



Resolución Directoral

Lima 19 de Julio de 2021

Visto, el Expediente Nº 21-017164-001, conteniendo la Nota Informativa Nº 173-2021-DA/HNHU de la Presidenta del Comité de Gestión de Historia Clínicas en la cual solicita la aprobación de la Directiva Administrativa para la Administración y Gestión de las Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

CONSIDERANDO:

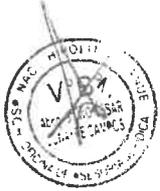
Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el primer párrafo del artículo 29º de la precitada Ley, 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, el artículo 2º del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado mediante Decreto Supremo Nº013-2006-SA, define a la Historia Clínica como el documento médico que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de atención que el médico y otros profesionales brindan al paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº214-2018/MINSA, se aprueba la NTS Nº139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", estableciéndose en sus disposiciones generales la definición del Comité Institucional de Historia Clínica como el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa, designados por la dirección o jefatura de la IPRESS o red de salud/red integrada de salud. Tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;



ABOG. Braulio Raúl Raez Vargas
FEDATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue

20 JUL 2021

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

Que, con Resolución Directoral N° 210-2020-HNHU-DG de fecha 25 de setiembre de 2020 se conformó el Equipo de Trabajo para la elaboración de la Directiva Administrativa para la Gestión de las Historias Clínicas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue;

Que, el Comité de Gestión de Historia Clínica del Hospital Nacional Hipólito Unanue a través del Acta de Reunión Virtual de fecha 18 de mayo del 2021, aprueban el proyecto de Directiva Administrativa para la Administración y Gestión de las Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

Que, con Nota Informativa N° 01-2021-Coord.EqTDAGHC-HNHU de fecha 27 de mayo de 2021, el Coordinador del Equipo de Trabajo para la elaboración de la Directiva Administrativa para la Gestión de las Historias Clínicas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue solicita la aprobación de Directiva Administrativa para la Administración y Gestión de las Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, adjuntando el Acta de Reunión Virtual;

Que, a través del Memorando N° 444-2021-OPE/HNHU, la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que la Unidad de Organización a través de la Nota Informativa N° 014-2021-UO-OPE/HNHU indica que el proyecto de Directiva Sanitaria cumple con la estructura establecida en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Que, la Directiva Administrativa para la Administración y Gestión de las Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue tiene como objetivo general, establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 374-2021-OAJ/HNHU;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud 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 la Directiva Administrativa N° 043-HNHU/2021/DG "Directiva Administrativa para la Administración y Gestión de las Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue", la misma que forma parte integrante de la presente Resolución y por las razones expuestas 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.

LWMM/SCDC/Marlene G
DISTRIBUCIÓN:
() D. Adjunta
() Ofic. Asesoría Jurídica
() OEI
() Comité Institucional de Historia Clínica
() Dptos. Asistenciales
() Archivo.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

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

I. FINALIDAD

Contribuir en el mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud del Hospital, mediante un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como, en la protección de los intereses de los usuarios, del personal de la salud y del Hospital.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

2.2 Objetivos Específicos:

- Establecer los contenidos básicos a ser registrados en la Historia Clínica.
- Definir los criterios que permitan mejorar el uso correcto, conservación, custodia, protección física y traslado de las historias clínicas.
- Estandarizar los instrumentos de uso en las atenciones del usuario y que debe contener la Historia Clínica.
- Organizar el proceso de eliminación de Historias clínicas.
- Proponer la implementación del Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones establecidas en la presente Directiva Administrativa; son de aplicación obligatoria para todo el personal asistencial y administrativo que labora en las áreas involucradas con la gestión de Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

IV. BASE LEGAL

- a. Constitución Política del Perú
- b. Ley N° 25323, que crea el Sistema Nacional de Archivos.
- c. Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- d. Ley N° 27269 Ley de Firmas y Certificados Digitales.
- e. Ley N° 27604, que modifica la Ley General de Salud, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos.
- f. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- g. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- h. Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE.
- i. Decreto Legislativo N° 681, que regula el uso de Tecnologías Avanzadas en materia de Archivo.
- j. Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- k. Decreto Supremo N° 039-93-PCM, que aprueba el Reglamento de Prevención y Control de Cáncer Profesional



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- l. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos
- m. Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud.
- n. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- o. Decreto Supremo N° 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- p. Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud en Telesalud".
- q. Resolución Ministerial N° 751-2004-SA/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- r. Resolución Ministerial N° 576-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI-V.01 "Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la Historia Clínica Electrónica".
- s. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna".
- t. Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, Aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- u. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", y su modificatoria aprobada por Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA.
- v. Resolución Jefatural N° 073-85-AGN-J, que aprueba las normas generales del Sistema Nacional de Archivos para el Sector Público Nacional: SNA 01 Administrador de Archivos; SNA 02 Organización de Documentos, SNA 03 Descripción Documental y SNA 04 Selección.
- w. Resolución Jefatural N° 375-2008-AGN-J, que aprueba la Directiva N° 005-2008-AGN/DNDAAI denominada "Foliación de documentos archivísticos en los Archivos integrantes del Sistema Nacional de Archivos".
- x. Resolución Jefatural N° 012-2018-AGN/J, que aprueba la Directiva N° 001-2018-AGN/DNDAAI "Norma para la Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público".

V. DISPOSICIONES GENERALES:

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **Acto de salud.** - Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud, excepto el Médico Cirujano, para las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda, que se brindan al paciente, familia y comunidad.
La recuperación incluye la evaluación clínica, diagnóstico, pronóstico, terapéutica y seguimiento, según las competencias de cada profesional de la salud.



- **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, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- **Alta.** - Es el egreso de un paciente vivo del hospital, cuando culmina el periodo de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud del paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- **APGAR.** - Es una escala de puntuación utilizada para comprobar el estado de salud del recién nacido, evalúa la condición física del neonato inmediatamente después de nacidos, utilizando cinco parámetros fácilmente identificables como: 1) Frecuencia Cardíaca, 2) Esfuerzo Respiratorio, 3) Tono Muscular, 4) Respuesta a estímulos; y 5) Color de la piel.
- **Archivo activo de historias clínicas.** - Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que son requeridas con frecuencia por los pacientes, y que se mantiene allí hasta por 5 años después de la última atención recibida por el paciente.
- **Archivo común de historias clínicas.** - Es el archivo que integra a las historias clínicas clasificadas y organizadas según frecuencia de su uso, denominándose: archivo activo y archivo pasivo.
- **Archivo especial.** - Es el archivo asignado para las historias clínicas de casos médico-legales y de interés científico o histórico; asimismo se incorporan las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional.
- **Archivo pasivo de historias clínicas.** - Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que no han sido requeridas por más de 5 años por los pacientes desde su última atención. En este archivo también están consideradas las historias clínicas parcialmente eliminadas, las que contiene los formatos no eliminados (por ejemplo: formato de consentimiento informado, formato de anestesia, epicrisis, informes de alta y otros según pertinencia).
- **Atención de salud.** - Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Auditoría informática.** - Es la actividad programada o inopinada que consiste en recolectar, consolidar y evaluar evidencia para comprobar si la entidad ha implementado controles, protección de los activos, mantenimiento de la integridad de los datos, seguridad informática y uso eficaz y eficiente de los recursos.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- **Centro consultante.** - Es la IPRESS localizada en un área con limitaciones de acceso o de capacidad resolutive y que cuenta con tecnologías de información y comunicación que le permite enviar y recibir información para ser apoyado por otra institución de mayor complejidad a la suya, en la solución de las necesidades de salud, tanto de gestión, información, educación y comunicación y de la prestación de servicios de salud a la población que atiende ¹.
- **Centro consultor.** - Es la IPRESS que cuenta con los recursos asistenciales especializados, y con las tecnologías de información y comunicación suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en los componentes de gestión, información, educación y comunicación y la prestación de servicios de salud, requerido por uno o más Centros Consultantes en condiciones de oportunidad y seguridad ².
- **Comité evaluador de documentos-CED.** - Es el designado por la más alta autoridad institucional, encargada de conducir el proceso de formulación del Programa de Control de Documentos, de eliminación de documentos y de transferencia documental.
- **Comité institucional de historia clínica.** - Es el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa, designados por la dirección del hospital. Tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad.
- **Consentimiento informado.**- Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios ³, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención.
- **Datos personales.** - Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.

¹ R.M. N° 365-2008/MINSA que aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud en Telesalud".

² Ib,p.7

³ Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud



- **Datos sensibles.** - Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.
- **Diagnóstico definitivo.** - Es aquel diagnóstico final, que se realiza a un paciente, aportados por medios clínicos y respaldados por los resultados de los exámenes auxiliares, de corresponder.
- **Diagnóstico presuntivo.** - Es aquel posible diagnóstico que se sustenta en los antecedentes del paciente y que se deriva de un análisis clínico. Una vez formuladas las hipótesis diagnósticas iniciales, el médico insiste en áreas del interrogatorio, en el examen físico y las investigaciones para confirmar una de las hipótesis y excluir las demás.
- **Diagnóstico repetitivo.** - Es aquel dado al paciente que recibe una prestación como parte del seguimiento o control por un diagnóstico ya identificado y reportado previamente.
- **Egreso.** - Es la salida del hospital de un paciente que estuvo hospitalizado o internado. Pudiendo ser por: alta, retiro voluntario, fallecimiento, traslado a otra IPRESS o fuga. Debe incluirse el formato de Acta de Entrega en el caso de pacientes menores de edad.
- **Eliminación de documentos.** - Es el procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos autorizados expresamente por el Archivo General de la Nación.
- **Epicrisis.** - Es el documento médico legal, en el que se registra el resumen de la Historia Clínica que se originó por el ingreso del paciente al hospital, que debe de realizarse según el procedimiento establecido en los Formatos de la Historia Clínica, referido a la Epicrisis, contenido en la presente Norma Técnica de Salud. Se entrega obligatoriamente a la solicitud del paciente o su representante legal dentro del plazo máximo de cinco (5) días. En caso de Defunción, la oportunidad de la entrega es con el egreso del difunto de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y se realiza en forma obligatoria al representante legal del difunto.
- **Establecimiento de salud.** - Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Etapas de vida.** - Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, como grupos objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, estos son; etapa del niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más).



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- **Episodio de atención de salud.** - Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.
- **Firma digital.** - Es la firma electrónica que utiliza una técnica de criptografía asimétrica, basada en el uso de un par de claves único; asociadas una clave privada y una clave pública relacionadas matemáticamente entre sí, de tal forma que las personas que conocen la clave pública no pueden derivar de ella la clave privada.
- **Firma electrónica.** - Es cualquier símbolo basado en medios electrónicos utilizados o adoptado por una parte con la intención precisa de vincularse, autenticar y garantizar la integridad de un documento electrónico o un mensaje de datos cumpliendo todas o algunas de las funciones características de una firma manuscrita. Se incluye dentro de esta definición a la firma o signatura informática.
- **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 a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por el hospital.
- **Historia Clínica Electrónica.** - Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.
- **Historia Clínica Informatizada.** - Es la historia clínica soportada en medios electrónicos que permiten su almacenamiento, actualización y recuperación, en una amplia gama de posibilidades para el uso de la información clínica, procesos y metodologías estandarizadas. Dicha historia clínica no utiliza la firma digital para refrendar su contenido.
- **Hoja de Retiro Voluntario.** - Es el documento en el cual el paciente o su representante legal, ejerciendo su derecho deja constancia de su decisión de abandonar el hospital donde permaneció hospitalizado, internado o en observación, para el caso de emergencias, en contra de la opinión médica, asumiendo él la responsabilidad de las consecuencias que por tal decisión pudieran derivarse, en caso de que esté en peligro la vida se debe comunicar al Ministerio Público.



3 3 3

- **Información clínica.** - Es toda información contenida en una historia clínica electrónica o física, que registra el profesional de la salud que atiende al paciente, concerniente a la salud pasada, presente o pronosticada, física o mental, de una persona, incluida la información complementaria (resultados de exámenes auxiliares y otros). No incluye los datos de filiación contenidos en la historia clínica. De acuerdo con lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la información clínica constituye datos sensibles.

- **Información clínica básica.**- Es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente referida a los antecedentes generales, patológicos y familiares más importantes, como alergias, diagnósticos anteriores, medicación, cirugías previas, grupo sanguíneo, que proporcionen información básica para la atención de salud ante una situación de emergencia, la misma a la que el profesional de la salud podrá acceder a través del RENHICE, desde un terminal en el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, sin la autorización de acceso del paciente o usuario de salud, únicamente en casos de grave riesgo para la vida o la salud de una persona cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a sus historias clínicas electrónicas.

- **Información clínica sensible.**- Es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente o usuario de salud y que éste haya determinado como tal, la misma que puede estar referida a su genética, sexualidad, paridad, cirugías, enfermedades infecciosas como VIH, de transmisión sexual; y, otras que por su naturaleza son temas sensibles para el paciente por las características físicas, morales o emocionales que pudieran presentar, así como los hechos o circunstancias que se pudieran generar en su vida afectiva, familiar o esfera íntima; y a la que solamente, se debe acceder con su autorización expresa. La información clínica es información sensible. El paciente define lo que es información confidencial.

- **Informe de Alta.** - Es el documento que bajo responsabilidad emite el médico tratante del hospital, entregado, en forma gratuita y obligatoria a un paciente al egreso del hospital, que especifica los datos del paciente, el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta, pronóstico y recomendaciones.

- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)** - Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

- **Médico tratante.** - Es el profesional médico que, siendo competente en el manejo del problema de salud del paciente o usuario, conduce el diagnóstico y tratamiento. En el hospital si hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

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, estos profesionales en fase de formación de la especialidad.

- **Microforma.** - Es el proceso por el cual se condensa y reduce (de manera compacta) la imagen de un documento, que se encuentra grabada en un medio físico técnicamente idóneo que le sirve de soporte material portador, mediante un proceso foto químico, electrónico o que emplee alguna otra tecnología de efectos equivalentes. De modo que tal imagen se conserve y pueda ser vista y leída con ayuda de equipos visores, pantallas de video o métodos análogos; y pueda ser reproducida en copias impresas, esencialmente iguales al documento original.
- **Organización de documentos.** - Es un proceso archivístico que consiste en el desarrollo de un conjunto de acciones orientadas a clasificar, ordenar y signar los documentos en cada entidad.
- **Paciente.** - Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en el hospital por personal de la salud.
- **Personal de la salud.** - Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Personal autorizado.** - Se refiere al personal responsable del archivo de las historias clínicas asignado formalmente, y al personal de la salud que brinda la atención al usuario de salud.
- **Principio de veracidad.** - Es aquel que está referido a que la información consignada en la historia clínica (manuscrita o electrónica), debe corresponder a la realidad y a lo declarado o encontrado en la atención del paciente o usuario de salud.
- **Procedimiento de disociación.** - Es el tratamiento de los datos personales que impide la identificación o que no hace identificable al titular de estos. Este procedimiento es reversible.
- **Procedimiento de anonimización.** - Es el tratamiento de datos personales que impide la identificación o que no hace identificable al titular de estos, dicho procedimiento es irreversible.
- **Programa de control de documentos.** - Es un documento de gestión archivística que establece las series documentales que produce o recibe una entidad pública como resultado de sus actividades, precisando el número de años que deben conservarse y los periodos de retención en cada nivel de archivo hasta su transferencia al Archivo General de la Nación o su eliminación.



Está a cargo del responsable del Órgano de Administración de Archivos.

- **Reacción Adversa a Medicamentos – RAM.** - Es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece en el ser humano, tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.
- **Sectorización.** - Es el proceso de demarcación territorial y poblacional que le corresponde atender a la IPRESS, con el propósito fundamental de organizar la vigilancia familiar y comunal, con un enfoque integral y de riesgo.
- **Series documentales.** - Es el conjunto de documentos que poseen características comunes, el mismo tipo documental o el mismo asunto y, por consiguiente, son archivados, usados y pueden ser transferidos, conservados o eliminados como unidad. En correspondencia a la relevancia de su contenido se identifican dos series documentales: 1. Historias Clínicas del Archivo Común y 2. Historias Clínicas del Archivo Especial.
- **Sospecha de Reacción Adversa.** - Es cualquier manifestación clínica no deseada que dé indicio o apariencia de tener una relación causal con el uso de uno o más productos farmacéuticos.
- **Teleconsultor.** - Es el médico especialista, médico cirujano, u otro profesional de la salud, que labora en una IPRESS consultora y brinda un servicio de Telesalud a uno o más tele consultantes.
- **Tratamiento de datos personales.** - Es cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procedimiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.
- **Transferencia documental.** - Es un procedimiento archivístico que consiste en el traslado de los documentos de un archivo a otro, luego del vencimiento de los periodos de retención establecidos en el Programa de Control de Documentos.
- **Usuario de salud.** - Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud⁴

LISTA DE ACRÓNIMOS:

- AGN: Archivo General de la Nación.
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

⁴ Decreto Supremo N° 024-2005-SA, Aprueban Identificaciones Estándar de Datos en Salud.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- DNI: Documento Nacional de Identidad.
 - DIRESA: Dirección Regional de Salud.
 - ESSALUD: Seguro Social de Salud.
 - GERESA: Gerencia Regional de Salud.
 - HC: Historia Clínica.
 - HIS: Sistema de Información en Salud.
 - IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
 - OGTI: Oficina General de Tecnologías de la Información.
 - RENHICE: Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
 - RENIEC: Registro Nacional de Identificación y Estado Civil.
 - SHICE: Sistemas de Historias Clínicas Electrónicas.
 - SFFAA: Sanidad de las Fuerzas Armadas.
 - SIS: Seguro Integral de Salud.
 - SPNP: Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
 - SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
 - UPS: Unidad Productora de Servicios.
- * **ABREVIATURAS:** La institución cuenta con el Manual de Abreviaturas y Siglas Médicas a utilizar en la historia clínica e indicaciones afines– Edic.2012⁵

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

6.1 DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

- Las atenciones de salud brindadas a los usuarios de salud en el Hospital Nacional Hipólito Unanue deben registrarse obligatoriamente en una historia clínica, debiendo consignarse: fecha, hora, nombre (s) apellidos completos, firma y número de colegiatura, registro de especialidad (de corresponder) del profesional que brinda la atención, independientemente de la modalidad de atención. En el

⁵ OGC – HNHU Manual de Abreviaturas y Siglas Médicas a utilizar en la Historia Clínica e indicaciones
OGC – HNHU, octubre 2012.



caso de menores de edad debe consignar los nombres y apellidos del padre, madre, tutor o apoderado del menor y su número de D.N.I., antes de la atención a ser prestada.

- Los recursos requeridos para todo el proceso de la gestión de historia clínica deben estar programados en el plan operativo institucional, desde su apertura hasta su eliminación; correspondiente a la historia clínica manuscrita o electrónica.
- Hospital Nacional Hipólito Unanue deberá proveer los recursos necesarios para asegurar la confidencialidad de los datos registrados en la Historia Clínica y el acceso sólo al personal debidamente autorizado.
- Todas las atenciones de salud prestadas fuera del Hospital Nacional Hipólito Unanue como actividades (por ejemplo: visitas domiciliarias, campañas de atención de salud, vacunaciones, resultados positivos de exámenes, entre otros) deben ser incorporadas en la historia clínica del usuario de salud correspondiente, en el respectivo formato a la prestación brindada.
- El médico tratante, es el encargado de firmar la copia de la historia clínica, epicrisis, informe de alta e informes médicos y consentimiento informado que le soliciten; ante su ausencia y dentro del plazo previsto, lo hará en sustitución el Médico Jefe del Servicio.
- Los formatos de atención que forman parte de la historia clínica deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad, en el caso de hospitalización debe registrarse también el servicio, el número de cama y el episodio de hospitalización, en cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente ⁶.
- Todas las anotaciones registradas 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 de la presente Directiva. En ningún caso se permitirá el uso de siglas en los diagnósticos.⁷
- El personal de la salud es responsable de la veracidad y legibilidad de los datos e información que se registren en los diferentes formatos que integran la historia clínica, así como de la custodia y conservación de estas, cuando les sean entregadas para las actividades de atención, docencia e investigación.
- Los diagnósticos consignados corresponderán a la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE, debiendo estar codificados por quien realizó la atención, de acuerdo con el CIE 10 o la versión que estuviere vigente. Deberá registrarse también si corresponde a un diagnóstico: Presuntivo (P), Definitivo (D) o Repetitivo (R), según sea el caso.
- Las sospechas de reacciones adversas que puedan presentar los pacientes con el uso de los medicamentos o productos farmacéuticos deben ser registradas de forma obligatoria en la historia clínica, y reportadas en el formato de notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos por los profesionales de la salud responsables de la atención; y, finalmente remitida al responsable de fármaco vigilancia y tecno vigilancia o al Comité de Fármaco vigilancia y Tecno vigilancia del Hospital en los plazos establecidos en la normatividad vigente. También se debe realizar el registro de

⁶ DS 024-2005, op.cit, pag.13

⁷ OGC – HNHU, op.cit., pag.14



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

los eventos adversos en la historia clínica y el reporte respectivo a la instancia correspondiente, según lo establecido por la normatividad.

- El Hospital Nacional Hipólito Unanue está obligado a organizar, mantener, custodiar y administrar el archivo de las Historias Clínicas en medios convencionales o electrónicos o en ambos, según corresponda el caso.
- Es obligatoria la conformación del Comité Institucional de Historias Clínicas. La formalización del comité se realizará a través de acto resolutivo de la Dirección General y estará conformado por un mínimo de cinco integrantes (personal de las áreas de administración o de gestión y personal asistencial relacionado con los procesos de la gestión de la historia clínica). El responsable del Área de Registro Médicos será integrante permanente de este comité. Son funciones del Comité las siguientes:

- Vigilar el cumplimiento e implementación de la presente Directiva Administrativa.
- Supervisar la calidad del registro de la historia clínica en el Hospital.
- Supervisar el correcto archivamiento, conservación, custodia y eliminación de las historias clínicas.
- Analizar periódicamente la gestión, administración y mejora de la historia clínica manuscrita o electrónica, y alcanzar aportes al equipo de gestión del Hospital para la toma de decisiones.
- Coordinar con el Comité Evaluador de Documentos-CED el proceso de eliminación de las historias clínicas.
- Emitir opinión técnica a la Dirección Adjunta sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica.
- Monitorear el cumplimiento de la conservación de un resumen de información mínima y básica de las historias clínicas eliminadas.
- Servir de enlace entre el Área / Unidad de archivo y el equipo de salud.
- Mantenerse informado de las transferencias de historias clínicas desde el archivo de historias clínicas del Hospital hacia el Órgano de Administración de Archivos.
- Emitir opinión favorable sobre la historia clínica y los documentos propuestos a eliminar, antes de ser presentados al Comité Evaluador de Documentos-CED de la institución.
- Entre otras relacionadas a la implementación de la presente Directiva Administrativa.

- Las historias clínicas deben estar accesibles al personal de archivo autorizado y a los profesionales de la salud que brindan la atención, durante el horario de atención del Hospital.
- Cuando el usuario de salud o su representante legal lo solicite, el Hospital está obligado a entregar copia autenticada de la historia clínica y epicrisis, el costo de reproducción será asumido por el interesado (artículo 44 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud). El plazo máximo de entrega es de cinco (5) días; en situaciones en las cuales se requiere en un plazo menor a cuarenta y ocho (48) horas, deberá sustentarse en el documento de solicitud.
- La entrega del Informe de Alta al egreso del paciente es de carácter obligatorio y gratuito.
- El Director Adjunto o el responsable de la atención de salud en el Hospital debe disponer de las acciones convenientes para asegurar que, al egreso del paciente, se le entregue a él o a su representante legal, el informe de alta.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- Los formatos básicos y formatos especiales de la Historia Clínica se detallan en los apartados 6.3.2.1 y 6.3.2.2 del subnumeral 6.3.2 de la presente Directiva Administrativa. En el caso de prestaciones especializadas o altamente especializadas que requieran del diseño de formatos adicionales a los establecidos previamente o incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos previamente establecidos, deberán formalizarse a través de un acto resolutivo para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en la presente norma.
- La Dirección del Hospital, está obligada a conformar y mantener activo el Comité Institucional de Historias Clínicas...
- El ordenamiento de los formatos de atención en la historia clínica debe realizarse cronológicamente considerando primero las últimas atenciones realizadas y las más antiguas al final de la carpeta, en concordancia con las fechas de atención, las cuales deben estar foliadas de manera correctas⁸. La foliación se inicia con la apertura de la historia clínica y se realiza de atrás hacia adelante (desde la fecha más antigua a la más reciente), de tal manera que la primera hoja de escrito (cuando se apertura la historia clínica) y demás hojas son foliadas en forma correlativa, es decir, sin omitir ni repetir números.
- En caso de no haber seguido la pauta de la foliación, como: omisión, repetición de folios, entre otros, se deberá rectificar la foliación tachando la anterior con dos líneas oblicuas cruzadas y a continuación se efectuará la foliación correcta, además de colocarle el término "VALE", firma, nombres, apellidos y el cargo de la persona encargada del archivo o a quien se designe para tales fines. La corrección realizada debe comunicarse al Director Adjunto del Hospital, bajo responsabilidad.
- El número de identificación de la historia clínica será el número del Documento Nacional de Identidad — DNI, emitido por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil — RENIEC, para el caso de las personas de nacionalidad peruana y el carné de extranjería que emite el Ministerio del Interior para el caso de extranjeros residentes, y el pasaporte o el documento de identidad extranjera para el caso de personas extranjeras en tránsito. Para el caso de pacientes sin documento de identidad, el Hospital asigna un número correlativo de historia clínica provisional, en tanto se determine y confirme la identidad del usuario de salud.
- El personal encargado del archivo de las historias clínicas deberá ser capacitado de forma periódica (mínimo una vez al año) en los aspectos relacionados al correcto manejo, organización, conservación, custodia y eliminación de las historias clínicas, entre otros aspectos relacionados al cumplimiento de la presente Directiva Administrativa.
- El Hospital debe asegurar los recursos necesarios para implementar las medidas de protección y vigilancia sanitaria (evaluación del estado de salud, mínimo dos veces al año) del personal encargado del archivo de las historias clínicas.
- La Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional a través de la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud o la que haga sus veces, es responsable de la programación de las actividades supervisión, monitoreo y evaluación de la implementación de la presente norma

⁸ Resolución Jefatural N° 375-2008-AGN/J, que aprueba la Directiva N° 005-2008-AGN/DNDAAI "Normas para la foliación de documentos archivísticos en los archivos integrantes del Sistema Nacional de Archivos".



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

técnica de salud, involucrando a otras oficinas y dependencias del Ministerio de Salud, según corresponda la competencia.

6.2 DEL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

6.2.1 ARCHIVO COMÚN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Para el archivo de las historias clínicas, se debe tener en cuenta lo siguiente:

El contenido, relevancia legal, científica o histórica, y riesgo ocupacional por agentes cancerígenos, determina su ubicación en el:

- **Archivo Común de Historias Clínicas**

En este archivo se encuentran todas las demás historias clínicas, previamente clasificadas según la frecuencia de uso (activo o pasivo).

- **Archivo Especial de Historias Clínicas.**

En este archivo se encuentran las historias clínicas de casos medicolegales y de interés científico o histórico; así como de los pacientes con cáncer ocupacional ⁹. Estas historias deben ser custodiadas bajo medidas de mayor seguridad, por la relevancia previamente detallada.

6.2.2. UBICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

tiene en cuenta los siguientes aspectos:

a) **La Frecuencia de Uso**, determina la ubicación de las historias clínicas en el:

- **Archivo Activo**

Es el archivo donde se encuentran las historias clínicas que son constantemente solicitadas por los usuarios del hospital, en relación que están recibiendo o han recibido una prestación de salud en el hospital, durante los últimos cinco (5) años.

Una vez que la historia clínica no ha sido solicitada por más de cinco (5) años, el cual es contabilizado desde la última prestación recibida por el usuario, esta será transferida al Archivo Pasivo.

⁹ Artículo 19° y 20° del Decreto Supremo N° 039-93-PCM, que aprueba el Reglamento de Prevención y Control de Cáncer Profesional, mantener la custodia por un mínimo de 40 años.



• **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 hospital, por más de cinco (5) años; estas historias permanecerán por un periodo de quince (15) años, debiendo luego ser transferido al Órgano de Administración de Archivos para ser propuesto a eliminar ante el Archivo General de la Nación o Archivos Regionales, o para su conservación.

Si por alguna circunstancia el usuario del hospital hace uso nuevamente de los servicios asistenciales del hospital, la Historia Clínica a pesar de encontrarse en el Archivo Pasivo, debe retornar al Archivo Activo, conservando su misma identificación.

- b) En caso el hospital contara con un Sistema de Informático de Historias Clínicas, éste deberá cumplir mínimamente con los aspectos de seguridad, confidencialidad, disponibilidad, integridad y autenticidad, conforme a lo establecido en la normatividad¹⁰ y con el uso de la firma de los profesionales de la salud¹¹ para el registro de los actos médicos y actos de salud; y, la firma digital (incluyendo a la firma electrónica) para los usuarios de salud; éstos podrán estar exonerados de imprimir los formatos de atención y de mantener la historia clínica manuscrita.

Igualmente es necesario el cumplimiento de los siguientes aspectos:

- El registro de la atención debe realizarse en el sistema informático de las historias clínicas, por el profesional de la salud en el momento que brinda la atención.
- El hospital debe garantizar que los profesionales de la salud se autenticuen en la Historia Clínica Electrónica con sus credenciales de acceso, y aseguren la trazabilidad de los datos registrados, los mismos que se realizan por única vez.
- La firma electrónica del paciente no podrá ser usada para brindar el consentimiento informado. El consentimiento informado debe seguir el proceso señalado en la normatividad de la materia y en el numeral 16 del 6.3.2.2 Formatos Especiales de la presente Norma Técnica de Salud.

¹⁰ Directiva de Seguridad de la Información Administrada por los Bancos de Datos Personales, aprobada con Resolución Directoral N° 019-2013-JUS/DGPD.

¹¹ Directiva Administrativa N° 221-MINSA/2016/OGTI "Directiva Administrativa que autoriza el uso de firma digital en los actos médicos y actos de salud", aprobado con Resolución Ministerial N° 978-2016/MINSA.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- En el caso de menores de edad o personas que requieran de un apoderado, tutor o representante legal, serán ellos quienes firmarán electrónicamente los formatos de atención.
- c) Las historias clínicas son retiradas del archivo conforme a las disposiciones establecidas en la presente normatividad.
- d) Cuando se identifique la ausencia o se reporte el extravío de una historia clínica, el responsable del Archivo de Historias Clínicas o el Órgano de Administración de Archivos pone inmediatamente en conocimiento a la Dirección del hospital, la pérdida para el deslinde de responsabilidades y para las acciones legales y administrativas pertinentes, según los procedimientos administrativos que corresponda. En estos casos, si el o los usuarios de salud solicitan los servicios de salud al hospital, el responsable de admisión activará la historia clínica con los formatos de atención en referencia a las nuevas atenciones de salud solicitadas que permita realizar el registro de las prestaciones a recibir, manteniendo el número de historia clínica con el cual se inició su apertura.

6.3 ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

6.3.1 ESTRUCTURA BÁSICA

- Identificación del paciente.
- Registro de la atención.
- Información complementaria.

- **Identificación del paciente**

Es la sección de la Historia Clínica que contiene los datos de **identificación única del paciente o usuario de salud**, mediante:

- Número de su DNI
- Carné de extranjería, o pasaporte según corresponda
- Datos de la IPRESS (Hospital Nacional Hipólito Unanue).

(Dicha información corresponde a los datos personales regulados por la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales.)

- **Registro de la atención**

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

- **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.

(El registro de la atención y la información complementaria corresponde a los datos sensibles regulados por la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales).

6.3.2 FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

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

6.3.2.1. FORMATOS BÁSICOS

En el Hospital Nivel III 1

➤ FORMATOS EN CONSULTA EXTERNA.

a) En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención.
- Nombres y apellidos del paciente o usuario de salud
- Valoración clínica del 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.
- Diagnósticos (CIE 10 o versión vigente).
- Plan de Trabajo:
 - Exámenes de ayuda diagnóstica.
 - Procedimientos especiales.
 - Interconsultas.
 - Referencia a otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.
 - Tratamiento.
- Fecha de 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: funciones vitales, examen general, examen regional.
- Diagnósticos (CIE 10 o versión vigente).
- Tratamiento.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- Próxima cita.
 - Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.
- b) En el caso de realizar algún procedimiento, se incluye el formato de riesgo quirúrgico.

➤ **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 la normatividad ¹². En el Anexo N°3 del presente documento normativo se detalla el contenido mínimo a considerar en el formato de atención de emergencias.

La admisión por emergencia será registrada en el libro de emergencias correspondiente, debiendo asignarse la numeración correlativa y en el formato que permita generar las respectivas estadísticas institucionales y según lo determinado por la Autoridad Nacional de Salud.

a) **Elementos para considerar en el Formato de Atención de Emergencias.**

- N° de Historia Clínica.
- Fecha y hora de atención.
- Filiación. (DNI – Dirección – teléfono y Dirección de persona responsable).
- Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta.
- Tipos de: Prioridad – Atención
- Antecedentes.
- Examen físico.
- Hoja de consentimiento informado de ser el caso.
- Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso.
- Hoja de Procedimiento (Reporte – Firma y sello MR y RNE del médico)
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico presuntivo.
- Plan de trabajo.
- Terapéutica y seguimiento.
- Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica.
- En caso de parto llenar la Historia Clínica Perinatal y el Partograma.
- Firma y sello del médico tratante.

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

¹² Artículo 9 del Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Reglamento de la Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Casos de Emergencia y Partos.



formato que permita generar las respectivas estadísticas institucionales y según lo determinado por la Autoridad Nacional de Salud.

El libro de registro de atención de emergencias debe contener como mínimo, según lo establecido en la normatividad ¹³, lo siguiente:

- Fecha y hora de ingreso.
- Nombre del paciente.
- Edad y sexo.
- Dirección domiciliaria.
- Diagnóstico de ingreso.
- Diagnóstico final de emergencia.
- Destino y hora de terminada la atención.
- Observaciones
- Nombre y firma del médico tratante; y
- Nombre y Firma del Acompañante o persona responsable. (DNI- Dirección – Teléfono)

En el caso de que el registro de la información se haga mediante un medio magnético, se realiza un reporte impreso al final del turno, que contenga la firma del profesional responsable.

b) FICHA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA. (Anexo 3)

- Fecha y Hora de Atención.
- Formato de afiliación.
- Gráfica de Controles vitales.
- Historia Clínica: Anamnesis, Enfermedad Actual, Motivo principal de la consulta; Antecedentes; examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo.
- Hojas de evolución/Terapéutica/ Inter consultas.
- Hoja de anotaciones de enfermería/obstetricia.
- Hoja de balance hídrico electrolítico.
- Exámenes auxiliares.
- Consentimiento informado de ser el caso.
- Firma y Sello de Médico Tratante.
- Otros formatos validados.

➤ **FORMATOS EN HOSPITALIZACIÓN (Anexo 4 – Anexo 8)**

La atención en hospitalización debe registrarse en un conjunto de formatos específicos que se detallan:

➤ **Anamnesis.** Se consigna los siguientes datos:

- Fecha y hora de atención.

¹³ Artículo 10 del Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Reglamento de la Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Casos de Emergencia y Partos.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso, relato de la enfermedad y funciones biológicas.
- Antecedentes personales: generales (incluir antecedentes pre y postnatales cuando corresponda el caso), fisiológicos y patológicos.
- Antecedentes familiares.

➤ **Examen clínico**

- Controles de las funciones vitales.
- Examen clínico general.
- Examen clínico regional.

➤ **Diagnóstico**

- Diagnóstico (s) presuntivo (s) o definitivo (s) de acuerdo con el CIE -10 o la versión vigente.
- Firma, sello y colegiatura del profesional de la salud 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).
- Nombres y apellidos, sello, firma y colegiatura del médico que prescribe.

➤ **Plan de trabajo**

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

f) Evolución

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

- Fecha y hora de la evolución 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.



g) Epicrisis

Debe ser elaborada por el médico tratante al egreso del paciente.
Contiene como mínimo:

- 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 secundario (CIE -10, o versión vigente).
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso); indicar si se realizará necropsia y causas de muerte.
- Nombre y Apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante en la hospitalización.

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

➤ FICHA FAMILIAR

Es el formato que permite la identificación del grupo familiar, así como la definición de riesgos familiares y el seguimiento correspondiente (ver Anexo N°9A) El contenido mínimo de la ficha es el siguiente:

- Datos generales.
- Localización de la vivienda y datos sociodemográficos.
- Visita de salud familiar.
- Características de los miembros de la familia.
- Instrumentos de evaluación familiar.
- Riesgos que identificar, de acuerdo con la etapa de vida y como familia.
- Características de la familia y la vivienda.
- Riesgos del entorno.
- Paquete de Atención Integral de la Familia – PAIFAM

6.3.2.2 FORMATOS ESPECIALES

Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación / Filiación, solicitud de exámenes

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros.

Entre estos formatos tenemos:

➤ **FORMATO DE FILIACIÓN.**

Contiene como mínimo:

- Identificación Estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Categoría de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Número de Historia Clínica.
- Nombres y Apellidos del paciente o usuario de salud.
- Lugar y fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Grupo Sanguíneo.
- Factor Rh.
- 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 como mínimo:

- 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 como mínimo:

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

➤ **GRÁFICA DE SIGNOS VISIBLES.**

Contiene como mínimo:

- Nombres y Apellidos del paciente.
- N° de Historia Clínica.
- Departamento, Servicio, N° de cama.
- Registro de: Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente.
- Peso.
- Número de deposiciones, orina, total de balance hídrico.

➤ **HOJAS DE BALANCE HIDROELECTROLÍTICO.**

Contiene como mínimo:

- 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.

➤ **FORMATOS DE INTERCONSULTA.**

Consta de dos secciones:

a) Solicitud de Interconsulta

Contiene como mínimo:

- Servicio interconsultado.
- Datos de Filiación del paciente.
- Breve resumen de enfermedad actual.
- Motivo de la interconsulta.
- Diagnóstico presuntivo.
- Fecha y hora de la solicitud.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- Nombres y apellidos, cargo, firma, sello y colegiatura del profesional solicitante.

b) Informe de Interconsulta

Contiene como mínimo:

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

➤ **ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.**

Contiene como mínimo:

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

➤ **REPORTE OPERATORIO.**

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

Contiene como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, N° de HC, edad, sexo.
- Servicio, N° de 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.



S. VARGAS

- Nombres y apellidos del cirujano, del primer y segundo ayudante, anesthesiólogos y enfermera instrumentista.
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano.
- Indicación de si se ha solicitado o no examen anatómico patológico 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 preoperatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté bajo responsabilidad del anesthesiólogo

a) Hoja de Evaluación Pre Anestésica

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de HC, 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. Definir el ASA (American Society of Anesthesiologists).
- Conclusiones.
- Fecha y hora.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiólogo.

b) Hoja de Anestesia

Es el formato donde se registra la actividad realizada por el anesthesiólogo 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 anesthesiólogo.

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de HC, edad, sexo, peso, servicio, N° cama.
- Diagnóstico pre y post operatorio e intervención quirúrgica.
- Medicación preanestésica utilizada.
- Resumen de la valoración preoperatoria.



247

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- 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.

c) Hoja Post Anestésica

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de HC, edad, sexo, peso, 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 del servicio o unidad de recuperación post - anestésica.

➤ **FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICO MATERNO PERINATAL.**

Para el registro de la atención materna perinatal se utilizará el Formato de la Historia Clínica Materno Perinatal según lo señalado en la normatividad específica ¹⁴, pudiendo usarse los demás formatos complementarios según corresponda al nivel de complejidad de la IPRESS.

a) Notas de Obstetricia

Contiene como mínimo:

¹⁴ Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", correspondiente al Formato Atención integral de la adolescente



S. VARGAS

- 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.

b) 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, Joven, Adulto y Adulto Mayor.**

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

- **Ficha de la Gestante.**

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



(4)

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

➤ **FORMATOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA.**

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

a) Solicitud del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de HC, 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.

b) Informe del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de HC, 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.**

a) Solicitud del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de HC, 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.



EFT

b) Informe del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad sexo, N° HC, 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.

➤ **FORMATOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.**

a) Solicitud del Examen

Contiene como mínimo:

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

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

b) Informe del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad sexo, N° HC, 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.

➤ **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia (ver Anexo N°30), debe

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente.

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 madre o padre, apoderado o representante legal.

Para el caso de pacientes, de cualquier etapa de vida, en condición de discapacidad se requiere contar con el consentimiento para compartir la información de su historia clínica (ver Anexo N°36), con la finalidad de ser considerados en los programas de inclusión y protección social del Estado.

El consentimiento informado deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones:

- Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona.
- Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes.
- Cuando la persona vaya a ser incluida en un estudio de investigación científica.
- Cuando la persona reciba la aplicación de productos o procedimientos en investigación, según la legislación especial de la materia y la Declaración de Helsinki y el marco legal vigente sobre la materia.
- Cuando el paciente haya tomado la decisión de negarse a recibir o continuar un tratamiento, de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 del presente Reglamento¹⁵.
- Cuando el paciente reciba cuidados paliativos.

Toda persona debe ser informada por el médico tratante sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa.

El médico tratante debe registrar en la historia clínica del paciente que lo informó sobre este derecho, las consecuencias de su decisión, así como su aceptación o negativa en relación con el tratamiento, consignando además la firma o huella digital del paciente o de su representante, según corresponda.

En caso se requiera conocer los aspectos excepcionales relacionados al derecho a negarse a recibir o continuar un tratamiento se deberá considerar los aspectos regulados en el artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

¹⁵ Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.



El uso del formato de consentimiento informado debe contener lo siguiente:

- Identificación estándar del Hospital Nacional Hipólito Unánue
- N° de Historia Clínica.
- Fecha, hora.
- Nombres y apellidos del paciente.
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención.
- Descripción de este en términos sencillos.
- Riesgos reales y potenciales del procedimiento, o intervención quirúrgica o modalidad de atención.
- Efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar.
- Pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.
- Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención, o procedimiento o modalidad de atención.
- Pronóstico y recomendaciones.
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso consignando: nombres y apellidos, firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso.
- También debe registrarse la negativa al procedimiento, o si en algún momento retira el consentimiento.

El paciente o representante legal del mismo, otorga el consentimiento con la firma manuscrita en el formato oficial respectivo, para los casos de los consentimientos contenidos en un sistema de información, este se realiza, mediante el uso de la firma digital en el formato establecido para tal fin. Estos y otros aspectos relacionados al formato están detallados en la normatividad específica ¹⁶.

Se exceptúa del consentimiento informado en caso de intervenciones de emergencia o la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente, según lo dispuesto en los artículos 4 y 40 de la Ley N°26842, Ley General de Salud, respectivamente.

➤ **FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO.**

Contiene como mínimo:

- Identificación estándar del Hospital Nacional Hipólito Unánue.
- Fecha y hora.

¹⁶ Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA, o la que haga sus veces (actualmente corresponde a la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA y su modificatoria aprobada con R.M. N° 265-2018/MINSA)



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- 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 de médico y se precise el descargo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y a la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Nombres 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 de que no fuera paciente: se registrarán nombres y apellidos y número de DNI.
- Condición de salud del paciente al momento de firmar el formato de retiro voluntario. Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y número de DNI.

El formato de retiro voluntario (Anexo 31), en el caso de emergencia o cuando esté en peligro la vida del paciente, aun en contra de la opinión médica; deja constancia de la decisión del paciente o de su representante legal del retiro del Hospital Nacional Hipólito Unánue, deja expedita las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la salud del paciente o usuario de salud.

➤ **FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.**

De acuerdo con lo señalado en la normatividad del proceso de referencia y contrarreferencia para las IPRESS.

➤ **INFORME DE ALTA.**

El Informe de Alta se entrega a todo paciente al momento de su egreso del hospital, sin ningún costo; el mismo es redactado en un lenguaje claro y sin uso de abreviaturas, contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de HC, edad, sexo, servicio.
- Diagnóstico de ingreso.
- Procedimientos efectuados.
- Tratamiento.
- Diagnóstico de alta.
- Pronóstico.
- Recomendaciones para el manejo de la enfermedad, problema o condición del paciente que ameritó la hospitalización.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante.

➤ **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (ANEXO 34)**

El Certificado de Discapacidad se emite cuando corresponda el caso. Este certificado es establecido por la normatividad vigente de evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad.



6.4 ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

6.4.1. PROCESO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO

➤ APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

- a. Previa consulta en el registro de usuarios de la base de datos del Hospital Nacional Hipólito Unánue se abrirá una historia clínica única, individualizada a todos los usuarios de salud que solicite una prestación de salud, asegurando que no tenga historia clínica anterior.
- b. La apertura de la historia clínica individualizada se realiza mediante la identificación estándar del usuario a través de su número de DNI (nacional), de carné de extranjería (residente), de pasaporte o documento de identidad extranjero (extranjero en tránsito), según lo normado por Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y el Decreto Supremo N° 024-2005-SA, Decreto Supremo que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud. El número asignado identifica al usuario de salud y es de registro obligatorio en toda la documentación que se genere durante las prestaciones posteriores, intramurales o extramurales.
- c. Los pacientes atendidos bajo la modalidad de telemedicina deben contar con Historia Clínica (física o electrónica)¹⁷. El personal de la salud registra en la Historia Clínica del usuario de salud cada uno de los actos, incorporando la documentación de la información complementaria pertinente, según corresponda el caso. Se registra los hallazgos, recomendaciones y servicios utilizados bajo la modalidad de telemedicina. El Teleconsultor que es consultado a través de la telemedicina, también debe mantener un historial clínico detallado de las opiniones que entrega y de la información en que se basaron¹⁸. No debe omitirse la identificación del usuario de salud, del personal de la salud del Centro Consultante y del Teleconsultor del Centro Consultor¹⁹.
- d. El hospital al brindar atenciones de Telemedicina, deberá asegurar el registro de las prestaciones realizadas por el Teleconsultor, detallando las opiniones que entrega y de la información en que se basaron; en el respectivo formato de registro, para luego ser incorporado en la historia clínica del usuario de salud, de corresponder.
- e. Todo estudio de imágenes debe contar con un informe firmado y sellado por el médico especialista en Radiología. Las imágenes serán archivadas bajo la modalidad de medio magnético o físico (placa, papel fotográfico, papel térmico, medios digitales u otros), debiendo este archivo estar supervisado y controlado por el médico responsable de la Unidad Productora de Servicios – UPS, bajo las normas que la rijan. El tiempo de archivo en medio magnético o físico (película, papel

¹⁷ Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud en Telesalud”.

¹⁸ NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud en Telesalud”.

¹⁹ Ib.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

fotográfico, papel térmico u otro) deberá ser de quince años, tiempo que se estipula para las historias clínicas en el archivo pasivo, el método para la conservación en medio magnético es la de microformas.

- f. Para los recién nacidos se debe usar el documento nacional de identidad de la madre y un sufijo, para su identificación y el de su Historia Clínica, en forma temporal hasta que cuente con su Documento Nacional de Identidad, el cual debe ser comunicado por el tutor/apoderado para su correspondiente reemplazo, en referencia a lo señalado en la normatividad ²⁰.
- g. En el hospital, sólo se apertura la Historia Clínica a los recién nacidos con patología; y la documentación e información clínica (como el peso, talla, APGAR, entre otras) de los recién nacidos normales o de los natimuecos será incluida o archivada en la Historia Clínica de la madre. Para el caso del primer nivel de atención se apertura la historia clínica a los recién nacidos de partos normales, en tanto la condición de este no requiere una referencia a otro nivel de atención.
- h. El paciente o usuario de salud debe brindar un consentimiento a través de su firma en virtud del tratamiento de sus datos sensibles contenidos en la historia clínica electrónica, conforme a lo señalado en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Dicho consentimiento se exceptúa en caso de que el tratamiento de sus datos sensibles se realice en circunstancia de riesgo, para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico del paciente o usuario de salud, observando el secreto profesional, en caso de que medien razones de interés público previsto por la Ley, o cuando se realicen estudios epidemiológicos siempre que se apliquen procedimientos de disociación adecuados

➤ **ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS**

- a. La **Oficina de Estadística e Informática o El Órgano de Administración de Archivos**, o el que haga sus veces en el Ministerio de Salud, establece los lineamientos y verifica la organización de las historias clínicas en los archivos de las historias clínicas, mediante la programación de asistencias técnicas y supervisiones.
- b. Los criterios y los campos para la elaboración de inventarios donde se registran las historias clínicas son formulados, uniformizados y actualizados por el Órgano de Administración de Archivos, en coordinación con los responsables de archivos de historias clínicas.
- c. De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente ²¹, los archivos de historias clínicas son considerados archivos periféricos o desconcentrados.

²⁰ Numeral 4.2.2, del Decreto Supremo N° 024-2005-SA.

²¹ Resolución Jefatural N° 073-85/AGN-J, Normas Generales del Sistema Nacional de Archivos, para el Sector Público Nacional o la haga sus veces.



- d. Las historias clínicas están organizadas en el Archivo de Historias Clínicas, las que están clasificadas en Archivo Común: archivo activo y archivo pasivo; y en Archivo Especial. El responsable de archivo de historias clínicas deberá comunicar al jefe inmediato y éste a su vez al director del hospital, la necesidad de implementar el Archivo Especial cuando lo amerite.
- e. El Archivo Especial de Historias Clínicas funciona en un ambiente físico separado y contiene Historias Clínicas de especial relevancia por su contenido 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 homicidio, agresiones físicas, asaltos, violencia familiar, usuarios con antecedentes penales, entre otros), y que por lo tanto requieren de un manejo especial. Se incorpora a este archivo, las historias que hayan sido solicitadas por la Policía Nacional del Perú, el Ministerio Público o el Poder Judicial y aquellas que tengan interés histórico.
- f. Es responsabilidad de la unidad de registros médicos y estadística o la que haga sus veces, implementar el Archivo Especial de Historias Clínicas, para evitar que se deterioren, manipulen y/o alteren, las mismas que deben estar estrictamente foliadas.
- g. En el caso de las historias clínicas del archivo común (archivo activo y pasivo) y archivo especial, el método para su organización deberá considerar la numeración del DNI, procediendo a ordenarlas de forma correlativa de menor a mayor.
- h. La historia clínica que circula por las áreas de atención: trámite administrativo, atención del paciente, investigación, docencia, entre otras áreas; debe contar con el registro del nombre de la persona autorizada que solicita la historia clínica, la fecha, hora y los plazos de préstamos y devolución al archivo de la historia clínica, después de concluida la atención o trámite respectivo.
- i. La historia clínica y los formatos que la integran deben estar completos, en orden cronológico y ordenado, según uso racional y pertinente de los formularios y documentos de hospitalización, en el folder o carpeta de la historia clínica.
- j. El personal del archivo de historias clínicas es responsable de dar mantenimiento a las carpetas deterioradas y de mantener su conservación (folder, broches etiquetas) y/o recuperar su estado en situaciones de deterioro y de separar los documentos deteriorados por agentes biológicos (insectos, hongos, bacterias, etc.) de la documentación en buen estado para evitar su contaminación.
- k. Los documentos deteriorados que mantienen legible la información contenida en los mismos deberán ser evaluados por el Comité Institucional de Historias Clínicas para conservar el resumen de la información mínima y básica con el propósito de ser registradas permanentemente en medios magnéticos.
- l. La carpeta de historia clínica puede contar con código de barra para su mejor identificación, movimiento y control.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

➤ **SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICA.**

- a. El Hospital deberá contar con un sistema informático de registro, control, monitoreo y archivo de historias clínicas, con información periódicamente actualizada y acceso a recuperación por el número de identificación única del usuario, nombre y apellido, código de identificación de ubicación física de las historias clínicas; que cuente con los siguientes campos de ingreso:
- Número de identificación única del usuario de historia clínica: DNI o carné de extranjería, pasaporte²².
 - Organización de archivos: Ambientes, estantes, divisiones; Archivo Común: archivo activo y archivo pasivo; Archivo Especial, Eliminado.
 - Ubicación de la historia clínica en el archivo.
 - Historia clínica: manuscrita, informatizada, electrónica.
 - Áreas de circulación o préstamo de historia clínica: atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia, usuario, autoridad judicial o Ministerio Público.
 - Control de préstamos, devoluciones, e Historia Clínica pendientes de devolución.
 - Datos de persona autorizada para el préstamo de Historia Clínica.
 - Resumen de información.
 - Registro en medios magnéticos.
 - Sistema de código de barras para las carpetas.
 - Opción de impresión de etiqueta de datos para pegar en las carpetas de Historia Clínica, con el código y documento de identidad respectivo

➤ **CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

- a. Los funcionarios del hospital, en el marco de sus competencias, desarrollan las gestiones necesarias para brindar al archivo de Historias Clínicas y al Órgano de Administración de Archivos los recursos humanos, infraestructura y equipos óptimos para realizar las actividades de archivo, que garanticen su correcto tratamiento, seguridad y conservación.
- b. El responsable del Archivo de Historias Clínicas, del Órgano de Administración de Archivos y el personal encargado de su gestión, son responsables de la custodia, preservación y conservación de la Historia Clínica. La custodia final se realiza por el Órgano de Administración de Archivos y su disposición final también es responsabilidad de éste.
- c. Está prohibido guardar historias clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal.

²² Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.



- d. La Oficina de Estadística e Informática, es responsable de la verificación del estado de implementación de las disposiciones del Plan de Prevención y Atención de Siniestros en Archivos y del Manual de Bioseguridad, en relación con la situación de los ambientes, sistemas de protección, equipos, personal y documentación de la entidad.
- e. El Director Médico (Dirección Adjunta), Jefe de Departamento, Jefe de Servicio o responsable de la atención de salud debe disponer lo conveniente para asegurar la protección de la historia clínica, así como de la información contenida en ella; a fin de evitar pérdidas, mutilación, alteraciones o uso por personas no autorizadas.
- f. Cuando las historias clínicas permanecen fuera del archivo, corresponde la custodia y conservación al personal de la salud que la solicitó y de forma subsidiaria al responsable del servicio asistencial o administrativo, al que pertenezca.
- g. Toda historia clínica solicitada para atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia y otra actividad o motivo, debe ser devuelta al archivo correspondiente, inmediatamente después de concluida la atención o trámite que ocasionó la solicitud.
- h. 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 dentro de un plazo máximo de cinco (5) días. 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, así como de generar una copia fedateada como cargo de lo solicitado, previa autorización del responsable de la Dirección General.
- i. Cuando la historia clínica sale del hospital por motivos de interconsulta, el encargado de su custodia será la persona que acompaña al paciente o el personal que se determine para este fin, previa autorización del responsable del Área de Registro Médicos y el Director de la Institución.
- j. Cuando el paciente esté hospitalizado, la enfermera responsable del servicio es la encargada de la administración de la historia clínica.
- k. El tiempo de conservación de las historias clínicas en el archivo activo es de cinco (5) años, considerados a partir de la fecha de la última atención al paciente. Al pasar al archivo pasivo, las historias conservan su número original.
- l. El tiempo de conservación de las historias clínicas en el archivo pasivo es de quince (15) años, considerando la fecha de traslado al archivo pasivo. Este periodo es igual para el caso de Historias Clínicas de pacientes fallecidos.
- m. El personal del archivo debe separar las historias clínicas por años, por nombres y apellidos, por código u otro elemento; y proceder a inventariarlas de forma resumida en el inventario de historias clínicas.
- n. La conservación de las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional es de mínimo cuarenta (40) años, después de terminada la exposición, conforme a lo dispuesto por la normatividad ²³.

²³ Artículo 19° y 20° del Decreto Supremo N° 039-93-PCM, que aprueba el Reglamento de Prevención y Control de Cáncer Profesional



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- o. Si durante el periodo de conservación de la historia clínica en el archivo pasivo, el usuario solicita una atención, al término de la atención su historia debe pasar al archivo activo.
- p. Los documentos o formatos de la Historia Clínica a ser custodiados posterior a la eliminación parcial son:
 - Hojas de consentimiento informado.
 - Hojas de retiro voluntario.
 - Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
 - Informes de anestesia.
 - Informes de exámenes anatomopatológicos.
 - Informes de exploraciones complementarias.
 - Epicrisis.
 - Informes de necropsia.
 - Hojas de evolución médica.
 - Hoja de evolución de enfermería de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos y del servicio de emergencia.
- q. En caso de historia clínica electrónica, la institución debe disponer de mecanismos que permitan garantizar la custodia, confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida. Uno de los mecanismos de seguridad es encriptar la información, en caso se requiere su transmisión y crear el mecanismo de acceso según política institucional.
- r. Es necesario referir que siendo la Historia Clínica un documento médico legal con gran impacto en la situación jurídica de una persona, para su conservación se debe evaluar la factibilidad de implementar el proceso de microformas en éstas.
- s. El proceso de Microformas debe generar las siguientes actas:
 - 1) Acta de Apertura.
 - 2) Acta de Cierre por cada medio técnico que recibe y conserva las microformas.
 - 3) Acta de Conformidad de Medios,
 - 4) Testimonios del Fedatario.
- t. Para el proceso de microformas deberán basarse en lo establecido en el Decreto Legislativo N° 681, que regula el uso de Tecnologías Avanzadas en materia de archivo y su reglamento o la que haga sus veces.

➤ **ESPACIO, EQUIPAMIENTO Y CONDICIONES AMBIENTALES.**

- a. El área recomendable, según volumen de cada archivo activo y pasivo, puede ser de: 40 metros² (4m de fondo por 10m de ancho); 80 metros² (8m de fondo por 10 de ancho); 150 m² (15m de fondo por 10 de ancho); la misma que se adecua a su realidad y según el volumen de historias clínicas que tiene en archivo (activo y pasivo).
- b. Uso de estanterías especiales para carpetas de Historias Clínicas, con dimensiones recomendables de 28 cm de profundidad y 35 cm de alto entre bandeja y bandeja. La estantería no será superior a los 2.20 m de alto, dividido en 6 alturas o niveles y distante a 15 cm del muro, y



deberá estar fijada a los muros o cielo raso en caso de estantes fijos. Asimismo, la separación entre estanterías deberá considerar 1 m. para pasillos principales y 75 cm para secundarios; en correspondencia con lo establecido en la normatividad de la materia.

- c. Los locales y ambientes de Archivo de Historias Clínicas deben ser fumigados periódicamente, contar con iluminación y señalización, ventilación adecuada natural o artificial, sistemas contra incendio, extintores, detectores de humo y extractores de aire, a fin de mantener las condiciones ambientales adecuadas.
- d. Las condiciones ambientales deben ser entre: 15° y 21° C. y una humedad relativa entre 45% y 65%, empleando un sistema de aire acondicionado incluyendo dispositivos de control de temperatura, humedad y extracción de aire viciado.
- e. El piso debe ser lo suficientemente consistente como para soportar el peso de las estanterías considerando una carga de 750 kg/m² en los expedientes de estanterías fijas, y de hasta 1250 kg/m², en estanterías móviles, recomendándose que los ambientes de archivo de Historias Clínicas se encuentren ubicados en el primer piso del hospital.
- f. Los elementos físicos del Órgano de Administración de Archivos y del Archivo de Historias Clínicas (pisos, muros, techos y puertas) deben ser de materiales ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión. Las pinturas deben tener propiedades ignífugas y el tiempo de secado necesario para evitar el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.

➤ **SEGURIDAD EN LOS ARCHIVOS Y MEDIOS DE REGISTRO.**

- a. Contar con un área en el cual el acceso esté restringido y pueda ingresar sólo el personal autorizado, y es importante que se dispongan medidas de seguridad y un sistema de videocámaras.
- b. Conservar las Historias Clínicas en condiciones que garanticen integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.
- c. Es recomendable disponer de un contenedor para conservación y archivo, de material impermeable, opaco, impenetrable a rayos solares, con cierre hermético, con recuadro que consigne los datos más importantes, y de tamaño suficiente que contenga la documentación y placas radiográficas o tomográficas.
- d. Contar con condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales.
- e. Disponer de medidas de seguridad de orden físico en el archivo especial, para evitar su manipulación o alteración.
- f. Brindar seguridad a los programas automatizados, equipos y soportes documentales de la Historia Clínica, que impidan modificarla.
- g. Disponer de un plan de prevención, seguridad y recuperación de archivos, tomando como referencia la Resolución Jefatural N° 159-97-AGN/J o la que haga sus veces; que aprueba el plan de prevención y recuperación de siniestros por inundación en archivos, emitida por el Archivo General de la Nación.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- h. Implementar mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado, para evitar la destrucción de registros accidental o provocada.
- i. Implementar el o los mecanismos de identificación del responsable de los datos consignados en la historia clínica electrónica; según códigos, indicadores u otros elementos, que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, estableciendo quién o quiénes realizaron el o los registros, la hora y la fecha en la cual se efectuaron.

➤ **SERVICIO ARCHIVÍSTICO DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

- a. El Órgano de Administración de Archivos uniformiza, difunde y supervisa el uso de los formatos de servicio archivístico de historias clínicas, en coordinación con los archivos de historias clínicas.
- b. Toda historia clínica que se retira de su lugar en el archivo para cualquiera de sus diferentes usos, deberá necesariamente ser registrada por la unidad de archivo en un cuaderno de registro, de ser el caso, o medio informático que indique el movimiento de préstamos y devoluciones de las historias clínicas; de manera tal, que quede consignada la salida, la recepción por los diferentes "usuarios" internos y su posterior devolución, con las firmas respectivas, debiendo verificarse la integridad del documento devuelto.
- c. Las historias clínicas entregadas a las diferentes unidades o servicios para informes médicos que requieran de opinión especializada o para auditorías médicas, deberán ser devueltas al Archivo de Historias Clínicas de la Institución en un plazo no mayor a setenta y dos (72) horas.
- d. Toda historia clínica que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo diferenciado (color o tamaño), de manera tal que permita el seguimiento de cada historia y agilice su archivamiento cuando sea devuelta.
- e. No debe retenerse sin justificación, ninguna historia clínica.
- f. Toda retención de la historia clínica por causa absolutamente justificada deberá ser reportada por escrito el mismo día al Responsable de Archivo de historias clínicas, precisando el motivo y la fecha de devolución.

➤ **TRANSFERENCIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.**

- a. La transferencia de historias clínicas es un procedimiento archivístico, que consiste en el traslado de las historias clínicas de un archivo a otro, al vencimiento de los períodos de retención establecidos en los programas de control de documentos.
- b. La Oficina de Estadística e Informática o El Órgano de Administración de Archivos tienen a su cargo la regulación y supervisión del proceso de transferencia de historias clínicas, y es el que formula el cronograma anual de transferencia y lo remite al Archivo General de la Nación, conforme a la normatividad vigente²⁴.

²⁴ Resolución Jefatural N° 173-86-AGN-J, que aprueba la "Directiva N° 005/86-AGN-DGAI "Normas para



- c. La Oficina de Estadística e Informática o El Órgano de Administración de Archivos solicita al Archivo General de la Nación la transferencia de documentos, en la cual están incluidas las historias clínicas que están consideradas en el respectivo cronograma anual. La solicitud de transferencia se acompaña con el "inventario de transferencia de documentos", según lo señalado en la normatividad vigente ²⁵.
- d. La elaboración de los inventarios de transferencia donde se registran las historias clínicas, son formulados, uniformizados y actualizados por el Órgano de Administración de Archivos, en coordinación con los responsables de los archivos de historias clínicas y hacen de conocimiento al Comité Institucional de Historias Clínicas, para la evaluación en el marco de su competencia. La coordinación entre el Órgano de Administración de Archivos y el responsable de archivo de historias clínicas es para verificar los inventarios de transferencias de las historias clínicas por series documentales procedente del archivo pasivo que forma parte del archivo común de historias clínicas, en archivo/formato Excel vía correo electrónico o de forma impresa, antes de recibir la documentación para brindar la conformidad de la recepción respectiva.
- e. El tiempo de conservación de las historias clínicas en los archivos de las Historias Clínicas del hospital es de veinte (20) años, considerando la última fecha de atención del paciente; comprende la etapa activa y pasiva de la Historia Clínica que forman parte del archivo común, para posteriormente ser remitido al Órgano de Administración de Archivos para su custodia o propuesta de eliminación. Se exceptúan del tiempo antes señalado, las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional, que corresponde a un mínimo de cuarenta 40 años (considerar el tiempo de permanencia en el archivo de historias clínicas), las mismas que forman parte del archivo especial de historias clínicas. Las historias clínicas conservan su numeración original.
- f. Si durante el período de conservación en el Órgano de Administración de Archivos, el usuario de salud solicitase atención, su historia clínica se retirará de éste y se incorporará al archivo de historias clínicas del hospital.

➤ **ELIMINACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.**

- a. En concordancia con la normatividad vigente ²⁶, la eliminación de las historias clínicas es competencia del Archivo General de la Nación-AGN, ente rector del Sistema Nacional de Archivos y los Archivos Regionales; única entidad que autoriza la eliminación de documentos, con conocimiento del Comité Evaluador de Documentos de la DIRIS, DIRESA o GERESA que corresponda.
- b. La eliminación es autorizada expresamente por el Archivo General de la Nación y los Archivos Regionales, en el ámbito de su competencia,

la transferencia de documentos en los archivos administrativos del Sector Público Nacional" o la que haga sus veces.

²⁵ Ib.,.

²⁶ Directiva N° 001-2018-AGN/DNDAAI, Norma para Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público", aprobado con Resolución Jefatural N° 012-2018-AGN/J.



S. VARGAS



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, previo monitoreo, verificación y seguimiento por parte de funcionarios encargados de esta función.
- c. El Órgano de Administración de Archivos o el que haga sus veces en la entidad pública elaborará el cronograma anual de eliminación de documentos, el cual se debe anexar al Plan Anual de Trabajo correspondiente, los que deberán ser remitidos al Archivo General de la Nación, en los plazos que la normatividad de la materia lo especifique²⁷.
 - d. El Comité Evaluador de Documentos debe establecer los plazos de retención de las historias clínicas en el Programa de Control de Documentos, diferenciando las producidas por atenciones de consulta externa, emergencia y las consideradas como especiales.
 - e. El Comité Institucional de Historias Clínicas coordinará con el Órgano de Administración de Archivos y emitirá opinión favorable de corresponder, respecto a la transferencia de historias clínicas del hospital hacia ésta.
 - f. El personal del Órgano de Administración de Archivos identifica y clasifica las historias clínicas a ser eliminadas (según lo especificado en el literal g. de este numeral), previamente evalúa el tipo y periodo de su custodia y asunto, revisa en su base de datos o repositorio de historias clínicas, aquellas que hayan cumplido el periodo de más de veinte años (20) años (cinco años en archivo activo y mayor a 15 años en archivo pasivo) que corresponden al archivo común, se exceptúan del tiempo antes señalado, las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional, que corresponde a un mínimo de cuarenta 40 años (considerar el tiempo de permanencia en el archivo de historias clínicas), y aquellas historias clínicas por razones judiciales o de investigación; las mismas que forman parte del archivo especial de historias clínicas. Asimismo, organiza la documentación propuesta a eliminar, ubicando las historias clínicas en unidades de instalación uniformes, rotuladas con los datos de la Oficina (o Unidad Orgánica), denominación de la serie, fechas extremas y numeración correlativa. Registrando en los inventarios de eliminación la cantidad total de los metros lineales propuestos a eliminar.

El personal responsable del archivo de historias clínicas en el hospital debe extraer los formatos o documentos que no deben custodiarse en las historias clínicas del archivo pasivo y proponerlos para su eliminación, extrayendo una muestra para la evaluación respectiva por cada año, las cuales deben estar identificadas con el número de historia clínica que corresponde al Documento Nacional de Identificación del asegurado o usuario de salud.

- g. Previa a la propuesta de eliminación de la Historia Clínica, se debe conservar un resumen de información mínima y básica en forma original o en medios magnéticos (en microformas), de:
 - Hojas de consentimiento informado.

²⁷ Resolución Jefatural N° 012-2018-AGN/J, que aprueba la Directiva N° 001-2018-AGN/DNDAAI "Norma para la Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público".



- Hojas de retiro voluntario.
 - Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
 - Informes de anestesia.
 - Informes de exámenes anatomopatológicos
 - Informes de exploraciones complementarias.
 - Epicrisis.
 - Informes de necropsia.
 - Hojas de evolución médica. Hoja de evolución de enfermería de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos y del servicio de emergencia.
- h. La propuesta de eliminación de historias clínicas debe contar con la opinión favorable del Comité Institucional de Historias Clínicas, antes de ser sometida al Comité Evaluador de Documentos-CED.
- i. **El Comité Evaluador de Documentos-CED se conforma por:**
- Un representante de la Alta Dirección de la entidad, quien lo preside.
 - El jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica o su representante.
 - El jefe de la Unidad Orgánica cuya documentación será evaluada.
 - El jefe del Órgano de Administración de Archivos, quien actuará como secretario.
- j. La propuesta de eliminación de Historias Clínicas ante el Archivo General de la Nación se realiza de acuerdo con lo señalado en la normatividad vigente²⁸ establecida para la eliminación de documentos con Programa de Control de Documentos; a la solicitud de eliminación de documentos, se le adjuntan los documentos que señala la normatividad de la materia y también copia simple del Acta de la opinión favorable del Comité Institucional de Historias Clínicas
- k. En el caso que la entidad no contara con el Programa de Control de Documentos – PCD, el Comité Evaluador de Documentos-CED procede a aprobar la propuesta de eliminación de las historias clínicas, mediante un Acta (ver Anexo N° 38). El secretario previamente convoca a reunión a los integrantes del CED con el propósito de revisar los inventarios y muestras documentales; y posterior a la aprobación de la propuesta de eliminación de los documentos, se elabora y se procede a la firma del acta de la reunión, que evidencia la toma de decisiones del comité.
- l. La propuesta de eliminación debe utilizar los formatos establecidos por el Archivo General de la Nación, conforme a lo establecido en la Directiva N° 001-2018-AGN/ DNDAI “Norma para Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público”, o la normativa que haga sus veces. Adjuntando en copia simple el Acta del Comité Institucional de Historias Clínicas.
- m. El proceso de eliminación de las Historias Clínicas debe ser avalado por el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital.
- n. Una vez que se apruebe la eliminación de las Historias Clínicas por el Archivo General de la Nación, se procederá a coordinar la entrega de

²⁸ Ib, pag41..

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

los documentos (ver Anexo N°09: Modelo Referencial de Acta de Entrega de Documentos al Archivo General de la Nación).

- o. En casos en los cuales el usuario de salud demande una atención de salud posterior a la eliminación de su Historia Clínica, los formatos conservados serán los documentos que reinicien su Historia Clínica, manteniendo el número asignado inicialmente.
- p. El responsable del área de registros médicos y el responsable de Archivo de Historias Clínicas, deben actualizar el archivo común (sólo corresponde al archivo pasivo) en forma anual, así mismo, proporcionar al Comité Institucional de Historias Clínicas el listado de las historias clínicas candidatas a eliminación cada fin de año.

➤ **CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.**

- a. Todo usuario 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 establece la Ley N° 26842, Ley General de Salud, conforme lo señalado en el literal b) del artículo 15 y en el artículo 25, así como lo dispuesto en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- b. El paciente o usuario de salud tiene derecho a que se le entregue, a su solicitud, copia de su Historia Clínica o Epicrisis dentro del plazo de cinco (5) días, según lo establecido en el marco legal. Para los propósitos de proporcionar la copia referida, se debe considerar lo siguiente:
 - Consulta al momento de comunicar el alta al paciente o de ser el caso a su representante legal, si solicita copia de su Historia Clínica, informándole que los costos de dicha copia serán asumidos por el solicitante, pudiendo entregársele copia parcial o total de su Historia Clínica, según lo solicite.
 - Proceder según se establece en el Texto Único de Procedimientos Administrativos del hospital, sobre el procedimiento "Copia de la Historia Clínica". Para el caso de la Epicrisis corresponde entregar la copia de forma gratuita, de acuerdo con la normatividad vigente.
- c. 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.²⁹
- d. Para la entrega de información a terceros, se debe contar por escrito con la autorización expresa del paciente o de su representante legal según corresponda el caso. Esto no se aplica a la información que el hospital tiene la obligación legal y administrativa de proporcionar, la cual está referida en el artículo 25 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- e. La autorización debe incluir la siguiente información:

²⁹ Artículo 25° y 30° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.



- 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.
- f. 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 éstos, los que la autoridad competente disponga.
- g. El hospital brinda copia o transcripción de la información de la Historia Clínica, cuando la autoridad judicial lo solicite.
- h. 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, por el cual el Poder Judicial exija la Historia Clínica original, el responsable de archivo de la Institución Hospitalaria es el encargado de su custodia, previa autorización del Director Médico o el que haga sus veces en el hospital.
- i. El personal de la salud debidamente acreditado que ejerza funciones de supervisión y auditoría tiene acceso a las historias clínicas en cumplimiento de sus funciones.³⁰

➤ **PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

- a. La Historia Clínica y la base de datos es de propiedad física de la Institución hospitalaria.
- b. La información clínica contenida en la historia clínica es propiedad del paciente o usuario de salud, establecido en la Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- c. En caso de cierre de la Institución Hospitalaria, el titular de la Entidad en coordinación con el Órgano de Administración de Archivos; tomará la decisión sobre el destino de todas las Historias Clínicas, de ser el caso, de acuerdo con el marco legal vigente

6.4.2 PROCESO TÉCNICO ASISTENCIAL

➤ **ELABORACIÓN Y REGISTRO.**

- a. El registro y codificación del o los diagnósticos serán de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10 o la versión vigente, según lo regulado por la Oficina General de Tecnologías de la Información –OGTI o la que haga sus veces.

³⁰ Ley N° 30546, Ley que Modifica la única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1289, Decreto Legislativo que Dicta Disposiciones Destinadas a Optimizar el Funcionamiento y los Servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.

24

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- b. El registro de los procedimientos se realiza de acuerdo con la identificación estándar de los procedimientos médicos, según lo establecido en la normatividad ³¹.
- c. Un error en el registro de 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.
- d. Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud deben ser refrendadas con la firma y sello del profesional responsable de la atención del paciente. La atención brindada por un profesional médico cirujano que se encuentra realizando residentado médico de segunda especialización, se realizará bajo la tutela del profesional tutor de segunda especialización y quien asume la responsabilidad de atención al paciente o usuario de salud, u otro médico asistente responsable de la atención en el caso que el profesional tutor no se encuentre disponible en el momento.
- e. Toda hoja de la Historia Clínica deber ser identificada con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente o usuario de salud, en un lugar uniforme y de fácil visibilidad. En el caso de pacientes hospitalizados se registrará además el servicio y el número de cama.

➤ **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 Hidroelectrolítico (de corresponder al caso).
- Historia Clínica: Anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo.
- Hojas de evolución/Terapéutica/Interconsultas.
- Formato de Anestesia (de corresponder al caso).
- Reporte Operatorio/Registro del parto (de corresponder al 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.

³¹ Decreto Supremo N° 024-2005-SA, op.cit, p 13.



- Anamnesis y examen físico.
- Evolución.
- Hoja de Anotación de Enfermería/Obstetricia.
- Informe de interconsultas (de corresponder al caso).
- Exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento.
- Formato de Anestesia (de corresponder al caso).
- Reporte operatorio/Registro del parto (de corresponder al caso).
- Hoja de autorización de ingreso.
- Consentimiento informado (de corresponder al caso).
- Hoja de alta voluntaria (de corresponder al caso).
- Otros formatos.

Además de estos formatos, la Institución Hospitalaria podrá incluir en la Historia Clínica, aquellos que consideren necesarios.

➤ USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

a) Uso

La Historia Clínica tiene como principal uso:

- Proporciona evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente.
- Sirve como base para el estudio y evaluación de la calidad de atención prestada al paciente.
- Proporciona la información para investigación y docencia.
- Proporciona la información para la programación y evaluación de actividades de salud local, regional y nacional.
- Ayuda a proteger los intereses legales del paciente, de la Institución Hospitalaria y del personal de la salud.

b) En Docencia e Investigación

- Las historias solicitadas para fines de docencia e investigación deberán ser revisadas en los ambientes del archivo de historias clínicas y excepcionalmente en otro ambiente autorizado para este fin, preservando la no participación de personas ajenas a estas actividades. Se establecerá y comunicará a los interesados los requisitos de solicitud, y devolución de las historias clínicas. La Institución Hospitalaria debe establecer dichos requerimientos.
- La información obtenida de la historia clínica se consigna de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad. Los alumnos deben ser informados por sus tutores o docentes sobre la importancia de respetar la información del paciente y de asegurar su confidencialidad.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

c) Manejo

- Para la atención a los usuarios, las historias clínicas deben ser solicitadas al personal autorizado del archivo clínico del hospital. De acuerdo a la organización institucional.
- Es obligatorio el registro de los movimientos de entrada y salida de las historias clínicas (manuscritas, informatizadas o electrónicas). La Historia Clínica que circula por las áreas de: atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia u otro; debe contar con el registro de: nombre y apellido completo de la persona autorizada que solicita la Historia Clínica, la fecha, la hora y los plazos de préstamo y devolución de la carpeta Historia Clínica al archivo, después de concluida la atención o trámite respectivo.
- Debe realizarse el listado detallado de las historias clínicas que pasarán del archivo activo al archivo pasivo, y de igual forma aquellas que se destinarán al archivo especial y así también de las historias clínicas que serán propuestas para su eliminación.
- La historia clínica y los formatos que la integran deben estar completos y correctamente registrados, ordenados cronológicamente, que evidencien las prestaciones recibidas por el usuario de salud según etapa de vida.
- En situaciones en las cuales exista dos o más historias clínicas, éstas deben migrar a la numeración única correspondiente al número del DNI del usuario de salud.
- Las historias clínicas de consulta ambulatoria deben ser devueltas el mismo día de la atención, con excepción de los pacientes que hayan sido hospitalizados.
- Al egreso del paciente hospitalizado, en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho (48) horas, la historia clínica debe ser remitida al archivo para el procesamiento de esta (compaginación, codificación, indización, entre otros).
- Las Historias Clínicas solicitadas por el servicio de emergencia deben ser devueltas dentro de las veinticuatro (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 incorporadas a la historia clínica.
- Toda historia clínica que se retira del archivo para cualquier 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 de enfermería u obstetricia, según corresponda; encargado de su administración.

➤ **CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

La evaluación técnica de la historia clínica consta de dos partes: análisis cuantitativo y análisis cualitativo.



a) 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 lo establecido por el Comité Institucional de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Redes Integradas de Salud del ámbito de Lima Metropolitana o la Dirección Regional de Salud o el que haga sus veces a nivel regional, según corresponda. Es responsabilidad de la unidad de archivo, velar por la custodia e integridad de la historia clínica y del Comité Institucional de Historias Clínicas que ésta se ajuste a lo establecido en la presente norma técnica de salud.

b) 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. Asimismo, que el registro sea con letra legible (en el caso de historias clínicas manuscritas), consignando el nombre, firma y sello del personal de salud que presta la atención. Es responsabilidad del Comité Institucional de Historia Clínica de la IPRESS, verificar el cumplimiento de las Auditorías de Calidad del Registro; en las IPRESS que tienen constituidos el Comité de Auditoría Médica o el Comité de Auditoría en Salud, se realiza a través de estos equipos, en ausencia de éstos será asumido por el Comité Institucional de Historias Clínicas.

6.4.3 DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Además de lo dispuesto en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE, y su Reglamento, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- a. La Historia Clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en nuestro hospital. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos a la que accederán los profesionales de la salud autorizados por la institución de acuerdo con el marco legal vigente.
- b. Las Institución Hospitalaria podrá optar por el uso de la Historia Clínica Electrónica, debiendo sujetarse a las disposiciones de la presente Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, toda vez que tiene las mismas prerrogativas que la Historia Clínica manuscrita, en aspectos clínicos y legales, para todo proceso de registro y acceso a la información correspondiente a la salud de las personas³².

³² Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI V.01 "Directiva Administrativa que establece las



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- c. Los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, que brindan atención reiterada a los mismos usuarios de salud o pacientes, y que por la naturaleza del servicio que brindan, deben llevar el registro seriado de dichas atenciones en historias clínicas, y que para tal fin empleen historias clínicas electrónicas, están obligados a acreditar su sistema de información, según lo señalado en la normatividad de la materia³³.
- d. Todo registro en una Historia Clínica Electrónica es refrendado con una firma digital, por tanto, es un documento que cuenta con la misma validez y eficacia jurídica que una Historia Clínica manuscrita soportada en papel y refrendada con una firma, en concordancia con lo establecido en la Ley³⁴.
- e. La Historia Clínica Electrónica debe contar con una estructura, que separe los datos de identificación del titular, de los datos de sus atenciones, pudiendo asociarse ambas únicamente en el ámbito de prestación de atención asistencial del titular³⁵. Esta estructura debe seguir lo establecido en el apartado 6.3.1 del numeral 6.3 de la presente Norma Técnica de Salud.
- f. Toda acción de registro en la Historia Clínica electrónica y manuscrita debe darse únicamente como consecuencia de la prestación de salud al usuario de salud y, consignar los datos necesarios para una posterior auditoría.
- g. El usuario de salud tiene el derecho de acceder a los datos contenidos en su Historia Clínica Electrónica, a que le sean presentados de manera inteligible, que le sean explicados y a solicitar su modificación en caso de estar probadamente erróneos³⁶.
- h. El paciente o usuario de salud debe proporcionar sus datos de filiación al abrir o crear una historia clínica electrónica, sujetándose al principio de veracidad.
- i. La determinación de Información Clínica Sensible la realiza el usuario de salud o paciente en el momento de la atención a través del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SHICE, en la Institución Prestadora de Servicios de Salud; en el servicio o área donde recibe la prestación de salud.
- j. Ningún dato registrado en la Historia Clínica Electrónica podrá ser eliminado, y de ser necesaria su corrección, ésta deberá realizarse como un nuevo registro, sin eliminar el que se pretende corregir, e indicando el motivo de tal corrección³⁷.
- k. El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica debe garantizar la autenticidad,

especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica”, aprobada con R.M. N° 576-2011/MINSA.

³³ Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su Reglamento.

³⁴ Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales.

³⁵ Ley N° 30024, op.cit, p.48

³⁶ R.M. N° 576-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI V.01

“Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica.

³⁷ Ib



S. VARGAS

confidencialidad, integridad, conservación y custodia de la Historia Clínica Electrónica.

- I. El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de la Institución Hospitalaria debe estar acreditado por la Dirección de Salud, Dirección Regional de Salud o la que haga sus veces; en el marco de lo señalado en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Electrónicas – RENHICE y su Reglamento, y otros documentos normativos que apruebe la Autoridad Nacional de Salud.
- m. El diseño, desarrollo e implementación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, debe tener en consideración el uso de los datos, procesos y metodologías estandarizadas a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información –OGTI del MINSA o la que haga sus veces, según la normatividad vigente ³⁸.
- n. El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas debe ser periódicamente auditado en el marco de lo que disponga la Autoridad Nacional de Salud. El Comité Institucional de Historias Clínicas correspondiente, verifica el cumplimiento de las Auditorías de Calidad del Registro. En la Institución Hospitalaria, el Comité de Auditoría Médica o el Comité de Auditoría en Salud, realiza la auditoría, en ausencia de éstos será asumido por el Comité Institucional de Historias Clínicas.
- o. La Institución Hospitalaria, que cuenta con historias clínicas manuscritas, deberá implementar en forma progresiva la historia clínica electrónica, de acuerdo con su disponibilidad presupuestal, y su implementación deberá seguir los estándares para la acreditación de su sistema de información de historias clínicas electrónicas ante el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE.
- p. La implementación de las Historias Clínicas Electrónicas en la Institución Hospitalaria no implica que las historias clínicas manuscritas pre existente en ésta, tengan que ser transformadas a la versión electrónica.
- q. La Institución Hospitalaria, cuando cuente con historias clínicas informatizadas, deberá implementar un sistema de información de historias clínicas electrónicas para la acreditación ante el RENHICE.
- r. La Historia Clínica Electrónica debe contar con:
 - Base de datos.
 - 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 normatividad³⁹).
 - Simultaneidad de accesibilidad.
 - Confidencialidad.
 - Recuperabilidad.

³⁸ Directiva N° 001-2002-OGEI, aprobada con Resolución Ministerial N° 1942-2002-SA/DM.

³⁹ Ley N° 27269, po.cit, p.48

(P)

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- Inviolabilidad de los datos.

Además:

- Debe ser auditable.
- Debe permitir la secuencialidad de las atenciones.
- Debe permitir la impresión.

6.4.4 TRANSICIÓN A UNA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

- a) La Institución Hospitalaria cuando cuente con Historias Clínicas Informatizadas deben implementar un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, para lo cual deben iniciar con:
- Cumplir mínimamente los aspectos de seguridad: confidencialidad, disponibilidad, integridad y autenticidad; y con lo establecido en la Directiva de Seguridad de la Información⁴⁰ del Ministerio de Justicia.
 - Implementar la firma digital para los profesionales de la salud según lo señalado en la normatividad vigente⁴¹, que autoriza el uso de firma digital en actos médicos y actos de salud.
 - Cuando se implemente la firma digital para los usuarios de salud; estará exonerado de imprimir los formatos de atención y de seguir usando la historia clínica manuscrita.
 - El registro de la atención debe ser realizado en el sistema de información antes indicado, por el profesional de la salud que brindó la prestación y en el mismo momento.
 - La Institución Prestadora de Servicios de Salud debe garantizar que los profesionales de la salud se autentiquen en el sistema de información con sus credenciales de acceso, y que se asegure la trazabilidad de los datos registrados, los mismos que se realizan por única vez.
 - Para el caso de menores de edad o personas que requieran un apoderado, tutor o representante legal, serán quienes firmarán electrónicamente los formatos de atención.
- b) Para la implementación de la Historia Clínica Electrónica, se debe tener como referencia el marco legal establecido por la Ley N° 30024; Ley que crea el Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica y su Reglamento, y los documentos normativos que genere la Autoridad Sanitaria Nacional.

6.4.5 PROCESOS DE CONTROL GERENCIAL

Se han definido algunos indicadores orientados al monitoreo, supervisión y evaluación de los procesos establecidos en la presente norma técnica de salud, para el correcto y completo registro de los formatos de atención de

⁴⁰ Se genera en el marco de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales

⁴¹ Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la Historia Clínica Electrónica, aprobada con R.M. N° 576-2011/MINSA o la que haga sus veces.



la persona y su familia, para el adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas.

El nivel de reporte, la periodicidad y responsabilidad de la medición de los indicadores están establecidos en las respectivas fichas técnicas.

Entre estos indicadores se describen los siguientes

EN HOSPITALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS.

- Para el monitoreo de la codificación adecuada de las Historias Clínicas.

Indicador:

1. *Apertura de historias clínicas con codificación del número de Documento Nacional de Identidad – DNI en la IPRESS (Ficha Técnica N° 1).*

$$\frac{\text{N° de HC nuevas con codificación del número de DNI (en un periodo)}}{\text{Total de historias clínicas nuevas (en el mismo periodo)}} \times 100$$

- Para el monitoreo del registro correcto y completo de la Historia Clínica.

Indicador:

2. *Calidad del registro de las historias clínicas en la IPRESS (Ficha Técnica N° 2).*

$$\frac{\text{N° de HC auditadas con registro completo y correcto en la IPRESS (en un servicio y periodo determinado)}}{\text{N° de HC auditadas de la IPRESS (en el mismo servicio y periodo)}} \times 100$$

- Para el monitoreo del adecuado manejo y conservación de las Historias Clínicas en el archivo institucional. Indicadores:

Indicador:

3. *Archivamiento Oportuno de formatos de hospitalización al alta médica, en las historias clínicas de los usuarios en salud (Ficha Técnica N° 5)*

$$\frac{\text{N° de HC con archivamiento oportuno (≤48 horas) de los formatos de hospitalización en la IPRESS (en un periodo y servicio seleccionado)}}{\text{N° de HC de pacientes egresados de la hospitalización en la IPRESS (en el mismo periodo y servicio seleccionado)}} \times 100$$



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

VII. RESPONSABILIDADES

- 7.1 La institución Hospitalaria a través de la Dirección General, es responsable de aplicar las disposiciones contenidas en la presente Directiva Administrativa, además de la difusión, de su implementación, supervisión, monitoreo y evaluación en lo que corresponda a su competencia.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1 El Hospital Nacional Hipólito Unanue cuenta con historias clínicas manuscritas y de forma progresiva se implementará la historia clínica electrónica, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal y su implementación debe seguir los estándares para la acreditación de su sistema de información de Historias Clínicas Electrónicas ante el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE, según lo establecido en la normatividad vigente⁴².
- 8.2 La Dirección General de la Institución, es la encargada de elaborar el plan de implementación de la presente Directiva Administrativa, el que se incorpora en los planes operativos institucionales.
- 8.3 El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma técnica de salud, será sancionado de acuerdo a las disposiciones administrativas existentes, a la Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias, al Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA o el que haga sus veces, y al Código de Ética y Deontología de los respectivos Colegios Profesionales, sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.
- 8.4 La presente Directiva Administrativa no establece, ni regula competencias de los profesionales de la salud, personal técnico y auxiliar asistencial de la salud; ni modifica el marco normativo que los rige (*).

(*) Esta es la nueva Disposición Final fue incorporada con la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA.

IX. ANEXOS

- Anexo N° 01 – Formato de Registro de la Atención en Consulta Externa
- Anexo N° 02 - Formato de seguimiento de Atención por Consulta Externa
- Anexo N° 03 – Formato de atención de Emergencia
- Anexo N° 04 – Historia Clínica
- Anexo N° 04 A – Historia Clínica (Antecedentes generales)
- Anexo N° 04 B – Historia Clínica (Examen Físico)
- Anexo N° 04 C – Historia Clínica (Diagnósticos – Egresos)
- Anexo N° 04 D – Historia Clínica (Resumen Laboratorio I)
- Anexo N° 04 E– Historia Clínica (Resumen Laboratorio II)
- Anexo N° 04 F – Historia Clínica (Exámenes complementarios – pegado)
- Anexo N° 04 G – Historia Clínica (Reporte de Oxígeno, Procedimientos)

⁴² Artículo 27 del Decreto Supremo N° 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.



enfermería e insumos)

- Anexo N° 05 – Tratamiento (historia clínica)
- Anexo N° 06 – Plan de trabajo (historia clínica)
- Anexo N° 07 – Evolución Médica
- Anexo N° 08 – Hoja Automatizada de Epicrisis I
- Anexo N° 08 A – Hoja Automatizada de Epicrisis II
- Anexo N° 09 – Hoja de Identificación – Formato de Filiación
- Anexo N° 09 A – Ficha Familiar – Trabajo Social
- Anexo N° 10 – Notas de Enfermería
- Anexo N° 11 – Hoja de Control de Medicamentos – Kardex - Enfermería
- Anexo N° 12 – Gráfica Clínica I
- Anexo N° 12 A – Gráfica Clínica II
- Anexo N° 13 – Balance Hídrico
- Anexo N° 14 – Interconsulta
- Anexo N° 15 – Orden de Intervención Quirúrgica (Solicitud de Sala de Operaciones)
- Anexo N° 15 A – Reporte de Centro Quirúrgico
- Anexo N° 16 – Informe Quirúrgico (Reporte Operatorio)
- Anexo N° 17 – Hoja de Evaluación Anestesiológica Pre-Operatoria.
- Anexo N° 17 A – Evaluación Pre Anestésica
- Anexo N° 18 – Hoja de Anestesiología I
- Anexo N° 18 A – Hoja de Anestesiología II
- Anexo N° 19 – Hoja Post Anestésica
- Anexo N° 20 – Historia Clínica Materno Perinatal (I)
- Anexo N° 20 A - Historia Clínica Materno Perinatal (II)
- Anexo N° 20 B - Historia Clínica Materno Perinatal (III)
- Anexo N° 20 C - Historia Clínica Materno Perinatal (IV)
- Anexo N° 21 – Notas de Obstetricia
- Anexo N° 22 – Odontopediatría (Dpto. Odonto Estomatología)
- Anexo N° 22 A – Tratamientos efectuados (Odontopediatría)
- Anexo N° 23 – Historia Clínica (Odontoestomatología, Ortodoncia y Ortopedia Funcional)
- Anexo N° 24 – Solicitud de Análisis Clínicos (Dpto. de Laboratorio)
- Anexo N° 24 A – Solicitud de Examen (Microbiología)
- Anexo N° 24 B – Solicitud de examen (resultados de Microbiología)
- Anexo N° 24 C – Solicitud de Investigación Bacteriológica
- Anexo N° 24 D – Provisión de sangre (Dpto. Laboratorio – Banco de sangre)
- Anexo N° 24 E – Requisitos para donar (Banco de sangre)
- Anexo N° 24 F – Solicitud transfusional
- Anexo N° 24 G – Consentimiento Informado del Receptor (Transfusión sanguínea)
- Anexo N° 25 – Formato de informe de Resultados – Bioquímica (automatizado) Inmuno.
- Anexo N° 25 A – Formato de Informe Resultados (automatizado) Hematología
- Anexo N° 26 – Solicitud de Rx
- Anexo N° 26 A – Solicitud de Ecografía
- Anexo N° 26 B – Solicitud de Tomografía

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

- Anexo N° 27 – Informe Radiológico
- Anexo N° 27 A – Informe Ecográfico
- Anexo N° 27 B – Informe Tomográfico
- Anexo N° 28 – Servicio de Anatomía Patológica (Solicitud de exámenes)
- Anexo N° 29 – Protocolo de Patología
- Anexo N° 29 A – Protocolo de Citología (Dpto. de Anatomía Patológica – Servicio de Citología)
- Anexo N° 29 B – Protocolo de Patología (Informe de Resultados)
- Anexo N° 30 – Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la atención en salud.
- Anexo N° 30 A – Consentimiento Informado para procedimiento en anestesiología
- Anexo N° 30 B – Consentimiento Informado para procedimiento Quirúrgico
- Anexo N° 31 – Formato de Retiro Voluntario
- Anexo N° 32 – Formato Hoja de Referencia
- Anexo N° 32 A – Formato de Hoja de Contra Referencia
- Anexo N° 33 – Informe de Alta
- Anexo N° 34 – Certificado de Discapacidad (Aplicación Ley 29973)
- Anexo N° 35 – Orden de Hospitalización
- Anexo N° 36 – Formato de Consentimiento Informado para compartir información en personas con discapacidad.
- Anexo N° 37 – Modelo referencial de Acta de Entrega de Documentos al Archivo General de la Nación.
- Anexo N° 38 – Modelo Referencial de Acta de Sesión del Comité de Evaluación de Documentos
- Anexo N° 39 – Clausula de Consentimiento de tratamiento de datos Personales en la Historia Clínica
- Anexo N° 40 – Formato de Consentimiento Informado para las Actividades de Docencia durante la atención en salud
- Anexo N° 41 – Modelo Referencial de Acta del Comité Institucional de Historias Clínicas
- Anexo N° 42 – Fichas Técnicas de Indicadores de Control Gerencial
- ✓ Ficha Técnica N° 1 – Ficha Técnica de indicadores de control de Gerencia
- ✓ Ficha Técnica N° 2 – Calidad de Registro de la historia clínica en la IPRESS.
- ✓ Ficha Técnica N° 4 – IPRESS que han eliminado historias clínicas, según cronograma de eliminación de documentos institucionales.
- ✓ Ficha Técnica N° 5 – Archivamiento oportuno de formatos de Hospitalización en las historias clínicas de los usuarios en salud.
- ✓ Ficha Técnica N° 6 – Indicador de IPRESS que reportan oportunamente historias clínicas extraviadas y/o destruidas accidentalmente.
- ✓ Ficha Técnica N° 7 – IPRESS con internamiento que han implementado el Archivo de historias clínicas
- ✓ Instrumento para Fichas Técnicas 3 – 7: Instrumentos para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia y seguridad de las historias clínicas en el Archivo de Historias Clínicas.
- ✓ Ficha Técnica N° 8 – Ficha de Descripción del Procedimiento
- Anexo N° 43 – Ficha de Registro de Eventos Adversos
- Anexo N° 43 A – Flujograma Eventos Adversos



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 01

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPÓLITO UNANUE

FORMATO DE REGISTRO DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA

Nombre y Apellido: _____
 Fecha: ____/____/____ N° Historia Clínica: _____
 Hora: _____
 Edad: ____ años ____ meses ____ días
 Peso: ____ Kg. Talla: ____ cm. P. Cabeza: ____ cm. P. Abdominal: ____ cm. FUR: _____

Enfermedad Actual
 Tiempo de Enfermedad: _____ F. Inicio: _____ Curso: _____
 Motivo de Consulta: _____
 Signos y Síntomas Principales(Referido): _____

Funciones Biológicas: Sueño: _____ Orina: _____ Deposiciones: _____ Apetito: _____ Sed: _____
 Antecedentes Personales: _____

Antecedentes Familiares: _____

Condición Socioeconómica: Alta () Media () Baja ()

Examen Físico

Funciones Vitales
 T°: _____ P. Arterial: _____ mmHg FR: _____ FC: _____ Sat O2: _____ ECO: _____
 Examen General: _____

Examen Regional:

Piel y Anexos: _____
 TCGC: _____
 Linfáticos: _____
 Orolaringe: _____
 Sist. Respiratorio: _____
 Sist. Cardiovascular: _____
 Sist. Digestivo: _____
 Sist. Genitourinario: _____
 Sist. Nervioso: _____

Diagnóstico	Tipo Diagnóstico			CIE 10
	P	D	R	

Plan de Trabajo:

Exámenes de Ayuda Diagnósticos
 Exámenes de Laboratorio solicitados: _____
 Exámenes de Diagnóstico por Imágenes solicitados:
 Radiológicos: _____ Ecografía: _____ TEM/TAC: _____ RMN: _____ EKG _____
 Procedimiento(s) solicitados: _____
 Interconsulta al Servicio: _____ Referencia a otra institución de Salud: _____
 Tratamiento Prescrito:

Medicamento (Denominación Genérica)	Dosis	Días
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fecha de Próxima Cita: ____/____/____
 Firma, Sello, Colegiatura y RNE de Médico Tratante: _____



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 02

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPOLITO UNANUE

FORMATO DE SEGUIMIENTO DE ATENCION POR CONSULTA EXTERNA

Fecha: ____ / ____ / ____ Nº Historia Clínica: _____

Hora: _____

Peso: ____ Kg. Talla: ____ cm. P. Cardíaco: ____ cm. P. Abdominal: ____ cm. FUR: _____

Enfermedad Actual: _____

Motivo de Consulta: _____

Signos y Síntomas Principales: _____

Tratamiento Recibido: _____

Cumplimiento de Tratamiento Prescrito: _____

Resultado de Tratamiento Prescrito: _____

Examen Físico

Funciones Biológicas: Sueño: ____ Orina: ____ Deposiciones: ____ Apetito: ____ Sed: ____

Funciones Vitales

T°: ____ P. Arterial: ____ mmHg FR: ____ FC: ____ Sat O2: ____ ECG: ____

Examen General: _____

Examen Regional:

Piel y Anexos: _____

TCAC: _____

Linfáticos: _____

Cabeza: _____

Cuello: _____

Orofaringe: _____

Sist. Respiratorio: _____

Sist. Cardiovascular: _____

Sist. Digestivo: _____

Sist. Genitourinario: _____

Sist. Nervioso: _____

Diagnóstico: _____

Diagnóstico:	Tipo Diagnóstico			CIE 10
	P	D	R	

Exámenes de Ayuda Diagnóstica

Exámenes de Laboratorio solicitados: _____

Exámenes de Diagnóstico por Imágenes solicitados:

Radiológicos: ____ TEMTAC: ____ Ecografía: ____ RMN: ____ EKG ____

Procedimiento(s) solicitados: _____

Interconsulta Servicio: ____ Referencia a otra Institución de Salud: _____

Tratamiento:

Medicamento (Denominación Genérica)	Dosis	Días
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fecha de Próxima Cita: ____ / ____ / ____

Firma, Sello, Colegiatura y RNE de Médico Tratante: _____



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

EP

Anexo N° 03

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
 DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

FORMATO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

DATOS DE FILIACIÓN (Para ser llenado por el Admisionalista)

Fecha: ____/____/____ Hora: ____ Nº Traje: ____
 N° Historia Clínica: ____
 Apellidos: _____
 Nombres: _____
 CUIDNI N°: _____ Carnet Extranjera N°: _____ Pasaporte N°: _____
 Fecha Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____
 Lugar de Nacimiento: _____
 Dirección Domiciliar: _____ Distrito: _____
 N° Teléfono/Celular: _____ N° Teléfono/Celular Familiar: _____
 Nombre y Apellidos de Acompañante: _____
 Tópico de Atención: _____ Motivo Atención: _____
 Tipo de Seguro: 848 () Escalaf () Fuerzas Armadas () Fuerzas Policiales () Otros ()

Para ser llenado por el Médico

Tipo de Prioridad:

I	II	III	IV
---	----	-----	----

Hora de Atención en Tópico: _____

Anamnesis

Peso: ____ Kg. Talla: ____ cm. P. Costal: ____ cm. P. Abdominal: ____ cm

Antecedentes (Marcar con X)

Hipertensión Arterial Tuberculosis Cáncer ACV
 Diabetes Mellitas Infección por VIH Cirugía Previa Otros

Descripción del Antecedente: _____

Hospitalizaciones Previas: _____

Medicación Habitual: _____

Alergia a Medicamentos: _____

Reacciones Adversas a Medicamentos: _____

FUR: ____ F.P.P: ____ Gc: _____

Paridad				
---------	--	--	--	--

Enfermedad Actual

Tiempo de Enfermedad: _____ Inicio: _____ Curso: _____

Motivo de Consulta: _____

Signos y Síntomas Principales: _____

Funciones Biológicas: Sueño: _____ Orina: _____ Deposiciones: _____ Apetito: _____ Sed: _____

Examen Físico

Funciones Vitales

TP: ____ P. Arterial: ____ mmHg FR: ____ FC: ____ Sat O2: ____ FIO2: _____

Examen General: _____

Examen Regional:

Piel y Anexos: _____

TC&C: _____

Linfáticos: _____

Cabeza: _____

Cuello: _____

Orofaringe: _____

Sist. Respiratorio: _____

Sist. Cardiovascular: _____

Sist. Digestivo: _____

Sist. Genitourinario: _____

Sist. Nervioso: _____



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Diagnostico	Tipo Diagnostico			CIE 10
	P	D	R	

Plan de Trabajo

Exámenes de Ayuda Diagnostica	Tratamiento
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
<u>Procedimientos:</u>	6.
1.	7.
2.	8.
3.	9.
4.	10.

Interconsulta al Servicio de: _____

Fecha de Solicitud de Interconsulta: ____ / ____ / ____
 Hora de Solicitud de Interconsulta: _____

 Firma y Sello
 M.INTERNO

 Firma y Sello
 M. RESIDENTE

 Firma y Sello
 M. ASISTENTE

Evolucion:.....

Destino Paciente: Marcar con una X: Observacion() Alta () Hospitalización()

Indicaciones de Alta:

Condición de Egreso de Paciente: Curado () Mejorado () Fallecido()

Fecha: ____ / ____ / ____

Hora: _____

Firma, Sello, Colegiatura y RNE de Médico Tratante: _____



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 4A

ANTECEDENTES GENERALES

VIVIENDA: Material: Noble () Precario () Mixto () N° PERSONAS _____ N° HABITACIONES _____
 AGUA POTABLE: SI () NO _____ VESTIDO: _____ ALIMENTACION: _____
 TRABAJO: _____ OCUPACION ANTERIOR: _____
 CONDICION SOCIOECONOMICA: Alta () Media () Baja () CRIANZA ANIMALES _____
 VIAJES RECIENTES: (Lugar, tiempo): _____

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS

PRENATAL: _____ NATAL: PARTO: _____ ATENDIDO EN _____
 LACTANCIA MATERNA: _____ ABLACTANCIA: _____
 DESARROLLO PSICOMOTRIZ: HABLE () DEAMBULACIÓN () CONTROL ESFINTER () _____
 MENARQUIA: _____ INICIO RELACIONES SEXUALES: _____ REGIMEN CATAMENIAL _____
 PUBARQUIA: _____ TELARQUIA: _____ MENOPAUSIA _____
 GESTACION () PARTOS () ABORTOS () HIJOS VIVOS () HIJOS MUERTOS () FUR: _____
 USO ANTICONCEPTIVOS: (Tipo, tiempo): _____ ULTIMO PARTO _____

INMUNIZACIONES

	Fecha			Fecha	Otros
BCG			HAEMOPHILUS		
POLIO			VARICELA		
DPT			INFLUENZA		
SARAMPION			NEUMOCOCCO		
HEPATITIS					

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ENFERMEDADES INFANCIA: _____
 ENFERMEDADES HEREDITARIAS (Tipo, tratamiento, complicaciones) _____
 ANTECEDENTES CLÍNICOS: (HIPERTENSIÓN, DIABETES, OTROS) _____

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS: _____

ALERGIAS: _____
 ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (Tipo, fecha, complicación) _____

ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS: _____

TRANSFUSIONES: (Fecha, motivo, cantidad) _____

HÁBITOS NOCIVOS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIAR	VIVE	EDAD	ENFERMEDAD O CAUSA DE DEFUNCION

HISTORIA CLINICA

RD 403-2010-HNHU-DG
47510379

(Escriba Ud. con letra legible)



S. VARGAS

Anexo N° 4B

APARATO URINARIO: _____

EXAMEN GINECOLOGICO: Mamas _____

Genitales externos: _____

TACTO RECTAL: _____

APARATO LOCOMOTOR: _____

EXAMEN NEUROLÓGICO: Estado conciencia: _____ Escala Glasgow _____

Marcha _____

Fuerza muscular: _____

Sensibilidad: _____

Equilibrio y coordinación _____

Reflejos: _____

Pares craneales: _____

Funciones Superiores: _____

Estado Emocional _____

AMPLIACION HISTORIA CLINICA. _____

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

RD. N° 402-2010-HNHU-DG

4751079

(Escriba Ud. con letra legible)



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 4C

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPOLITO UNANUE

DIAGNOSTICOS

INGRESO

DIAGNOSTICO SINDROMICO	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	COD CIE 10
1	1	
	2	
	3	
2	1	
	2	
	3	
3	1	
	2	
	3	
4	1	
	2	
	3	

EGRESO

DIAGNOSTICO	COD CIE 10
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

RD N° 402 - 2010 - HNHU - DG

47510336

MEDICO RESIDENTE
 C. M. P.

Nombre y firma del Medico Asistente
 C. M. P.

FECHA: HORA:

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SERVICIO	CAMA	HISTORIA CLINICA N°



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 4D

**HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 RESUMEN DE LABORATORIO**

HEMATOLOGIA									
FECHA					FECHA				
GRUPO FACTOR					Leucocitos				
Hemoglobina					Blastos				
Hematocrito					Mielocitos				
VMC					Bastonados				
HMC					Segmentados				
VHMC					Eosinofilos				
Reticulocitos					Basofilos				
Anisocitosis					Monocitos				
Macrocitosis					Linfocitos				
Microcitosis					Linfo Atipicos				
Poiquilocitosis					Granulac Toxic				
Hipocromia									
Pc:romatofita					Plaquetas				
Normoblastos					Temp Coagul				
Esfereocitos					Temp Sangria				
					TP				
					TTP				
Coombs Directo					Fibrinogeno				
VSG									
PCR									

BIOQUIMICA SANGUINEA									
FECHA					FECHA				
Glucosa					Bilirubin Total				
Urea					Bilirubin Direc				
Creatinina					Bilirubin Indire				
Sodio					TGO				
Potasio					TGP				
Cloro					Fosfat Alcalina				
Calcio					GGT				
Fosforo					Proteina Total				
Magnesio					Albumina				
Acido Urico					Globulina				
Colesterol Total					Rel Alb/Glob				
HDL					Aamilasa				
LDL					Lipasa				
VLDL					LDH				
Triglicidos									

GASES ARTERIALES									
FECHA	HORA	FI02	Ph	PCO2	pO2	Sat O2	Def Base	HCO3	

APPELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE _____ HISTORIA _____ CAMA _____



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 4E

ESTUDIO LCR						
FECHA	Leucocitos	Hematies	Gram	Glucosa	Proteinas	

EXAMEN DE ORINA						
FECHA						FECHA
Densidad						Hematies
Ph						Leucocitos
Albumina						Celula Epitel
Glucosa						Aglutinados
Acetona						Cilindros
Urobilina						Cilindros
Pigmen Biliar						Cristales
Hemoglobina						
Nitritos						

Depuracion de Creatinina				
Proteinuria 24 horas				

EXAMENES BACTERIOLÓGICOS		
FECHA	MUESTRA	RESULTADO Y ANTIBIOGRAMA
	PPD	
	Hemocultivo	
	Hemocultivo	
	Urocultivo	
	Coprocultivo	
	Cultivo	
	Gram	
	BK	
	BK	
	BK	

EXAMENES PARASITOLÓGICOS			
FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO



47510764

(11)

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 08

Ministerio de Salud
 Dirección de Estadística e Informática

Código del Establecimiento: Duración del internamiento: Más de 24 hrs Menos de 24 hrs

Historia Clínica

FECHA Y HORA DE INGRESO Año Mes Día Hora	4. SERVICIO ESPECIALIDAD	6 DIAGNÓSTICO AL INGRESO 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	CIE 10 <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																				
2 VÍA DE ADMISIÓN: 3 N° DE CAMA	5 REFERIDO DE																						

Anote únicamente los datos más importantes

Anamnesis _____

Examen Clínico (Anotar solo los datos positivos): _____

Exámenes Auxiliares (Anotar solo los datos positivos): _____

Evolución: _____

Tratamiento Recibido durante la Hospitalización				
Nombre Genérico	Dosis	Vía de Administración	Frecuencia	Días de To
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

7. TRANSFERIDO AL SERVICIO ESPECIALIDAD 1	8. FECHA Año Mes Día	8. TRANSFERIDO AL SERVICIO ESPECIALIDAD 2	10. FECHA Año Mes Día
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Edad Sexo
Servicio / Especialidad			N° de Cama

HOJA AUTOMATIZADA DE EPICRISIS
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 8A

11. Procedimientos terapéuticos y Diagnósticos Realizados (Anotar en orden de importancia)

Nombre	CPT99
1	
2	
3	
4	
5	

Datos del Egreso del Servicio

12. FECHA Y HORA DE EGRESO: Año Mes Día Hora 13. ESTADIA TOTAL: días

14. TIPO DE ALTA: Alta por indicación médica Fuga
 Alta voluntaria o contra indicación médica Referencia

15. Coordinación de alta (Marca con un aspa o cruz): Curado Mejorado Inestable Fallecido

16. En caso de referencia indicar Establecimiento de destino:

17. Pronóstico (Marca con un aspa o cruz): Bueno Reservado Malo

18. Diagnóstico Principal: 1 CIE 10
 19. Diagnósticos Secundarios: 1 CIE 10
 2 CIE 10

Información sobre Mortalidad

20. Se realizó necropsia? (Marca con un aspa o cruz): Sí No

21. Indicar las causas de muerte:

Causa Final CIE 10
 Causa Intermedia
 Causa Básica

Información sobre Nacimiento y muerte Fetal / Perinatal

Información del nacimiento (Marca con aspa o cruz la condición y sexo)	22. Condición		23. Sexo		24. Peso	25. Talla	26. Edad	27. Fecha Nacimiento			
	Vivo	Muerto	M	F	Gramos	Cm.	Semanas	Año	Mes	Día	
Primero / Único											
Segundo											
Tercero											

Muerte Fetal / Perinatal

28. Causa Materna: 1 CIE 10
 2

29. Causa Fetal / Perinatal: 1 CIE 10
 2

Firma del médico _____ N° de colegiatura _____

HOJA AUTOMATIZADA DE EPICRISIS

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

47510613



S. VARGAS



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 09

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
NIVEL III-1

**HOJA DE IDENTIFICACION
FORMATO DE FILIACION**

DATOS DE FILIACION (Para ser llenado por el Admisionista)

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

N° Historia Clínica: _____

Apellidos: _____

Nombres: _____

CUVDNI N°: _____ Carnet Extranjería N°: _____ Pasaporte N°: _____

N° Seguro Social/SIS/ SOAT/Otros: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Factor Rh: _____

Dirección Domiciliaria Actual : _____

Domicilio de Procedencia: _____

N° Teléfono/Celular: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Religión: _____

Datos de Familiar/Acompañante

Nombre y Apellidos Familiar/Acompañante: _____

CUVDNI N°: _____ Carnet Extranjería N°: _____ Pasaporte N°: _____

Dirección Domiciliaria Familiar/Acompañante: _____

N° Teléfono/Celular Familiar/Acompañante _____



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 9A: Ficha Familiar

Ministerio de Salud
Hospital Nacional
Hipólito Unanue

DEPART. SERVICIO SOCIAL

FICHA DE IDENTIFICACIÓN SOCIAL

Fecha: / /

Nombre del Pac. _____

Domicilio: _____ Telefono: _____ H.C.: _____

Persona Responsable _____

Domicilio: _____ Telefono: _____ Esta asegurado? _____

Edad: _____

<= 18 () 5 Sin Inst. () 10 Sup. Tec. () 0 Sexo: F () Si () NO ()
 19-64 () 3 Primaria () 6 Sup. Univ. () M () Es-Salud ()
 65+ () 5 Sec. () 4 Otros ()

Ocupación Principal _____

Profs. () 0 Estudiante () 8 Comerciantes () 0 Pensionista () 0
 T. Calif. () 4 Est. Trab. () 6 S/Ocup. Ama casa () 10 Otro () 5

Ingreso Económico: Si:

1 - TENENCIA DE LA VIVIENDA _____ 3 MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN _____

Propia () Alquilada () Invasión () Alojado () Agregada () Guardiana ()
 Noble y acabado () 0
 Noble y sin acabar () 1
 Mixto: interiores y exteriores () 1

2 - HACINAMIENTO _____ 4 - SERVICIO DE DESAGÜE _____

N° de miembro del hogar _____
 Cuantos ambientes usa para dormir _____
 N° de miembros / N° de ambientes para dormir
 < 3 () 0 = 3 () 5 > 3 () 10

Tiene Sifo: Si () No ()

5 COMPOSICIÓN FAMILIAR

N°	Nombre y Apellidos	Estado Civil	Parentesco	Sexo	Edad	Grado de Instrucción	¿Es asegurado?	Ocupación Principal	¿Es mayor de 65 años?
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE Cod. Siga: 19349 47510193



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 12A

Día		MES																													
AÑO	DIA	HORA	M.M.																												
20																															
S.P.O.																															
PA.	TEMP.	F.R./F.C.		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
250																															
200																															
150	40																														
100	39																														
50	38	150																													
0	37	140																													
	36	130																													
	35	120																													
		110																													
		100																													
		90																													
		80																													
		70																													
		60																													
		50																													
		40																													
		30																													
		20																													
		10																													
TALLA PESO:																															
HEC:																															
SARAS CLÍNICAS:																															
VITIVOS:																															
FARMACOS:																															
PARENTERAL:																															
RELACIONES:																															
APELLIDOS Y NOMBRES				EDAD	SERVICIO	CAMA	HISTORIA CLINICA N°																								

RD N° 402 2010 - HNHU - DG

47510081

ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE



Anexo N° 13

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
 NIVEL III-1

BALANCE HIDRICO

Servicio: _____ N° Historia Clínica: _____ Cama N°: _____

Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm.

	TURNO	DE 7 A 1	DE 1 A 7	DE 7 A 7	TOTAL 24 HORAS	BALANCE	Firma, Sello Y Colegiatura de Enfermera
Ingresos	Oral					Día:	
	Parenteral					Ingresos:	
	Oxidación						
Egresos	Orina					Egresos:	
	Heces						
	Drenaje					Balance	
	Vómitos						
	P. Insens.						
Ingresos	Oral					Día:	
	Parenteral					Ingresos:	
	Oxidación						
Egresos	Orina					Egresos:	
	Heces						
	Drenaje					Balance	
	Vómitos						
	P. Insens.						
Ingresos	Oral					Día:	
	Parenteral					Ingresos:	
	Oxidación						
Egresos	Orina					Egresos:	
	Heces						
	Drenaje					Balance	
	Vómitos						
	P. Insens.						
Ingresos	Oral					Día:	
	Parenteral					Ingresos:	
	Oxidación						
Egresos	Orina					Egresos:	
	Heces						
	Drenaje					Balance	
	Vómitos						
	P. Insens.						

Observaciones: _____



S. VARGAS



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 14

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 NIVEL III-1

INTERCONSULTA

Servicio Interconsultado: _____
 Fecha : ____ / ____ / ____ Hora Interconsulta: _____
 N° Historia Clínica: _____ Cama N°: _____ Servicio: _____
 Nombres y Apellidos: _____
 Edad: _____ Sexo: _____

Motivo Interconsulta: Diagnóstico () Manejo Terapéutico () Procedimiento ()
 Transferencia () Alta () Otro ()

Descripción de los Hallazgos: _____

Diagnostico	Tipo Diagnostico			CIE 10
	P	D	R	

Firma, Sello y Colegiatura de Médico que solicita Interconsulta: _____

INFORME DE INTERCONSULTA

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____
 Descripción de los Hallazgos: _____

Diagnostico:	Tipo Diagnostico			CIE 10
	P	D	R	

Comentario y Sugerencias: _____

Exámenes y/o Procedimientos realizados o solicitados: _____

Firma, Sello y Colegiatura de Médico que Responde Interconsulta: _____



Anexo N° 15

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
NIVEL III-1

ORDEN DE INTERVENCION QUIRURGICA
(SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES)

Cirugía Programada Turno

Mañana	Tarde	Noche
--------	-------	-------

Emergencia

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Nombres y Apellidos: _____

N° Historia Clínica: _____ Cama N°: _____ Servicio: _____

Edad: ____ años ____ meses ____ días. Sexo: _____

CUVDNI N°: _____ C. Extranjería N°: _____ Pasaporte N°: _____

N° Seguro Social/SIS/ SOAT/Otros: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Factor Rh: _____ Hb: _____ Hto: _____

Dirección Domiciliaria: _____

Diagnostico: _____ CIE-10: _____

Procedimiento Quirúrgico: _____ CPT: _____

Día de Programación: ____ / ____ / ____ Tipo Anestesia: _____ Código: _____

Tiempo estimado de Cirugía: _____

Nombres y Apellidos de Cirujano/Médico Especialista: _____

Nombres y Apellidos de Primer Ayudante: _____

Firma y Sello
del Jefe Departamento/Servicio

Firma y Sello
del Cirujano

Firma y Sello
del Anestesiólogo



(40)

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 15A

**MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 NIVEL III-1**

REPORTE DE CENTRO QUIRURGICO

	HORA INICIO	HORA TERMINO
INTERVENC. QUIRURGICA		
ANESTESIA		

OPERACIÓN PROPUESTA	
OPERACIÓN REALIZADA	
OPERACIÓN DIFERIDA	
OPERACIÓN SUSPENDIDA	
NOMBRE Y APELLIDOS	
ANESTESIOLOGO	
TIPO DE ANESTESIA	

Marcar con una X:

MOTIVO SUSPENSION	TIEMPO OPERATORIO PROLONGADO		INGESTA DE ALIMENTOS		PACIENTE NO VINO	
	FALTA CIRUJANO		FALTA SOP ANALISIS		PACIENTE MEJORADO	
	FALTA ANESTESIOLOGO		INCOMPLETO		PACIENTE NO ACEPTA	
	FALTA INSUMO MEDICO		CUADRO CLINICO INESTABLE		FALTA INSUMO QUIRURGICO	

Marcar con una X:

QUIEN SUSPENDE	CIRUJANO	
	ANESTESIOLOGO	

HORA DE SUSPENSION	
---------------------------	--

 Firma y Sello
 del Cirujano

 Firma y Sello
 del Anestesiólogo



S. VARGAS

Anexo N° 16

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
NIVEL III-1

INFORME QUIRURGICO
(REPORTE OPERATORIO)

N°
Nombres y Apellidos: _____
Edad: _____ Sexo: _____
N° Historia Clínica: _____ Departamento: _____ Servicio: _____
Fecha: ____/____/____ Hora Inicio: _____ Hora de Terminó: _____
Tiempo Operatorio: _____ Tipo de Anestesia Usada: _____
Diagnostico Preoperatorio: _____
Diagnostico Postoperatorio: _____
Intervención Quirúrgica Programada: _____
Intervención Quirúrgica Efectuada: _____
Nombres y Apellidos de Cirujano: _____
Nombres y Apellidos de Anestesiólogo: _____
Nombres y Apellidos de Primer Ayudante: _____
Nombres y Apellidos de Segundo Ayudante: _____
Nombres y Apellidos de Instrumentista: _____
Pieza de Operación: _____

Examen Histopatológico y/o Bacteriológico: SI NO

Descripción de la Técnica o Procedimiento Quirúrgico: _____

Hallazgos Operatorios: _____

Complicaciones durante la Intervención Quirúrgica: _____

Estado y Destino del Paciente al Salir de SOP: _____

Cirujano responsable Interv.Qx: _____
Nombre y Apellidos

Firma, Sello y RNE



85



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 17

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 "HIPÓLITO UNANUE"

**HOJA DE EVALUACION
 ANESTESIOLÓGICA PRE-OPERATORIA**

FECHA
 HORA

NOMBRE H.C.
 PAB. CAMA
 H.M. EDAD PESO TALLA RELIGION: _____

DX Pre-Operatorio _____

OPERACION PROPUESTA : _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS : _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS : _____

EXAMEN CLINICO: T° _____ P.A. _____ PULSO _____ RESPIRACION _____

Ling. - Orolaringe _____ PULMONES _____

AP CARDIOVASCULAR _____ ABDOMEN _____

COJUMNA VERTEBRAL _____

EXTREMIDADES _____ NEUROLOGICO _____

EXAMEN AUXILIARES: Hb. _____ Hto. _____ Gpc. _____ Sag. RH _____

FECHA				ELISA HB Ag			
HEMOGLOBINA				T. PROTRONBINA			
HEMATOCRITOS				SEROLOGIA			
GLUCOSA				B DIRECTA			
UREA				B INDIRECTA			
CREATININA				TGO			
T. COAGULACION				TGP			
T SANGRIA				Rx PULMONES			

CONCLUSION: RIESGO QUIRURGICO _____ RIESGO OPERATORIO _____

CLASIFICACION ANESTESIOLÓGICA (A, A) 1 - 2 - 3 - 4 - 5

ANESTESIA GENERAL _____ MEDICACION PRE-ANESTESICA _____

ANESTESIA REGIONAL _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA _____

APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA	SERVIDOR	CAMA	HISTORIA CLINICA N°

ESCRIBAN EN LETRA LEGIBLE



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 17A

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE

EVALUACIÓN
PRE - ANESTÉSICA

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
 CONSULTORIO

HORA: _____
 FECHA: [][]/[][]/[][][][]

1) Tipo de Paciente: 1. Ambulatorio _____ 2. Hospitalizado _____ 3. Emergencia _____
 4. SOAT _____ 5. SIS _____ 6. Otros _____

2) Diagnostico: _____
 Intervención Quirúrgica Propuesta: _____

3) ANTECEDENTES: TBC _____ HTA _____ Cardiopatías _____
 Alergias _____ Transfusión _____ Diabetes _____
 Infartos _____ EPOC _____ Otros _____

4) ENFERMEDAD ACTUAL: _____
 5) Tiempo de enfermedad: _____ Tiempo Hospitalizado: _____
 6) Síntomas: _____

7) EXAMEN FÍSICO P. A. _____ Pulso: _____ Resp.: _____ T° _____
 Col. Lumbar _____ Tro. Mentonismo _____ Matampaty _____
 8) APARATO CARDIOVASCULAR: Riesgo Cx: _____
 9) APARATO RESPIRATORIO: Riesgo Neumológico: _____

10) EXAMEN DE LABORATORIO:
 Hb: _____ g/dl HT: _____ S. Glucosa _____ Urea _____ Creatinina: _____ Hemograma Completo: _____
 Proteína _____ Albumina: _____ Orina: _____ Reserva Alcal.: _____
 Tiempo de Coagulación: _____ Tiempo de Sangría: _____
 SEROLOGICAS VDRL: _____ HIV _____ HIB. _____ G. Sanguíneo: _____ RH: _____
 ACA: Ps O2 _____ FiO2 _____ Ph _____ PCO2 _____ HCO3 _____ Rx _____
 Otros (de acuerdo a la Patología): _____

11) TIPO DE ANESTESIA General: Espinal: Epidural:
 General E. V.: Bloqueo: Local Potencializado:
 ASA _____ Riesgo Anestésico: _____ Recetas: _____

12) PLAN DE ANESTESIA: Premedicación: _____
 Tipo de Anestesia: _____
 Conclusiones: _____

 Firma y Sello del Anestesiólogo CMP: _____

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

RFO N° 402-2010-HNUNUE-DC 4751043A

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SERVICIO	CAMA	HISTORIA CLINICA N°



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 18

HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

QUIROFANO N°

FECHA

HCJA DE ANESTESIOLOGIA N° N° Historia Clínica

Rev.

Población

Cama

Nombre Hora Turno

H - M - Edad Alt Peso R. O. 1 - 2 - 3 - 4

P.A. Pulso Respiración Temp. Hgb. Hct.

DIAGNOSTICO Pre - Operatorio GS - RH.

Operación Indicada: ASA

Complicaciones Pre - Operatorias Reintervención

HORA		15	30	45	15	30	45	15	30	45
PA	BIS (O)									
V V	ETCO2 mmHg									
A A	SPO2 %									
PULSO	FI O2 %									
OPE	°C									
ANES	DIURESIS									
TEMP	180									
ASPIR	160									
S	140									
	120									
	100									
	80									
	60									
	40									
	20									
P. ESP.	EXP.									
ASIS.	CONTR.									
AGENTES	OTROS									
	Sedante									
	Hipnótico									
	Narcótico									
	Relaj. Musc.									
	Coloides									
	SOL. SAL.									
	Producto Sangu.									

OBSERVACIONES

T. O. p. TIEMPO

INGRESO S.O.P.

INICIO ANESTESIA

T. T. INICIO OPERACION

FIN OPERACION

FIN ANESTESIA

SALIDA S.O.P.

Recuento GASAS C F Licenciada

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO

OPERACION REALIZADA

CIRUJANOS ANESTESIOLOGOS

ENF. INSTRUM. ENF. CIRCULANTE



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 18 A

PRE - MEDICACION			OBSERVACIONES EN INDUCCION		
DRUGAS	DOSIS	HORA	TAQUICARDIA	BRADICARDIA	HIPERTENSION
BENZODIAZEPINAS			HIPOTENSION	ARRITMIA	LARINGO ESPASMO
ATROPINA			BRONCOESPASMO	NAUSEAS	VOMITOS
METIDLOPRAMIDA			REGURGITACION	LESIONES BOCA Y OROFARINJE	LESIONES DIENTES
RANITIDINA			PCR	NINGUNA	RUSH CUTANEO
CORTICOIDES			OTROS		
ANTIBIOTICO			POSICION DEL PASIENTE		
ANALGESICOS			DEC DORSAL	DEC VENT	TRENDEL
OTROS			LAT DER	LAT IZQ	SENTADO
			LITOTOM	FOWLER	OTRA
METODOS DE ANESTESIA			OBSERVACIONES EN MANTENIMIENTO		
GENERAL		REGIONAL	TAQUICARDIA	BRADICARDIA	HIPERTENSION
INHALATORIA	EPIDURAL		HIPOTENSION	ARRITMIA	BRONCOESPASMO
BALANCEADA	RAQUIDEA		LARINGO ESPASMO	HIPOCAPNEA	HIPERCAPNEA
ENDOVENOSO	CAUDAL		SECRECIONES EN TET	MOV. PAC. CONP.	NAUSEAS
TIVA	BLOQUEO		VOMITOS	REGURGITACION	RUSH CUTANEO
SEDACIONALGESIA	SIMPLE		EDEMA AGUDO PULMON	OLIGURIA	ANURIA
TIPO CIRCUITO ANESTESICO	CONTINUA		PCR	OTROS	NINGUNA
SEMI ABIERTO	SEMI CERRADO	COMBINADA	RECUPERACION INMEDIATA		
VIA AEREA			ALDRETE MODIFICADO		
VENTILACIONAL INGRESO	ESPONTANEA	ASISTIDO	CONTROLADO	ACTIVIDAD	Sat pO2
EVOLUCION DE VIA AEREA	LARINGOSCOPIA e ENTUBACION			RESPIRACION	DOLOR
MALLAMPATI	<input type="checkbox"/>	CORMACK	<input type="checkbox"/>	CIRCULACION	NAUSEAS
D T M	<input type="checkbox"/>	N° INTENTOS	1 2-3 >3 [limos]	CONCIENCIA	TOTAL
APERTURA BUCAL	<input type="checkbox"/>	N° TUBO	NASAL NASAL ORAL	METODOS DE MONITORIZACION	
MOVILIDAD CABEZA	<input type="checkbox"/>	TIPO	SIMPLE ANILLADO	BKG	PANI
INSICIVOS SUPERIORES	<input type="checkbox"/>	DOBLE LUMEN	J D	ET CO2	Sat pO2
HANSEN		L.M.A.		PAI	PVC
ANESTESIA REGIONAL			CONDICION QUIRURGICA		
POSICION		N° INTENTOS		TIPO PROGRAMACION	ELECTIVA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/>
PUNCIÓN		N° DE AGUJA		N° DE CIRUGIAS PREVIAS	<input type="checkbox"/>
NIVEL				N° DE CESARIAS PREVIAS	<input type="checkbox"/>
ANESTESICO LOCAL	HIPO <input type="checkbox"/>	ISO <input type="checkbox"/>	HIPER <input type="checkbox"/>	REINTERVENCION POR EL MISMO CUADRO CLINICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
COADYUVANTE		CONCENTRACION		N° DE REINTERVENCIONES	<input type="checkbox"/>
COMPLICACION ANESTESIA REGIONAL			HOSPITALIZACION		AMBULATORIO <input type="checkbox"/>
FALLIDA <input type="checkbox"/>	PUNCIÓN VASCULAR	ADV	IN ADV	OTROS	
NINGUNA <input type="checkbox"/>	PUNCIÓN DURAMADRE	ADV	IN ADV		
BALANCE HIDRICO			DESTINO POSTERIOR		
			URPA <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/>	PISO <input type="checkbox"/> FALLECIDO <input type="checkbox"/>

INGRESO							EGRESO						
Hidrico/Hora	1h	2h	3h	4h	5h	6h	P. Hidricos/Hora	1h	2h	3h	4h	5h	6h
CiNa 0.9%							A. Ayuno						
Dextrosa 5%							A. Mantenimiento						
Poisena 3.5% - 4%							T Quirurgico						
Albumina							Diuresis						
Otros							Otro						
Total							Total						

Derivados sanguin:							P. Sanguineas:						
	1h	2h	3h	4h	5h	6h		1h	2h	3h	4h	5h	6h
Paquete globular							Frasco de aspirac						
Plasma fresco cong							Grasas y Dressing						
Plaquetas							Campo operatorio						
Crioprecipitados							Otro						
Sangre entera							TUBO NASAL						
Total							Total						

BALANCE HIDRICO TOTAL	BALANCE SANGUINEO TOTAL	* HTA = Hipertension Arterial	** PUNCAV = Puncion Advertida	<input type="checkbox"/> E.A.	- Caída Paciente <input type="checkbox"/>
INGRESOS	INGRESOS	Ita = Hipotension arterial	PUNCAV = Puncion Inadvertida		- Quemadura <input type="checkbox"/>
EGRESOS	EGRESOS	PCR = Paro Cardio Respiratorio	PUNCVASC = Puncion Vascul		- Otros _____
TOTAL	TOTAL	PR = Paro Respiratorio			
		S Anaf = Shock Anafilactico			
		ARRIT = Arritmia			
		BRAD = Bradicardia			

4751009G



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N°19

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPOLITO UNANUE
 ANESTESIOLOGIA Y
 CENTRO QUIRURGICO

**HOJA POST
 ANESTESICA**

SERVICIO DE
 RECUPERACION
 POST - ANESTESICA

FECHA Hora Ingreso Hora Salida
 DEFTO _____ Pab. Prog. Emerg. H. Clínica N°

	TIPO DE ANESTESIA	DROGA ó ANESTESICO ADMINISTRADO
GENERAL	1 INHALATORIA	
	2 ENDOVENOSO	
REGIONAL	1 EPIDURAL	
	2 RAQUIDEA	
	3 BLOQUEO	
LOCAL	1 INFILTRACION	
SEDACION CONSCIENTE	1	

ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA		15'	30'	1 h	2 h
ACTIVIDAD	2 Mueve todas las extremidades				
	1 Mueve dos extremidades				
	0 Completamente inmóvil				
RESPIRACION	2 Respiración profunda y tose.				
	1 Disnea, Hipoventilación				
	0 Apnea				
CIRCULACION	2 PA > 20% del nivel basal				
	1 PA = 20 a 49 % del nivel basal				
	0 PA < 50% del nivel basa.				
CONCIENCIA	2 Despierta				
	1 Responde al llamado				
	0 No responde al llamado				
SATURACION DE OXIGENO	2 ≥ 92 % sin Oxigeno				
	1 90 - 91% con Oxigeno				
	0 Menos del 90 % con Oxigeno				
DOLOR (EVA) Escala Verbal Analoga (0 - 10)	2 0 = No Dolor 10 = Peor Dolor				
	1 0 - 3 / 10				
	0 4 - 7 / 10				
NAUSEAS	2 No Nauseas				
	1 Nauseas				
	0 Nauseas y Vomitos				
TOTAL:					

BALANCE HIDRICO EN RECUPERACION	
INGRESOS	EGRESOS
Dextrosa	Vomito
Ciururo de sodio	Diuresis
Sangre	Sangrado
Otros	S. N. G.
TOTAL	TOTAL

Balance Hidrico =

SIGNOS VITALES					
	PA	FC	FR	TEMP.	SAT. O ₂
INGRESO					
ALTA					
CONDICION DE EGRESO:					

MEDICO ANESTESIOLOGO _____ CMP _____ ENFERMERA DEL SERVICIO DE RECUPERACION _____ GER _____
 APELLIDOS Y NOMBRES _____ EDAD _____ SERVICIO _____ CAMA _____ HISTORIA CLINICA N° _____

ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 20A

CONTROL PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de CPN (a/m/d)									
Edad Gest (semanas)									
Peso madre (Kg)									
Temperatura (°C)									
Tension art. (mm.Hg) Sistolica / Diastolica	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Altura Uterina (cm)									
Presentación (C/PT/NA)									
F C F (por min / NA)									
Mov fetal (+++++/SE)									
Edema (+++++/SE)									
Pulso materno (por min)									
Consejería PF (S/No/NA)									
Perf. biológica (H.S.S. 1 de 16 / N/N/N/N)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (S/No/NA)									
Establoc. de la atención									
Responsable del Control									

C = Celibata NA = No Aplica NSH = No se hizo P = Pánico SE = Sin Edema S/S = Sin Movimiento T = Transversa

OBSERVACIONES :

INDICACIONES:

Patologías Maternas (CIE 10) Sin patologías Fecha: Otros (CIE 10):

1:

2:

3:

Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

PATOLOGÍAS	CODIGOS	PATOLOGÍAS	CODIGO	PATOLOGÍAS	CODIGOS
ABORTO INCOMPLETO	O0295	EDEMA Y PROTERURIA X GESTA SMITA	O12	MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF	O86
ABORTO INCOMPLETO	O0290	EMBARAZO DOBLE	O000	CLIGOMEDRAMIOS	O416
ABORTO NO ESPECIFICADO (INCL. INDUC)	O08	EMBARAZO ECTOPICO	O00	OTRA PATOLOGIA MATERNA	O8699
ABORTO RETENIDO	O001	EMBARAZO PROLONGADO	O08	OTRAS COMP X TOP/ PARTO	O78
ABORTO SIN C	O080	EMBARAZO TRIPLE	O001	OTRAS ENF MAT EMB-PART-PUER	O09
ABORTO TERAPEUTICO	O04	EMBOLIA OBSTETRICA	O09	OTRAS OBSTRUCC DEL TOP	O08
AMENAZA DE ABORTO	O030	ENF MATER INFECC-PARAS EMB-PART-PUER	O08	OTROS TRANS LIQ AMNIOTICO Y MEMB	O41
ANEMIA EN EMB-PART-PUER	O090	FALSO TRABAJO DE PARTO	O07	PARTO PREMATURO (INCL. AMENAZA)	O80
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O040	FRACASO DE LA INDUCCION DEL TOP	O07	PLACENTA PREVIA	O04
ANOMALIA DYNAM DEL TOP	O02	GONORREA EMB-PART-PUER	O082	POLIHIDRAMNIO	O40
BALNEURIA ASINTOMATICA DEL EMB	R027	HEMATOMA OBST PELVIS	O17	PREECLAMPSIA NO ESPECIFICA	O148
CANCER CUELLO UTERINO	C50	HEMORR X ABORTO ECTOPICO O MOLAR	O06	RADILOGIA ANOMIA EN CPN	O04
CANCER DE MAMA	C25	HEPATITIS VIRAL	O081	RCIU	P05
CARDIOPATIA	Z867	HERPES GESTACIONAL	O094	RETEN PLACENTA/MEMB S/ HEMORRIG	073
CITOLOGIA ANORMAL EN CPN	O282	HIPERTENSION GRAVIDICA LEVE	O284	RUPURA PREMATURA MEMBRANAS	O42
COMP ANESTES EN PUERPERIO	O08	HIPERTENSION GRAVIDICA -TRANSMETABOL	O210	RUPURA UTERO EN TOP	O711
COMP ANESTES EN TOP/ PARTO	O14	INTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER	O10	SEPSIS PUERPERAL	O88
COMPLIC ANESTESIA EN EL EMB	O28	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O243	SIDA	R20
COMPLIC ESPECIFICAS DEL EMB MULTIP	O31	INFECC DEL TRACTO GENITAL	O236	SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART PUER	O081
COMPLIC VENOSAS EMBARAZO	O32	INFECC BOLSAS AMNIOT O MEMBRANAS	O411	TBC EMB-PART-PUER	O800
COMPLIC VENOSAS PUERPERIO	O37	INFECC DEL TRACTO URINARIO	O41	TOP OBSTRU X MAL POSIC FETAL	O64
DEFUNCION MATERNA TARDIA	O88	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07	TOP OBSTRU X PELVIS ANORMAL	O65
DEFICIENCIA DE EPISIOTOMIA	O801	INFECC MAMA ASOCIAD Q PARTO	O082	TOP PROLONGADO	O63
DEFICIENCIA DE SUTURA DE CESARIEA	O600	INFECCIONES PUERPERALES	O08	TOP/ PARTO COMPLIC X CORD LIMBIL	O89
DEPENDENCIA DE DROGAS	F10	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07	TOP / PARTO COMPLIC X SUFRIM FET	O88
DESARRO DIST DEL CUELLO UTERINO	O713	INVERSION DEL UTERO	O712	TOLERANC GLUCOSA ANORMAL	R730
DESARRO PERINEAL EN EL PARTO	O70	ISCHEMIZACION RHEUM	O380	TRANSFORMOS PLACENTARIOS	O43
DESNUCION EN EL EMBARAZO	O28	MALARIA	B50	TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO	O341
DESNUCION EN EL EMBARAZO	O28	MOLA HIDATIFORME	O01	ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	O283
DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO	O24	MUERTE INTRAUTERINA	O384		
DISTOCIA DE HOMBROS	O887				
ECLAMPSIA	O15				

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE



S. VARGAS

Anexo N° 20 B

Estado
 (ICMP) : Control Prenatal Aborto Parto Producto de la concepción Hipocico Embarazo Múltiple Aborto

Ingreso Fecha y Hora: / / : :
 Temperatura: PRESENTACIÓN: Cefálica TAMAÑO FETAL ACORDE: No SI INICIO: Espontáneo Rotas Inducido Integras Cesárea electiva MEMBR. AL INGRESO: Claro Verde Claro Verde oscuro LIQ AMNIOTICO: FECHA Y HORA DE RUPTURA: / / : :
 Medicación en Parto (Ver anexo) Sin medicación MEDICAMENTOS: 1. 2. 3.

Terminación: Fecha: / / : :
 TERMINACIÓN: Espontánea Forceps Cesáreas Vacuum DURACIÓN: Normal Prolongado Precipitado No aplica MUERTE INTRAUT: No hubo Durante embarazo Durante parto Momento desconocido INDIC. PRINC. PARTO CER. O INDUC. (Ver anexo) No hubo EPISIOTOMIA: No Si No aplica DESGARROS: No hubo Manual Spontáneos No aplica ALUMBRAM.: Manual Spontáneos PLACENTA: Incompleta Completa

Atención
 NIVEL: Médico Obstetris Interno Enfermera Aux. de Enfermera Estudiante Empírico o partera Familiar Otro PARTO LEGRADO NEONATO Parto o Legrado asistido por neonato atendido por

Recién Nacido
 Sexo: Fem Mas Peso: g < 2500 g < 1500 g Talla: mm P. Cef.: mm Temp: °C
 Edad por Ex. Físico: < 37 años APGAR: 4-7 0-3 Peso x Edad Gestacional: adecuada Pequeño Grande

Examen VIH: + No se hizo
Reanimación Respiratoria: No Oxígeno Bales y Mascaras Intubac. endotr.
S. Luética Rn: + No se hizo
VDR/RPR: + No se hizo
Exam. Físico: Normal Anormal Contacto piel a piel Si No
Alojamiento conjunto: Si No
Higiene Intimac.: Si No
Necropsia: Si No No Aplica sin dato
Tipo de Sangre: Grupo: A B AB O No se hizo
Rh: Rh+ Rh- No se hizo
Vitamina K: Si No
Profilaxis ocular: Si No
Vacunas RN: BCG: Si No Polio: Si No

Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

PATOLOGIAS	CODIGOS	PATOLOGIAS	CODIGOS
ANENCEFALIA Y MALF. CONG. SIMIL.	Q00	KERNICTERUS	P57
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	P21	LABIO LEPORINO	Q36
COAG. INTRAVASC. DISSEM.	P60	MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES	Q50
CONJUNTIVITIS NEONATAL	P391	MALFORMACIONES SIST. CIRCULATORIO	Q20
CONJUNCIÓNES DEL RN	P90	MALFORMACIONES SIST. DIGESTIVO	Q30
DEFORM. CONGENIT. CADERA	Q65	MALFORMACIONES SIST. RESPIRATORIO	Q30
DIARREA	A08	MALFORMACIONES SIST. URINARIO	Q60
DUCTUS ARTERIOLO PRISTENTE	Q230	MEMBRANA HIALINA	P22
EDEMA CEREB. X TRAUMAT. AL NAC.	P110	MENINGITIS	Q00
ENCEFALOPATÍA	Q31	NEUMONIA CONGENITA	P23
ENFERMEDAD HEMORR. FETO/RN	P53	ONFALITIS RN C/S. HEMORRAG. LEVE	P98
ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS	P35	OTRA PATOLOGIA DEL RN	P9999
ENFS. INTERS. Y OTRAS PERINAT.	P25	OTRAS AFEC. DEL PERIODO PERINAT.	P96
ENTEROCO. NECROTIZ. FETO/RN	P77	OTRAS AFEC. DEL PERIODO PERINAT.	P96
ESPIÑA BIFIDA	Q05	OTRAS ALTERA. METAB.-ELECTROL. RN	P76
FETO/RN AFECT. X ANEST. ANALG.	P040	OTRAS ANEMIAS DEL RN	P264
FETO/RN AFECT. X COORD. ANOMALIS	P027	OTRAS ENF. AFEC. PARASIT. CONGEN.	P37
FETO/RN AFECT. X COMP. COORD. LIMB.	P025	OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES	P54
FETO/RN AFECT. X CONPL. MATER.	P008	OTRAS MALFORMACIONES	Q88
FETO/RN AFECT. X OXICOGEN. URINARIO	P012	OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN	P32
FETO/RN AFECT. X PARTO CON FORCEPS	P032	OTROS TRANS. ENDOCR. TRANSIT.	P61
FETO/RN AFECT. X PARTO CON VENTOSA	P033	OTROS TRANS. HEMATOL. PERINAT.	P30
FETO/RN AFECT. X POLIURAMINOS	P013	OTROS TRANS. PERINAT. DIGESTIVOS	P30
FETO/RN AFECT. X PROLAP. COORD. LIMB.	P028	OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM.	P45
HEPATA. PALSAZ	G35	PERDIDA DE SANGRE FETAL	P98
HEMORR. CEREBRAL Y TRAUM. AL NAC.	P51	PROBLEMA DE INGESTION ALIMENTOS	P82
HEMORR. INTRACRAN. NO TRAUMAT.	P52	REACC. INTORNIC. X DROGAS	P83
HEMORR. PLUM. PERINATAL	P26	RETARDO CRECIM. Y DESMUT. FETAL	P05
HEMORR. UMBILICAL DEL RN	P51	RETINOPATIA DEL PREMATURO	H35
HEPATA. PALSAZ	K40	SEPSIS BACTERIANA DEL RN	P96
HIDROCEFALIA	Q03	SIFILIS CONGENITA	A50
HIDROPES FETAL X ENF. HEMOLITICA	P56	SINDROME DE COWEN	Q80
HIPOCALCEMIA NEONATAL	P711	SINDROME DE ASPIRACION NEONATAL	P24
HIPOCLEMIA NEONATAL	P704	TADUQUEA TRANSITORIA	P221
HIPOMAGNESEMIA NEONATAL	P712	TERANOS NEONATAL	A53
HIPOTENSION SHOCK	R57	TRANS. RELAC. CON RN	P07
HIPOTERMIA DEL RN	P80	TRANS. X ENB. PROLONG. Y SOBREPESO	P08
HIPURIA INTRAUTERINA	P20	TRANS. CARDIOVASC. PERINATAL	P29
ICTERICIA NECO X CAUSAS NO ESPECIF.	P55	TRANS. TONO MUSCULAR RN	P54
ICTERICIA NECO X HEMOLISIS EXCESIVA	P58	TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER	P12
ILEO MECONIAL	P75	TRAUMA ESQUELETO AL NACER	P13
INCOMPATIB. ABO FETO/RN	P51	TRAUMA SIST. NERVIOSO PERIFERICO	P14
INCOMPATIB. RH FETO/RN	P50		

MINISTERIO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 20C

E G R E S O S Y R E I N G R E S O	Egreso Materno Fecha: <u> </u> Egreso : <input type="checkbox"/> Sane <input type="checkbox"/> Con Parto <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim. : _____ <input type="checkbox"/> Dx. Traslado : _____ <input type="checkbox"/> Establ. Trasl. : _____ <input type="checkbox"/> Alimento : <input type="checkbox"/> Pecho solo <input type="checkbox"/> Pecho y Artificial <input type="checkbox"/> Artificial solo <input type="checkbox"/> No Aplica Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	Egreso Materno Fecha: <u> </u> Egreso : <input type="checkbox"/> Sane <input type="checkbox"/> Con Parto <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim. : _____ <input type="checkbox"/> Dx. Traslado : _____ <input type="checkbox"/> Establ. Trasl. : _____ <input type="checkbox"/> Anticoncepción : <input type="checkbox"/> Abstinencia Periodica : <input type="checkbox"/> Progést. Inyectable : <input type="checkbox"/> Condón : <input type="checkbox"/> Progést. Orales : <input type="checkbox"/> DIU : <input type="checkbox"/> Sólo Consejería : <input type="checkbox"/> Ligadura Tubaria : <input type="checkbox"/> Ninguno : <input type="checkbox"/> MELA : <input type="checkbox"/> Otros : <input type="checkbox"/>				
	Reingreso Materno Fecha: <u> </u> Reingreso : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Diagnóst. : _____ Fecha egreso: <u> </u> Egreso : <input type="checkbox"/> Sane <input type="checkbox"/> Con Parto <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim. : _____ <input type="checkbox"/> Dx. Traslado : _____ <input type="checkbox"/> Establ. Trasl. : _____ <input type="checkbox"/>	Reingreso Materno Fecha: <u> </u> Reingreso : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Diagnóst. : _____ Fecha egreso: <u> </u> Egreso : <input type="checkbox"/> Sane <input type="checkbox"/> Con Parto <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim. : _____ <input type="checkbox"/> Dx. Traslado : _____ <input type="checkbox"/> Establ. Trasl. : _____ <input type="checkbox"/>				
	Control del RN : No <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Fecha : <u> </u>	Control del RN : No <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Fecha : <u> </u>				
	INDICACIONES AL ALTA					
	FIRMA DEL RESPONSABLE					
	EPI-CRISIS					
	INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION					
	Dato CESARIA ANTERIOR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO DESPROPORCION FETO-PELVICA ALTERACION DE LA CONTRACTILIDAD PARTO PROLONGADO FRACASO DE INDUCCION DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC EMBARAZO GEMELAR	RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO PRETERMINO POSTERMINO PRESENTACION PODALICA VARIEDADES POSTERIORES SITUACION TRANSVERSA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SOSP. O CERTEZA INFECCION OVUL PLACENTA PREVIA	DESPREND. PLACENTA NORMO INSERTA ROTURA UTERINA TOXEMIA (EPHGESTOSIS) HERPES GENITAL CONDILOMATOSIS GENITAL OTRA ENFERMEDAD MATERNA MORTINATO AGOTAMIENTO MATERNO OTRA			
	MEDICACION ANESTESIA LOCAL ANESTESIA REGIONAL ANESTESIA GENERAL ANALGES TRANQUIL OXITOCINA	MEDICAMENTOS BUPRIVACAINA LIDOCAINA Y SIMILARES BUPRIVACAINA LIDOCAINA Y SIMILARES JIDOCAINA- BUPICAINA ETER HALOTANO KETAMINA CLORHIDRATO OXIDO NITROSO TIOPENTAL SODICO ACIDO ACETIL SALICILICO CODEINA DIAZEPAM IBUPROFENO METAMIZOL MORFINA PARACETAMOL PEFIDINA (MEPERIDINA) OXITOCINA	MEDICACION ANTIHIPERTENSIVO ANTIIBIOTICO	MEDICAMENTOS MEDICAMENTOS ANTAGONISTAS DEL CALCIO ATENOLOL CAPTOPRIL NIFEDIPINA METILDOPA NITROGLICERATO DE SODIO AMIKACINA AMOXICILINA AMPICILINA AMPICILINA - GENTAMICINA CEFALOSPORINAS CEFALOSPORINAS AMINOGLUCOSIDOS CLORAMFENICOL ENTROMANCINA GENTAMICINA PENICILINA PENICILINA - GENTAMICINA PENICILINA - GENTAMICINA - CLORAMFENICOL	MEDICACION SANGRE ANTICOAGULSIONANTE OTRA MEDICACION	MEDICAMENTOS PAQUETE GLOBULAR PLAQUETAS PLASMA DIFERILNANTORNA SULFATO DE MAGNESIO ANINAS SIMPATOMIMETICAS AMINOPLINA ANTIESPASMODICOS ANTIPROSTAGLANDINAS BETA BLOQUEANTES BETA BLOQUEANTES BETA BLOQUEANTES MUSCULARES CARDIOTONICOS CORTICOIDES DIURETICOS HEPARINA INSULINA METFORMAZOL PROSTAGLANDINAS



Anexo N° 21

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
NIVEL III-1

NOTAS DE OBSTETRICIA

Nombres y Apellidos: _____
Edad: _____ Cama N°: _____
N° Historia Clínica: _____ Departamento: _____ Servicio: _____
Fecha: ____/____/____ Hora Ingreso: _____

Estado Actual de Ingreso de la Paciente al Servicio: _____

Breve Descripción de la Condición del Paciente:
Funciones Biológicas: Sueño: _____ Orina: _____ Deposiciones: _____

Examen Físico
Funciones Vitales:
T°: _____ P. Arterial: _____ mmHg FR: _____ FC: _____ Sat O2: _____ FiO2: _____
Examen General: _____

Evolución en 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.



95



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 22

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPÓLITO UNANUE

DEPARTAMENTO DE
 ODONTOESTOMATOLOGÍA

ODONTOPEDIATRIA

NOMBRE: _____ H. C. _____
 EDAD SEXO: M F DISTRITO: _____ FECHA:

I.: ANTECEDENTES

TIPO DE LACTANCIA : Materna Artificial Mixta HABITOS : Succ. dedo Resp. bucal Otros
 VACUNAS : Completas Incompletas ALERGIAS : FARMACOS ANESTESICOS ALIMENTO OTROS
 COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO : Colabora No colabora

ESTADO DE SALUD GENERAL: _____

ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO ACTUAL MENTE ? SI NO
 Cual ? _____ Porqué ? _____

EL NIÑO PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O SUFRE DE: _____

EL NIÑO A TENIDO: HOSPITALIZACIONES: Porqué / Fecha _____
 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS

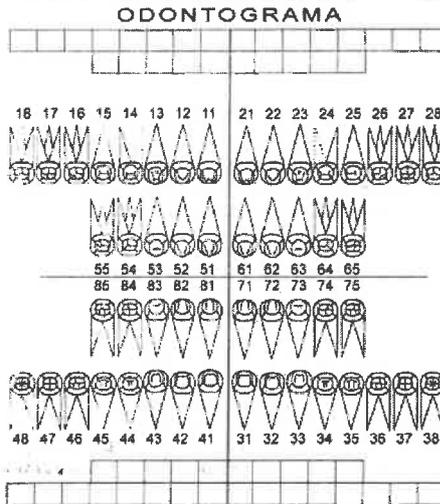
II.: EXAMEN CLÍNICO

A.- EXTRA ORAL: _____

B.- INTRA ORAL: _____

LABIOS _____ PALADAR _____ CARRILLOS _____
 CUELLO _____ ENCIAS _____ A. T. M. _____
 LENGUA _____ OCLUSION _____ OROFARINGE _____
 DIENTES _____ HIGIENE _____

C.- RIESGO DE CARIES (CUALITATIVO) _____



DIAGNOSTICO: _____

OBSERVACIONES: _____

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

47510535



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 23

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPÓLITO UNANUE

HISTORIA CLÍNICA

DEPARTAMENTO DE
 ODONTOSTOMATOLOGÍA
 SERVICIO DE ORTODONCIA
 Y
 ORTOPEDIA FUNCIONAL

FECHA

H. C.

I. ANAMNESIS

1. Fijación

Nombre Edad

Sexo M F F.N. Procedencia:

Grad. Inst. Pr Sc Tc Sp Pl Ocupación:

Dirección: Teléfono:

2. Motivo de consulta

3. Historia Médica

4. Antecedentes Familiares

5. Antecedentes Fisiológicos

6. Antecedentes Odontológicos

II. EXAMEN CLÍNICO

1. General

Peso: Talla:

2. Exofacial

a. Extra oral

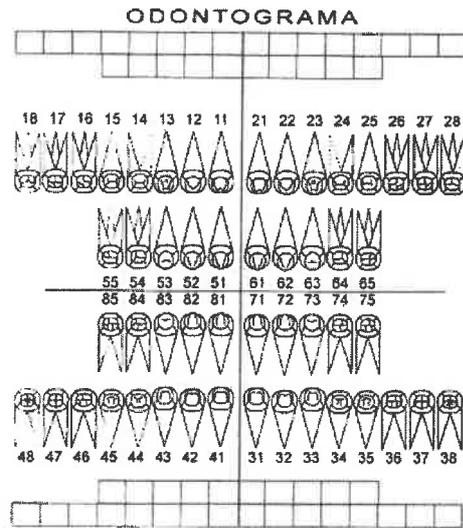
F. Cráneo F. Cara
 Sin. Facial Ton. Musc.
 ATM
 Perf. Pref. Vertical
 Deglución Fonación
 Labios
 Respiración Hábitos

b. Intraoral

Vestibulo Frenillos
 Encias Pal. Blando
 Pal. Duro Orofaringe
 Pro. de boca Lengua
 Canales Restauraciones
 Forma de arco Superior Inferior
 RMI RMI RCD RCI
 Over Bite Over Jet



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE



Línea Media



Diastemas _____ Curva de spee _____
 Apilamiento: Superior _____ Inferior _____
 Mord. Cruzada _____ Mord. Abierta _____

Diagnostico presuntivo _____

Plan de trabajo para el diagnostico

- Fotografias ()
- Radiografias
 - * Panorámica ()
 - * Cefalometria * Lateral () * Frontal ()
 - * Cargal ()
- Periapicales () _____
- Bite Wing () _____
- Oclusal () _____
- Otras () _____

Interconsulta _____

Interpretación _____



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Diagnostico Definitivo _____

Objetivos del tratamiento _____

Plan de tratamiento

Ortodoncico	<input type="checkbox"/>		Ortodoncico - Quirúrgico	<input type="checkbox"/>	
Extracciones	Superior	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	Inferior	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Anclaje	Superior	Máximo	<input type="checkbox"/>	Mediano	<input type="checkbox"/>
	Inferior	Máximo	<input type="checkbox"/>	Mediano	<input type="checkbox"/>
Aparatología	Superior Fika	<input type="checkbox"/>	Removible	<input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
	Inferior Fika	<input type="checkbox"/>	Removible	<input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
Técnica	Edge wise	<input type="checkbox"/>	Arco recto	<input type="checkbox"/>	

Aparatología adicional _____
 Tiempo aproximado de tratamiento _____

EVOLUCION



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Resultados _____

Interpretación _____

Fecha

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

	1	NORMAL	D S +/-	INICIAL
1	N - A // F	1 mm		
2	N - B // F	- 5.5 mm		
3	N - A - Pg >	4°		
4	PROJ USP	-3 a 5.5 mm		
5	I - PP >	111°	3	
6	I - MP >	95°	5	
7	I - I >	131°		
8	I - A vert.	4 - 6 mm		
9	I - A Pg	1.5 mm	1	
10	BCA / LC	1 / 1		

ANÁLISIS DE MODELOS
DENTICIÓN MIXTA / PERMANENTE
ESPACIO DISPONIBLE

--	--

PREDICCIÓN DE ESPACIO

Σ 52 51.41.42	

ESPACIO DISPONIBLE
 ESPACIO REQUERIDO
 DISCREPANCIA

Σ 52 51.41.42	

TOTAL



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPÓLITO UNANUE

DEPARTAMENTO DE
 ODONTOESTOMATOLOGIA

FICHA PERIODONTAL

NOBRE : _____ H.C. : _____

A.- MOLESTIAS PRINCIPALES: _____

B.- HISTORIA PERIODONTAL PREVIA:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.- ¿HA TENIDO PROFILAXIA RUTINARIAMENTE? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2.- ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PERIODONTAL? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3.- ¿HA RECIBIDO ALGUNO DE LOS ANTES MENCIONADOS? ¿HA SUFRIDO ALGUNO DE LOS ANTES MENCIONADOS ALGUNAS VECES QUE SUFRÍA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

C.- HIGIENE:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| 1.- FRECUENCIA DE CEPILLADO POR DIA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| 2.- ¿HA RECIBIDO INSTRUCCION SOBRE CEPILLADO? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| 3.- TIPO DE CEPILLADO: | MANUAL <input type="checkbox"/> | ELECTRICO <input type="checkbox"/> | DURO <input type="checkbox"/> |
| | MEDIANO <input type="checkbox"/> | BLANDO <input type="checkbox"/> | |
| 4.- USO DE OTROS ELEMENTOS: | WATER PICK <input type="checkbox"/> | ENJUAGATORIOS <input type="checkbox"/> | |
| | HILO DENTAL <input type="checkbox"/> | PUNTAS DE JEBE <input type="checkbox"/> | |

D.- OBSERVACION GENERAL DEL PACIENTE:

- TIENE MOLESTIAS TALES COMO
- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| 1.- SANGRADO DE ENCIAS <input type="checkbox"/> | 6.- MAL ALIENTO <input type="checkbox"/> | |
| 2.- HINCHAZON DE ENCIAL <input type="checkbox"/> | 7.- SEPARACION DIENTES ANTERIORES <input type="checkbox"/> | |
| 3.- PERDIDA DE DIENTES <input type="checkbox"/> | 8.- PROBLEMAS DE OGLUCION <input type="checkbox"/> | |
| 4.- DIENTES SENSIBLES <input type="checkbox"/> | 9.- RECHINAN, DIENTE DIA <input type="checkbox"/> | NOCHE <input type="checkbox"/> |
| 5.- IMPACTO ALIMENTICIO <input type="checkbox"/> | 10.- RESPIRACION BUCAL <input type="checkbox"/> | |

E.- DESCRIPCION GINGIVAL:

- | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| * COLOR : | rosado <input type="checkbox"/> | rojo <input type="checkbox"/> | azul <input type="checkbox"/> |
| * TAMAÑO : | bulbosa <input type="checkbox"/> | delgada <input type="checkbox"/> | |
| * CONTORNO : | regular <input type="checkbox"/> | irregular <input type="checkbox"/> | |
| * TEXTURA : | lisa <input type="checkbox"/> | puntilla <input type="checkbox"/> | |
| * CONSISTENCIA : | firme <input type="checkbox"/> | blanda <input type="checkbox"/> | |
| * SANGRADO : | expontáneo, cuando se sondea <input type="checkbox"/> | | |
| | leve <input type="checkbox"/> | | |
| | profuso <input type="checkbox"/> | | |
| * SUPURACION : | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| * CANTIDAD DE ENCIAS ADHERIDA : | ADECUADA <input type="checkbox"/> | INADECUADA <input type="checkbox"/> | |

F.- HALLAZGOS CLINICOS PERIODONTALES : _____

G.- HALLAZGOS RADIOGRAFICOS :

Pérdida de hueso: generalizada o localizada, horizontal o vertical, compromiso de furcación, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, otros hallazgos.

H.- DIAGNOSTICO : _____

I.- PRONOSTICO :

PRONOSTICO GLOBAL : a) Arco Maxila _____ b) Arco Mandibular _____
 DIENTES ESPECIFICOS CON PRONOSTICO DIFERENTE AL GLOBAL

FICHA PERIODONTAL



INDICE DE HIGIENE ORAL

PERIODONCIA _____ H.C.: _____

	SUPERIORES			INFERIORES			NP	SU	O
	M	I	M	M	I	M			
P. B.									
CALCULO									

PACIENTE: _____ FECHA: _____

	SUPERIORES			INFERIORES			NP	SU	O
	M	I	M	M	I	M			
P. B.									
CALCULO									

PACIENTE: _____ FECHA: _____

	SUPERIORES			INFERIORES			NP	SU	O
	M	I	M	M	I	M			
P. B.									
CALCULO									

PACIENTE: _____ FECHA: _____

	SUPERIORES			INFERIORES			NP	SU	O
	M	I	M	M	I	M			
P. B.									
CALCULO									

PACIENTE: _____ FECHA: _____

FICHA PERIODONTAL

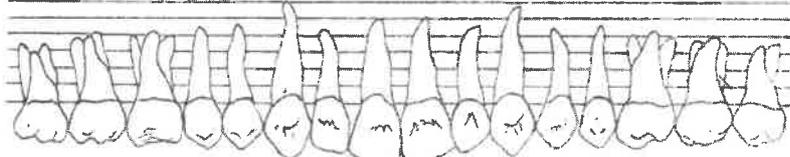
47510456



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

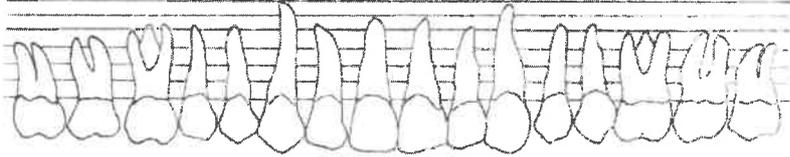
HALLAZGOS CLÍNICOS PERIODONTALES

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
S/BP Palatino																
S/BP Vestibular																
Movilidad																
Pronóstico																

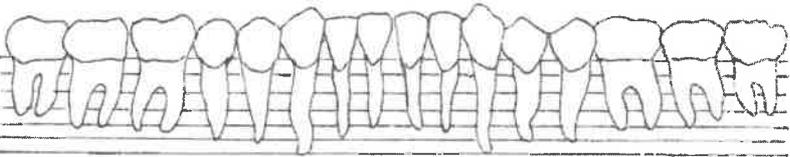


Lesiones de Furca

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

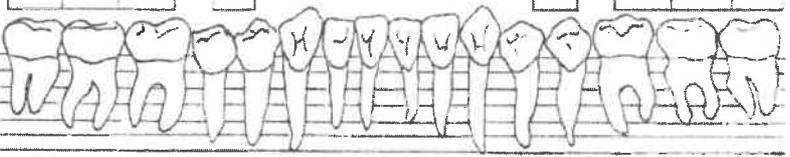


Oclusión Lesiones de Furca



Lesiones de Furca

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



S/BP Vestibular

Lingual																
Movilidad																
Pronóstico																

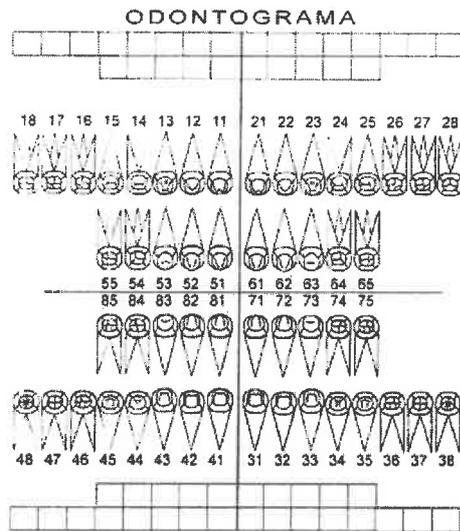
FICHA PERIODONTAL

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 49512456



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE



FECHA	TRABAJOS EFECTUADOS	FECHA
	/	

MINISTERIO DE SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

4751



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

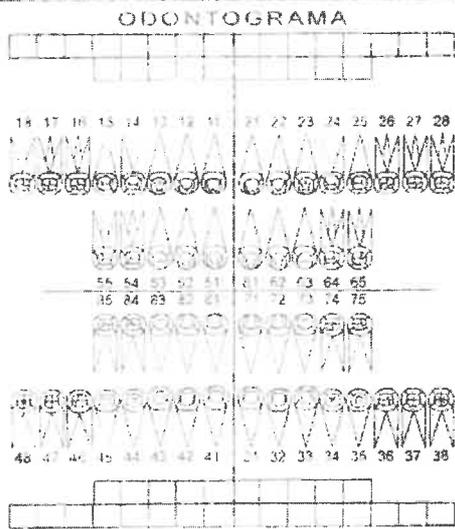
MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPÓLITO UNANUE

**FICHA CLINICA
 DE ENDODONCIA**

DEPARTAMENTO DE
 ODONTOESTOMATOLOGIA

NOMBRE: _____ H.C.

FECHA:



Rx. DIAGNOSTICO

Rx. CONDUCTOMETRIA

Rx. OBTURACION

PRIMERA SECCION

- A. APERTURA CAMERAL
- B. PULPOTOMIA
- C. CONDUCTOMETRIA
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4

SEGUNDA SECCION

- D. EXERESIS
- E. PREPARACION DE CONDUCTOS 1 RA. PARTE
- F. PREPARACION BIOMECANICA
- G.
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4.

TERCERA SECCION

- H. OBTURACION
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4.



Anexo N° 24



SOLICITUD DE ANÁLISIS CLÍNICO

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____
 DNI: _____ EDAD: _____ TELEFONO: _____
 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____
 MEDICO: _____
 CONSULTORIO HOSPITALIZADO EMERGENCIA
 FECHA: _____
 N° SOLICITUD: _____ PABELLON: _____
 N° H. CLINICA: _____ N° CAMA: _____
 HORA DE RECEPCION DE SOLICITUD: _____
 HORA DE TOMA DE MUESTRA: _____

INMUNOLOGIA		HEMATOLOGIA		BIOQUIMICA		OTROS	
82746	ACIDO FOLICO SERICO	83325	INSULINA TOTAL BASAL	85651	VSG	80076	PERFIL HEPATICO
86000	ASUTIMUNONES PARA TYPHANI TYP Y BANGELLA	83002	INSULINA TOTAL POSTPRANDIAL	84530	ACIDO URICO EN SANGRE	80061	PERFIL LIPIDICO
82705	ALFA-FETOPROTEINA SERICA	89182	LA	84580	ACIDO URICO OTRA FUENTE	84155	PROTEINAS SERICAS TOTALES
86035	ANA	83970	PARATORMONA	82820	ACID	84180	PROTEINURIA 12-24 HORAS
86347	ANTI CONTROL INHIBIDOS MIMICOS UNDESERICA	80090	PERIL TORCH IGG	82150	ALBUMINA SERICA	82270	SANGRE CULTIVADA (L1) BETA 2 MICROTUBULAS
82800	ANTI CCP	84106	PERIL TORCH IGM	82140	AMALASIA	84450	SEMEN - ESPERMATOGRAMA
86800	ANTICUERPO CONTRA LA PEROXIDASA	84166	PERIL TORCH IGA	81000	ANALISIS DE ORINA PARA EL ANALISIS DE REACTIVO	84460	TGO
86844	ANTICUERPO CONTRA LA TIROGLUCOLINA	84154	PSA TOTAL	82347	ANALISIS DE ORINA PARA EL ANALISIS DE REACTIVO	84478	TRIGLICERIDOS
86845	ANTICUERPO IGG PARA CITOSEGALOMIAS	84152	PSA LIBRE	82340	ANALISIS DE ORINA PARA EL ANALISIS DE REACTIVO	84484	TRIGLICERIDOS
86877	ANTICUERPO PARA HELICOBACTER PYLORI	86782	RUBEOLA IGG	82330	CALCIO EN ORINA	84450	UREA ORINA
87903	ANTICUERPO PARA HEMATITIS C	86782	RUBEOLA IGM	82310	CALCIO TOMIZADO	84450	UREA SANGRE
87901	ANTICUERPO PARA HTLV-1 Y HTLV-1	86582	TEST C. LITANO PARA SERS NORL PER ANT	82300	CALCIO TOTAL	83719	VIDL
89534	ANTICUERPO PARA HANTA VIRUS SPP2	84439	TROXINA LIBRE T4 L	82350	CK-MB, TOTAL		
86834	ANTICUERPO PARA HANTA VIRUS SPP2 BSA	86059	TROXINA TOTAL T4	82350	CK-MB, TOTAL		
88197	CA	86078	TITULACION DE ANTIESTEROLISMA O (ASTO)	82465	CREATININA EN SANGRE		
88197	C3	86778	TOXOPLASMA IGM	82575	DEPURACION DE CREATININA		
86316	CA125	86777	TOXOPLASMA IGG	80051	RESERVO EN ORINA PARA 12 HORAS		
86316	CA15-3	84450	TRYPOTIRONINA T3 TOTAL (T-3)	80051	ELECTROLITO SERICO		
89160	CA19-9	84443	TSH	84099	ESTRADIOL		
89162	CANCA	82607	VITAMINA B-12	84075	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
82378	CEA			84100	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
87945	CHAGAS ELISA			84105	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
82333	CORTISOL TOTAL			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
86340	ESTRADIOL			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
86340	FACTOR REUMATOIDEO CUALITATIVO			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
82728	FERRITINA			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
83001	FSH			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
86781	FTA ABSORBIDO			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
84702	HCG CUANTITATIVA			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
86709	HCG CUANTITATIVA			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
86709	HEPATITIS A IGM			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
86705	HEPATITIS B (HBCAB) IGM			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
86704	HEPATITIS B (HBCAB) IGM			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
86705	HEPATITIS B (HBCAB) IGM			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		
82740	HEPATITIS B (HBCAB) IGM			82813	ESTRADIOL/TESTOSTERONA EN SANGRE		

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: _____ N° CAP: _____
 4/5/10/28



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 24A

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE
 DPTO DE PATOLOGIA CLINICA

SOLICITUD DE EXAMEN
DE LABORATORIO
MICROBIOLOGIA

Código N°

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombres _____
 DNI.: _____ Tif.: _____ HC.: _____
 Sexo M F Edad años días Pabellón Cama
 Consultorio _____ Antibioticoterapia NO SI

Diagnóstico: _____ Tipo de Muestra: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 87040 Hemocultivo y antibiograma | <input type="checkbox"/> 87179 Coprológico funcional |
| <input type="checkbox"/> 87045 Coprocultivo y antibiograma | <input type="checkbox"/> 87205 Reacción inflamatoria |
| <input type="checkbox"/> 87046 Mielocultivo y antibiograma | <input type="checkbox"/> 89100 Enteroest: cuenta encapsulada |
| <input type="checkbox"/> 87087 Urocultivo y antibiograma | <input type="checkbox"/> 87177 Parasitológico directo |
| <input type="checkbox"/> 87102 Cultivo para hongos | <input type="checkbox"/> 87177 Parasitológico concentrado |
| <input type="checkbox"/> 87220 Examen directo para hongos | <input type="checkbox"/> 87172 Test de Graham |
| <input type="checkbox"/> 87070 Cultivo de secreción | <input type="checkbox"/> 87177 Parásitos Oportunistas |
| <input type="checkbox"/> 87070 Cultivo de líquidos y corporales | <input type="checkbox"/> 87045 Coprocultivo para Campylobacter |
| <input type="checkbox"/> 87181 Cultivo para anaerobios | <input type="checkbox"/> 87045 Coprocultivo para Vibrio |
| <input type="checkbox"/> 87205 Coloración GRAM | <input type="checkbox"/> Colora Coprocultivo para Campylobacter |
| <input type="checkbox"/> 87210 Test Tinta China (LCR) | <input type="checkbox"/> Test Ti Coprocultivo para Vibrio |
| <input type="checkbox"/> 87070 Cultivo de punta de Cateter | Cultivo _____ |
| <input type="checkbox"/> 87070 Cultivo cuantitativo ml | Cultivo <input type="checkbox"/> _____ |

NOMBRE	OBSERVACIONES
FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE	FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
hora de toma de muestra:	Fecha y Hora de Recepción:



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 24B

RESULTADO

SEDIMENTO DE ORINA:

Leucocitos: _____
 Hematies: _____
 Celulas epiteliales: _____
 Celulas del tracto urinario: _____
 Cilindros: _____
 Cristales: _____
 Germenes: _____
 Otros: _____

Coloracion Gram: _____
 Examen directo Hongos: _____
 Tinta china: _____

Pruebas adicionales:

Coagulasa:	_____
Oxidasa:	_____
Catalasa:	_____

Panel de Identificacion automatizado:

Anamnesis:

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

	1er	2do	3ro	4to	5to
MacConkey					
Manitol					
A. sangre:					
A. chocolate:					
Tioglicolate:					
XLD:					
SS:					
TCBS:					
Selenito:					
TSI					
LIA					
Citrato					
Urea					
Mio					

Agente aislado:

a) _____
 b) _____

Heces:

Macroscopia: color: _____
 consistencia: _____
 Microscopia: _____

Coloracion:

Test de Graham: _____
 Cuerda encapsulada: _____
 Coprofuncional: _____
 Leucocitos: _____
 Hematies: _____
 Grasas: _____
 Sustancias reductoras: _____
 Thevenon: _____
 Otros: _____

53993



(14)

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 24C

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE



SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA

1. DISA/DIRESA: _____ Red de Salud: _____

EESS: _____ 2. Servicio: _____ Cama N°:

3. _____ Edad: Sexo: M F

A. Paterno A. Materno Nombre

Hist. Clínica: D. N. I.: Telefono:

Dirección: _____

Provincia: _____ Distrito: _____

Referencia: _____ Correo electronico: _____

4. Tipo de Muestra: Espudo: Otro: Especificar: _____

5. Antecedentes de tratamiento: Nunca Tratado Antes tratado: Recaida: Abandono Recup: Fracaso

6. Diagnosticos: S.R. Seg. Diagnóstico Rx Anormal Otro

7. Control de tratamiento: Mes Esq. TB sensible Esq. DR Esq. MDR Esq. XD.R Otros

8. Ex. solicitado: Baciloscopia: 1ra M 2da M Otras (especificar N°) Cultivo:

Prueba de Sensibilidad: Rápida: Especificar: _____ Convencional: Especificar: _____

Otro examen (especificar): _____

9. Factores de riesgo TB resistente a medicamentos: _____

10. Fecha de obtención de la muestra: 11. Calidad de la muestra: Adecuada:

Insuficiente:

12. Datos del solicitante: Apellidos y Nombres: _____

Telefono celular: _____ Correo: _____

13. Observaciones: _____

47510275



S. VARGAS

Anexo N° 24D

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE

**PROVISION
DE SANGRE**

DPTO. DE LABORATORIO
BANCO DE SANGRE

H. C. NR.

PACIENTE: EDAD

CONSULTORIO: PAB. CAMA HB/HTO G.S.

DIAGNOSTICO T. OPERACION

TRANSF. SOP TRANSFUSION PISO DEVOLUCION

ACUDIR A BANCO DE SANGRE A DEPOSITAR DONANTES

FECHA

MEDICO SOLICITANTE _____ MEDICO JEFE BANCO DE SANGRE _____

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 47510165

(٤٣)

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 24E

REQUISITOS PARA DONAR

- Documento de Identidad: DNI ó L. E. (no se acepta otro documento)
 - Peso mayor de 51 kg. 1.50 cm como mínimo
 - Presión arterial normal
 - No ser diabético
 - No tener alergia activa
 - No tener Tuberculosis
 - No estar consumiendo medicamentos
 - No tener tatuajes, cortes, agujeros para aretes (mujeres: uno solo en cada oreja)
 - No haber consumido bebidas alcohólicas 48 horas antes de la donación.
 - La noche anterior a la donación cenar 7.00 p.m. Prohibido caldo de gallina, pollo a la brasa, salchipapa, etc. (no grasas)
 - Mujeres: No estar gestando, dando de lactar, ni menstruando.
 - Tener la cancelación ó el trámite del costo de chequeo y bolsa.
- HORARIO ATENCION: LUNES a SABADO:** 7.00 am á 9.45 am (Antes: desayunar Jugo de frutas, té o café)
1.00 pm á 3.00 pm (Desayuno sin grasa, no almorzar)
- Pacientes del ICN ó Hosp.SJL: documentos en Mesa de Partes, sacar copia de cargo, e informarse en Banco de sangre
- 47510165**

INFORMARSE EN BANCO DE SANGRE

- Traer lapicero para llenar ficha
- Edad de 18 a 60 años.
- No ser promiscuo sexual
- No ser epiléptico
- No tener enfermedades venéreas.
- No haber tenido hepatitis



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 24F

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPÓLITO UNANUE

EG05 - FR08: SOLICITUD TRANSFUSIONAL

FECHA

DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres		N° de HC	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad: _____ años	Grupo:	Rh:
Servicio:	Pabellón:	Cama:	N° de DM:
Transfusiones previas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
Reacciones Transfusionales Anteriores: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
Embarazos previos:		Abortos:	
Incompatibilidad Materno Fetal:			
Diagnóstico de Enfermedad: _____			
Hb: _____ g/dl		Htg: _____ %	
Plaquetas: _____ /mm ³			
Requerimiento:			
80095 Paquete Citovar:	<input type="text"/>	unidades	80095 Paquete globular lavado:
86989 Plasma Fresco Congelado:	<input type="text"/>	unidades	86990 Plaquetas:
86991 Concentrado:	<input type="text"/>	unidades	86992 Plaquetas por aferesis:
Otro:	<input type="text"/>	unidades	Otro:
Fecha:		Hora:	
Médico:		Firma y Sello del Médico Tratante:	
Requisitos:			
MUY URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA) () URGENTE () PROGRAMADA ()			
Se autoriza para remitir la unidad sin prueba cruzada.			
Firma y Sello del Médico Tratante:			

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

47510961

113



S. VARGAS



(14)

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 24G

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE

FECHA.

EGO5 - FRI2: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR

I. DATOS PERSONALES:

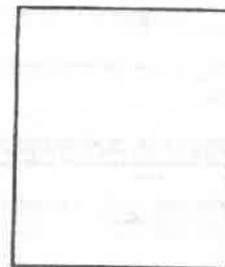
Apellidos y Nombre del Receptor:				
Edad:	años	Sexo: Masculino	Femenino	N° de Historia Clínica:
Servicio:			Cama:	

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realicé y que entiendo lo que es y cuales son sus riesgos. También he tenido la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus del SIDA, Hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma. Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

Firma del Receptor / Padre / Apoderado

DNI.: _____



Huella Digital

Firma y Sello del Médico Solicitante

DIRECTIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

47510961



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 25



PERU Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue



10010306

Paciente:	CHAMOLI CANTURIN, AURORA			Historia:	1840962
Sexo:	Femenino	Edad:	80 Años	Prioridad:	Urgente
Médico:				Pabellón:	E-1
Dirección:				Fecha Registro:	01/10/2020 18:37:55
Especialidad:				Fecha Recp.:	02/10/2020 08:53:50
Servicio:	MEDICINA INTERNA			Fecha Validación:	02/10/2020 09:55:30
	Exámenes Realizados	Resultado	Valor Referencial	Unidades	
	Na+	142	136 - 146	mmol/L	
	K+	• 2.9	3.5 - 5	mmol/L	
	CL-	103	98 - 106	mmol/L	
	cCa2+ iónico	• 1.13	1.15 - 1.29	mmol/L	
	cLactato	• 2.5	0.5 - 1.6	mmol/L	
	Osmolalidad sérica	293.5	275 - 295	mmol/Kg	
	PROTEINA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD	• 5.79	0 - 0.5	mg/dl	
	Tríglíceridos	146.4	5 - 150	mg/dl	
	Colesterol	83.5	20 - 200	mg/dl	
	DHL	147.9	140 - 271	U/L	
	Urea en sangre	10.7	10 - 50	mg/dl	
	Creatinina en Sangre	• 0.3	0.6 - 1.2	mg/dl	
	Glucosa Basal	• 170.8	70 - 110	mg/dl	
	PERFIL HEPATICO				
	TGO	21.1	13 - 39	U/L	
	TGP	• 1.6	7 - 52	U/L	
	Bilirrubina total	0.57	0.3 - 1	mg/dl	
	Bilirrubina directa	0.16	0.03 - 0.18	mg/dl	
	Albumina	• 2.66	3.7 - 5.3	g/dl	
	Fosfatasa Alcalina	• 184.3	34 - 104	U/L	
	Gama Glutamil	• 115.2	9 - 64	U/L	
	Bilirrubina indirecta	0.41	0 - 0.5	mg/dl	
	Globulina	4.59		g/dl	
	Proteínas Totales	7.25	6 - 8.3	g/dl	
	Relacion Albumina Globulina	0.56			

DR. Rojas Ordoñez Enrique

MINISTERIO DE SALUD
 Hospital Nacional Hipólito Unanue

 Dr. ENRIQUE ROJAS ORDOÑEZ
 MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO
 C.O.P. 41724 R.N.E. 71283

INMUNO AUT.

Av. César Vallejo 1390, El Agustino - Lima
 C T : 362-7777 / 362-5700
 www.hnhu.gob.pe



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 25A



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue



10010306

Paciente: CHAMOLI CANTURIN, AURORA	Historia: 1840962
Sexo: Femenino Edad: 60 Años	Prioridad: Urgente N° Siglo: 50
Médico:	Pabellón: E-1 Cama: 50
Dirección:	Fecha Registro: 01/10/2020 18:37:52
Especialidad:	Fecha Recep: 02/10/2020 08:53:50
Servicio: MEDICINA INTERNA	Fecha Validación: 02/10/2020 13:03:28

Exámenes Realizados	Resultado	Valor Referencial	Unidades
---------------------	-----------	-------------------	----------

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO

Leucocitos Totales	6.3	4.6 - 10.2	K/uL
Eosinófilos (%)	0.6	0 - 7	%
Basófilos (%)	0.5	0 - 2.5	%
Linfocitos (%)	28.2	20 - 45	%
Monocitos (%)	8.9	0 - 8	%
Segmentados (%)	61.8	40 - 70	%
Eosinófilos (10 ³ /uL)	0	0 - 0.7	*10 ³ /uL
Basófilos (10 ³ /uL)	0	0 - 0.2	*10 ³ /uL
Linfocitos (10 ³ /uL)	1.8	0.6 - 3.4	*10 ³ /uL
Monocitos (10 ³ /uL)	0.6	0 - 0.9	*10 ³ /uL
Segmentados (10 ³ /uL)	3.9	2 - 6.9	*10 ³ /uL
Hemates	3.32	4.04 - 6.13	M/uL
Hemoglobina	10.4	12.2 - 16.1	g/dL
Hematocrito	30.8	36 - 48.7	%
Volumen Corpuscular Medio	92.9	80 - 97	fL
Hemoglobina Corpuscular Media	31.2	27 - 31.2	pg
Concentración de la Hemoglobina Corpuscular	33.6	31.8 - 35.4	g/dL
Índice de Anisocitosis (RDW) (%)	17.9	11.6 - 14.8	%
Plaquetas	487	150 - 450	*10 ³ /uL
Volumen Plaquetario Medio	7.2	5 - 15	fL
Morfología RBC			
Formula Manual			
NEUTROFILOS%	69		
BANDAS%	00		
LINFOCITOS%	22		
MONOCITOS%	08		
EOSINOFILOS%	00		
BASOFILOS%	01		

DR. Rojas Ordoñez Enrique

MINISTERIO DE SALUD
 Hospital Nacional Hipólito Unanue

DR. ENRIQUE ORDOÑEZ
 MÉDICO PNEUMÓLOGO CLÍNICO
 C.P. 4172 - R.M.E. 71031

BIOQUIMICA

Av. César Vallejo 1390, El Agustino - Lima
 C.T. 362-7777 / 362-5700
 www.hnhu.gob.pe



S. VARGAS

Anexo N° 26

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE		SERVICIO DE RADIOLOGIA SOLICITUD DE RAYOS X		PROCEDENCIA
PACIENTE: _____		H. CLINICA N° _____		FECHA: _____
Datos Clínicos: _____				
Impresión Diagnóstica: _____				
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO				
CABEZA Y CUELLO <ul style="list-style-type: none"> 70100 <input type="checkbox"/> Maxilar inferior (3 placas) 70120 <input type="checkbox"/> Mastoides (4placas) 70134 <input type="checkbox"/> Meatos auditivos internos 70140 <input type="checkbox"/> Maxilar superior (2 placas) 70180 <input type="checkbox"/> Huesos paranasales (2 placas) 70170 <input type="checkbox"/> Dactilostografía, cond. nasolabial 70190 <input type="checkbox"/> Agujeros ósticos (2 placas) 70200 <input type="checkbox"/> Orbitas (2 placas) 70220 <input type="checkbox"/> Senos paranasales (3 placas) 70240 <input type="checkbox"/> Silla turca (2 placas) 70250 <input type="checkbox"/> Craneo frontal y perfil (2 placas) 70300 <input type="checkbox"/> Dientes 70320 <input type="checkbox"/> Dientes, boca entera 70328 <input type="checkbox"/> Artic. Temporo maxilar (2 placas) COLUMNA Y PELVIS <ul style="list-style-type: none"> 72010 <input type="checkbox"/> Columna cervico dorsolumbar. 72040 <input type="checkbox"/> Columna cervical anterior posterior y lateral (2 placas) 72050 <input type="checkbox"/> Columna cervical anterior posterior, lateral y oblicua (5p) 72052 <input type="checkbox"/> Columna cervical funcional (4 placas) 72070 <input type="checkbox"/> Columna dorsal f - p (2 placas) 72074 <input type="checkbox"/> Columna dorsal f - p - o (4 placas) 72080 <input type="checkbox"/> Columna dorso lumbar (2 placas) 72090 <input type="checkbox"/> Columna lumbar f - l 72100 <input type="checkbox"/> Columna lumbosacra f - p (2 placas) 72110 <input type="checkbox"/> Columna lumbosacra f - p - o (4 placas) 72121 <input type="checkbox"/> Columna lumbar funcional 72122 <input type="checkbox"/> Columna sacra cingeo frente perfil 72170 <input type="checkbox"/> Pelvis (1 placa) 72190 <input type="checkbox"/> Pelvis completa (3 placas) 72200 <input type="checkbox"/> Articulaciones sacroilíacas 72270 <input type="checkbox"/> Mielografía GINECO - OBSTETRICIA <ul style="list-style-type: none"> 74740 <input type="checkbox"/> Histerosalpingografía (4 placas) OTROS PROCEDIMIENTOS <ul style="list-style-type: none"> 76040 <input type="checkbox"/> Medicin de miembros (3 placas) 	SI. <ul style="list-style-type: none"> 74220 <input type="checkbox"/> Esófagograma (2 placas) 74240 <input type="checkbox"/> Bóla contrastada esófago y duodeno (8 placas) 74246 <input type="checkbox"/> Esófago, estómago, duodeno (1placas) 74250 <input type="checkbox"/> Tránsito intestinal 74280 <input type="checkbox"/> Colon a doble contraste (6 placas) 74290 <input type="checkbox"/> Coloscistografía oral (3 placas) 74301 <input type="checkbox"/> Coloscistografía y/o pancreatografía vtra op 74305 <input type="checkbox"/> Colangiografía post operatoria (3 placas) 74320 <input type="checkbox"/> Colangiografía hepatopancreatobiliar (5 placas) 75800 <input type="checkbox"/> Fistulografía (3 placas) 75880 <input type="checkbox"/> Orógrafos biliares intraductales / placa radiográfica AORTAS Y ARTERIAS <ul style="list-style-type: none"> 75800 <input type="checkbox"/> Aortografía torácica 75825 <input type="checkbox"/> Aortografía abdominal 75850 <input type="checkbox"/> Pararteriografía cerebral (8 placas) 75718 <input type="checkbox"/> Arteriografía miembro superior 75717 <input type="checkbox"/> Arteriografía miembro inferior TORAX <ul style="list-style-type: none"> 71010 <input type="checkbox"/> Torax frontal 71020 <input type="checkbox"/> Torax frontal y lateral 71022 <input type="checkbox"/> Torax oblicuo 71040 <input type="checkbox"/> Broncografía 71100 <input type="checkbox"/> Costillas, parafra costal (2 placas) 71120 <input type="checkbox"/> Esternón (2 placas) 72255 <input type="checkbox"/> Mielografía torácica APARATO URINARIO <ul style="list-style-type: none"> 74400 <input type="checkbox"/> Urografía excretoria (4 placas) 74410 <input type="checkbox"/> Urografía excretoria por sítio (1 placa) 74420 <input type="checkbox"/> Urografía funcional 74425 <input type="checkbox"/> Urografía funcional 74430 <input type="checkbox"/> Cistografía (2 placas) 74450 <input type="checkbox"/> Uroscintigrafía retrógrada (2 placas) 74485 <input type="checkbox"/> Dilatación de nefrostoma, ureteres o uretra ABDOMEN <ul style="list-style-type: none"> 74000 <input type="checkbox"/> Simple de abdomen (2 placas) 74150 <input type="checkbox"/> Peritoneograma 	SI. <ul style="list-style-type: none"> 73520 <input type="checkbox"/> Cadena coxofemoral (2 placas) 73525 <input type="checkbox"/> Artografía (5 placas), artografía de cadena 73542 <input type="checkbox"/> Artografía (5 placas), artografía sacro ilíaca 73550 <input type="checkbox"/> Músculo ténuis (2 placas) 73560 <input type="checkbox"/> Rodilla (2 placas) 73580 <input type="checkbox"/> Artografía (5 placas), artografía rodilla 73590 <input type="checkbox"/> Pierna (2 placas) 73600 <input type="checkbox"/> Tobillo (2 placas) 73615 <input type="checkbox"/> Artografía (5 placas), artografía bota: 73620 <input type="checkbox"/> Pie (2 placas) 73630 <input type="checkbox"/> Pies comparativos EXTREMIDADES SUPERIORES <ul style="list-style-type: none"> 73000 <input type="checkbox"/> Clavícula (1 placa) 73010 <input type="checkbox"/> Escápula 73030 <input type="checkbox"/> Hombro (2 placas) 73031 <input type="checkbox"/> Hombro comparativo (4 placas) 73060 <input type="checkbox"/> Húmero (2 placas) 73061 <input type="checkbox"/> Húmero comparativo (4 placas) 73070 <input type="checkbox"/> Codo (2 placas) 73071 <input type="checkbox"/> Codo comparativo (4 placas) 73090 <input type="checkbox"/> Antebrazo (2 placas) 73091 <input type="checkbox"/> Antebrazo comparativo (4 placas) 73100 <input type="checkbox"/> Muñeca (2 placas) 73101 <input type="checkbox"/> Muñeca comparativo (4 placas) 73120 <input type="checkbox"/> Mano (2 placas) 73121 <input type="checkbox"/> Mano comparativo (4 placas) 73140 <input type="checkbox"/> Dedos (1 placa) VENAS Y LINFATICOS <ul style="list-style-type: none"> 75801 <input type="checkbox"/> Linfangiografía 75810 <input type="checkbox"/> Espleno portografía (4 placas) 75820 <input type="checkbox"/> Flebografía periférica (miembros) 75825 <input type="checkbox"/> Venografía cave inferior (3 placas) 75827 <input type="checkbox"/> Venografía cave superior (3 placas) 		
IMPRESIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE		47510229		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 26A

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	SERVICIO DE ECOGRAFIA	SERVICIO SOLICITANTE
PACIENTE: _____ H. CLINICA N° _____ EDAD: _____		
PROCEDENCIA: _____ FECHA: _____ N° DE CODIGO _____		
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA _____		
CABEZA Y CUELLO 76506 <input type="checkbox"/> Ecografía transfontanelar 76529 <input type="checkbox"/> Orbitas 76530 <input type="checkbox"/> Ecografía de tejidos blandos de cabeza y cuello	PELVIS 76805 <input type="checkbox"/> Ecografía obstétrica 76818 <input type="checkbox"/> Determinación de perfil biofísico fetal 76825 <input type="checkbox"/> Ecocardiografía fetal 76830 <input type="checkbox"/> Ecografía transvaginal 76831 <input type="checkbox"/> Histerosonografía 76856 <input type="checkbox"/> Ecografía pélvica (útero y anexos)	
TORAX 76804 <input type="checkbox"/> Ecografía de tórax: opacidades pulmonares colecciones líquidas 76808 <input type="checkbox"/> Ecografía de mamas	GENITALES 76870 <input type="checkbox"/> Ecografía de escroto y contenido 76872 <input type="checkbox"/> Ecografía transrectal 76802 <input type="checkbox"/> Ecografía de vejiga y/o próstata	
ABDOMEN Y RETROPERITONEO 76700 <input type="checkbox"/> Ecografía abdominal 76770 <input type="checkbox"/> Ecografía retroperitoneal 76775 <input type="checkbox"/> Ecografía renal	CANAL ESPINAL 76800 <input type="checkbox"/> Ecografía canal espinal y contenido	
EXTREMIDADES 76880 <input type="checkbox"/> Ecografía de extremidades 76885 <input type="checkbox"/> Ecografía de cadera (niño) 76822 <input type="checkbox"/> Ecografía doppler art. carot. y vasos 76824 <input type="checkbox"/> Ecografía doppler venas de extremidades		
_____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO		

IMPRESIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

47510648



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 26 B

		PERÚ		Ministerio de Salud		Hospital Nacional Hipólito Unanue		Dpto. Diagnóstico por Imágenes	
FORMATO DE SOLICITUD DE ESTUDIO POR TOMOGRAFÍA									
PACIENTE									
DNI (E) OTROS ()			FECHA NAC			HCl			
FECHA DE SOLICITUD									
FINANCIAMIENTO		ATENCIÓN		PROCEDENCIA		CONDICIÓN COVID			
ES	<input type="checkbox"/>	EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	PABELLÓN		CONFIRMADO	<input type="checkbox"/>		
SOFT	<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	CAMA		SÓSPECHA	<input type="checkbox"/>		
PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	CONSULTA EXTERNA	<input type="checkbox"/>			NEGATIVO (IgG)	<input type="checkbox"/>		
OTROS	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>						
DIAGNÓSTICO									
1)					Definitivo/Presuntivo				
2)					Definitivo/Presuntivo				
* Los diagnósticos deben sustentar la solicitud de tomografía.									
TIPO DE TOMOGRAFÍA (marcar x)									
SIN CONTRASTE <input type="checkbox"/>		Creatinina		mg/dl		(fecha)			
SEDACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CON CONTRASTE <input type="checkbox"/>		Peso Actual		Kg		**TRIFÁSICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cerebral/Encéfalo	<input type="checkbox"/> Fosa Posterior	<input type="checkbox"/> Silla Turca (Hipófisis)	<input type="checkbox"/> Orbitas	<input type="checkbox"/> Macizo Facial / ATM	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Ovario (Anastoides)	<input type="checkbox"/> Senos paranasales	<input type="checkbox"/> Columna cervical	<input type="checkbox"/> Columna dorsal
<input type="checkbox"/> Columna lumbosacra	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Paredes Costal	<input type="checkbox"/> Abdomen superior	<input type="checkbox"/> Abdomen inferior	<input type="checkbox"/> Vías Urinarias (Urotem)	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Muñeca
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pelvis Ósea	<input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/> Cardíaca	<input type="checkbox"/> Columna lumbosacra	<input type="checkbox"/> Cerebral
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Aorta Torácica	<input type="checkbox"/> Aorta Abdominal	<input type="checkbox"/> Extremidad Sup	<input type="checkbox"/> Extremidad Inf	<input type="checkbox"/> Otros				
TIPO DE ESTUDIO: Inicial _____ Seguimiento _____									
TRAUMATISMO PREVIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de traumatismo _____									
ANTECEDENTES									
Alergias: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique _____									
Cirugía en zona de estudio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha ___/___/___ Tipo Cirugía _____									
Otros antecedentes de cirugías _____									
Diabetes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
HTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
Oncología: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
TBC: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
RNY: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Órgano Afectado _____									
Medicación habitual: _____									
Tobaquismo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Alcohol: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
Historia de Cáncer: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique _____									
Recibió Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Fechas _____									
Otras enfermedades: _____									
EXAMENES DE LABORATORIO RELEVANTES O POSITIVOS:									

Firma y Sello del Médico

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Cod. Siga. 19052

47810790



Anexo N° 27A

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
NIVEL III-1

INFORME ECOGRAFICO

Historia Clínica N°: _____ Servicio: _____ Cama N°: _____

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ N° Informe: _____

Diagnostico Presuntivo/Definitivo: _____

Descripción de los Hallazgos:

Diagnostico: _____

Fecha de Informe: _____ Hora de Informe: _____

*Nombres, apellidos, del profesional que elabora el informe.

*Firma, Sello y Colegiatura del profesional que elabora el informe.

Firma, Sello y Colegiatura



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 27B

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
NIVEL III-1

INFORME TOMOGRAFICO

Historia Clínica N°: _____ Servicio: _____ Cama N°: _____

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ N° Informe: _____

Diagnostico Presuntivo/Definitivo: _____

Descripción de los Hallazgos:

Diagnostico : _____

Fecha de Informe: _____ Hora de Informe: _____

*Nombres, apellidos, del profesional que elabora el informe.

*Firma, Sello y Colegiatura del profesional que elabora el informe.

Firma, Sello y Colegiatura



Anexo N° 28

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	
MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	
NOMBRE Y APELLIDO: _____	PABELLON: _____ N° SOLICITUD: _____
DNI: _____ EDAD: _____ TELEFONO: _____	N° H. CLINICA: _____ N° CAMA: _____
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____	HORA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD: _____
MEDICO: _____	HORA DE TOMA DE MUESTRA: _____
<input type="checkbox"/> CONSULTORIO <input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> EMERGENCIA	FECHA: _____
88000 <input type="checkbox"/> AUTOPSIA: EXAM MACROSCOPICO UNICAMENTE 88036 <input type="checkbox"/> AUTOPSIA: LIMITAD, MACRO Y/O MICROSCOPICA REGIONAL 88027 <input type="checkbox"/> AUTOPSIA: MACRO Y MICROSCOPIO INCLUYE SIST NERVIOSO 88020 <input type="checkbox"/> AUTOPSIA: MACRO Y MICROSCOPIO SIN SIST NERVIOSO 88372 <input type="checkbox"/> BIOPSIA DE HUESO 88331 <input type="checkbox"/> BIOPSIA POR CONGELACION 88155 <input type="checkbox"/> CITOLOGIA HORMONAL 88172 <input type="checkbox"/> CITOPATOLOGIA BIOPSIA ASPIRADO CON AGUJA FINA 88141 <input type="checkbox"/> CITOPATOLOGIA VAGINAL O CERVICAL (PAPNICOLAU)	88104 <input type="checkbox"/> CITOPATOLOGIA, LIQUIDOS, LAVADOS O CEPILLADOS 88370 <input type="checkbox"/> ESTUDIO DE BLOCK CELL 88312 <input type="checkbox"/> EXAM. ANATOMIA PATOLOGICA CON TINCIONES ESPECIALES 88160 <input type="checkbox"/> IMPRONTA O CITOLOGIA INTRAOPERATORIA 88028 <input type="checkbox"/> NECROP. EXAM MACRO Y MICROSCOPIO, MORTIN, NACIDO 88309 <input type="checkbox"/> PATOLOGIA ONCOLOGICA (MAMA, ESTOMAGO, COLON) 88380 <input type="checkbox"/> PATOLOGIA PIEZAS GRANDES (UTERO, EXTREMIDADES, COLON) 88381 <input type="checkbox"/> PATOLOGIA PIEZAS MEDIANAS (VESICULA, ABORTO, BAZO) 88382 <input type="checkbox"/> PATOLOGIA PIEZAS PEQUEÑA (BIOPSIAS)
INFORMES CLINICOS DE LABORATORIO Y DE INTERES. _____ _____ _____ _____	INFORMES CLINICOS DE LABORATORIO Y DE INTERES. _____ _____ _____ _____
_____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 29

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE

**PROCOLO DE
PATOLOGIA**

PATOLOGIA QUIRURGICA
N°

H. Clínica N°

Procedencia:

T. Paciente:

Ap. Nombre

Raza:

Edad:

Sexo:

Lugar de Procedencia:

Ocupacion

Diagnostico Clinico:

Operacion

Especimen:

Fecha:

INFORME CLINICO Y DE LABORATORIO:

El Resultado se Entrega A:

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

18267

47510161



S. VARGAS

Anexo N° 29A

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE

**PROTOCOLO
DE CITOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE
ANATOMIA PATOLOGICA
SERVICIO DE CITOLOGIA

N° CITOBI-18-0350

Departamento : CE DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO Fecha : 20/11/2018 H.C. : 1703515

Apellidos : HUARANCCA GIRON Nombres : DOMINGA Edad : 54 a 6 m 24 d

Procedencia y clase muestra : BAAF TUMOR TIROIDES

Descripción : En los extendidos citologicos se observan mantos y agregados de celulas foliculares , algunas de ellas atipicas, asi mismo se hallan linfocitos y siderofagos.

Diagnóstico : SISTEMA BETHESDA : CATEGORIA III.
* ATIPIA DE SIGNIFICADO INCIERTO.

MFR/brc
30/11/2018

FIRMA DEL PATOLOGO



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 29B

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE

**PROTOKOLO DE
PATOLOGIA**

PATOLOGIA QUIRÚRGICA
N° 2017-Q-06406

H. Clínica N° 1658784 Procedencia: PABELLON B-2 T. Paciente: HOSPITAL
Ap. Nombre HURTADO HUAMAN ESTEFANY BRIGITTE Raza: _____
Edad: 22/03/01 (aa/mm/dd) Sexo: F Lugar de Procedencia: LIMA SAN BORJA
Ocupador: INDEPENDIENTE Diagnostico Clinico: ABORTO INCOMPLETO
Operacion _____

Especimen: RESTOS ENDOUTERINOS Fecha: 27/06/2017

INFORME CLÍNICO Y DE LABORATORIO;
FUR

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Se recibe varios fragmentos de tejido de color rojo parduzco, de consistencia blanda, de forma y tamaño variable, que viene acompañados de coágulos fibrino hemáticos en regular cantidad, que en total hacen un volumen aproximado de 10cc.

Se incluye muestra representativa.

DIAGNOSTICO MICROSCOPICO

* RESTOS DECIDUOCORIALES

ABS/brc

El Resultado se Entrega A:

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Fecha de Impresión: 23/11/2020

47510161



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 30

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL
 HIPÓLITO UNANUE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Señor (a) _____ Buenos días (tardes o noches), usted viene al Hospital Nacional Hipólito Unanue para recibir atención médica. las mismas que serán brindadas por un profesional medico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes debieran aprender sobre la enfermedad que usted tiene: sólo observarán, tal vez podrán entrevistarlo (a) o participar en algun procedimiento médico que realice el profesional docente, siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante. Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes y reglamentos en mención. Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas. Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su medico tratante para REVOCAR o DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____ de _____ de 20. _____ Hora _____ con DNI N° _____
 Yo, _____ e Historia Clínica N° _____ declaro haber sido informado (a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y resuelvo todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo 119° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Medicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA; Si () No () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente, si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y unicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a).

SI consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()
 NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()

Firma o huella digital del paciente o representante legal
 DNI: _____

Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento
 DNI: _____

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____ de _____ de 20 _____

Firma o huella digital del paciente o representante legal
 DNI: _____

Firma y sello del profesional de la salud docente que recibe la revocatoria
 DNI: _____

47510801

54252

Imprenta de Hospital Nacional Hipólito Unanue



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 30A

HOSPITAL NACIONAL
 HIPÓLITO UNANUE

DPTO CENTRO QUIRURGICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO

PARA PACIENTES MENORES DE EDAD

1.- Yo, _____ identificado con el D.N.I.
 N° _____ de _____ en calidad de _____ del (la)
 menor _____ por la presente autoriza a
 el (la) Dr (a) _____ los Médicos anestesiólogos del
 Departamento de Anestesiología del Hospital Nacional Hipólito Unánue, a realizar en el (la) menor _____

Procedimiento anestésico _____ para la
 Intervención Quirúrgica _____

PARA PACIENTE MAYOR DE EDAD

1.- Yo, _____ Profesión _____ Identificado (a) con el D. N. I.
 N° _____ de Religión _____ de _____ años _____ por la presente autorizo a los Médicos
 anestesiólogos del Dpto de anestesiología del hospital Hipólito Unanue a realizar en mí, el procedimiento anestésico
 para la intervención quirúrgica _____

2.- El (la) Dr. (a) _____ me ha explicado
 la naturaleza y propósito del acto anestésico; también me ha informado sobre las alternativas, ventajas, molestias, riesgos, y complicaciones que
 pueden producirse, particularmente.

- 3.- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.
 4.- Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren
 cambiar el procedimiento inicialmente consentido o llevar a cabo procedimientos adicionales. Por lo tanto, autoriza la realización de estas
 procedimientos si el médico arriba mencionado lo juzga necesario.
 5.- Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi
 firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Fecha

 Nombre y Firma del Paciente o persona responsable.

 Nombre y firma del testigo

 Nombre y Firma del Anestesiólogo

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO:

Yo, Don / Doña _____ como paciente
 y / o Don / Doña _____ Como su representante Legal,
 revoco el Consentimiento Informado, prestado en fecha _____ y declaro por tanto que, por
 motivos personales, no conciento en someterme (o en que el paciente se someta) a la Cirugía Propuesta.

Nombre y apellidos _____

En caso de Incapacidad

D. N. I. _____

 Firma del firmante o de su representante Legal

Fecha

Muestra Digital

MINISTERIO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

47-110836

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SERVICIO	CAMA	HISTORIA CLINICA N°

ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE



S. VARGAS

Anexo N° 30B

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo con DNI N°
Con domicilio en en pleno uso de mis facultades y conciente de
mis actos y bajo mi absoluta responsabilidad, MANIFIESTO VOLUNTARIAMENTE lo siguiente:

Primero. - Que el Dr. con CMP N°
ME HA INFORMADO de manera confidencial, respetuosa, comprensible y veraz el diagnóstico y pronóstico de mi
enfermedad que es:

Así como la necesidad de realizar en mi persona / familiar el procedimiento Médico o Quirúrgico que a continuación se
describe:

Segundo. - Asimismo, ME HA INFORMADO, con la misma claridad, la naturaleza y el pronóstico de la operación
o procedimiento, los métodos alternativos, los cuales a pesar de su conveniencia no están exentos de complicaciones,
existiendo riesgos antes, durante y después, así como los efectos secundarios, contraindicaciones, precauciones y adver-
tencias de los medicamentos que se prescriban y administren.

Tercero. - ESTANDO PLENAMENTE INFORMADO Y HABIENDO COMPRENDIDO de lo expuesto en
los dos puntos anteriores, DOY MI CONSENTIMIENTO al médico y a su equipo para la realización del procedimiento
descrito en el primer punto de este documento, así como para la realización de otros procedimientos que puedan con-
templarse durante el acto previamente autorizado y que, en opinión del Médico Cirujano, se consideren necesarios y/o
aconsejables en el curso de la intervención.

Igualmente DOY MI CONSENTIMIENTO al médico anestesiólogo Dr
con CMP N° para que elija el tipo de anestesia (General, Regional, Troncular o Local) más recomen-
dable para la intervención y los medicamentos anestésicos a utilizarse, teniendo conocimiento de los riesgos que implican
su uso.

Cuarto. - En el ejercicio de mi derecho establecido en la ley N° 26482 art. 4 y 5, como paciente y/o familiar
responsable me han brindado información oportuna en forma amplia y completa de los beneficios, riesgos y complicacio-
nes o eventos negativos que pudieran presentarse en el procedimiento médico quirúrgico, técnico profesional, brindo mi
consentimiento previo y consideración a lo anteriormente expuesto, de acuerdo a ley, EXONERO DE TODA RES-
PONSABILIDAD administrativa, civil o penal al personal de salud y al médico que me atiende de los adversos que
pudieran presentar en mi salud.

Luego de la lectura precedente, en señal de libre manifestación de voluntad y conformidad con todo lo expresado y sin
necesidad de autenticación notarial, lo suscribo y/o estampo mi huella digital, el día del mes de año 200....
así mismo doy fe de la firma del médico tratante.

Firma
Post firma
Huella digital del paciente
DNI N°



Firma
Post firma
Huella digital del familiar
DNI N°



Firma del Médico Tratante
CMP N°

47510779



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 31

**MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
 NIVEL 3B-1**

FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO

FECHA:		HORA:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
EDAD:	SERVICIO:	CAMA:	
NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL QUE SOLICITA EL ALTA DEL PACIENTE		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Dx Ingreso		CIE-10	
Dx Egreso		CIE-10	

Se deja constancia, que se informa al paciente y/o su representante legal, de los riesgos que implica la decisión de retirarse de la institución contra la indicación del médico y se precisa que se exonera de toda responsabilidad a los médicos tratantes y a la institución Hospitalaria.

Así mismo, también se deja constancia que se comunicara al Ministerio Público (Fiscalía de Prevención del Delito), por el riesgo existente de peligro de perder la vida.

CONDICIÓN DE SALUD AL MOMENTO DE SOLICITUD DE RETIRO VOLUNTARIO			
Marcar con una X:			
ESTABLE		INESTABLE	

* Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y número de DNI.

Firma del Paciente DNI N°:	HUELLA	Firma de Representante Legal DNI N°:	HUELLA
-------------------------------	--------	---	--------

* Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico, que dio información sobre los riesgos que implica el retiro del paciente.

NOMBRES Y APELLIDOS MEDICO	
----------------------------	--

Firma, Sello y Colegiatura Médico



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 32A



HOJA DE CONTRAREFERENCIA

N° **07754**

Ministerio de Salud
 Personas que atendemos Personas

1. DATOS GENERALES

Fecha

dia	mes	año
-----	-----	-----

 Hora

--	--	--	--

 Asegurado: SI NO

PLANES DE ATENCIÓN SIS:

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

Establecimiento que Contrarefiere: **HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE**

Establecimiento Destino de la Contrareferencia: _____

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS:

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

 N° HISTORIA CLÍNICA:

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

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres						
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	Años <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Meses <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Días <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
Dirección:		Distrito: Departamento:						

3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Ingreso

--	--	--

 Fecha de Egreso

--	--	--

Diagnóstico de ingreso: _____

Diagnóstico de egreso: _____

	CIE - 10	D	P	R

Tratamiento y/o procedimientos realizados: _____

Adjuntar informes y reportes de procedimientos: _____

4. DATOS DE LA CONTRAREFERENCIA

Origen de la Referencia: De la Comunidad De un Establecimiento de Salud Autorreferencia

Calificación preliminar de la Referencia: Justificada No Justificada

UPS que ordena la Contrareferencia: Consulta Ext. Emergencia Apoyo al Dx. Hospitalización

Especialidad que Ordena la Contrareferencia: Pediatría Medicina Cirugía Gineco-Obst. Lab. Dx. Imag. Otros

Recomendaciones e indicaciones para el Seguimiento: _____

Responsable de la Contrareferencia:

Condición del usuario para la contrareferencia		Nombre: _____
Curado <input type="checkbox"/>	Deserción <input type="checkbox"/>	N° de colegiatura: _____
Mejorado <input type="checkbox"/>	Retiro voluntario <input type="checkbox"/>	
Atendido x Apoyo al Dx. <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>	

Firma y sello



S. VARGAS

Anexo N° 33

**MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
 NIVEL III-1**

INFORME DE ALTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE

--

HISTORIA CLINICA N°	
----------------------------	--

EDAD		SEXO	
-------------	--	-------------	--

SERVICIO	CAMA N°	N° Afiliación SIS:
-----------------	----------------	---------------------------

FECHA INGRESO		FECHA EGRESO	
----------------------	--	---------------------	--

DIAGNOSTICO DE INGRESO

	CIE 10				
	CIE 10				
	CIE 10				

DIAGNOSTICO DE EGRESO

	CIE 10				
	CIE 10				
	CIE 10				

INTERVENCION QX O PROCEDIMIENTO REALIZADO

	CPT				
	CPT				
	CPT				

TRATAMIENTO: Medicamentos

FARMACO	PRESENTACION	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	DURACION

PRONOSTICO

BUENO	REGULAR	MALO

RECOMENDACIONES:

Cita por Consultorio(s) Externo(s):	Fecha:
_____	_____
_____	Fecha:
_____	_____
_____	Fecha:
_____	_____

Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 34

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
NIVEL III-1

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD N°
Aplicación de la Ley 28873

ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

HISTORIA CLÍNICA N°

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
SEXO		EDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
M	F	AÑOS	MESES	DNI N°	CARNET DE EXTRANJERIA
I. DIAGNOSTICO DE DAÑO		CIE 10	II. DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO		CIE 10

II. DEFICIENCIAS	MAGNITUD DE LA DEFICIENCIA					
	NINGUNA DEFICIENCIA	DEFICIENCIA LEVE	DEFICIENCIA MODERADA	DEFICIENCIA GRAVE	DEFICIENCIA COMPLETA	SIN INFORMACIÓN
1. Intelectuales						
2. Otras Deficiencias Mentales						
3. Del Lenguaje						
4. De la Audición						
5. De la Visión						
6. Motoras y otras funciones especiales						
7. Músculo esqueléticas						
8. Generalizadas, Sensoriales y otras						
Tiempo de Deficiencia						
Años		Meses		Estado Fuente de Verificación		
				SI	NO	No puede Proceasars

IV. DISCAPACIDAD						
De la Conducta			0	Sin Limitación		
De la Comunicación			1	Realiza y mantiene actividad con dificultad, pero sin ayuda		
De la Cuidado Personal			2	Realiza y mantiene actividad solo con dispositivos o ayuda		
De la Locomoción			3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona		
De la Disposición Corporal			4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo		
De la Obediencia			5	La persona requiere además de una ayuda o dispositivo que le permita actuar		
De Situación			6	La actividad no se puede realizar o mantener aun con asistencia personal		
Gravedad	Sin Discapacidad		Leve	Moderada	Severa	
La discapacidad severa (grupos 4, 5, 6 de la tabla de códigos y gravedad) equivale a la dificultad grave y completa						



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

V. Ocupación Habitual (Según Clasificación de la OIT)			
Existe Fuente de Verificación			
SI		NO	
VI. Posibilidad Educativa Actual			
1. Puede estudiar en centros de estudios regulares	3. Puede estudiar en centros educativos especiales.	5. No aplicable	
2. Puede estudiar solo en centros de capacitación técnica.	4. No puede estudiar.		
VII. Posibilidad Laboral Actual			
1. Puede trabajar en su labor habitual.	3. No puede trabajar en su labor habitual, pero sí en otra	5. No aplicable	
2. Puede trabajar en su labor habitual con adaptaciones.	4. No puede trabajar.		
VIII. Requerimientos de Ayudas Técnicas, Bionmecánicas y Personales. No requiere =0			Requiere Ayudas= 1
Para Terapia y Mantenimiento Médico Básico.		Para Asearse, Vestirse y Comer	
Para Marcha y Transporte.		Para Efectos Estéticos o Cosméticos	
Para Comunicación, Información y Señalización.		Dependiente de otra persona.	
IX. Grado de Restricción en la Participación			
Porcentaje		Grado	
X. Observaciones y/o Recomendaciones			

Este documento tiene validez de:....., luego del cual el interesado debe ser reevaluado

Lugar y Fecha de Emisión				Huella Digital del Índice Derecho del Evaluado	
Ciudad	Día	Mes	Año		

Apellidos y Nombres del Médico que Certifica		Numero de Colegio Médico	
Firma y Sello del Médico que Certifica	Firma y Sello del Jefe de Servicio o Departamento	Firma y Sello del Jefe o Director del Establecimiento de Salud	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 35

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE

ORDEN DE HOSPITALIZACION

PACIENTE:

REGULAR URGENTE

APELLIDO PATERNO HISTORIA CLINICA N°

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

HOSPITALIZAR EN:

DEPARTAMENTO:

EDAD SEXO

Años: Meses: Dias M F

SERVICIO:

DIRECCION:

MOTIVO DE HOSPITALIZACION:

DIAGNOSTICO:

DEFINITIVO:

PRESUNTIVO:

AUTORIZACION

Autorizo a los Médicos del Hospital Nacional "Hipólito Unanue" para que me practiquen los exámenes auxiliares y/o de ayuda diagnóstica que consideren necesarios para establecer el diagnóstico de mi enfermedad e indicar el tratamiento. En caso de fallecimiento autorizo la necropsia con fines de diagnóstico médico y/o estudios de investigación.

PACIENTE:

Nombres y Apellidos

Firma del paciente

D. N. I. N°

Huella digital índice derecho

FAMILIAR:

Parentesco

Nombres y Apellidos

Firma

D. N. I. N°

Huella digital índice derecho

OBSERVACIONES: _____

Médico que ordena la Hospitalización

C. M. P.: _____

CONSULTORIO: _____

FECHA: HORA: a m p m

SERVICIO: _____

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

47510131



Anexo N° 36

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
NIVEL III-1

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN, EN
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

YO, _____, IDENTIFICADA (O)

CON DNI / CARNET EXTRANJERÍA N° _____;

TITULAR O /PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE:

AUTORIZO A LA JEFATURA DE LA IPRESS:

Nombre establecimiento y código ubigeo

A COMPARTIR INFORMACION PARCIAL O TOTAL DE MI HISTORIA CLINICA PARA
SER USADA POR EL MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES,
CONSEJO NACIONAL DE INTEGRACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD,
MINISTERIO DE EDUCACION, MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL
Y DEFENSORIA DEL PUEBLO CON DESTINO A LOS PROGRAMAS DE INCLUSION Y
PROTECCION SOCIAL PARA TRAMITAR LOS BENEFICIOS QUE ESTOS
IMPLEMENTEN Y ME CORRESPONDAN SEGUN LEY.

_____; Fecha _____
Lugar



Huella Digital

Firma



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 37

**MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
 NIVEL III-1**

**MODELO REFERENCIAL DE ACTA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS AL
 ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN**

En la ciudad de, siendo las..... horas del día del mes de de 20....., en las instalaciones del Archivo Central de la (NOMBRE DE LA ENTIDAD DE SALUD), ubicado en....., se dio inicio a la entrega de documentos para su eliminación al Archivo General de la Nación, contando con la asistencia de las siguientes personas:

El Sr. (a) (Ita) por el Órgano de Administración de Archivos, identificado con DNI N°, el Sr. (a) (Ita) Presidente del Comité de Evaluación de Documentos, identificado con DNI N° en representación del (NOMBRE DE LA ENTIDAD DE SALUD) y el Sr. (a) (Ita) identificado con DNI N° en representación del Archivo General de la Nación, acto que se desarrolla en cumplimiento a la Resolución Jefatural del Archivo General de la Nación N° de fecha de de 20, que resuelve aprobar la eliminación de los documentos, cuya solicitud de eliminación tramitó el (NOMBRE DE LA ENTIDAD DE SALUD) con el expediente N°, del día de de 20.....

A continuación, se describe la documentación que es materia de entrega:

Nombre de la Serie Documental	Unidad Orgánica	Unidad de Archivarismo	Cantidad de Unidades de Archivarismo	Cantidad de M.L.
Total				

Después de efectuarse la entrega de la documentación al representante del Archivo General de la Nación, no habiendo más asuntos que tratar y siendo las..... horas del día de de 20..... se da por concluida la entrega de documentos para su eliminación.

En señal de conformidad suscriben la presente acta en original y tres copias, las siguientes personas:

 Sr. Presidente del Comité de Evaluación de Documentos

 Sr. Responsable Órgano de Administración de Archivos

 Sr. Representante del Archivo General de la Nación

 Sr. Representante del Archivo General de la Nación



S. VARGAS

Anexo N° 38

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
NIVEL III-1

MODELO REFERENCIAL DE ACTA DE SESIÓN DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN DE
DOCUMENTOS

En la ciudad de Lima, siendo las..... horas del día..... del mes de de dos mil, en la Sala de Reuniones de la sede central, ubicada en del distrito de, se dio inicio a la Sesión del Comité de Evaluación de Documentos, designado mediante Resolución de (NOMBRE DE LA ENTIDAD DE SALUD) N° de fecha de de 20....., con la asistencia de los siguientes miembros del Comité:

- Sr....., representante de la Alta Dirección quien actúa como Presidente.
- Sr....., representante de la Oficina de Asesoría Jurídica.
- Sr....., representante de la unidad orgánica cuya documentación será evaluada.
- Sr....., representante del Órgano de Administración de Archivos quien actúa como Secretario.

Agenda:

.....

Acuerdos:

.....

No habiendo más asuntos que tratar y siendo las horas, se da por concluida la sesión del Comité.

En señal de conformidad suscriben la presente acta en original y copia, las siguientes personas.

.....
Presidenta
Representante de la Alta Dirección

.....
Representante de la Oficina de Asesoría Jurídica

.....
Jefe de la Unidad Orgánica
cuya documentación se evalúa

.....
Jefe del Órgano de Administración de Archivos



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 39

**MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
 NIVEL III-1**

**CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN LA
 HISTORIA CLÍNICA**

(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de datos N°29733 y normas complementarias)

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo, (DATOS DEL PACIENTE):

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad:	Edad:	Fecha:	
N° de Historia Clínica:			

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 29733 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento, que mis datos personales en especial los referidos a mis datos sensibles o datos de salud (registro de la atención e información complementaria) y que se encuentren en la historia clínica de esta Institución Prestadora de Servicio de Salud - IPRESS, sean accedidos por:

- El profesional de la salud de quien recibo una atención de salud.
- Por el (los) profesional(es) de la salud identificado con el siguiente código de usuario:

Los fines de uso de mis datos personales y sensibles son para las atenciones de las prestaciones de servicios de salud que me brinde la IPRESS y para la realización de actos médicos y administrativos que sean necesarios para la continuidad de la atención del servicio de salud. El acceso a los datos personales y sensibles son los estrictamente pertinentes y necesarios para el cumplimiento de los fines expuestos.

La IPRESS podrá tratar mis datos personales en el marco del cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley N° 26842 - Ley General de la Salud y en las contempladas en otras normativas legales vigentes.

En caso de querer ejercer algún derecho de protección de datos personales (derecho de acceso, derecho de información, derecho de rectificación, derecho de cancelación y derecho de oposición), serán dirigidas a la Institución Prestadora de Servicio de Salud - IPRESS a la siguiente dirección:

IPRESS	Domicilio	Correo Electrónico

Firma	Huella Digital



S. VARGAS

Anexo N° 40

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
NIVEL III-1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Establecimiento de Salud: _____

Señor (a) _____, Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encontrará acompañado de sus alumnos, quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene; solo observarán, tal vez podrán entrevistarlo (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto.

Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y su Reglamento en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención.

Su autorización contribuye a que, en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para REVOCAR o DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente.

Cualquiera fuera su decisión, esta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____ de _____ del 201 ____ Hora: _____

Yo, _____ con DNI. N° _____ e Historia Clínica N° _____ declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA; SI () NO () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o forma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a):
SI consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()
NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()

Firma o huella digital del paciente o representante legal
D.N.I. _____

Firma y sello del profesional de la salud docente que
informa y toma el consentimiento
D.N.I. _____



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Firma o huella digital del paciente o representante legal
D.N.I.

Firma y sello del profesional de la salud que facilita
la revocatoria.
D.N.I.

Fecha: de del 202.....

.....Continuación del Anexo N° 40

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE
SALUD**

El objetivo del presente Instructivo, es orientar el correcto llenado del formulario de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud a las personas usuarias de los servicios de salud, sea consulta externa, hospitalización, procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de manera informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.
- El profesional de la salud docente, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consulta para el consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria de los servicios de salud.
- El formato debe ser entregado y explicado a la persona usuaria por el profesional de las ciencias de la salud (Que es también docente); la información brindada debe ser expuesta en lenguaje sencillo, conciso y claro, que permita a la persona interesada a participar en la toma de una decisión acerca de su atención de salud. Se debe considerar un tiempo adicional prudencial no inferior a cinco minutos, para resolver las preguntas que surjan a fin que no queden dudas.
- Este formato debe ser aplicado antes de brindar cada atención en donde participe un profesional de la salud docente y sus alumnos asignados.
- En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad.
- El monitoreo de su implementación corresponde a la Unidad de Docencia e Investigación de cada Institución Prestadora de Servicios de Salud, o la que haga sus veces.

DEFINICIONES OPERATIVAS

- Consentimiento informado:** Es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia ya sea en consulta externa, hospitalización, o durante el desarrollo de procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención.
- Actividad de Docencia en Servicio:** Actividad vinculada entre la universidad y los establecimientos de salud, que permite la prestación del servicio asociada a la enseñanza e interacción docente – alumno en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el fin de garantizar la excelencia académica en el proceso de formación o de capacitación en el campo de las ciencias de la salud.
- Revocar:** Dejar sin valor o efecto el consentimiento previamente brindado.



EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Considerar la fecha del día y la hora en que se brinda la información al paciente y éste firma y otorga su consentimiento.
- Consignar el nombre y apellidos de la persona usuaria de los servicios de salud, Número de Documento Nacional de Identidad (DNI) y el Número de su Historia Clínica (HC).
- Colocar una "X" entre los paréntesis, si la persona usuaria da o no su consentimiento, según sea el caso.
- Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, es importante señalarle a la persona usuaria de los servicios de salud que no será identificado (a); colocará una "X" entre los paréntesis, si la persona usuaria da o no su consentimiento, según sea el caso para video, audio o toma fotográfica.
- La persona usuaria de los servicios salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o cuando el paciente está imposibilitado; debe firmar en el casillero correspondiente al consentimiento informado.
- Se debe colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital en el recuadro correspondiente.
- El profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento, debe firmar y colocar el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI) en el casillero correspondiente.
- El formato de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud es anexo a la historia clínica.

REVOCATORIA O DESAUTORIZACIÓN

- El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado.
- Se debe informar a la persona usuaria, que aun cuando haya firmado el consentimiento informado, puede cambiar de opinión y revocar dicho consentimiento, cuando lo desee y por su propia decisión.
- Considerar la fecha exacta del día en que la persona usuaria de los servicios de salud realiza la revocatoria o desautoriza el uso o vigencia del consentimiento informado brindado anteriormente, y no está condicionado a justificarlo.
- Firma la persona usuaria de los servicios de salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o tener alguna discapacidad.
- Colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital.
- El profesional de la salud que recibe la revocatoria, firma y coloca su sello, dejando constancia del acto de revocación.

Es importante, señalar que en aplicación de las normas legales vigentes cualquier profesional de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, podrá a solicitud expresa del usuario de los servicios de salud y/o sus representantes legales, acceder al Consentimiento Informado obrante en la historia clínica, con la finalidad de formalizar la revocatoria del documento.

Ambos documentos en original deben conservarse en la Historia Clínica de la persona usuaria.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Anexo N° 41

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
NIVEL III-1

MODELO REFERENCIAL DE ACTA DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE HISTORIAS
CLÍNICAS.

ACTA N°....

COMITÉ INSTITUCIONAL DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA IPRESS HNHU

Siendo las horas del día Del mes del año reunidos en la sala de reuniones de la IPRESS Hospital Nacional Hipólito Unanue; el equipo del Comité Institucional de Historias Clínicas se trataron los siguientes aspectos:

AGENDA:

1.
2.
3.

DESARROLLO DE LA AGENDA:

1.
2.
3.
4.
5.

COMPROMISOS:

Concluyéndose en los siguientes compromisos, según los problemas priorizados:

1.
2.
3.
4.
5.

Siendo las Horas, se da por concluida la sesión y en señal de conformidad firman los presentes:

FIRMAS



Anexo N° 42: Fichas Técnicas de Indicadores de Control Gerencial

Ficha Técnica N° 1

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR							
NOMBRE DEL INDICADOR	APERTURA DE HISTORIAS CLÍNICAS CON CODIFICACIÓN DEL NÚMERO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD - DNI EN LA IPRESS						
DEFINICIÓN	Es el procedimiento administrativo a través del cual se apertura la codificación de la historia clínica al usuario de salud denominado "nuevo", utilizando el número de su Documento Nacional de Identidad - DNI. Los usuarios en salud nuevos son aquellos que por primera vez acuden a la IPRESS para hacer uso de un servicio de salud, confirmando que nunca antes hicieron uso de ningún servicio.						
TIPO DE INDICADOR	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">Estructura</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">Proceso</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 14%; border: 1px solid black;">Resultado</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Estructura	<input checked="" type="checkbox"/>	Proceso	<input type="checkbox"/>	Resultado	<input type="checkbox"/>
Estructura	<input checked="" type="checkbox"/>	Proceso	<input type="checkbox"/>	Resultado	<input type="checkbox"/>		
OBJETIVO	Es asegurar la apertura de la historia clínica individualizada mediante la identificación estándar de usuario de salud a través de su número de DNI, que corresponde a una persona nacida en territorio peruano o a una persona nacionalidad en el país.						
JUSTIFICACIÓN	La propuesta del indicador está orientado a medir la implementación progresiva de lo señalado en la Segunda Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.						
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de historias clínicas nuevas con codificación del número de DNI (en un periodo)}}{\text{Total de historias clínicas nuevas abiertas (en el mismo periodo)}} \times 100$						
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	<p>Se obtendrá el:</p> <p>Numerador: Es el número de historias clínicas nuevas que fueron aperturado con la codificación correspondiente al número de DNI, las cuales se seleccionarán en correspondencia al periodo de medición. Si se aplica al primer semestre, corresponden a las historias aperturado entre enero y junio; en el caso del segundo semestre son las historias aperturado entre julio a diciembre del año de medición.</p> <p>Denominador: Es número total de historias clínicas nuevas abiertas de las IPRESS que corresponden al mismo periodo de medición. El período de medición corresponde al primer y segundo semestre del año medición.</p>						
FUENTE	Primaria: El registro de usuarios de la base de datos de la IPRESS.						
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral. Dos (02) mediciones al año.						
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a todo tipo de historias clínicas (manuscritas, electrónicas u otros).						
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, en cumplimiento de la normatividad vigente. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.						
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	Área de admisión, o la que haga sus veces en la IPRESS.						
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de ésta a la DIRIS/DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud o la que haga sus veces.						
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	El presente indicador fue diseñado en concordancia con lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, que dispone que a partir del 01 de enero de 2017, los establecimientos de salud del país y los servicios médicos de apoyo (IPRESS) implementarán de manera progresiva la identificación única de los usuarios en las historias clínicas manuscritas y electrónicas (número de historia clínica). El número de historia clínica será el número del Documento Nacional de Identidad - DNI, emitido por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC para el caso de nacionales, el carnet de extranjería que emite el Ministerio del Interior para el caso de extranjeros residentes, y el pasaporte o el documento de identidad extranjero para el caso de extranjeros en tránsito.						

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Ficha Técnica N° 2

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPRESS
DEFINICIÓN	Es el grado en la cual la historia clínica cumple con los requisitos establecidos para el registro completo y correcto, según los ítems relacionados a su contenido (estructura), identificando igualmente la coherencia y consistencia del registro de las prestaciones o servicios ofertados y recibidos por el usuario de salud, los cuales están avalados de manera formal por la firma y sello del profesional de salud que brindaron la atención. La calidad del registro correcto y completo de las historias clínicas se evalúa a través de la auditoría, el cual le es aplicable para el caso de historias clínicas manuscritas y electrónicas, según corresponda. Se aplica en las UPSS: consulta externa, hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, entre otros; priorizar aquellos servicios en los cuales tienen son significativos los problemas de registro.
TIPO DE INDICADOR	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
OBJETIVO	Determinar la calidad del registro de las historias clínicas, en correspondencia a las prestaciones o servicios ofertados y recibidos por los usuarios de salud en las IPRESS, en el marco de lo establecido en la norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.
JUSTIFICACIÓN	Permite realizar el monitoreo periódico de la calidad del registro de las prestaciones ofertadas y brindadas por los profesionales de salud al usuario de salud; verificando igualmente la coherencia y consiste del mismo.
FÓRMULA DE CÁLCULO	<u>N° de historias clínicas auditadas con registro completo y correcto en la IPRESS (en un servicio y periodo determinado) X 100</u> N° de historias clínicas auditadas de la IPRESS (en el mismo servicio y periodo)
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el: Numerador: Es el número de historias clínicas que luego de la revisión sistemática cumplen con el registro completo de todos los ítems considerados en los Formatos de atención según tipo de prestaciones o servicios ofertados y brindados a los usuarios en salud, la cual se realizada a través de la auditoría. Este proceso se realiza a partir de la selección de las historias clínicas auditadas comprendidas en un periodo específico (los últimos seis meses) para evaluar el registro de las prestaciones o servicios ofertados y brindados al usuario de salud en un determinado servicio de la IPRESS. (Ej.: Consulta externa, hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, entre otros, priorizar aquellos servicios en los cuales tienen problemas significativos de registro). Denominador: Es número de historias clínicas auditadas del servicio seleccionado para la medición en la IPRESS, que corresponden al mismo periodo de medición. El periodo de comprobación corresponde a los seis (06) últimos meses previos a la medición.
FUENTE	Primaria: Formatos de registros de prestaciones de salud, según servicio (Por ejemplo: consulta externa, hospitalización, emergencia, u otros), que integran la historia clínica.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral, Cuatro (04) mediciones al año. Anual
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a todo tipo de historias clínicas (manuscritas, electrónicas u otros).
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, según lo establecido en la presente norma técnica de salud. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	Área de calidad en salud y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en la IPRESS.
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de ésta a la DIRIS/DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud.
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	Para la medición de este indicador se seleccionará el servicio en el cual se aplicará el instrumento, se sugiere priorizar los servicios de mayor demanda de las prestaciones de salud y aquellos en los cuales se identifican mayores reclamos o inconformidades en el servicio o aquellos servicios en los cuales las prestaciones son de alto costo. Se sugiere priorizar e iniciar la medición en los servicios de consulta externa o en los servicios que presentan problemas significativos de registro. En las IPRESS hospitalarias incluir: emergencia, unidad de cuidados intensivos, hospitalización; entre otras según necesidades identificadas. Al término del año en el caso de la IPRESS hospitalarias mínimamente debe haber realizado la medición en la UPSS de Consulta Externa y en la UPSS de Hospitalización.



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Ficha Técnica N° 4

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR							
NOMBRE DEL INDICADOR	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPRESS QUE HAN ELIMINADO HISTORIAS CLÍNICAS, SEGÚN CRONOGRAMA DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES						
DEFINICIÓN	La eliminación de historias clínicas, corresponde al procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos autorizados expresamente por el Archivo General de la Nación, que es ente rector del Sistema Nacional de Archivos y los Archivos Regionales; con conocimiento del Comité Evaluador de Documentos –CED que establece los plazos de retención de las historias clínicas en el Programa de Control de Documentos, del cual forma parte el cronograma de eliminación de documentos institucionales.						
TIPO DE INDICADOR	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">Estructura</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">Proceso</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;">Resultado</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Estructura	<input type="checkbox"/>	Proceso	<input type="checkbox"/>	Resultado	<input checked="" type="checkbox"/>
Estructura	<input type="checkbox"/>	Proceso	<input type="checkbox"/>	Resultado	<input checked="" type="checkbox"/>		
OBJETIVO	Asegurar que las IPRESS dispongan e implementen el procedimiento archivístico establecido según normatividad del Archivo General de la Nación y la presente norma técnica de salud, para la eliminación de las historias clínicas en las IPRESS.						
JUSTIFICACIÓN	En referencia a la demanda creciente de los servicios de salud en las IPRESS, se ha identificado el incremento significativo de los usuarios de salud nuevos, a los cuales se apertura la historia clínica. Ello genera que el área destinada al archivo de historia clínica para su almacenamiento, conservación y custodia, resulten siendo insuficientes. La AGN, ente rector de los archivos ha regulado los procedimientos para la eliminación de las series documentales en las instituciones, constituyéndose la historia clínica en un tipo de serie documental; correspondiendo a las IPRESS cumplir con la normatividad establecida para la eliminación. Es así que la eliminación, es el procedimiento archivístico que debe seguir toda historia clínica que ha cumplido su periodo de permanencia en el archivo "pasivo", salvo aquellas historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional (mínimo 40 años) y aquellas inmersas en procesos judiciales o son consideradas, según lo señalado en la presente norma técnica de salud.						
FÓRMULA DE CÁLCULO	<p style="text-align: center;">Número de IPRESS que eliminan historias clínicas según CEDI* (en un periodo) X 100 Número de IPRESS que programan eliminación de historias clínicas en el CEDI* (en el mismo periodo)</p> <p>(*) Cronograma de Eliminación de Documentos Institucionales</p>						
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	<p>Se obtendrá el:</p> <p>Numerador: Es el número de IPRESS que eliminan historias clínicas según el cronograma de eliminación de documentos institucionales durante el año de medición, y han cumplido con el procedimiento archivístico establecido por la normatividad vigente, la misma que se ha formalizado con el acto resolutivo emitido por el Archivo General de la Nación – AGN.</p> <p>Denominador: Es el número total de IPRESS que programan eliminación de historias clínicas en el cronograma de eliminación de documentos institucionales – CEDI considerado en el Programa de Control de Documentos de la IPRESS, del año de medición.</p>						
FUENTE	Primaria: Es el responsable del Archivo de las Historias Clínicas.						
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual, una medición al año.						
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a todo tipo de historias clínicas.						
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, según lo establecido en la presente norma técnica de salud. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.						
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	El responsable de Archivo de Historias Clínicas de la IPRESS o quien haga sus veces.						
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de ésta a la DIRIS/DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud o la que haga sus veces.						
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	<p>Previo a la propuesta de eliminación de las historias clínicas se debe contar con la opinión favorable del Comité Institucional de Historias Clínicas, antes de ser sometida al Comité Evaluador de Documentos –CED.</p> <p>El Comité Institucional de Historias Clínicas coordinará permanentemente con el Órgano de Administración de Archivos y tomará conocimiento de las transferencias de historias clínicas desde el archivo periférico hacia el archivo central.</p> <p>El Órgano de Administración de Archivos identifica y clasifica las historias clínicas a ser eliminadas, previamente evalúa el tipo y periodo de custodia y asunto, revisa en su base de datos o repositorio de historias clínicas, aquellas que hayan cumplido el periodo de más de veinte (20) años. Organiza la documentación propuesta a eliminar, ubicando a las historias clínicas en unidades de instalación uniformes, rotuladas con los datos de la oficina (o unidad orgánica), denominación de la serie, fechas extremas y numeración correlativa. Registra en los inventarios de eliminación la cantidad total de los metros lineales propuestos a eliminar.</p> <p>Previo a la propuesta de eliminación de las historias clínicas, se debe conservar un resumen de la información mínima y básica en forma original o en medios magnéticos de los siguientes documentos: hojas de consentimiento informado, hojas de retiro voluntario, informes quirúrgicos y/o registros de parto, informes de anestesia, informes de exámenes anatomopatológicos, informes de exploraciones complementarias, epicrisis, informes de necropsia, hoja de evolución médica y hoja de evolución de enfermería de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos y del servicio de emergencia.</p> <p>La propuesta de eliminación de historias clínicas se realiza de acuerdo a lo señalado en la Directiva N° 001-2018-AGN/DNDAAI "Normas para la Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público".</p> <p>El proceso de eliminación de las historias clínicas en el primer nivel de atención debe ser avalado por el Comité Institucional de Historias Clínicas de la DIRESA/GERESA/DIRIS.</p>						



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Ficha Técnica N° 5

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR							
NOMBRE DEL INDICADOR	ARCHIVAMIENTO OPORTUNO DE FORMATOS DE HOSPITALIZACIÓN AL ALTA MÉDICA, EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS USUARIOS EN SALUD						
DEFINICIÓN	Es el momento propicio (dentro de las cuarenta y ocho (48) horas) en los cuales se incorporan los formatos específicos de hospitalización al alta de pacientes de los servicios de hospitalización de la IPRESS, al archivo de historias clínicas de la institución.						
TIPO DE INDICADOR	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Estructura</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Proceso</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Resultado</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Estructura	<input type="checkbox"/>	Proceso	<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado	<input type="checkbox"/>
Estructura	<input type="checkbox"/>	Proceso	<input checked="" type="checkbox"/>	Resultado	<input type="checkbox"/>		
OBJETIVO	Asegurar la oportunidad del archivamiento de los formatos específicos de hospitalización a las historias clínicas de los pacientes que fueron dados de alta médica en los servicios de hospitalización de las IPRESS, el momento propicio está comprendido dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de producido el egreso del servicio.						
JUSTIFICACIÓN	En las IPRESS, los formatos específicos de hospitalización se requieren ser incorporados en un periodo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas, a las historias clínicas de los pacientes que hicieron uso de los servicios de hospitalización, la oportunidad del archivamiento de los formatos al egreso de los servicios de la IPRESS, es de carácter obligatorio según lo señalado en la normatividad.						
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de historias clínicas con archivamiento oportuno (\leq 48 \text{ horas}) de los formatos de hospitalización en la IPRESS (en un periodo y servicio seleccionado)} \times 100}{\text{Número de historias clínicas de pacientes egresados de hospitalización en la IPRESS (en el mismo periodo y servicio seleccionado)}}$						
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	<p>Se obtendrá el:</p> <p>Numerador: Es el número de historias clínicas de pacientes hospitalizados con alta médica, en los cuales se incorporaron al archivo institucional los formatos específicos de hospitalización de forma oportuna, es decir no mayor a las cuarenta y ocho (48) horas de producido el egreso hospitalario en la IPRESS; en un periodo determinado.</p> <p>Denominador: Es el número total de historias clínicas de pacientes hospitalizados con alta médica y egreso hospitalario en la IPRESS; en un periodo determinado.</p>						
FUENTE	<p>Para el Numerador, fuente primaria es: Responsable de Archivo de la IPRESS.</p> <p>Para el Denominador, el Área de Caja y/o Estadística e informática de la IPRESS.</p>						
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral, dos mediciones al año (I y II semestre).						
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a historias clínicas manuscritas.						
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	<p>Meta Esperada: 100%, según lo establecido en la presente norma técnica de salud.</p> <p>Nivel de Avance: incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.</p>						
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	El responsable de Archivo Periférico de la IPRESS o quien haga sus veces.						
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de ésta a la DIRIS/DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud.						
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	<p>No se incluyen los pacientes de hospitalización que solicitaron su retiro voluntario.</p> <p>Los servicios en los cuales se puede realizar las mediciones corresponden a las UPSS de hospitalización y la UPSS de Servicios Críticos: UCI y Cuidados intermedios.</p> <p>Los meses para las mediciones corresponden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I-semestre: de enero a junio - II-semestre: de julio a diciembre. <p>Se deberán incluir mediciones en servicios variados de hospitalización.</p>						



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Ficha Técnica N° 6

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPRESS QUE REPORTAN OPORTUNAMENTE HISTORIAS CLÍNICAS EXTRAVIADAS Y/O DESTRUIDAS ACCIDENTALMENTE
DEFINICIÓN	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en situaciones fortuitas (que suceden inesperadamente y por casualidad) como en el caso de desastres naturales (sismos, inundaciones, huracanes, otros) y/o accidentes (un suceso no planeado y no deseado que provoca un daño, lesión u otra incidencia negativa sobre un objeto o sujeto); que produzcan el extravío o destrucción (parcial o total) de las historias clínicas en la IPRESS, deben ser reportadas oportunamente (plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas) a la Autoridad Sanitaria (DIRESA/GERESA/DIRIS); en el caso de IPRESS del ámbito de regiones el reporte a la DIRESA/GERESA debe realizarse a través de la Red de Salud a la cual pertenece, de corresponder.
TIPO DE INDICADOR	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
OBJETIVO	Es implementar y mantener la vigilancia del reporte de historias clínicas que por situaciones fortuitas o accidentales fueron extravíadas y/o destruidas (parcial o totalmente) a nivel de la IPRESS, orientando el mecanismo administrativo a seguir para generar la formalidad de su búsqueda o reconstrucción de corresponder o de lo contrario iniciar el procedimiento archivístico de su eliminación formal.
JUSTIFICACIÓN	Las IPRESS del Sector Salud realizan las consultas del accionar ante situaciones fortuitas o accidental de pérdidas de historias clínicas, respecto al cual aun cuando al interior se han definido he implementado los procesos o procedimientos para su custodia y conservación; se requiere establecer la vigilancia de la ocurrencia y establecer el procedimiento administrativo de su manejo.
FÓRMULA DE CÁLCULO	<u>Número de IPRESS que reportan oportunamente historias clínicas extravíadas y/o destruidas de forma fortuita y/o accidental (en un periodo)</u> X 100 Número de IPRESS de un ámbito determinado (en el mismo periodo)
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el: Numerador: Es el número de IPRESS que reportan oportunamente a la DIRESA/GERESA/DIRIS, las historias clínicas extravíadas y/o destruidas de forma fortuita y/o accidental en la Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPRESS, las cuales deberán ser sustentadas técnica y documentariamente. Denominador: Es el número total de IPRESS de un ámbito determinado (DIRESA/GERESA/DIRIS) y en un periodo determinado (un año).
FUENTE	Primaria: Es el responsable del Archivo de las Historias Clínicas.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual, una medición al año.
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a todo tipo de historias clínicas.
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: Menor al 0.01% de las historias existentes, al año. Nivel de Avance: Disminuir al año un mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	El responsable de Archivo de Historias Clínicas de la IPRESS o quien haga sus veces.
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de esta a la DIRIS/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud o la Dirección General que haga sus veces.
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	El responsable de archivo de las historias clínicas en la IPRESS cuando identifique la pérdida de historias clínicas (extravíadas o destruidas por causas fortuitas o accidental) en el archivo u otro servicio, debe realizar el registro en los inventarios de la institución especificando y sustentando el motivo que condicionó la misma. Esta situación debe ser informada de manera documental a la máxima autoridad de la IPRESS para ser comunicado al Comité Institucional de Historias Clínicas y realizar la consulta al Comité Evaluador de Documentos -CED, de acuerdo a lo señalado en la Directiva N° 001-2018-AGN/DNDDAAI "Normas para la Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público". En el primer nivel de atención debe ser avalado por el Comité Institucional de Historias Clínicas de la DIRESA/GERESA/DIRIS.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Ficha Técnica N° 7

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPRESS CON INTERNAMIENTO QUE HAN IMPLEMENTADO EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS
DEFINICIÓN	En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS con internamiento el Archivo de Historias Clínicas, es el archivo en el cual se encuentran contenidas y clasificadas las historias clínicas del archivo común, denominadas como "archivo activo" y "archivo pasivo"; y también la correspondiente al Archivo Especial. El área del archivo de historias clínicas debe reunir condiciones para el correcto almacenamiento, custodia, y seguridad; en referencia a lo establecido en la normatividad, la cual se medirá con el "instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas". El responsable del archivo, tiene el encargo del mantenimiento, conservación, custodia, y la administración del uso de las historias, en el marco de su competencia y la normatividad vigente; asimismo de proponer su eliminación y realizar la transferencia de las historias clínicas al Órgano de Administración de Archivos, cuando corresponda.
TIPO DE INDICADOR	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
OBJETIVO	Es garantizar que las IPRESS dispongan e implemente el Archivo de Historias Clínicas, área en la cual las historias clínicas del usuario de salud están correctamente archivadas, conservadas, custodiadas y cumplen con las condiciones de seguridad de la información contenida en la misma, según lo establecido en la normatividad.
JUSTIFICACIÓN	La prioridad del indicador está relacionada a la situación de inadecuada implementación de los archivos de historias clínicas en el país y a asegurar las condiciones adecuadas almacenamiento, conservación, custodia y seguridad de las historias clínicas en cumplimiento de la normatividad del proceso archivístico definido por el Archivo General de la Nación y en correspondencia a lo establecido en la presente norma técnica de salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	<u>Número de IPRESS con Internamiento que cuentan con archivo de historias clínicas implementado (en un ámbito y periodo) X 100</u> Número de IPRESS con Internamiento (en un ámbito y periodo)
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el: Numerador: Es el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS con internamiento que cuentan con archivo de historias clínicas implementado, en un ámbito (DIRESA/GERESA/DIRIS) y en un periodo determinado (I o II semestre y anual) del año de medición. Se considera implementado cuando cumple al 100% los ítems considerados en el "instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas". Denominador: Es el número total de IPRESS con internamiento, de un ámbito determinado (DIRESA/GERESA/DIRIS) correspondiente al periodo de medición. El periodo de medición corresponde al primer y al segundo semestre del año medición; y al concluir el año anual.
FUENTE	Primaria: Es la Dirección o Jefatura de la IPRESS.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral. Dos (02) mediciones al año. Anual
APLICABILIDAD	En todas las Redes de Salud del Sector Salud. Aplicable a las historias clínicas manuscritas.
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, según lo establecido en la presente norma técnica de salud. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	La unidad orgánica que determine la DIRESA/GERESA para las IPRESS con internamiento del II y III nivel de atención, y la unidad orgánica que determine la Dirección de Red Integrada de Salud-DIRIS o la que haga sus veces para las IPRESS con internamiento del ámbito de su competencia en Lima Metropolitana.
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, remite de manera formal a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional-DGAIN o la que haga sus veces en el Ministerio de Salud, Las DIRIS del ámbito de Lima Metropolitana remiten directamente a la DGAIN o la Dirección General que haga sus veces.
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	Los aspectos a considerar para calificar como condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad, están determinados en el instrumento elaborado para tal propósito en correspondencia con lo establecido en la normatividad. Debiendo corresponder a un cumplimiento del 100% los aspectos especificados en el "instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas".



S. VARGAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

INSTRUMENTO PARA FICHAS TÉCNICAS N° 3 y N° 7
Instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas
en el Archivo de Historias Clínicas

N°	ÍTEM DE MEDICIÓN	VERIFICACIÓN	
		SI	NO
1	Se ha asignado formalmente la persona responsable del Archivo Periférico y en este de las historias clínicas.		
2	Los recursos humanos que laboran en el Archivo Periférico, han sido capacitados en este último año.		
3	Cuenta con un ambiente físico en la cual se identifican las historias clínicas organizadas como: "archivo activo" y "archivo pasivo", el cual se encuentra en el primer piso.		
4	El área asignada al archivo periférico cumple con las medidas establecidas según normatividad.		
5	Las estanterías especiales para carpetas de historias clínicas cumplen con las dimensiones recomendables de profundidad (28 cm), de alto entre bandeja y bandeja (35cm), de altura (menor o igual a 2.20 m y dividido en seis niveles), de distancia del muro (15 cm) y está fijada a los muros o cielo raso (en caso de estantes fijos). La separación entre estante debe ser mínimo 1 metro para pasillos principales y 75 cm para pasillos secundarios y la longitud entre estantería de 8 metros lineales.		
6	El piso debe ser consistente para soportar el peso de estanterías de carga de 750 kg/m ² (en estantería fija) y de hasta 1,250kg/m ² en estanterías móviles.		
7	Los pisos, muros, techos y puertas son de material ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión. Las pinturas deben tener propiedades ignífugas y el tiempo de secado necesario para evitar el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.		
8	Tiene una buena iluminación, señalización, ventilación (natural o artificial), sistemas contra incendios, extintores, detectores de humo y extractores de aire.		
9	Cuenta con un área restringida, de acceso limitado con medidas de seguridad y sistema de videocámaras.		
10	Mantiene una temperatura entre 15° a 21 °C, humedad relativa entre 45% a 65%, empleando un sistema de aire acondicionado, que incluye dispositivos de control de temperatura, humedad y extracción de aire viciado.		
11	Las historias clínicas están organizadas en orden cronológico y ordenadas según uso racional y pertinencia de los formularios que la integran.		
12	Las carpetas de las historias clínicas cuentan con código de barra para su mejor identificación, movimiento y control.		
13	Cuenta con un sistema informático de registro, control y monitoreo de las historias clínicas que se encuentran en el archivo; y la información está actualizada y completa (según el literal a del numeral 3. Sistema Informático para la Gestión de las Historias Clínicas)		
14	Las historias clínicas que son solicitadas para la atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia u otra actividad o motivo, son devueltas al archivo según los plazos establecidos en la normativa.		
15	Las historias clínicas que son retiradas de su lugar en el archivo, son reemplazadas por un tarjetón de reemplazo diferenciado (color o tamaño).		
16	Cuenta con los reportes (precisando el motivo y fecha de devolución) al responsable de archivo de las historias que por causa justificada han sido retenidas.		
17	Cuenta con un inventario anual resumido de historias clínicas.		
18	Las historias clínicas cumplen con el tiempo de conservación según tipo de archivo (activo o pasivo, de pacientes con cáncer ocupacional).		
19	Se encuentran custodiados los formatos de las historias clínicas que son propuestas a eliminar o fueron eliminadas.		
20	Se han implementado el proceso de microformas según el D.L. N° 681, Uso de Tecnologías Avanzadas en materia de archivo y su Reglamento; para las historias clínicas calificadas como "archivo especial" y de los documentos o formatos de las historias clínicas eliminadas o consideradas como propuesta a eliminar.		
21	El archivo periférico se fumiga periódicamente (cada seis meses).		
22	Dispone de un plan de prevención, seguridad y recuperación de archivos, ejecutando las acciones consideradas anualmente.		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
 HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Ficha Técnica N° 8	
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	
FECHA:	CODIGO:
PROCESO	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud/Recuperación y Rehabilitación de la Salud
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
PROPOSITO	Otorgar al paciente el Certificado de Discapacidad por haber recibido atención médica en el establecimiento de salud
ALCANCE	Dirección General/Tramite Documentario. Departamento de Medicina de Rehabilitación. Oficina de Estadística e Informática.
MARCO LEGAL	Artículo 11 de la Ley N° 27098, Ley General de Discapacidad. R.M. N° 3014-2006/MINSA, publicado el 23-10-06, Actualizar el Formato de Discapacitados. Numeral N° 44.1 del Artículo 44° y Artículo 45°, Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. Regula las actuaciones de la función administrativa del Estado y el procedimiento administrativo común desarrollados

ÍNDICE DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
TIEMPO DE ATENCIÓN (*)	N° DE DIAS	SISTEMA DE TRAMITE DOCUMENTARIO	DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACION
EXPEDIENTES ATENDIDOS (**)	N° DE CERTIFICADOS	SISTEMA DE TRAMITE DOCUMENTARIO	DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACION
(*) TIEMPO DE ATENCIÓN= TIEMPO DE ATENCIÓN DE LOS CERTIFICADOS TIEMPO ESTABLECIDO EN EL TUPA			
(**) EXPEDIENTES ATENDIDOS= N° DE CERTIFICADOS ATENDIDOS N° DE CERTIFICADO RECIBIDOS			

NORMAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Directiva N° 007-MINSA/OGPE-V.02 "Directiva para la formación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 308-2006/MINSA. • Resolución Ministerial N° 901-2007/MINSA, aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Descentralizados. 	
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	
Inicio	Interesado solicita información del trámite administrativo a realizar
Trámite Documentario/Técnico Administrativo	1. Orienta sobre el trámite administrativo a seguir e indica los requisitos a presentar de acuerdo al Texto Único de Procedimientos Administrativos-TUPA, así mismo le hace entrega del formato-solicitud según modelo al interesado.
Interesado	2. Se dirige al Departamento de Medicina Física de Rehabilitación, para la emisión del médico especialista y le entrega pase que se adjunta a la solicitud. 3. Llena la solicitud, adjunta el pase del médico especialista y los requisitos establecidos en el TUPA, y presenta al Técnico Administrativo de Trámite Documentario.
Trámite Documentario/Técnico Administrativo	4. Verifica que los documentos cumplan con los requisitos establecidos en el TUPA, coloca sello, V° B° y fecha en la solicitud, desglosa solicitud, adjunta el pase del médico especialista y los requisitos establecidos en el TUPA y presenta al Técnico Administrativo de Trámite Documentario. 5. Registra en la Base de Datos y lo deriva al Técnico Administrativo de Estadística e Informática
Oficina de Estadística e Informática/Técnico Administrativo	6. Recepciona, Registra y procede a ubicar la Historia Clínica del paciente para ser remitido al médico especialista del Departamento de Medicina Física de Rehabilitación. Presenta Solicitud, comprobante de pago y otros requisitos que establece el TUPA al Técnico Administrativo de Trámite Documentario.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 049 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Departamento de Medicina de Rehabilitación/Médico	7.Médico especialista procede a elaborar el Certificado de Discapacidad y lo deriva al Departamento de Medicina Física de Rehabilitación para la firma correspondiente.
Departamento de Medicina de Rehabilitación/Jefe	8.Revisa el documento y procede a firmar el Certificado de Discapacidad y lo deriva a la Dirección General para la firma del Director Adjunto.
Trámite Documentario/Técnico Administrativo	9.Recepcción al Certificado de Discapacidad y lo deriva al Director Adjunto.
Dirección General/Dirección Adjunto	10.Revisa el Certificado de Discapacidad y procede a la firma.
Trámite Documentario/Técnico Administrativo	11.Registra y deriva el Certificado de Discapacidad a la Oficina de Estadística e Informática para la entrega al interesado.
Oficina de Estadística e Informática/Técnico Administrativo	12.Recepcción, registra y procede a la entrega del Certificado de Discapacidad al interesado.
Fin	

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
1.Solicitud de Certificado de Discapacidad.	Interesado o Representante Legal	Semanal	Micranizado
2.Copia de Documento de Identificación Nacional del Titular o Representante Legal.	Interesado o Representante Legal	Semanal	Micranizado
3.Historia Clínica.	Oficina de Estadística e Informática	Diario	Manual

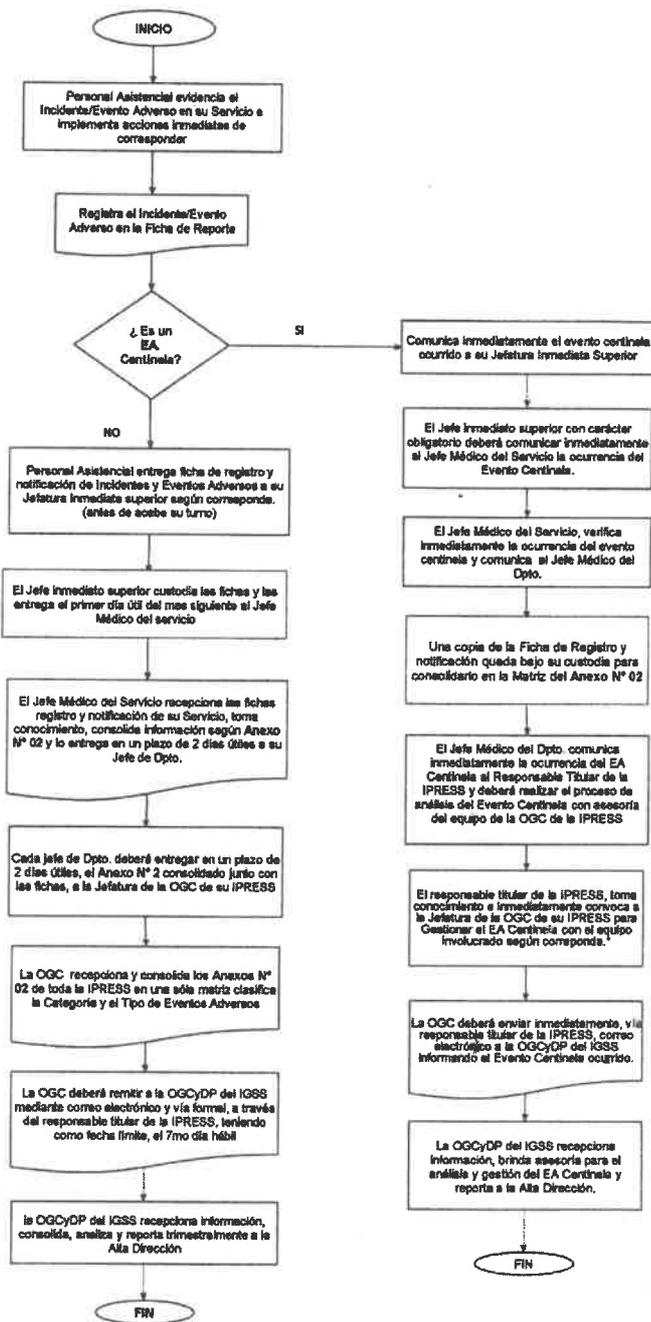
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
1. Certificado de Discapacidad.	Interesado o Representante Legal	Semanal	MANUAL

DEFINICIONES	1. Certificado de Discapacidad: Documento que registra el diagnóstico de una enfermedad o su secuela que ha originado una limitación física o mental de una persona con la descripción de dicha limitación.
REGISTROS	1. Formato Solicitud 2. Libro de Registro Documentario. 3. Libro de Registro Historia Clínica. 4. Cuaderno de Registro.
ANEXOS	1. Formato de Solicitud.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 043 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

ANEXO N°43A: Flujograma Eventos Adversos



* La metodología del análisis para la gestión del Evento Centinela en las IPRESS será a través del desarrollo del Protocolo de Londres
 BASE LEGAL: Decreto Supremo N° 031-2014-SA que Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 43 -HNHU/2021/DG
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

X. BIBLIOGRAFIA

- 1) Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”: NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada por Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N°265-2018/ MINSA.
- 2) Comisión de Documentación Clínica – Dirección de Asistencia Sanitaria. Guía para la Elaboración del Reglamento de Uso de la Historia Clínica. Gobierno Vasco – España Junio 2001.
- 3) Comunidad Valenciana. Documentos Básicos de la Historia Clínica Hospitalaria. 2001. España.
- 4) Comunidad Autónoma de Galicia. Ley Reguladora del Consentimiento Informado y la Historia Clínica de los Pacientes. 2001. España.
- 5) Servicio Vasco de Salud. Reglamento de Uso de la Historia Clínica – Hospital de Cruces. España – Abril 2006.
- 6) Decreto 38/2012, Historia Clínica y Derechos y Obligaciones de Pacientes y Profesionales de la Salud. Órgano Departamento de Sanidad y Consumo- Marzo de 2012.
- 7) Díaz Simini F, Rosello JL, Rubino MF, Sistema Informático Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – OPS/OMS. 2003.
- 8) El Departamento de Registros Médicos: guía para su organización. Serie Paltex N° 19- Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1990.
- 9) Evaluación del Registro de Consentimiento y el nivel de información recibida por los pacientes, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren- EsSalud. Dr. Edgard Ruelas, Dra. Diana Fuentes, Dr. William Campos, Dr. Jesús Cabrejos, Dra. Yessenia García. Junio-Agosto del 2003.
- 10) Hospital Virgen del Puerto – Plasencia. Manual de documentación clínica. Marzo 2002.

