

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

107

-GG-ESSALUD-2014

Lima, 21 de enero del 2014

VISTA:

La Carta N° 458 -GCPs-ESSALUD-2014 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros en riesgos humanos;

Que, el literal a) del artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-ESSALUD-2010, establece que dicha Gerencia Central tiene la función de proponer a la Gerencia General los lineamientos de política, objetivos, estrategias, planes y programas de las prestaciones de salud a ser ejecutadas por las Redes Asistenciales, INCOR, Centro Nacional de Salud Renal y la Gerencia de Oferta Flexible;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 436-GG-IPSS-97 se aprobó la Directiva N° 007-GG-IPSS-1997 sobre Uso, Manejo, Conservación y Depuración de las Historias Clínicas en los Centros Asistenciales del Instituto Peruano de Seguridad Social, con la finalidad de unificar y homogenizar las disposiciones sobre el uso, manejo, conservación y depuración de la historia clínica en los Centros Asistenciales de Salud, así como estandarizar los procesos y procedimientos en las Unidades de Admisión y Archivo;

Que, mediante Carta de Vista, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud propone la aprobación de un proyecto de Directiva denominado "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – ESSALUD", el cual tiene por objetivo establecer los mecanismos y procedimientos de la gestión del uso, manejo, conservación y depuración de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – ESSALUD;

Que, en ese sentido, resulta pertinente aprobar el citado proyecto de Directiva a fin que se disponga de manera eficiente y oportuna de la historia clínica para mejorar la calidad de atención a los usuarios en los Centros Asistenciales de Salud a nivel nacional;

Que, el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, establece que le compete al Gerente General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las Directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y Presidencia Ejecutiva;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;



152-2012-019

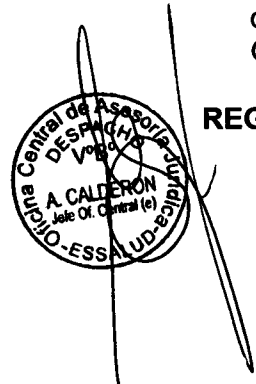
RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 107

-GG-ESSALUD-2014

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 001 -GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - ESSALUD", que forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud supervise el cumplimiento de la Directiva aprobada por la presente Resolución, y efectúe su difusión a nivel nacional.
3. **DISPONER** que los Gerentes y/o Directores de los Órganos Desconcentrados adopten las medidas necesarias que garanticen el cumplimiento de la Directiva aprobada por la presente Resolución.
4. **DEJAR SIN EFECTO** la Directiva N° 007-GG-IPSS-1997 sobre Uso, Manejo, Conservación y Depuración de las Historias Clínicas en los Centros Asistenciales del Instituto Peruano de Seguridad Social, aprobada por Resolución de Gerencia General N° 436-GG-IPSS-1997.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE





ECO. MIGUEL LA ROSA PAREDES
GERENTE GENERAL (e)
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 001 -GG-ESSALUD-2014

**"GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN
LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL
SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"**

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

LIMA – PERÚ

2014



TITULO ORIGINAL: "GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"

Actualización: 2013

Sub-Gerencia de Servicios Finales
Gerencia de Prestaciones Hospitalarias
Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Av. Domingo Cueto N° 120 – 8vo. Piso – Lima 11 - Perú



DERECHOS DEL AUTOR:

Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopios, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo a la Sub-Gerencia de Servicios Finales – Gerencia de Prestaciones Hospitalarias – Gerencia Central de Prestaciones de Salud– EsSalud – 2013.

Dra. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS
Presidente Ejecutivo de ESSALUD

Sr. MIGUEL ANGEL LA ROSA PAREDES
Gerente General

Dra. ADA PASTOR GOYZUETA
Gerente Central de Prestaciones de Salud



Dr. LUIS MIGUEL LOPEZ LEON
Gerente de Prestaciones Hospitalarias



Dr. JULIO CÉSAR MEDINA VERASTEGUI
Gerente de Prestaciones Primarias de Salud

COMITÉ NACIONAL DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD

Dr. Wiuliam Trigoso Rojas

Representante de la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud – Gerencia Central de Prestaciones de Salud - GCPS, en calidad de Presidente del Comité

Dra. Bertha Chávez Peralta

Representante de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias - GCPS, en calidad de Coordinadora Técnica del Comité

Sr. Iván Masnjak Risco

Representante de la Red Asistencial Almenara

Dr. Abel Montesinos Meza

Representante de la Red Asistencial Rebagliati

Sr. Arturo Dueñas Trejo

Representante de la Red Asistencial Rebagliati

Dr. Carlos León Posadas

Representante de la Red Asistencial Sabogal

Sr. Carlos Peláez García

Representante de la Red Asistencial Sabogal

Dr. Juan Carlos Bartolo Kato

Representante de la Oficina Central de Tecnología Informática y Comunicaciones - OCTIC

Dra. Ysabel Benate Gálvez

Representante de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud - GCPS

Lic. Norma Dueñas Del Rosario

Representante de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias - GCPS



INDICE

Pág.

I.	OBJETIVO	06
II.	FINALIDAD	06
III.	BASE LEGAL	06
IV.	AMBITO DE APLICACION	07
V.	RESPONSABILIDAD	08
VI.	DISPOSICIONES (GENERALES, ESPECÍFICAS, COMPLEMENTARIAS)	10
6.1	DISPOSICIONES GENERALES	10
6.2	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DEL PROCESO TECNICO ADMINISTRATIVO	10
6.2.1	DE LA APERTURA DE LA HISTORIA CLINICA	10
6.2.2	DE LA ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO	11
6.2.3	DE LA CODIFICACIÓN Y SISTEMA DE ARCHIVAMIENTO DE LAS HHCC	11
6.2.4	DE LA CUSTODIA Y CONSERVACION DE LA HISTORIA	12
6.2.5	DE LA CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO A LA HISTORIA	14
6.2.6	DE LA DEPURACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS	15
6.2.7	DE LA PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA	16
6.3	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DEL PROCESO TECNICO ASISTENCIAL	17
6.3.1	DE LA ELABORACION Y REGISTRO	17
6.3.2	DEL ORDEN DE LOS FORMATOS	17
6.3.3	DEL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	18
6.4	DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA	20
6.5	DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA	20
6.6	DISPOSICIONES FINALES	21
VII.	CONCEPTOS DE REFERENCIA	08
VIII.	ANEXOS	22
1	ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL FOLDERS DE LA HISTORIA CLÍNICA	23
2	SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS	26
3	PROCEDIMIENTOS	27
4	FORMATOS BASICOS DE LA HISTORIA CLINICA	37



“GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD”

I OBJETIVO:

Establecer los mecanismos y procedimientos de la gestión del uso, manejo, conservación y depuración de la Historia Clínica física y electrónica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

II FINALIDAD:

Disponer de manera eficiente y oportuna la historia clínica para mejorar la calidad de atención a los usuarios en los Centros Asistenciales de Salud a Nivel nacional.

III BASE LEGAL:

- 
- 
- 3.1. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud –ESSALUD- y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99 -TR, y modificado por decreto supremo N° 002- 2004- TR N° 025-2007- TR
 - 3.2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA; modificado por D. S. N° 001-98-SA.
 - 3.3. Ley N° 26842, Ley General de Salud; y su modificatoria aprobada por Ley N° 27604 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 016-2002-SA.
 - 3.4. Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales y su reglamento aprobado por decreto supremo N° 052 – 2008 - PCM
 - 3.5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
 - 3.6. Ley N° 25323, Ley del Sistema Nacional de Archivo y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-92-JUS, y su modificatoria por Decreto Supremo N° 005-93-JUS.
 - 3.7. Decreto legislativo N° 681 que regula el uso de tecnologías avanzadas en materia de archivo de documentos e información, y modificatorias, así como su reglamento aprobado por decreto supremo N° 002-92 - JUS
 - 3.8. Ley N° 27669, Ley del Trabajo del Enfermero (a) y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 004-2002-SA
 - 3.9. Ley N° 27878, Ley del Trabajo del Cirujano Dentista y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 016-2005-SA
 - 3.10. Ley N° 27853 del Trabajo de la Obstetriz y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2003-SA
 - 3.11. Ley N 28369 Ley del Trabajo del Psicólogo del Perú y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 007-2007-SA
 - 3.12. Ley N° 28456, Ley del Trabajo del Profesional de la Salud Tecnólogo Médico

- 3.13. Decreto Legislativo N° 559, que aprobó la Ley de Trabajo Médico y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 024-2001-SA
- 3.14. Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 022-MINSA / DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud
- 3.15. Resolución N° 576-2011-MINSA, que aprobó la Directiva N° 183-MINSA/OGEI-V.01 "Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del Registro en la Historia Clínica Electrónica".
- 3.16. Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la directiva N° 013- GG – ESSALUD – 2013.
- 3.17. Resolución N° 128-GG-IPSS-97, que aprobó la Directiva N° 006-GG-IPSS-1997, "Normas para el proceso de Admisión, Consulta Hospitalaria y Registro del Acto Médico".
- 3.18. Resolución de Gerencia General N° 236-GG-ESSALUD-2005 que aprobó la Directiva de Gerencia General N° 002-GG-ESSALUD-2005, "Políticas de Seguridad Informática en ESSALUD".
- 3.19. Resolución de la Oficina Central de Organización e Informática N° 001-GCOI-ESSALUD-2005 que aprobó la Directiva N° 001-GCOI- ESSALUD -2005, "Normas para el control de acceso a los Sistemas de Información de ESSALUD".
- 3.20. Resolución Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 033-GCPS-ESSALUD-2010 que aprobó la Directiva de N° 003-GCPS-ESSALUD-2010, "Normas y Procedimientos para la Auditoría Médica de Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- 3.21. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 34 – GCPS-ESSALUD- 2010, que aprobó el Formulario de Consentimiento Informado para Cirugía u otros Procedimientos Médicos".

IV ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Directiva es de aplicación en todos los Centros Asistenciales y en todos los procesos de atención al asegurado que requieren el manejo y registro de la atención en la Historia clínica (incluye STAE, Policlínicos Móviles, Hospital Perú, Atención Domiciliaria) del Seguro Social de Salud - ESSALUD.

V RESPONSABILIDAD:

Encargados de Normar e implementar

- Gerencia General
- Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (OCTIC).
- Gerencia Central de Finanzas
- Gerencia Central de Logística
- Gerencia Central de Gestión de las Personas
- Gerencia Central de Infraestructura
- Oficina Central de Planificación y Desarrollo
- Oficina Central de Asesoría Jurídica
- Gerencia / Dirección de Red Asistencial, Instituto y Centro Especializado.



Del Cumplimiento y Aplicación

- Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.
- Gerente / Director de Red Asistencial
- Gerencia de Oferta Flexible
- Gerencia de Control de Prestaciones de Salud
- Director del Centro Asistencial
- Jefe de la Oficina de Administración de Red Asistencial
- Jefes de la Oficina de Soporte Informático de la Red
- Jefe de Departamento / Jefe de Servicio Asistencial
- Jefe de Admisión y Registros Médicos.
- Comité de Historias Clínicas
- Personal asistencial y administrativo.



VI DISPOSICIONES

6.1 DISPOSICIONES GENERALES

El proceso de administración y gestión de la Historia Clínica se realiza en los componentes técnico administrativo y técnico asistencial

6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DEL PROCESO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO.

6.2.1 DE LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

- 6.2.1.1 Se realiza a todo paciente que llega por primera vez al Centro Asistencial, donde el personal verifica que el paciente no cuente con Historia Clínica anterior. (Ver anexo 3.1).

Para el caso de la Historia Clínica electrónica ésta es única en la Institución.

- 6.2.1.2 A cada usuario que se le apertura una Historia Clínica, se le asigna el número de su documento de identidad nacional (DNI), el cual lo identifica y debe ser registrado en toda documentación que se genere.

- 6.2.1.3 En los Centros Asistenciales del primer nivel de atención se apertura la Historia Clínica a todos los recién nacidos asignándole

como número su DNI y en caso de que aún no lo tuviera se archiva la ficha de las atenciones en la Historia Clínica de la madre, en forma provisional hasta la expedición de su DNI.

- 6.2.1.4 En los Centros Asistenciales del II y III nivel de atención, solo se apertura la HC a los recién nacidos con patología; la documentación e información clínica de los recién nacidos normales o de los natimueertos son archivados en la Historia Clínica de la madre.

6.2.2 DE LA ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO.

- 6.2.2.1 Las Historias Clínicas debe conservarse en forma integra, asegurando su orden cronológico completo y pulcro de todos los formatos usados durante el proceso de atención de salud. (Ver anexo 3.2)
- 6.2.2.2 El archivo de Historia Clínica es centralizado, organizado en un archivo activo y uno pasivo, accesibles al uso.
- 6.2.2.3 Todo CAS debe disponer de un ambiente acondicionado para archivo de Historias Clínicas especiales, que por su contenido son potencialmente de implicancia médico legal, debiendo estar foliadas y adecuadamente conservadas. Dicho archivo funciona en ambientes físicos separados.
- 6.2.2.4 Es responsabilidad del Gerente y/o Director de la Red, en coordinación con el Director del CAS, implementar este archivo especial, disponiendo que se aplique las medidas de seguridad de orden físico, en conformidad con el Sistema Nacional de Archivo para evitar su deterioro, manipulación y/o alteración de las mismas.

6.2.3 DE LA CODIFICACIÓN Y SISTEMA DE ARCHIVAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

- 6.2.3.1 Los Centros Asistenciales que cuenten con menos de 10,000 Historias Clínicas deben usar el método convencional (correlativo) para archivar sus historias clínicas.
- 6.2.3.2 Los Centros Asistenciales que cuenten entre 10,000 y 100,000 Historias Clínicas deben usar el método dígito terminal simple
- 6.2.3.3 Los Centros Asistenciales que cuenten con más de 100,000 historias clínicas deben usar el método dígito terminal compuesto.
- 6.2.3.4 Las historias clínicas en el archivo pasivo y en archivo especial, se archivan según el mismo método que se usa en el archivo activo.
- 6.2.3.5 En los CAS del I nivel de atención con población adscrita, las Historias Clínicas se archivan teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido.

6.2.4 DE LA CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA.

- 6.2.4.1 La Dirección del CAS, es responsable de gestionar la implementación de los recursos humano, físico y apoyo logístico de forma continua, que garantice la conservación de la documentación clínica en condiciones adecuadas que permitan el correcto mantenimiento y uso para la asistencia oportuna del paciente.
- 6.2.4.2 El responsable de la Unidad / Coordinador de la Unidad de Archivo tiene dentro de sus funciones la custodia de las Historias Clínicas en el CAS, mientras estas no registren movimiento y se encuentren archivadas.
- 6.2.4.3 Los CAS de acuerdo a su complejidad deben mantener actualizado los datos en el sistema informático vigente, que facilite el registro, control y monitoreo de la HC, para el seguimiento y ubicación. (Ver anexo 3.3)
- 6.2.4.4 Cuando las HC permanezcan fuera del archivo, corresponde su custodia y conservación a la persona que solicitó la HC y de forma subsidiaria al responsable del servicio asistencial o administrativo al que pertenezca.
- 6.2.4.5 Cuando se requiera la atención de solicitudes de copia de la historia clínica de un paciente hospitalizado, ésta debe ser realizada por la Jefatura del Servicio Médico / Jefatura Médico Quirúrgico correspondiente para la entrega completa y oportuna de la misma, en cumplimiento de las normas legales vigentes.
- 6.2.4.6 Cuando el paciente hospitalizado con orden médica es transferido para atención específica, la enfermera responsable del servicio de origen entrega al paciente con su respectiva historia clínica (ordenada y completa) a la enfermera del Servicio de destino.
- 6.2.4.7 Cuando el paciente hospitalizado requiera otras prestaciones quirúrgicas, médicas o de ayuda al diagnóstico y tratamiento, el personal asistencial del servicio de destino es responsable de la custodia y devolución de la historia clínica al servicio de origen.
- 6.2.4.8 En los Servicios de Hospitalización, la enfermera es responsable de la administración de la historia clínica así como de su devolución completa y ordenada al área de archivo dentro de las 48 horas siguientes, al momento del alta.
- 6.2.4.9 Las historias clínicas de pacientes fallecidos durante la hospitalización, son entregadas al personal del mortuario (completas y ordenadas), conjuntamente al cadáver, debiendo responsabilizarse de su custodia hasta su entrega final al archivo o al área de epidemiología correspondiente.
- 6.2.4.9 Todas las historias clínicas de pacientes fallecidos durante la hospitalización evaluadas en el área de epidemiología deben ser devueltas (completas y ordenadas) al archivo dentro de las 72 horas siguientes a su recepción.

- 6.2.4.10 Las historias clínicas en custodia por motivos legales solicitadas para atención médica deben ser entregadas en fotocopia, quedando el original en el área de custodia.
- 6.2.4.11 Ninguna historia clínica original debe salir del CAS salvo exista mandato judicial que lo ordene, de ser así es trasladada por un personal de archivo con custodia y bajo responsabilidad de la dirección del CAS.
- 6.2.4.12 Los locales y ambientes designados para archivo deben ser fumigados por lo menos trimestralmente.
- 6.2.4.13 Los locales y ambientes designados para archivo deben contar con ventilación adecuada ya sea natural o artificial, sobre la base de la utilización racional de puertas y ventanas, empleo de ventiladores, aire acondicionado, extractores e inyectores de aire, deshumecedores, etc.
- 6.2.4.14 Se debe evitar la incidencia directa o perpendicular de la luz natural o artificial sobre las historias clínicas y demás documentos pertinentes.
- 6.2.4.15 Los locales y ambientes designados para archivo deben contar con iluminación, según normativa.
- 6.2.4.16 La historia clínica debe estar protegida, mediante folders según especificaciones del Anexo 01
- 6.2.4.17 Las historias clínicas depuradas deben estar almacenadas en cajas de cartón y/o según normatividad vigente.
- 6.2.4.18 Las áreas de archivo deben contar con la señalización pertinente.
- 6.2.4.19 Las áreas de archivo deben estar implementadas con sistemas contraincendio, extintores y detectores de humo según normas de arquitectura sanitaria y de defensa civil.
- 6.2.4.20 Es responsabilidad del Director del CAS implementar medidas de seguridad dirigidas a evitar la sustracción indebida de las historias clínicas por medio de un sistema de videocámara.
- 6.2.4.21 La Unidad de Archivo de HC debe contar con Sala de trabajo, sala de Lectura y salida de evacuación, debiendo estar implementadas con sistema de video cámara y de vigilancia de ingreso y salida para el control.

En caso de cierre de un Centro Asistencial las Historias Clínicas pasan al nuevo Centro Asistencial de readscripción del asegurado

6.2.5 DE LA CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO A LA HISTORIA.

- 6.2.5.1 El paciente tiene derecho a que se le entregue a su solicitud copia de la epicrisis y de su Historia Clínica, para lo cual el recurrente abona el costo establecido de acuerdo al TUPA de ESSALUD vigente y la Ley General de Salud artículo 15° inciso i, debiendo llenar la solicitud del anexo 2)

- 6.2.5.2 Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su Historia Clínica, con las excepciones que la Ley establece (Ley General de Salud artículo 15° inciso b, artículo 25°).
- 6.2.5.3 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 (artículo 25° y 30° de la Ley General de Salud).
- 6.2.5.4 En los casos de entrega de información a terceros, se debe presentar la carta poder notarial 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 o carta poder debe incluir:

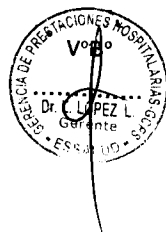
- El nombre del hospital que debe brindar la información.
- El nombre de la persona o institución que debe recibir la información
- El nombre completo del paciente, su fecha de nacimiento y dirección.
- Copia simple del DNI del paciente y solicitante
- El motivo por el cual se requiere la información.
- La naturaleza de la información que se desea y la magnitud que abarca.
- La fecha en que se firmó la autorización
- La firma del paciente o del familiar responsable y del tercero al que delega poder.

La autorización debidamente firmada, se conserva en la Historia Clínica.

En caso de pacientes fallecidos los familiares directos en grado de consanguinidad pueden solicitar la copia de la historia clínica cumpliendo los requisitos del TUPA de ESSALUD.

6.2.6 DE LA DEPURACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.

- 6.2.6.1 La depuración del archivo de Historias Clínicas debe ser un proceso constante, debiendo evaluarse anualmente el movimiento de las historias. (ver anexo 3.5)
- 6.2.6.2 El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo activo es de cinco años, considerando la fecha de última atención al paciente, debiendo trasladarse al archivo pasivo en forma regular y permanente, conservando su número original.



6.2.6.3 Después de encontrarse la historia clínica 10 años en el archivo pasivo, se levanta un ACTA dirigida por el Comité de historias clínicas, antes de proceder a su destrucción selectiva para aquellos casos con episodios de hospitalización; y destrucción total para aquellos casos que sólo tengan consultas externas.

6.2.6.4 Para el caso de la destrucción selectiva de las historias clínicas físicas, se conserva de manera definitiva en forma original o en medio digital codificado que permita el acceso de los siguientes formatos:

- Hojas de consentimiento informado
- Hoja de exoneración de responsabilidad por alta voluntaria
- Informes quirúrgicos y/o registros de parto
- Informes de anestesia
- Informes de procedimientos complementarios
- Ficha Clínica Estomatológica (Odontograma)
- Epicrisis
- Informes de necropsia
- Hoja de indicación terapéutica médica
- Hoja de evolución y de planificación de cuidados de enfermería.

6.2.6.5 El proceso de conservación en medio digital usa el soporte tecnológico necesario según el número de asegurados adscritos y/o referidos al CAS y software de gestión de documentos con soporte para validación de las copias generadas.

6.2.6.6 El proceso de destrucción parcial o selectiva de Historias Clínicas, es evaluado y verificado e informado por el Comité de Historias Clínicas de la Red Asistencial, cuyas actas son elevadas por el Gerente o Director de la Red Asistencial para ser avalado por el Comité Nacional de Historias Clínicas, proceso que es registrado en una Acta, así como la lista de Historias Clínicas a ser destruidas, donde se determina su destino final.

Es obligación de los Órganos Desconcentrados mantener activo al Comité de Historias Clínicas de su ámbito, de acuerdo a normativa vigente.

6.2.6.7 En caso de que los pacientes demanden atención de salud posterior a la destrucción de su historia clínica, los formatos conservados son los documentos que reinician su Historia Clínica manteniendo el número asignado originalmente.

6.2.6.8 **Conformación del Comité de HHCC**

Estará conformado por:

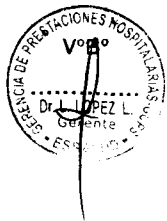
- Nivel Central: designado por la GCPS

- Nivel de Redes Asistenciales y Hospitales conformado por:
 - Gerente o Director de la Red Asistencial o representante
 - Gerente Quirúrgico o representante
 - Gerente Clínico o representante
 - Jefe de la Oficina de Admisión
 - Representante de la Oficina de Asesoría Jurídica
 - Jefe de Archivo de Historia Clínica
 - Administrador



6.2.7 DE LA PROPIEDAD DE HISTORIA CLÍNICA.

- 6.2.7.1 La Historia Clínica y la base de datos, es de propiedad física del Centro Asistencial.
- 6.2.7.2 La información contenida en la historia clínica es propiedad del paciente, por lo tanto tiene derecho a ella, según lo estipula la Ley General de Salud
- 6.2.7.3 El personal asistencial que elabora la historia clínica tiene derecho de propiedad intelectual respecto a sus registros.



6.3 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DEL PROCESO TÉCNICO – ASISTENCIAL.

6.3.1 DE LA ELABORACIÓN Y REGISTRO.

- 6.3.1.1 Todo acto médico debe estar sustentado en una Historia Clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente. (Artículo 29º de la Ley General de Salud)
- 6.3.1.2 Los registros de los diagnósticos y las anotaciones contenidas deben ser legibles incluyendo el código y la descripción según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10 vigente y Problemas Relacionados con la Salud.
- 6.3.1.3 El registro de los procedimientos se realiza aplicando el Código de Procedimientos Terapéuticos actual, según normatividad vigente.
- 6.3.1.4 Los errores en la Historia Clínica se corrigen trazando una línea sobre el error y anotando al lado de la corrección la fecha, firma y sello del profesional de la salud responsable, y consignando el fundamento de la corrección.
- 6.3.1.5 Todas las anotaciones en la Historia Clínica deben ser fechadas y firmadas por quién realizó el acto médico, consignándose claramente, el nombre y apellido, el número de colegio profesional y sello.
- 6.3.1.6 Otros profesionales no médicos que realizan anotaciones en la Historia Clínica lo hacen en las condiciones arriba señaladas.

- 6.3.1.7 Cada anotación realizada por internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud debe ser refrendada con la firma y sello de los profesionales asistentes pertenecientes al servicio asignado responsable a dicha actividad docente.

6.3.2 DEL ORDEN DE LOS FORMATOS

- 6.3.2.1 Los formatos de la Historia Clínica deben estar de acuerdo a los Anexos de la presente norma.

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 en la HC manual se registra además el servicio y el número de cama, con letra legible.

- 6.3.2.2 El orden de los formatos de acuerdo al servicio de atención deben seguir una secuencia lógica definida a partir de los procesos de atención en las diversas unidades productoras de salud.
- 6.3.2.3 En los casos que el paciente requiera del formato de Consentimiento Informado, éste se adiciona en la HC y se procede de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.
- 6.3.2.4 En las diferentes Especialidades Médicas, PADOMI entre otros que usan formatos complementarios, debidamente validados por el área de calidad y el comité de historia clínica, estos deben ser adicionados a la historia clínica básica.

6.3.3 DEL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

6.3.3.1 OBJETIVOS

- 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 la atención prestada al paciente
- Proporcionar información para usos de investigación y docencia
- Contribuir al sistema de información proporcionando datos 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

6.3.3.2 DE LA SOLICITUD DE HHCC PARA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

- Los requerimientos de historias clínicas son solicitados por escrito, o por correo electrónico del Gerente/ Director/ Jefes de Departamento/ Servicio y son revisadas en la Sala de lectura del archivo de historias clínicas.

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

6.3.3.3 DEL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Para la atención a los usuarios de consulta externa el Responsable de la Unidad de Archivo obtiene del Sistema informático vigente la relación de pacientes citados.

Para los casos de citas adicionales en consulta externa, el personal técnico de enfermería solicita la HC al personal de archivo, quien se encarga de llevar la HC al consultorio solicitante.

Para la atención a los usuarios en hospitalización las Historias Clínicas deben ser solicitadas a la Unidad de Archivo por la enfermera de dichos servicios.

- Todas las historias que salen del archivo a consulta externa deben ser devueltas el mismo día de la atención con excepción de los pacientes que hayan sido hospitalizados.

En las unidades de emergencia u hospitalización, las historias clínicas deben ser retornadas al archivo del CAS al alta del paciente dentro de las 24 ó 48 horas respectivamente.

- Toda retención por causa absolutamente justificada, debe ser reportada por escrito y con autorización del jefe del Servicio / Jefe Médico Quirúrgico, el mismo día a la unidad de archivo, precisando el motivo y la fecha de devolución no mayor a 72 hrs.

- Está prohibido guardar Historias Clínicas en casilleros del personal de la salud.

- Las Historias Clínicas deben permanecer almacenadas dentro de la unidad de archivo, cuando no están siendo utilizados en la atención del paciente.

- Las historias de pacientes hospitalizados deben retornar a la unidad de archivo en un plazo no mayor a las 24 horas posterior al alta, con su epicrisis respectiva, para el procesamiento de la misma (compaginación, codificación, indización, preparación de informes estadísticos, etc.).

- Las historias solicitadas por el Servicio de Emergencia deben ser devueltas dentro de las 48 horas siguientes, salvo que el paciente permanezca en sala de observación o haya sido hospitalizado.

- Los formatos de atención de emergencia deben ser incorporadas a la Historia Clínica de los pacientes adscritos al CAS. Los no adscritos son remitidos a su respectivo CAS.

- Las historias clínicas entregadas a los diferentes Departamentos o Servicios para informes médicos que requieran de opinión especializada o para auditorías médicas,



deben ser devueltas al archivo en un plazo no mayor a 72 horas.

- Toda Historia Clínica que se retira de su lugar en el archivo debe ser registrado en el sistema informático pertinente, de manera tal, que permita el seguimiento de cada historia y agilice su archivo cuando sea devuelta.
- Toda historia que se retira de su lugar en el archivo para cualquiera de sus diferentes usos, debe necesariamente ser registrada en el formato: solicitud de historia clínica; consignando la salida, la recepción por los diferentes "usuarios" internos y su posterior devolución, con las firmas autorizadas. (ver anexo 3.4)



6.4 DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

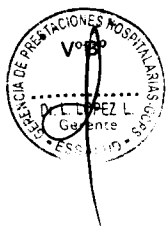
La evaluación técnica de la Historia Clínica consta de dos partes: Análisis cuantitativo y análisis cualitativo.

6.4.1 DEL 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 Centro Asistencial o de la Red Asistencial según corresponda.

6.4.2 DEL 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.



6.5 DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

La Oficina Central de Tecnologías de la información y Comunicaciones realiza el diseño, desarrollo, validación e implementación de la Historia Clínica informatizada, teniendo en consideración el uso de los datos, procesos y metodologías estandarizadas en coordinación con la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Los CAS que tengan el soporte tecnológico y equipamiento para el sistema informático de la historia clínica deben optar por el uso de la Historia Clínica Informatizada, sujetándose a la presente norma.

El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica para uso de la Historia Clínica, debe contar con las garantías

que aseguren su autenticidad, integridad y conservación indefinida y prevenir modificaciones del contenido inicial.

El Sistema de Historia Clínica Informatizada debe ser periódicamente auditado por la OCTIC y GCPS a través de la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud para garantizar la calidad de esta herramienta.

La Historia Clínica electrónica debe contar con:

- Base de datos relacionados.
- Estructura de datos estandarizado
- Control de acceso restringido – Privilegio de accesos
- Sistema de copias de resguardo
- Registro informatizado de firmas de usuarios. (debe ajustarse a lo establecido en la Ley N° 27269, Ley de firmas y Certificados Digitales y su Reglamento DS N° 052-2008-PCM)
- Simultaneidad de accesibilidad
- Confidencialidad
- Recuperabilidad
- Inviolabilidad de los datos que constituyen la Historia
- Debe soportar la auditoria
- Debe permitir la secuencialidad de las atenciones
- Debe permitir la impresión

Todo registro en una Historia clínica electrónica, debe ser refrendado con una firma digital, es un documento que cuenta con la misma validez y eficacia jurídica que una historia clínica de registro manual soportada en papel y refrendada con una firma manuscrita, colegiada en concordancia con lo establecido en la Ley N° 27269 Ley de Firmas y Certificados digitales.

6.6 DISPOSICIONES FINALES

Las áreas responsables del proceso de implementación de la presente Directiva de Gestión de la Historia Clínica de los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – ESSALUD, deben complementarla con actividades de capacitación e información al personal usuario de los CAS de ESSALUD.

El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma tienen la aplicación de medidas disciplinarias correctivas de acuerdo a las disposiciones administrativas existentes, a la Ley General de Salud y al Código de Ética y Deontología Profesional, sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.

7 CONCEPTOS DE REFERENCIA:

7.1 Acto Médico:

Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que

realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.

7.2 Historia Clínica (HHCC): (Expediente clínico)

Documento físico de registro único y válido desde el punto de vista clínico y legal. Registra los datos de identificación, datos clínicos relacionados a la situación de un paciente, las intervenciones practicadas, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación de la atención que el profesional de la salud brindan al paciente. Se presenta como narración o exposición de hechos e incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones, consentimiento informado entre otros; estos se registran en el tiempo de forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, documentando fundamentalmente la relación médico-paciente.

7.3 La Unidad de Archivos de Historias Clínicas es responsable de mantener el adecuado manejo, conservación, atención de solicitudes, así como el control del flujo de la historia clínica

7.4 Historia Clínica Digitalizada: Es la historia clínica apoyada en el uso de medios electrónicos para almacenar imágenes que representan copia fiel de la historia clínica manuscrita.

7.5 Historia Clínica Electrónica:

Documento electrónico Médico legal, diseñado bajo un sistema informático que registra los datos clínicos relacionados con la atención brindada al paciente por el médico y otros profesionales de la salud respecto a consultas, atenciones, intervenciones diversas, proceso evolutivo, tratamiento y recuperación.

Los datos se registran en el tiempo de forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata.

7.6 Formato Electrónico de Historia Clínica (FEHC):

Forma de documento digital, temporal sobre el cual se registra electrónicamente los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata. Requiere de la impresión, firma y sello del profesional responsable, para ser incluida en una Historia clínica física.

7.7 Firma Digital:

Firma electrónica que utiliza una técnica de criptografía asimétrica y que valida y asegura la integridad del mensaje de datos a través de un código de confirmación, así como la vinculación entre el titular de la firma digital y el mensaje de datos

7.8 Médico Tratante:

Es el médico que toma bajo su responsabilidad la atención de un paciente.

7.9 Paciente:

Usuario que recibe una atención de salud.

7.10 Alta:

Es el egreso de un paciente después de atendida la causa que motivó la atención en determinada Unidad Productora de Servicios (UPS) y que no es tributaria de otra atención de salud en otra UPS por el mismo motivo en el mismo periodo de tiempo



cuando se culmina el manejo o tratamiento definitivo de la causa que motivó la atención en el CAS.

7.11 Egreso:

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

7.12 Atención en Salud:

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

7.13 Sistema de Referencia y Contrarreferencia:

Conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales a través del cual se asegura la continuidad del cuidado de la salud de un paciente asegurado en la Red de Servicios de Salud realizado con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia.

7.14 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 lo estipulado en la Ley General de salud, en los artículos 4º y 40º.

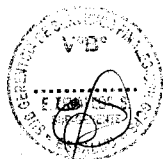


ANEXOS

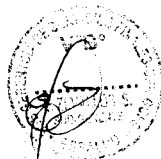
ANEXO 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL FOLDERS DE LA HISTORIA CLÍNICA

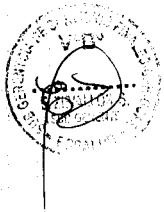
- Cartón dúplex de 350 gr.
- Folder plastificado sectorizado color celeste y blanco
- Fastener tipo gusano plastificado
- Con logotipo ESSALUD – RED ASISTENCIAL
- Completar datos directiva anterior medidas: 31 X 24 CMT



CARATULA Y CONTRACARATULA DEL FOLDER

	Alergias a:
	Tipo
	 MAS SALUD PARA MAS PERUANOS
	HISTORIA CLINICA





ANEXO 2

Red Asistencial:.....

Centro Asistencial:.....

SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS

FECHA

--	--	--

SERVICIO O
CONSULTORIO

--

ANEXO

--

N° HISTORIA CLINICA /CODIGO DE UBICACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES

--	--	--	--	--	--	--

--

--	--	--	--	--	--	--

--

--	--	--	--	--	--	--

--

--	--	--	--	--	--	--

--

--	--	--	--	--	--	--

--

1.- AUDITORIA MEDICA

--

6.- EVALUACION MEDICA

--

2.- PACIENTES HOSPITALIZADOS

--

7.- EXPEDIENTES

--

3.- REUNION CLINICA

--

8.- ASESORIA LEGAL

--

4.- REGULARIZACION DE CITT

--

9.- SALUD OCUPACIONAL

--

5.- INVESTIGACION

--

10.- OTROS

--

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE

ANEXO 3
PROCEDIMIENTOS
ANEXO 3.1

Red Asistencial	Nombre del Procedimiento: GENERACIÓN DEL FOLDER DE LA HISTORIA CLÍNICA	VERSION: 01 FECHAS: Elaboración: Setiembre 2012 Revisado: Diciembre 2012 Página: 1 de 2
Unidad de Archivo e Historias Clínicas		

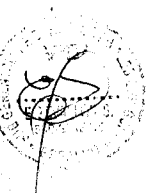
OBJETIVO:

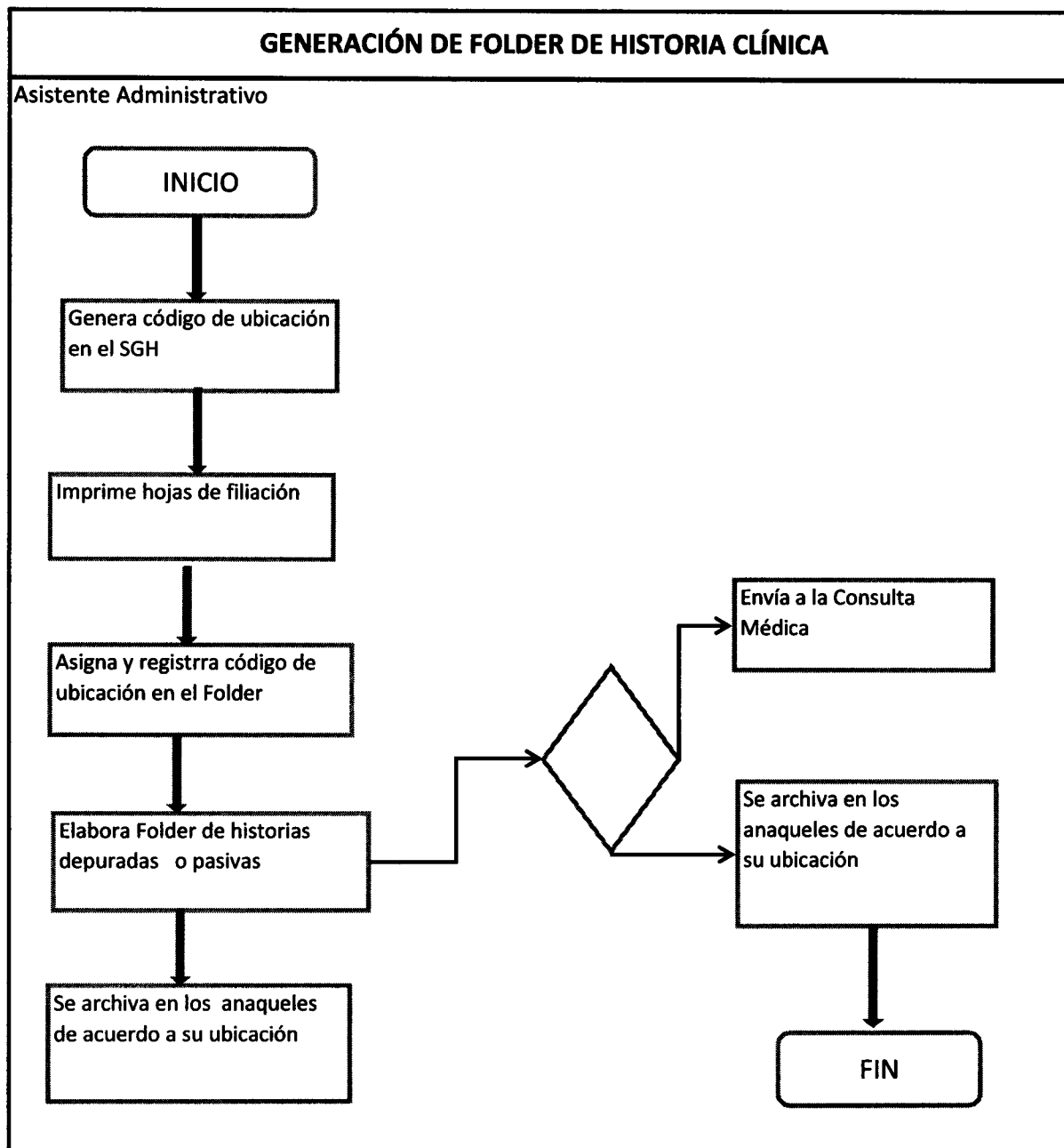
- Aperturar el folder de la HC por asegurado, asignándole un número de Ubicación en el Sistema Informático vigente, para su ubicación en el archivo a fin de conservar, almacenar y proteger el contenido de la Historia Clínica (H:C).

ALCANCE:

El procedimiento tiene aplicación en la Unidad de Archivo bajo supervisión del Jefe de la Unidad Orgánica y/o Encargado Funcional de Archivo e Historias Clínicas, y aplicación por el personal de la Unidad de Archivo en toda la Red Asistencial.

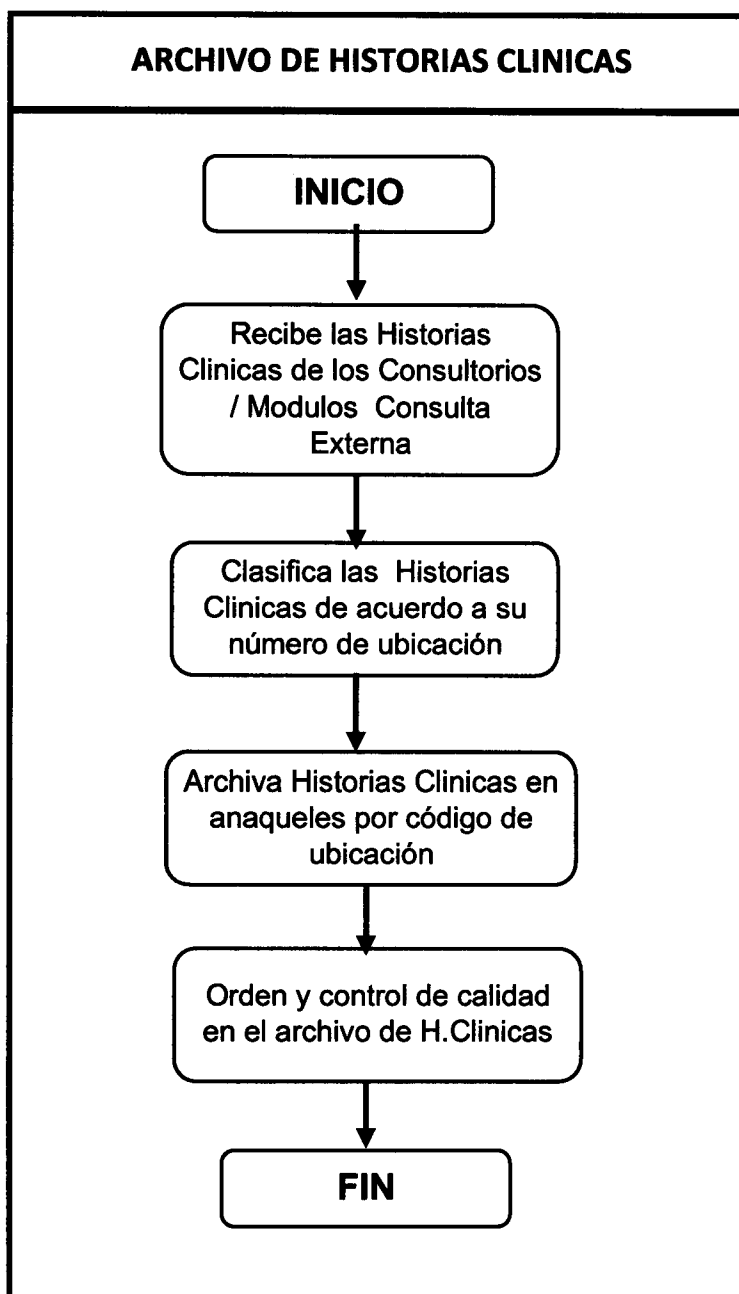
PASO Nº	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE
1	Genera código de ubicación de los pacientes nuevos en el Sistema Informático vigente.	Asistente Administrativo.
2	Imprime las hojas de afiliación de los pacientes nuevos.	Asistente Administrativo
3	Asigna y registra manualmente el número de ubicación en el folder de acuerdo al cuaderno de control.	Asistente Administrativo
4	Elabora también folder de las H.C. pasiva o depuradas, para la consulta médica.	Asistente Administrativo
5	Envía las H.C. de los pacientes nuevos a la Consulta Médica (Adicionales)	Asistente Administrativo
6	En caso no tuviera cita el paciente nuevo, la H.C se envía al archivo para ser almacenada en su código de ubicación asignado.	Asistente Administrativo
7	Fin del Procedimiento	



ANEXO 3.2

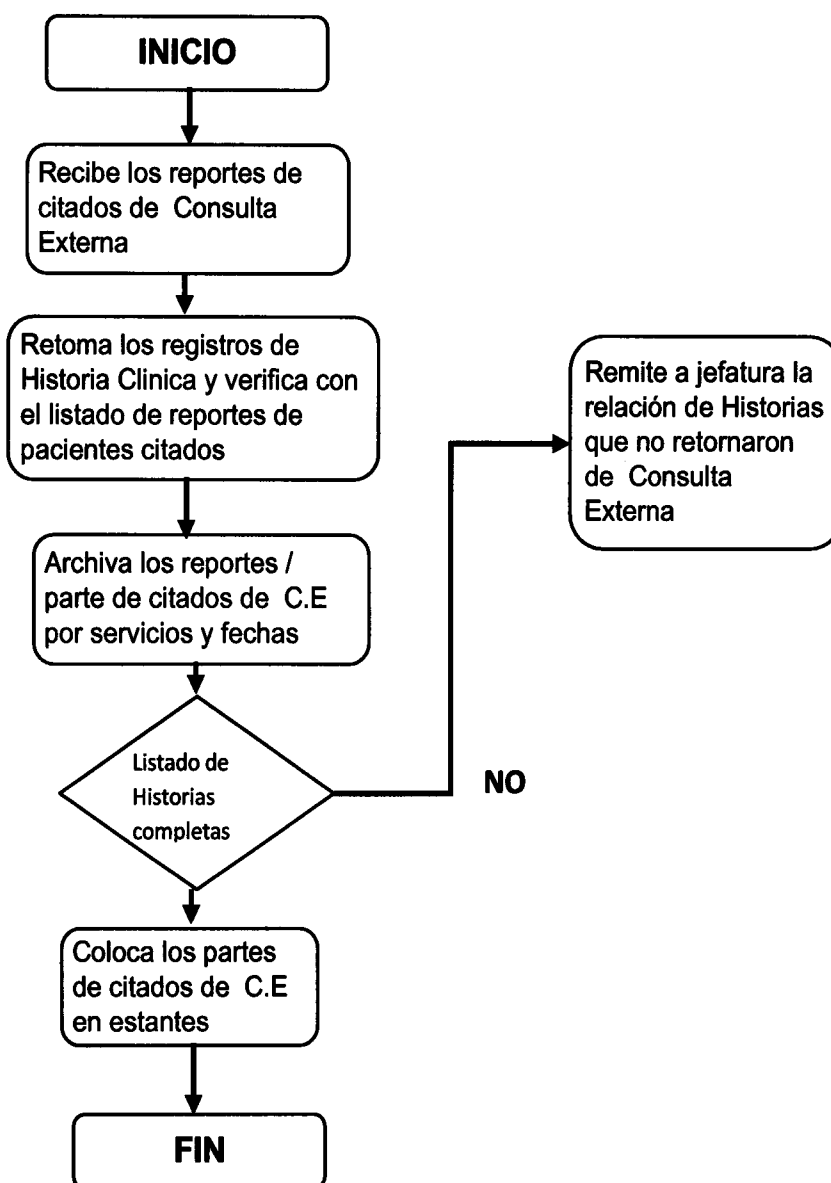
RED ASISTENCIAL	Nombre del Procedimiento :	VERSION: 01
UNIDAD DE ARCHIVO E HISTORIAS CLINICAS	ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLINICAS	FECHAS: Elaboración: Setiembre 2012 Revisado: Diciembre 2012 Página: 1 de 2
OBJETIVOS : • Mantener el orden de las historias clínicas en el archivo • Ubicar con facilidad las historias clínicas • Garantizar la accesibilidad del archivo las 24 horas del día para sus diferentes requerimientos (Hospitalización , Emergencia) • Custodiar el contenido de la historia en el código de ubicación asignado		
ALCANCE : Supervisión del procedimiento por el Jefe de la Unidad Orgánica y/o Encargado Funcional de Archivo e Historias Clínicas y ejecución por el personal de la Unidad de Archivo en toda la Red Asistencial		
PASO N°	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE
1	Recibe las Historias clínicas de los Consultorios / Módulos de Consulta Externa	Técnico Administrativo
2	Clasifica las historias clínicas de acuerdo al numero de ubicación	Técnico Administrativo
3	Archiva las historias clínicas en los anaqueles de acuerdo a su código de ubicación	Técnico Administrativo
4	Garantiza el orden y la fácil ubicación de las historias en el archivo	Técnico Administrativo
5	Busca los reclamos con relación a las historias clínicas no ubicadas en el archivo	Técnico Administrativo
6	Realiza el control de calidad en el archivo , asegura el adecuado almacenamiento cambiando los sobres deteriorados	Técnico Administrativo
7	Fin del procedimiento	Técnico Administrativo



ANEXO 3.3

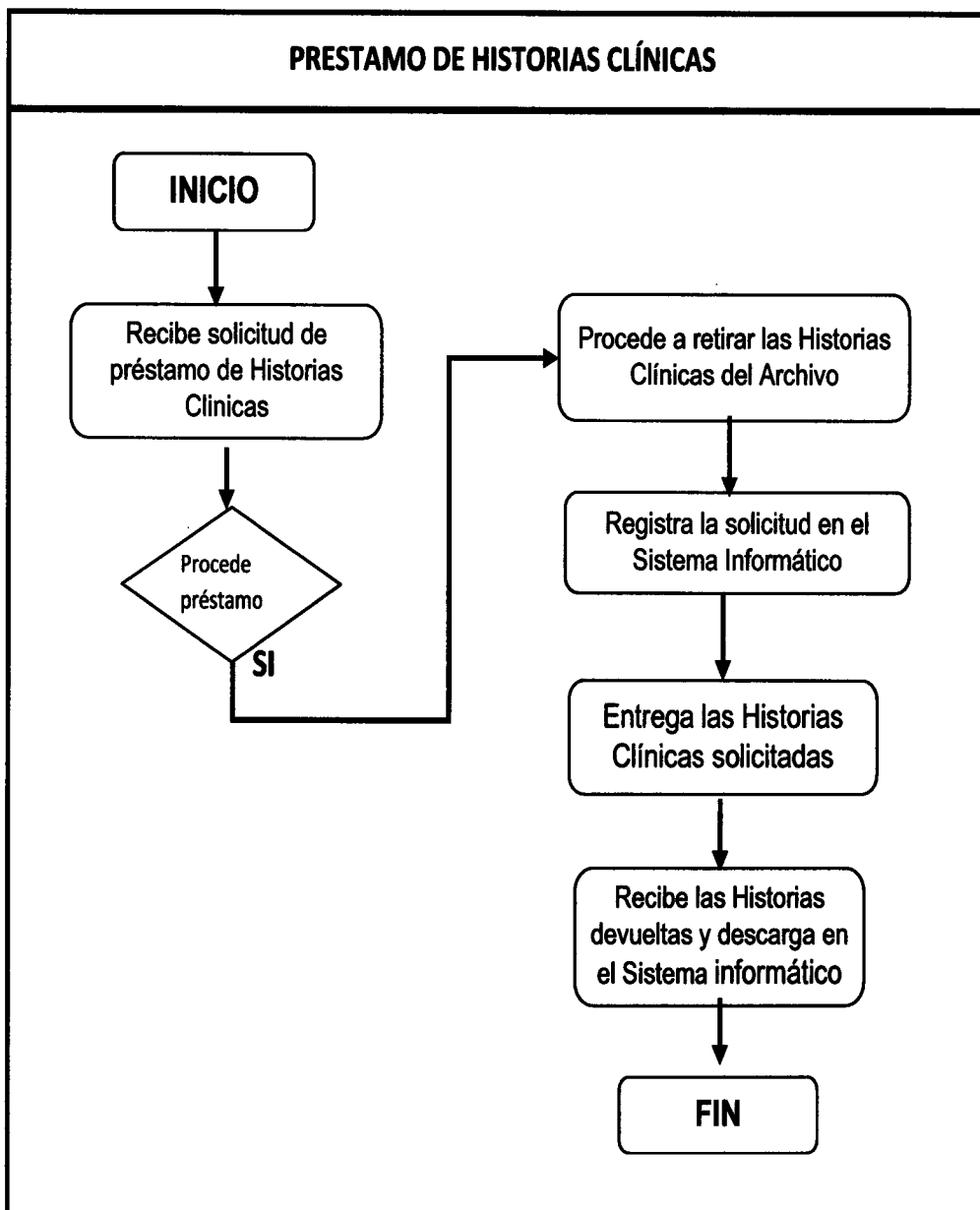
RED ASISTENCIAL UNIDAD DE ARCHIVO E HISTORIAS CLINICAS	Nombre del Procedimiento : RETORNO DE HISTORIAS CLINICAS A TRAVES DEL SISTEMA DE GESTION HOSPITALARIA	VERSION: 01 FECHAS: Elaboración: Setiembre 2012 Revisado: Diciembre 2012 Página: 1 de 2
OBJETIVOS : Prevenir perdidas controlando el retorno completo de las historias entregadas a los servicios usuarios descargando en el sistema de Gestión Hospitalaria		
ALCANCE : Supervisión del procedimiento por el jefe de la Unidad Orgánica y/o encargado Funcional de archivo e Historias clínicas y ejecución por el personal de la Unidad de Archivo en toda la Red Asistencial		
PASO N°	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE
1	Recibe los reportes de citados de la consulta externa , verificados manualmente por el mensajero	Digitado Asistencial
2	Retorna los registros de la historia clínica y verifica inmediatamente con el listado de reportes de pacientes citados	Digitador Asistencial
3	Proceden a archivar el reporte de citados o el parte de citados por módulos de atención y por fechas	Digitador Asistencial
4	Informe a la Jefatura las historias que no retornaron adjuntando cargo de las HC no retornadas	Digitador Asistencial
5	Coloca manualmente las partes de pacientes citados en los estantes	Digitador Asistencial
6	Fin del procedimiento	

RETORNO DE HISTORIAS CLÍNICAS A TRAVÉS DEL SISTEMA INFORMÁTICO



ANEXO 3.4

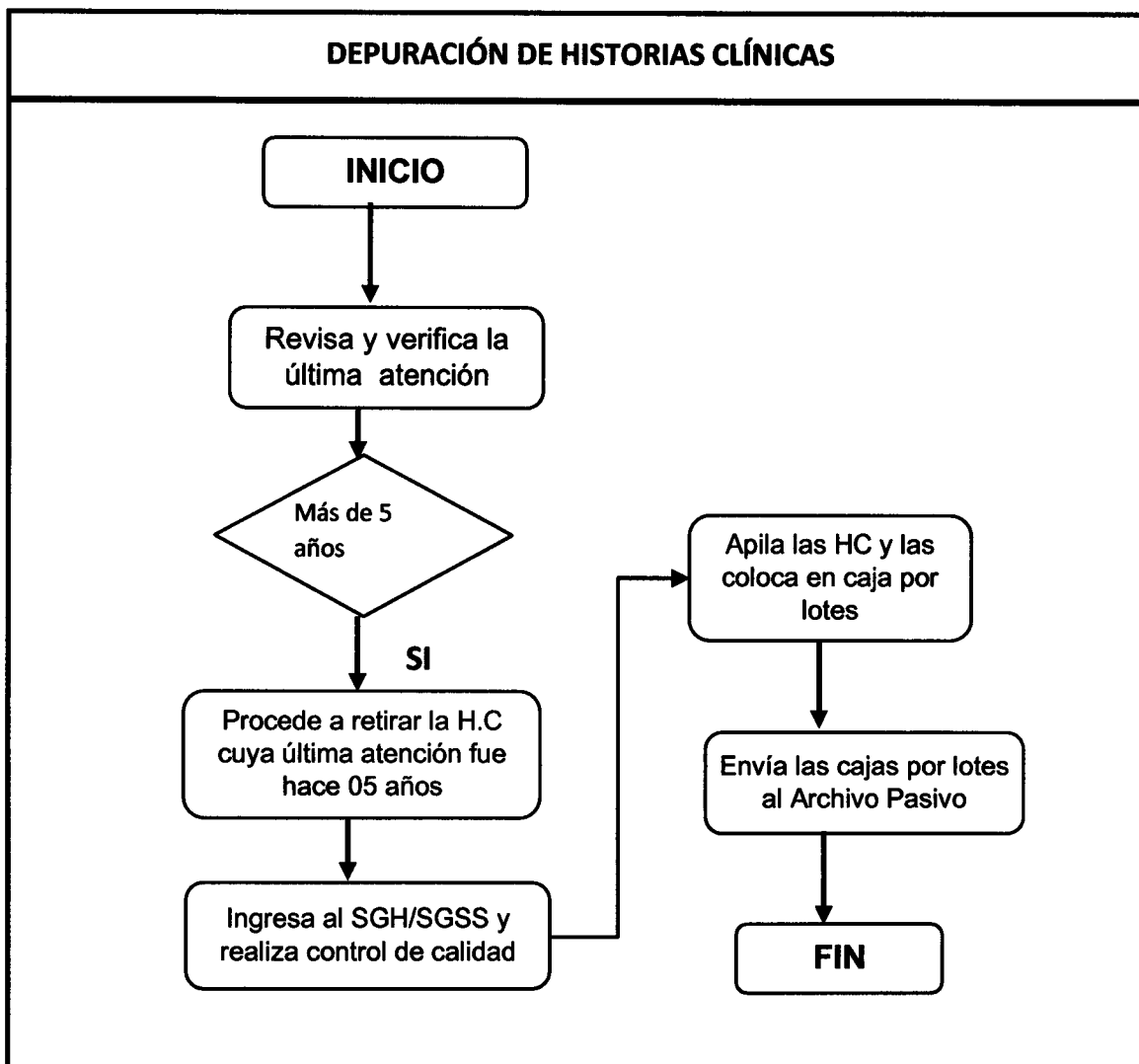
RED ASISTENCIAL UNIDAD DE ARCHIVO E HISTORIAS CLINICAS	Nombre del Procedimiento : PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01 FECHAS: Elaboración: Setiembre 2012 Revisado: Diciembre 2012 Página: 1 de 2
OBJETIVOS : • Remitir dentro de los plazos establecidos las solicitudes de historias clínicas para auditoria , investigación , Junta Médica , etc. a las diferentes Jefaturas u otros órganos del CAS. • Llevar el control de dichas historias prestadas a través del sistema de Gestión informático vigente (SGH/SGSS) y/o Registro manual		
ALCANCE : Supervisión del procedimiento por el Jefe de la Unidad Orgánica y/o Encargado Funcional de Archivo e Historias Clínicas y Ejecución por el personal de la Unidad de Archivo en toda la Red Asistencial.		
PASO N°	DESCRIPCION DEL RPOCEDIMIENTO	RESPONSABLE
1	Recibe las solicitudes presentadas en la Unidad de archivo por las distintas Jefaturas Medicas	Técnico Administrativo
2	Procede a sacar las historias del archivo para el préstamo respectivo	Técnico Administrativo
3	Registra las solicitudes por servicio en el sistema Gestión Hospitalaria.	Técnico Administrativo
4	Entrega las solicitudes con las historias clínicas ubicadas a las secretarias y/o técnicos de enfermería de las diferentes Jefaturas	Técnico Administrativo
5	Recibe las H.C. devueltas de las diferentes Jefaturas las verifica y firma el cargo de retorno al archivo	Técnico Administrativo
6	Retorna en el Sistema informático vigente las HC devueltas de los diferentes servicios	Técnico Administrativo
7	Fin del procedimiento	



ANEXO 3.5

RED ASISTENCIAL UNIDAD DE ARCHIVO E HISTORIAS CLINICAS	Nombre del Procedimiento : DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01 FECHAS: Elaboración: Setiembre 2012 Revisado: Diciembre 2012 Página: 1 de 2
OBJETIVOS : - Retirar las historias clínicas pasivas del archivo activo de acuerdo a las normativas y directivas vigentes - Mantener el archivo de historia clínica de forma ordenada con espacios físicos adecuados , para realizar el trabajo diario		
ALCANCE : Supervisión del procedimiento por el Jefe de la Unidad Orgánica y/o Encargado Funcional de Archivo e Historias Clínicas y Ejecución por el personal de la Unidad de Archivo en toda la Red Asistencial		
PASO N°	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE
1	Revisa las Historias Clínicas (H.C) y verifica la ultima atención dentro de los últimos 05 años en el CAS	Técnico Administrativo
2	Procede a retirar la Historia Clínica cuya última atención fue hace 05 años	Técnico Administrativo
3	Registra en el sistema de Gestión informático vigente la condición de historia pasiva	Técnico Administrativo
4	Embalan y apilan en cajas las historias clínicas depuradas por lotes	Técnico Administrativo
5	Envía las historias clínicas a los almacenes designadas por la Red Asistencial o nivel central	Técnico Administrativo
6	Fin del procedimiento	



ANEXO 4

FORMATOS BASICOS DE LA HISTORIA CLINICA

FORMATOS	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA	HOSPITALIZACION
Filiación*	X	X	X
Historia Clínica Consulta Externa	X		
Evolución médica			
Exámenes Auxiliares	X	X	X
Evolución Medica		X	X
Tratamiento		X	X
Ficha Odontológica	X		X
Gráfica de Funciones Vitales		X	X
Interconsulta		X	X
Formato de Orden de Intervención Quirúrgica		X	X
Informe de Alta		X	X
Anotaciones de Enfermería		X	X
Control de Administración de Medicamentos		X	X
Historia Clínica de Hospitalización			X
Historia de Emergencia		X	
Consentimiento Informado		X	X
Lista de Cirugía Segura		X	X
Formato de Informe Operatorio		X	X
Formato de Exoneración de Responsabilidad por Retiro Voluntario		X	X
Epicrisis			X
Informe de Defunción			
Balance Hídrico			X
Hoja de Anestesia			X
Hoja de Recuperación			X

* Sistema Informático Vigente

FORMATO DE CONSULTA EXTERNA

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

FECHA:	
HORA:	
ANAMNESIS:	
MOTIVO DE CONSULTA	
SIGNOS Y SINTOMAS	TRATAMIENTO ANTERIOR
-	-
-	-
-	-
-	-
EXAMEN FISICO	
DIAGNÓSTICO:	
C I E 10	
TRATAMIENTO: (fármaco – concentración – presentación- unidades – frecuencia- N° de días)	
PRÓXIMA CITA	

.....
FIRMA Y SELLO CMP

Apellidos y Nombres:
N° de HC:

PEGAR



Pág. 39

TRATAMIENTO

[illegible]

APELLIDOS Y NOMBRES			
SERVICIO		N°CAMA	
N° HIST. CLIN.			

ANEXO 1
CENTRO ASISTENCIAL:
A.FILIACIÓN

FICHA ODONTO - ESTOMATOLOGICA
(CONSULTA INICIAL)

APELLIDO PATERNO**		APELLIDO MATERNO**		NOMBRES**		N° H.C.**	N° AUTOGENERADO**	F. NACIMIENTO
EDAD/SEXO**	OCCUPACIÓN	EST. CIVIL	DNI	RAZA	G. INSTRUCCIÓN	FECHA-LUGAR DE NACIMIENTO		TIPO DE SEGURO
DOMICILIO ACTUAL			TELÉFONO**	PROCED.	GS/RH*	RELIGIÓN	FECHA Y HORA ATENCIÓN**	ACTO MÉDICO**

B. ANTECEDENTES**

FISIOLÓGICOS:
INMUNOLÓGICOS:
PATOLÓGICOS:
FAMILIARES:
EPIDEMIOLÓGICOS:
OCUPACIONALES:

C.-EXAMEN CLÍNICO**

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:
EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO:
FUNCIONES VITALES: T° P: PA: FR:
EXAMEN EXTRAORAL:

EXAMEN INTRAORAL:

DIAGNOSTICO																CONTROL															
[Diagrama de dientes con números 1-16]																[Diagrama de dientes con números 1-16]															
[Diagrama de dientes con números 17-32]																[Diagrama de dientes con números 17-32]															
[Diagrama de dientes con números 33-48]																[Diagrama de dientes con números 33-48]															
[Diagrama de dientes con números 49-64]																[Diagrama de dientes con números 49-64]															
[Diagrama de dientes con números 65-80]																[Diagrama de dientes con números 65-80]															
Observaciones.....																Observaciones.....															

D.- AYUDA AL DIAGNÓSTICO/PROCEDIMIENTO

SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO:	
SOLICITUD DE INTERCONSULTAS/PROCEDIMIENTOS:	
SOLICITUD DE RADIOGRAFIAS	
E.- DIAGNÓSTICO CIE 10:	

F.- TRATAMIENTO

PLAN DE TRATAMIENTO **	CANTIDAD	PRIORIDAD	ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA (I.P.B.)***		
OBTURACIONES (Superficies)			<6= 1	>1<2	>2
EXODONCIAS			EXPERIENCIA DE CARIES (E.C.)		
PROFILAXIS/DESTARTRAJE (Cuadrantes)			0 A 2 SUP.O.CARIAD.	2 A 6 SUPERF. OCLUSALES CARIADAS	>6 SUP. OCLU. CAR
CIRUGÍAS			FRECUENCIA DE CONSUMOS DE CARBOHIDRATOS (F.C.CH)		
FLUORIZACIÓN			<3V/DIA	4 VECES/DIA	>4 VECES/DIA
SELLANTES			RIESGO ESTOMATOLÓGICO (R.E.)		
DETECCIÓN Y ELIMINACIÓN DE P.B.			BAJO	MEDIO	ALTO
Otros:					

Índice de CPD-cod***	
C	c
P	e
O	o
D	d
Total	Total

* Grupo sanguíneo
** Solo se utilizará en Consulta Externa
***Atención Primaria
Para hospitalización y Emergencia deberá considerar toda la HHCC

FIRMA Y SELLO DEL CIRUJANO DENTISTA

TRATAMIENTOS REALIZADOS

FECHA:	HORA:	ACTO MEDICO:				TRATAMIENTO:
MOTIVO DE LA CONSULTA/EVOLUCIÓN:						
DIAGNOSTICO:						
CIE 10:						
MEDICACIÓN:						
NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	DOSIS:	FRECUENCIA:	VÍA DE ADMINISTRACIÓN			
						SELLO Y FIRMA DE C.D. TRATANTE

TRATAMIENTOS REALIZADOS

FECHA:	HORA:	ACTO MEDICO:				TRATAMIENTO:
MOTIVO DE LA CONSULTA/EVOLUCIÓN:						
DIAGNOSTICO:						
CIE 10:						
MEDICACIÓN:						
NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	DOSIS:	FRECUENCIA:	VÍA DE ADMINISTRACIÓN			
						SELLO Y FIRMA DE C.D. TRATANTE

TRATAMIENTOS REALIZADOS

FECHA:	HORA:	ACTO MEDICO:				TRATAMIENTO:
MOTIVO DE LA CONSULTA/EVOLUCIÓN:						
DIAGNOSTICO:						
CIE 10:						
MEDICACIÓN:						
NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	DOSIS:	FRECUENCIA:	VÍA DE ADMINISTRACIÓN			
						SELLO Y FIRMA DE C.D. TRATANTE

TRATAMIENTOS REALIZADOS

FECHA:	HORA:	ACTO MEDICO:				TRATAMIENTO:
MOTIVO DE LA CONSULTA/EVOLUCIÓN:						
DIAGNOSTICO:						
CIE 10:						
MEDICACIÓN:						
NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	DOSIS:	FRECUENCIA:	VÍA DE ADMINISTRACIÓN			
						SELLO Y FIRMA DE C.D. TRATANTE

TRATAMIENTOS REALIZADOS

FECHA:	HORA:	ACTO MEDICO:				TRATAMIENTO:
MOTIVO DE LA CONSULTA/EVOLUCIÓN:						
DIAGNOSTICO:						
CIE 10:						
MEDICACIÓN:						
NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	DOSIS:	FRECUENCIA:	VÍA DE ADMINISTRACIÓN			
						SELLO Y FIRMA DE C.D. TRATANTE

INTERCONSULTA

Nº de Registro _____

FECHA Y HORA: _____

Asegurado Nº _____

NOMBRE _____ SERVICIO _____ CAMA _____ DOCTOR _____

DIRIGIDO AL SERVICIO DE : _____

SIRVASE INFORMAR SOBRE: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

INFORME

FECHA Y HORA _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____

DIAGNOSTICO: _____

RECOMENDACIONES: _____

FIRMA, SELLO Y CMP o COP.

ORDEN DE INTERVENCION QUIRURGICA

Para el día: _____ a hora : _____
 Servicio: _____ N° cama: _____
 Apellidos y Nombres: _____ Edad _____
 Documento Tipo: _____ CI _____ N° HC _____
 Diagnóstico: _____
 Procedimiento quirúrgico _____
 Tipo de Anestesia _____
 Tiempo que ocupará la sala de operación _____
 Cirujano Principal _____
 Cirujano yudante _____

 Firma y Sello
 Jefe de Servicio

 FIRMA Y SELLO
 CMP o COP
 Fecha y hora de solicitud



Nota: Esta solicitud debe ser entregada en el Servicio Operatorio antes de las 13: horas vispera del día señalado para la intervención, después de esta hora no será recibida.



INFORME DE ALTA

El Jefe del Servicio de.....del Hospital
.....informe que el (la) paciente.
.....ingresó al Servicio el día
.....con el diagnóstico de.....

Durante su hospitalización:

Evolucionó

Se realizaron los siguientes estudios complementarios:.....

.....Procedimientos
Especiales:.....

Intervenciones Quirúrgicas

Tratamiento Farmacológico y otras terapias complementarias:

Diagnóstico al Alta:

Transferencia a Consulta Externa para los Servicios de:

Próxima cita para el día:.....Consultorio Nro.....

Indicaciones Terapéuticas:

Medicamento	-	Presentación	-	Dosis	-	Horas	-	Días
-------------	---	--------------	---	-------	---	-------	---	------

Dieta.....

Actividades Restringidas.....

El personal y la jefatura de este servicio agradecerá el habernos permitido atenderle y las sugerencias y opiniones que se sirva formular en la encuesta proporcionada.

Atentamente,

Firma y sello del Medico Tratante

Cama N°: _____

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐
Estado Civil: S ☐ C ☐ V ☐ D ☐
Grado de Instrucción: _____
Grupo: _____ Rh: _____

NOTA DE INGRESO

FECHA			TIEMPO	
DÍA	MES	AÑO	HORA	MINUTOS

Tipo de Padecimiento: Traumático ☐ Médico ☐ Quirúrgico ☐ Traumático Quirúrgico ☐

SIGNOS VITALES.

TEMPERATURA °C	PRESION ARTERIAL mmhg	FRECUENCIA RESPIRATORIA X'	NEUROLOGICO GLASGOW	DOLOR SI ☐ NO ☐

RESUMEN DE INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL

RESULTADOS DE EXAMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA

DIAGNOSTICOS

PLAN

TRATAMIENTO

PRONÓSTICO: FAVORABLE ☐ ESTACIONARIO ☐ RESERVADO ☐

FIRMA Y SELLO CMP

NOTA DE EGRESO

Cama N°: _____

Nombre: _____
Edad: _____ **Sexo:** M ☐ F ☐
Estado Civil: S ☐ C ☐ V ☐ D ☐
Grado de Instrucción: _____
Grupo: _____ **Rh:** _____

FECHA INGRESO			TIEMPO	
DIA	MES	AÑO	HORA	MINUTOS
FECHA EGRESO			TIEMPO	
DIA	MES	AÑO	HORA	MINUTOS

Tipo de padecimiento	Traumático ☐	Médico ☐	Quirúrgico ☐
	Traumático Quirúrgico ☐		

SIGNOS VITALES.

TEMPERATURA °C	PRESION ARTERIAL mmhg	FRECUENCIA RESPIRATORIA X'	NEUROLOGICO GLASGOW	DOLOR SI ☐ NO ☐

MOTIVO DEL EGRESO

DIAGNOSTICOS FINALES

RESUMEN DE LA EVOLUCION Y MANEJO

TRATAMIENTO SUGERIDO

ACCIONES TERAPEUTICAS Y/O PROCEDIMIENTOS PENDIENTES

PRONÓSTICO: FAVORABLE ☐ ESTACIONARIO ☐ RESERVADO ☐

FIRMA Y SELLO CMP

HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA

Fecha : ____/____/____
 Hora : ____
 Nombre : _____
 DNI : _____
 Autogenerado : _____
 Edad : ____
 Sexo : ____
 Domicilio : _____
 Razón Social : _____
 Documento de Acreditación : _____

Tópico : _____
 N° Hist. Clínica : _____
 Acto Médico : _____
 Tipo Usuario : _____
 Hospital de procedencia : _____
 Servicio de procedencia : _____
 Adscrito a : _____
 Reingreso : _____

Persona Responsable:

Dirección:

Documento de Identidad:

Telefono:

Tipo de atención

Emergencia ☐

Urgencia ☐

Accidentes:

Común ☐

Trabajo ☐

Prioridad:

Por tercero ☐

Antecedentes Patológicos: Medic. Habitual:

Hipercol ☐

HTA ☐

DM ☐

TBC ☐

DVC ☐

Hepatitis ☐

Tabaco ☐

Alcohol ☐

IMA ☐

Otros: _____

Alergias

Estado Basal:

PA:

FR:

Pulso:

T°:

Sintomas principales

T.E.

Inicio:

Brusco: ☐

Insidioso: ☐

Relato:

Examen Clínico: Apreciación General

Cabeza:

N ☐

A ☐

Cuello:

N ☐

A ☐

Ap. Respirat.:

N ☐

A ☐

Ap. CV.

N ☐

A ☐

Abdomen:

N ☐

A ☐

Ap. Genitourinario

N ☐

A ☐

Locomotor

N ☐

A ☐

Sistema Nervioso

N ☐

A ☐

Diagnósticos Presuntivos:

1

2

3

Exámenes Solicitados:

Hem ☐

Hb. ☐

Hto. ☐

Gluc. ☐

Urea ☐

Cre ☐

TGO ☐

CPK ☐

LDH ☐

Amil ☐

AGA ☐

Orin. ☐

Elect. ☐

Grup. ☐

Rh ☐

Hemog. ☐

T. Prot. ☐

PPTK ☐

T. Coag ☐

T. sang ☐

Plaq. ☐

Otros ☐

Radiografía:

Ekg ☐

TAC ☐

ECO ☐

Otros: _____

Terapeutica (Fármaco, Dosis, Presentación, Vía de Administración)

Interconsulta

CMP Firma y Sello

Médico

Transferencia Interna

Medicina		Fecha y Hora	/ / :	Traumatología		Fecha y Hora	/ / :
Gin-Obst.			/ / :	Shock Trauma		Fecha y Hora	/ / :
Cirujía			/ / :	Sala de Obser.		Fecha y Hora	/ / :

Observación urgencias (Tópicos)

Hora:

Fecha: / /

Diagnostico 1

Diagnostico 1

Shock Trauma

Hora:

Fecha: / /

Diagnostico 1

Diagnostico 1

Procedimientos especiales

Observación Emergencia

Hora:

Fecha: / /

Diagnostico 1

Diagnostico 1

Alta		Piso Hosp.		Cons. Externa		Hospitalización:	
Sala de Operaciones		Mortuario		Fuga		Servicio	
Transf. Clínica		Transf. Clínica		Trans. Clin.		Unidad	
Contratada		EsSalud		Partic.		Cama	
MAR		Retiro Voluntario		Trans. PADOMI			
UVI				Trans. MINSA			
Unid. Dolor toraxico							

UCI: ☐ UCIN: ☐

HISTORIA CLINICA
Cuidados Críticos

S.S. N°: _____
Cama N°: _____

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐
Estado Civil: S ☐ C ☐ V ☐ D ☐
Grado de Instrucción: _____
Lugar de Nacimiento: _____
Lugar de Residencia: _____

Religión: _____ Grupo: _____ Rh: _____

FECHA		
DIA	MES	AÑO

INTERROGATORIO
DIRECTO ☐ INDIRECTO ☐

Tipo de padecimiento Traumático ☐ Médico ☐ Quirúrgico ☐ Traumático Quirúrgico ☐

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES MELLITUS ☐	HIPERTENSION ARTERIAL ☐	CARDIOPATIAS ☐
AUTOINMUNES ☐	OTROS: _____	

ANTECEDENTES PERSONALES

MALFORMACIONES ☐	EPILEPSIA: ☐	CARDIOPATIAS ☐
DIABETES MELLITUS ☐	HIPERTENSION ARTERIAL ☐	ASMA ☐
ALERGIAS ☐	AUTOINMUNES ☐	TRANSFUSIONES: ☐
NEUMOPATIAS ☐	INFECCIONES: ☐	FIEBRE REUMATICA: ☐
HOSPITALIZACION: ☐	QUIRURGICOS: ☐	TRAUMATICOS: ☐
OTROS: _____		

Especificar tratamiento actual

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

HIGIENE ADECUADA ☐	HACINAMIENTO ☐	ZONOSIS ☐	CLAUSTROFOBIA ☐
TABAQUISMO ☐ Tiempo: N° cigarrillos:	INGESTA DE ALCOHOL ☐ Tiempo y cantidad:	TOXICOMANIAS ☐ ¿Cuál?	OTRAS SI ☐ NO ☐

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

MENARCA	RITMO	INICIO DE VIDA SEXUAL	FECHA ULTIMA MENSTRUACION	CONTROL PRENATAL: SI ☐ NO ☐
GESTA: SI ☐ NO ☐ PARTOS: ABORTOS: CESAREAS: OBITOS:	PLANIFICACION FAMILIAR SI ☐ NO ☐ RITMO ☐ LOCAL ☐ DIU ☐ HORMONAL ☐ QUIRURGICO ☐		ENFERMEDAD DEL EMBARAZO SI ☐ NO ☐	CLIMATERIO SI ☐ NO ☐ INICIO:

INTERROGATORIO (SINTOMAS)

ESTADO ACTUAL

EXPLORACION FISICA

APARATO DIGESTIVO :

APARATO RESPIRATORIO :

APARATO CARDIOVASCULAR :
SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO :
APARATO GENITO URINARIO :
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:
SISTEMA TEGUMENTARIO:
ORGANO DE LOS SENTIDOS:
SISTEMA LINFATICO:

AYUDA DIAGNOSTICA A SU INGRESO AL SERVICIO

Radiografía	☐
Electrocardiograma	☐
Tomografía	☐
Resonancia	☐
Laboratorio	☐
Gases Arteriales	☐

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS PREVIOS A SU INGRESO AL SERVICIO

CIRUGÍA MAYOR: SI ☐ NO ☐ : Cráneo ☐ Tórax ☐ Abdomen ☐ Pelvis ☐ Extremidades ☐	
Electiva ☐ Urgencia ☐ Reporte Operatorio SI ☐ NO ☐	
ACCESOS VASCULARES: PERIFERICO ☐ PERIFERICO CENTRAL: derecho ☐ izquierdo ☐	
SUBCLAVIO derecho ☐ izquierdo ☐ YUGULAR derecho ☐ izquierdo ☐ ARTERIAL derecho ☐ izquierdo ☐	
Complicaciones ☐ OTROS ☐	
SONDAS: TORAX derecho ☐ izquierdo ☐	OTROS ☐
COMPLICACIONES	
VIA AEREA: INTUBACIÓN SI ☐ NO ☐ Orotraqueal ☐ Nasotraqueal ☐	VIA AEREA DIFICIL SI ☐ NO ☐
Traqueal ☐	☐ Clasificación:
OTROS PROCEDIMIENTOS: SI ☐ NO ☐	

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS INICIALES

1.
2.
3.
4.
5.

PRONOSTICO

APACHE Puntos Mortalidad %	ESCALA DE TRAUMA Puntos Sobrevida %	OTROS: SOFA ☐ OTRO ☐ Puntos: Mortalidad: Sobrevida:
TISS: Puntos: Índice Enfermera	PROBABLE DIAS DE ESTANCIA	OTROS:

ANALISIS Y PLAN

Sello - Firma
Médico Residente

Sello - Firma
Médico de Guardia

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U OTROS
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS**

RED _____ CAS _____

Yo, _____ identificado(a) con DNI/Pasaporte/ Carné de las FFAA/Carné de Extranjería N° _____, en mi condición de paciente (Padre, Madre, Representante Legal del (de la) paciente) _____ con Historia Clínica N° _____, autorizo al (los) médico(s):
Dr.(a) _____

y Dr.(a) _____ a practicar el procedimiento médico quirúrgico siguiente:

Que consiste en: _____

1. Sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos ó consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico-quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias de no recibir ningún tratamiento.
3. También Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico-quirúrgico, hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico-quirúrgico como: arresto cardíaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad: ó imprevistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que considere necesarias, todas las cuales ha sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico(s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado ó diferente al arriba recomendado. En mérito a ello, autorizo a no retardar o detener el(los) procedimiento(s) complementaria(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los Hospitales de EsSalud como éste, según nivel de atención, son Instituciones Docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico-quirúrgico a que seré(á) sometido(a) mi representado (a): he procedido a suscribir de puño y letra las seis (06) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento informado.

Fecha: día _____, mes: _____, año: _____, Hora: _____ AM/PM.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Representante Legal con DNI/Pasaporte/Carné

FFAA/Carné de Extranjería N° _____; que autoriza el procedimiento médico-quirúrgico:

Observaciones: _____



INFORME REPORTE OPERATORIO

Red Asistencial: _____ Hospital: _____
 Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
 Sexo M ☐ F ☐ Tipo Asegurado _____
 Autogenerado _____ N° HHCC _____
 Servicio: _____ N° Cama: _____ Procedencia _____

Tipo de Anestesia Empleada _____
 Fecha d/m/a ☐ ☐ ☐

INTERVENCIÓN

Hora de Inicio: _____ Hora de Término: _____
 Tiempo Operatorio _____
 Operación Programada _____
 Operación Efectuada _____
 Diagnóstico Pre Operatorio _____ CIE X _____
 Diagnóstico Post Operatorio 1) _____ CIE X _____
 Diagnóstico Post Operatorio 2) _____ CIE X _____
 Descripción de la Técnica o Procedimiento utilizado: _____

Hallazgos Operatorios _____

Complicaciones durante la Intervención Quirúrgica:

CIRUJANO: _____
 1er Ayudante _____
 2do Ayudante _____
 Residente _____ Interno _____
 Anestesiólogo _____
 Enfermera Instrumentista _____

Circulantes _____
 Estado y Destino del Paciente al salir del Quirófano _____

Extracción de material en la intervención:	SI	☐	NO	☐
Examen Anatomopatológico	SI	☐	NO	☐
Examen Bacteriológico	SI	☐	NO	☐

Médico _____
 CMP _____ RNE _____

Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.



**EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR
RETIRO VOLUNTARIA**

CENTRO ASISTENCIAL
NOMBRE DEL PACIENTE
SERVICIO N° DE CAMA

Yo, _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres

Identificado con DNI _____, solicito el RETIRO voluntario.
De mi Hijo () Cónyuge () Familiar () Otros ()

Habiendo sido informado sobre los riesgos que esto implica. Exonero de toda responsabilidad a los médicos tratantes del Centro Asistencial por las consecuencias que de esta pudiera derivar.

Fecha: ____/____/____

**Firma del Paciente
Familiar Responsable o
Representante Legal**

**Firma y CMP/COP del Médico que
autoriza al Alta**

	EPICRISIS	
--	-----------	--

INGRESO DE PACIENTE				EGRESO DE PACIENTE			
FECHA					HORA		

DIAGNOSTICO DE INGRESO

1	CIE 10	
---	--------	--

2	CIE 10	
---	--------	--

DIAGNOSTICO DE ALTA

1	CIE 10	
---	--------	--

2	CIE 10	
---	--------	--

ANTECEDENTES

.....

.....

.....

HISTORIA MEDICA ACTUAL (Síntomas, Signos o Problemas Principales)

.....

.....

.....

EVOLUCION (Evolución al alta, problemas pendiente de estudio o Rp.)

.....

.....

.....

TRATAMIENTO

.....

.....

.....

INDICACIONES DE ALTA

Fármaco	Unidades	V / D	Nro. Dias

AT Descanso Medico Próxima Cita

TRANSFERENCIA

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO	SERVICIO 	Nro. CAMA 						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; font-size: 0.8em;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 33%; text-align: center; font-size: 0.8em;">Apellido Materno</td> <td style="width: 34%; text-align: center; font-size: 0.8em;">Nombres</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres			
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres					

Después del Diagnostico (EP) si se trata de Enfermedad Profesional y (AT) si fue Accidente de Trabajo

INFORME DEFUNCION

1. Apellidos y Nombres (s):
2. Edad:(años/ meses/días/horas) Sexo: M () f () N° DNI
3. Fecha de Defunción:/...../.....
4. N° de certificado de Defunción:
5. Servicio donde falleció: Piso:
6. CAUSAS DE MUERTE: Se debe llenar en forma obligatoria y con letra legible, el código CIE 10:

CAUSA DE MUERTE	CIE 10
Causa final	
Causa intermedia	
Causa intermedia	
Causa básica	

7. Muerte relacionado a:
Accidente de tránsito () Accidente de trabajo (), Embarazo (), Parto (), Puerperio (), Suicidio (), homicidio (), Otros:
8. Muerte constatada () Atendida() por:
Nombre del Medico:CMP
9. Ordena Necropsia
Clínica () Legal () No Necropsia ()
10. Certificado de de defunción firmado por Dr.....CMP:
11. Conducido a la morgue por: Firma PNP

CONSTANCIA DE RECEPCION DEL CADAVER

Recibí del Mortuorio del hospital el cadáver identificado .

Nombre del familiar responsable

DNI de familiarDirección:

Teléfono:

FIRMA

FORMATO BALANCE HIDRICO

Red Asistencial: _____ Hospital: _____
 Servicio: _____ N° Cama: _____
 Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Fecha: _____
 N° de Seguro: _____ Post Operado: _____
 Sexo M ☐ F ☐ Peso: _____ Diagnóstico: _____

FECHA HORA	INGRESOS				B P INGRESOS	EGRESOS					BP EGRESOS	
	SOL EV 1	SOL EV 2	VO	OTROS		ORINA	DEPOS	PI	DRENES	APOSITOS		
7:00 1:00												
1:00 7:00												
7:00 7:00												BH TOTAL
7:00 1:00												
1:00 7:00												
7:00 7:00												BH TOTAL
7:00 1:00												
1:00 7:00												
7:00 7:00												BH TOTAL
7:00 1:00												
1:00 7:00												
7:00 7:00												BH TOTAL
7:00 1:00												
1:00 7:00												
7:00 7:00												BH TOTAL



HOJA DE ANESTESIA

Red Asistencial: _____ Hospital: _____
 Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
 Sexo M ☐ F ☐ Tipo Asegurado _____
 Autogenerado _____ N° HHCC _____
 Servicio: _____ Especialidad _____ N° Cama: _____
 Diagnóstico Pre Operatorio _____ CIE X _____
 Diagnóstico Post Operatorio _____ CIE X _____
 Operación Programada _____
Medicación Pre anestésica utilizada _____
Resumen de la Valorización pre operatoria _____

Hora de Inicio de Anestesia _____ Término de Anestesia _____
Tipos de Anestesia:
 General ☐ Inhalatoria ☐ Endovenosa ☐
 Conductiva ☐ Peridural ☐ Raquídea ☐
 Combinada ☐ General más Conductiva ☐ Regional ☐

Descripción de la Técnica de Anestesia _____

Medicación administrada, dosis, frecuencia, Vía y momento de administración

Fecha/Hora	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Característica de la ventilación Mecánica, si la hubiera _____

Incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente _____

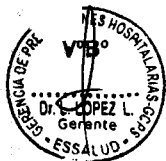
Estado Clínico del paciente durante y al final de la intervención _____

Fecha _____ Hora _____

Nombres y apellidos Médico _____

CMP _____ RE _____

Fecha, firma y sello del anestesiólogo responsable de la intervención



HOJA DE ANESTESIA: RECUPERACION

Red Asistencial: _____ Hospital: _____
 Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
 Sexo M ☐ F ☐ Tipo Asegurado _____
 Autogenerado _____ Nº HHCC _____
 Servicio: _____ Especialidad _____ Nº Cama: _____
 Fecha d/m/a
 Hora de Ingreso _____ Hora de Egreso _____

Condición de ingreso a recuperación _____
 Anotaciones de la evolución (estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas)

Registro del control de funciones monitorizadas _____

Tratamiento administrado:

Fecha/Hora	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia
1) _____	_____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____	_____

Condición de egreso _____

Nombres y apellidos Médico _____
 CMP _____ RE _____

Nombres y apellidos Enfermera _____
 CEP _____

Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura de Médico anestesiólogo

Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura de Enfermera



CARTA N° 458-GCPS-EsSalud-2014

Lima, 16 ENE 2014



Señor Economista
MIGUEL ANGEL LA ROSA PAREDES
Gerente General (e)
Presente.-



Asunto : Proyecto de Resolución que aprueba la Directiva “Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social De Salud –EsSalud”

Referencia : Carta N° 4131-OCAJ-EsSalud-2013

De mi consideración:



Es grato dirigirme a usted a fin de expresarle mis cordiales saludos y alcanzar a su Despacho el Proyecto de Resolución que aprueba la Directiva Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud, la misma que cuenta con vistos buenos de la Oficina Central de Asesoría Jurídica y de esta Gerencia Central.

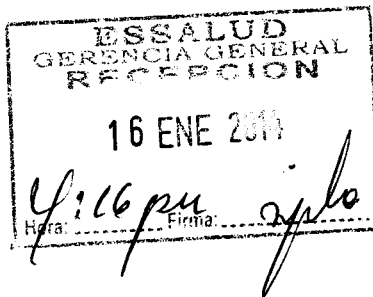
En tal sentido, alcanzo a su Despacho la documentación correspondiente para su suscripción de considerarlo pertinente.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



DRA. ADA PASTOR GOYZUETA
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD



PRA. 423-000
 APGLMLLEZS
 NIT: 152-2012-19
 Proj. 34



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
EsSalud



EsSalud

Seguridad Social para todos

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"

11 DIC 2013

CARTA N° 4131 -OCAJ-ESSALUD-2013

Lima,

10 DIC 2013

Doctora

ADA PATOR GOYZUETA

Gerente Central de Prestaciones de Salud

Presente.-

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS

RECIBIDO

Firma: Hora:

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS
SUB GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS

13 DIC 2013

RECIBIDO

Firma: Hora:

Asunto : Resolución y Proyecto de Directiva "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud ESSALUD"

Referencia : Carta N° 9052-GCPS-ESSALUD-2013

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted en atención al documento de la referencia, mediante el cual su Despacho remite para revisión de esta Oficina Central, el proyecto de Resolución de Gerencia General que aprueba la Directiva "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - ESSALUD".



Sobre el particular, cabe señalar que el proyecto de Directiva constituye un instrumento de índole técnico, y en dicha medida no requiere de un análisis de índole legal. Sin perjuicio de ello, de la revisión del citado proyecto se estima conveniente advertir la existencia de algunos errores de forma, los cuales se encuentran señalados en el mismo texto.

En tal sentido, efectuadas las modificaciones del caso al proyecto de Resolución remitido, esta Oficina Central cumple con remitir un proyecto alternativo, debidamente visado, para los fines pertinentes.

Atentamente,

ANIBAL CALDERON VALLEJO
Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica (e)
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD	
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	
Código:	11 DIC 2013
Prov. N°:	GCPS-ESSALUD-
Fecha:	de del
Para:	6017
☐ INFORME	☐ PROYECTO DE RPTA.
☒ ATENCIÓN	☐ CONOCIMIENTO Y FINES
☐ AUTORIZADO	
DRA. ADA PATOR GOYZUETA	
Gerente Central de Prestaciones de Salud	

ACV/MVH
Proveído N° 8522-OCAJ-ESSALUD-2013.
NIT N° 152-2012-049

SEGURO SOCIAL DE SALUD	
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS	
Prov. N°:	4659 GPH-GCPS-ESSALUD
Fecha:	12 DIC 2013 del 20
Tramitado a:	56 Sturck
PARA:	
Informe	☐ Proyecto de Rpta.
Atención	☒ Conocimiento y Fines
Opinión	☐ Coordinación
Autorizado	☐ Cumplimiento
Archivo	☐



www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto 120
Jesús María
Lima 11, Perú
T. 265-6000 / 265-7000

"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"

CARTA N° 9052 -GCPS-ESSALUD-2013

Lima, **14 OCT 2013**

Doctor:
IVAN MEDINA HARO
Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica
Presente.-

Asunto : Resolución y Proyecto de Directiva "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud ESSALUD"

Referencia: Resolución N° 436 – GG – IPSS – 1997
Carta N° 195-GPPS-GCPS-ESSALUD-2013

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en relación a lo mencionado en el asunto, habiendo evaluado y tomado en cuenta las recomendaciones realizadas por la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, mediante carta de la referencia, alcanzo a su Despacho, el Proyecto de Resolución de Gerencia General, que aprueba la Directiva "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – EsSalud."

El proyecto en mención, actualiza la Directiva N° 007 – GG-IPSS-1997, "Uso, Manejo y Conservación de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Instituto Peruano de Seguridad social", y concuerda con lo establecido en la "Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica de los establecimientos del Sector Salud", elaborado por la Gerencia a mi cargo en coordinación con el Comité Nacional de Historias Clínicas, motivo por el cual, se remite para su revisión, aprobación y así continuar con el trámite administrativo.

Agradeciendo la atención a la presente.,

Atentamente,

DRA. ADA PASTOR GOYZUETA
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

APG/LMLL/JMV/EZS/AQCH
NIT: 152-2012-019

SEGURO SOCIAL DE SALUD
Oficina Central de Asesoría Jurídica
RECEPCION

15 OCT 2013

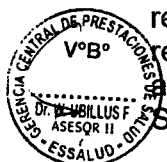


SEGURO SOCIAL DE SALUD
Oficina Central de Asesoría Jurídica
Gerencia de Asuntos Administrativos
RECEPCION

15 OCT 2013

Hora: 3:25

Recibido por:



OFICINA CENTRAL DE ASESORIA JURIDICA
ESSALUD
Lima **15 OCT. 2013**

Pase a: GAA ☒ GAJ ☐ Sec. ☐

OAYCG ☐ Asesoría ☐

☐ Atención Urgente ☒ Atención
☐ Proyectar Respuesta ☐ Evaluar e Informar
☐ Conocimiento y Fines ☐ Coordinar
☐ Seguimiento ☐ Agendar
☐ Archivo ☐ Otros

Nota:.....

SEGURO SOCIAL DE SALUD
Oficina Central de Asesoría Jurídica
Gerencia de Asuntos Administrativos
PASE: SGPNI () SGCE () SECRET ()
VENCE EN: () DIAS

• ATENCIÓN URGENTE (X)
• ATENCIÓN (X)
• SEGUIMIENTO (X)
• CONOCIMIENTO (X)
• CONVERSEMOS (X)

V°B°Gerente

Atención Sra. Ojeda
16/10/13 (4 días)
Coordinamos

ipss

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 436 -GG-IPSS-97

Lima, 11 de Abril de 1997

CONSIDERANDO:

Que, es política del Instituto Peruano de Seguridad Social aplicar una administración basada en objetivos y metas que orienten sus actividades hacia el logro de la calidad y la eficiencia;

Que, la Historia Clínica es el instrumento que viabiliza la continuidad de la atención de la salud de los usuarios, a través del registro cronológico de los actos médicos y permite evaluar la calidad de la atención médica brindada;

Que, para garantizar su existencia y accesibilidad es necesario establecer y actualizar normas que regulen el uso, manejo y conservación de las mismas en todos los Centros Asistenciales de la institución;

Estando a lo acordado y en uso de las facultades conferidas,

SE RESUELVE:

- 1° APROBAR la Directiva N° 007 -GG-IPSS-97 sobre Uso, Manejo, Conservación y Depuración de las Historias Clínicas en los Centros Asistenciales del Instituto Peruano de Seguridad Social, que consta de Doce (XII) Capítulos, Trentinueve (39) Artículos y el Anexo I, que forman parte de la presente Resolución.
- 2° DEJAR SIN EFECTO la Resolución de Gerencia General N° 1367-GG-IPSS-95 que aprobó la Directiva 024-GG-IPSS-95.
- 3° La Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud será la encargada de actualizar los modelos de historias clínicas, así como de proponer las normas que regulen su uso, manejo, conservación y depuración.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL

JORGE BALAREZO MONTEJO
Gerente General

Lo que transcribo para su conocimiento y fines

14 ABR 1997

Instituto Peruano de Seguridad Social
Presidencia Ejecutiva - Gerencia General

GERARDO VELARDE SALAZAR
FEOATAMIO

Res. N° 419-GG-IPSS-97

CV + IG + GCF + GCLOG + GCDP + GCPSS + GCDI + OFI + GCRM + GCPS
+ GCAONP + OF.A.I. + GAP + SGREMUN + G.CAPAC. + COM. PROC.ADM.
+ G.INVER + G.PRESUP + OGAJ + OGII + GSSI + SEGECO + OADA + SD.PE
+ GG + SLCD + C.HEMODIALISIS + CAHNSA + G.G.HNSA + CAHNAAA +
G.G.HNAAA + CAHNERM + DIREC.GRAL HNERM + CAHNGAI + GGHNGAI +