

ABOG. Braulio Raúl Ruez Vargas  
**FEDATARIO**  
Hospital Nacional Hipólito Unanue



28 SEP 2020

# Resolución Directoral

El presente documento es  
**COPIA FIEL DEL ORIGINAL**  
que he tenido a la vista

Lima, 25 de Setiembre de 2020

Visto, el Expediente N° 20-024215-001 que contiene la Nota Informativa N° 430-2020-DDI/HNHU, solicitando la aprobación del Formato de Solicitud de Estudio por Tomografía del Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

## CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece en sus artículos: I) La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, II) La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, asimismo en el primer párrafo del artículo 29° de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado;

Que, de conformidad con el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", estableciéndose en sus disposiciones generales la definición de Acto médico, que 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, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos;

Que, en el artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA de fecha 3 de febrero del 2012, determina las funciones generales asignadas al Hospital, siendo entre ellos: c) Asegurar la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo;

Que, con Nota Informativa N° 430-2020-DDI/HNHU, la Jefa (e) del Departamento de Diagnóstico por Imágenes solicita la aprobación del Formato de Solicitud de Estudio por Tomografía;

Que, el Comité de Historia Clínica del Hospital Nacional Hipólito Unanue a través del Acta de Reunión de fecha 10 de setiembre del 2020, acordó por unanimidad aprobar el Formato de Solicitud de Estudio por Tomografía del Departamento de Diagnóstico por Imágenes;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 345-2020-OAJ/HHNU;

Con el visado de la Jefa (e) del Departamento de Diagnóstico por Imágenes y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De acuerdo a las facultades establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1.-** Aprobar el Formato de Solicitud de Estudio por Tomografía del Departamento de Diagnóstico por Imágenes, el mismo que como Anexo forma parte de la presente Resolución, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

**Artículo 2.-** Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

**Regístrese y comuníquese.**

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA  
DIRECTOR GENERAL (e)  
CMP N°27423

LWMM/OHACH/mgd

**DISTRIBUCIÓN**

- ( ) Dirección Adjunta
- ( ) Ofic. Asesoría Jurídica
- ( ) Departamentos Asistenciales
- ( ) OCI
- ( ) Of. Comunicaciones
- ( ) Archivo.



Perú

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

Dpto. Diagnóstico por Imágenes

### FORMATO DE SOLICITUD DE ESTUDIO POR TOMOGRAFÍA

**PACIENTE** \_\_\_\_\_  
 DNI/CE/OTROS ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ FECHA NAC. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HCL \_\_\_\_\_  
 FECHA DE SOLICITUD \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>FINANCIAMIENTO</b> SIS <input type="checkbox"/> SOAT <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTROS _____ <input type="checkbox"/>	<b>ATENCIÓN</b> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> OTROS _____ <input type="checkbox"/>	<b>PROCEDENCIA</b> PABELLÓN _____ CAMA _____	<b>CONDICIÓN COVID</b> CONFIRMADO <input type="checkbox"/> SOSPECHA <input type="checkbox"/> NEGATIVO/ (IgG) <input type="checkbox"/>
---	---	--	--

**DIAGNOSTICO:** 1) \_\_\_\_\_ Definitivo/Presuntivo  
 2) \_\_\_\_\_ Definitivo/Presuntivo  
*\*Los diagnósticos deben sustentar la solicitud de tomografía.*

**TIEMPO DE ENFERMEDAD** \_\_\_\_\_ **SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES** \_\_\_\_\_

**TIPO DE TOMOGRAFÍA** (marcar x): SIN CONTRASTE  Creatinina \_\_\_\_\_ mg/dl (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 SEDACIÓN SI  NO  CON CONTRASTE  Peso Actual \_\_\_\_\_ Kg \*\*TRIFÁSICA SI  NO

<input type="checkbox"/> Cerebral/Encéfalo	<input type="checkbox"/> Columna dorsal	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cardíaca
<input type="checkbox"/> Fosa Posterior	<input type="checkbox"/> Columna lumbosacra	<input type="checkbox"/> Muñeca	<b>Angiotem:</b>
<input type="checkbox"/> Silla Turca (Hipófisis)	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Cerebral
<input type="checkbox"/> Orbitas	<input type="checkbox"/> Parrilla Costal	<input type="checkbox"/> Pelvis Ósea	<input type="checkbox"/> Cuello
<input type="checkbox"/> Macizo Facial / ATM	<input type="checkbox"/> Abdomen superior	<input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Aorta Torácica
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Abdomen inferior	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Aorta Abdominal
<input type="checkbox"/> Oído (mastoides)	<input type="checkbox"/> Vías Urinarias (Urotem)	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Extremidad Sup.
<input type="checkbox"/> Senos paranasales	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Extremidad Inf.
<input type="checkbox"/> Columna cervical	<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/> Otros _____

**TIPO DE ESTUDIO:** Inicial \_\_\_\_\_ Seguimiento \_\_\_\_\_

**TRAUMATISMO PREVIO:** SI  NO  Tipo de traumatismo \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:**

- > Alergias: SI  NO  Especifique \_\_\_\_\_
- > Cirugía en zona de estudio: SI  NO  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo Cirugía \_\_\_\_\_
- Otros antecedentes de cirugías \_\_\_\_\_
- > Diabetes: SI  NO
- > HTA: SI  NO
- > Cirrosis: SI  NO
- > TBC: SI  NO
- > HIV: SI  NO  Órgano Afectado \_\_\_\_\_
- > Medicación habitual: \_\_\_\_\_
- > Tabaquismo: SI  NO  Alcohol: SI  NO
- > Historia de Cáncer: SI  NO  Especifique \_\_\_\_\_
- Recibió: Quimioterapia  Radioterapia  Fechas \_\_\_\_\_
- > Otras enfermedades \_\_\_\_\_

**EXÁMENES DE LABORATORIO RELEVANTES O POSITIVOS:**  
 \_\_\_\_\_



*[Handwritten signature]*

**ABOG. Braulio Raúl Raez Vargas**  
**FEDATARIO**  
Hospital Nacional Hipólito Unanue

**28 SEP 2020**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

**El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista**

**"ESTA CARILLA ESTA EN BLANCO"**