



E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

Resolución Directoral

Chulucanas, 03 de Junio del 2021



VISTO: El Memorando N° 207-2021-GRP-430020-13201, de fecha 31 de Mayo del 2021, mediante el cual la Dirección del E.S.II-1 Hospital de Apoyo Chulucanas, autoriza y aprueba la Proyección de la Resolución correspondiente a la aprobación del **FORMATO DE FILIACIÓN – IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS**, correspondiente al periodo 2021, dando cumplimiento a la NTS N°139-MINSA-2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"; y,

CONSIDERANDO:



Que, la Ley N° 26842 – Ley General de la Salud, establece en el artículo II del Título Preliminar, que: "La protección de la salud es de interés público, por lo que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; por consiguiente, en el numeral VI, se indica que "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera que sea la persona o institución que los provea, seguidamente, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad"; siguiendo este hilo conductor, es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública, finalmente el Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;



Que, el Artículo 42° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Establece que "Todo acto médico que se lleve a cabo en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es susceptible de auditorías internas y externas en las que puedan verificarse los diversos procedimientos a que es sometido el paciente, sean estos para prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación";



Que, el Artículo 23° de la Ley N°26842, indica que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsiones o vicie su voluntad, en cuyo caso ello se constituirá en circunstancia que acarrea la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. El proceso del consentimiento informado deberá garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión del usuario. Este proceso debe constar necesariamente por escrito, en un documento que visibilice el proceso de información y decisión, el cual además formará parte de la historia clínica del usuario, siendo responsabilidad de la IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondientes. En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital y será expresado en la misma forma que fue otorgado;



Que, mediante Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, de fecha 13 de marzo del 2018, se aprobó la Norma Técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, modificada mediante Resolución Ministerial N°265-2018/MINSA, de fecha 16 de marzo del 2018, la cual establece la estructura de los formatos especiales que debe contener la historia clínica; definiendo a esta como 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





E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

Resolución Directoral

Chulucanas, 03 de junio del 2021

atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente usuario de salud y que son respaldados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.

Que, mediante Carta Nº76-2021-HACH-UGC, de fecha 27 de Mayo del 2021 la Jefatura del Equipo de Gestión de la Calidad remite a la Dirección del E.S II-1 Hospital Chulucanas, el **FORMATO DE FILIACIÓN - IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS**, para ser aprobado, autorizar su posterior uso y la emisión del acto resolutorio;

Que, a consecuencia de lo solicitado con el documento del VISTO y en concordancia con los considerandos antes descritos se procede a emitir la presente resolución, resulta necesario **APROBAR EL "FORMATO DE FILIACIÓN - IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS"**, que fueron implementados por la Unidad de Gestión de la Calidad, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio médico en beneficio de este Hospital;

Que, mediante Decreto Legislativo Nº1161, que a través de su única Disposición complementaria derogatoria, deroga la Ley 27657, Ley del Ministerio de salud, Decreto Legislativo Nº 276 y su Reglamento aprobado mediante D.S Nº 005-90-PCM, Texto Único Ordenado Ley Nº 2744 Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley del Código de Ética de la Función Pública". Decreto Supremo Nº 013-2006-SA; D.L. Nº 1161, que aprueba la Ley de organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud; R.M. Nº 519-2006/MINSA, Que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", R.M Nº 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V 02", R.M. Nº 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; Norma Técnica Nº139-MINSA/2009/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica;

Estando a lo solicitado por la Dirección de E.S.II-1Hospital Chulucanas, con la autorización de la Unidad de Gestión de Calidad, Equipo de Personal, Asesoría Legal, Unidad de Planeamiento Estratégico, Unidad de Administración; con la Visación y Aprobación de la mencionada Dirección; y

En uso de las atribuciones conferidas mediante el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Chulucanas, aprobado con Ordenanza Regional Nº 330-2015/GRP.CR, y la Resolución Ejecutiva Regional Nº 036-2021/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GP de fecha 15 de Enero del 2021, en la cual se Encarga el Puesto de DIRECTOR del Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas; en el cargo estructural de Director de Hospital I, de Conformidad con la Ordenanza Regional 429-2018, GRP-CR, Publicada en el Diario Oficial "El Peruano", con fecha 02 de noviembre del 2018, Cargo Considerado de Confianza en el Gobierno Regional Piura,



G. CERFEZO A.



R. UBILLUS S.



GLENN G. GARCIA G.



M. GARCIA C.



O. ESCOBAR R.



E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

Resolución Directoral

Chulucanas, 03 de Junio del 2021

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, con eficacia anticipada al 31 de Mayo del 2021 el **FORMATO DE FILIACIÓN - IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS**, correspondiente al periodo 2021, dando cumplimiento a la NTS N°139-MINSA-2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", en merito a mejorar la calidad en los procesos, el mismo que se anexa a la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR, al Equipo de Gestión de la Calidad y a los Servicios del E.S II-1 Hospital Chulucanas, la supervisión y el cumplimiento del formato aprobado en el Artículo 1°.

ARTÍCULO 3°.- Hágase de conocimiento al Gobierno Regional Piura y Dirección Regional de Salud Piura, Órganos y Unidades Orgánicas del E.S.II-1 Hospital Chulucanas, archivo de Dirección del E.S.II-1 Hospital Chulucanas, Equipo de Gestión de la Calidad, Estadística e Informática para la publicación en el portal del E.S.II-1 Hospital Chulucanas.

Regístrese, Comuníquese y Ejecútese,

GOBIERNO REGIONAL PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
Dra. GLORIA M. CEREXO ALAPA
OMP. 044157



R. VILLUS



GLENN G. GARCIA G.



M. GARCIA C.



O. ESCOBAR R.



FORMATO DE FILIACIÓN - IDENTIFICACIÓN

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:.....

DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres:

Lugar Nacimiento:..... Fecha Nacimiento:..... Nacionalidad.....

Edad:Sexo: Procedencia:..... Grado Instrucción:.....

Estado Civil:..... Ocupación:..... Religión:.....

Documento Identidad:..... Código SIS:.....

Nº Cuenta Hosp:..... Plan Atención:..... Grupo Sanguíneo y F.Rh:

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

.....

.....

(Distrito) (Provincia) (Departamento)

(Teléfonos) Referencia de Ubicación:

.....

DATOS DEL CÓNYUGE:

Nombres:..... DNI:.....

Teléfonos:.....

ACOMPAÑANTE:

Nombres:..... DNI:.....

Dirección:

Teléfonos:..... Parentesco:.....

REPRESENTANTE LEGAL (Para menores de edad o impedida física o mental):

Nombres:..... DNI:.....

Teléfonos:..... Parentesco:.....

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

