATO: 5