



E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

# Resolución Directoral

Chulucanas, 26 de Noviembre del 2021

**VISTO:** El Memorando N° 500-2021-GRP-430020-13201, de fecha 18 de noviembre del 2021, mediante el cual la Dirección del E.S.II-1 Hospital de Apoyo Chulucanas solicita la Proyección de la Resolución correspondiente a la aprobación del **FORMATO DE CHECKLIST DE LA HISTORIA CLÍNICA DE TODAS LAS UPSS ASISTENCIALES PERTENECIENTES AL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS;** 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, mediante Resolución Ministerial N° 214°-2018/MINSA, de Fecha 13 de Marzo del 2018, modificada mediante Resolución Ministerial N°265-2018/MINSA, de fecha 16 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”, el cual tiene como objetivo los procesos y procedimientos para la administración y gestión de la Historia Clínica a nivel del Sector Salud, así como estandarizar el contenido básico de la historia clínica para registrar apropiadamente la atención del usuario en salud y asegurar el manejo, conservación y eliminación de la historia clínica en correspondencia con el actual contexto sanitario, legal, administrativo y tecnológico, en virtud a la aplicación de las tecnológicas de la información y comunicación, en el ámbito de la salud de conformidad con la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y su modificatoria;

Que, en los numerales 4.2.8. y 4.2.19. de la Norma Técnica de Salud antes mencionada establece que 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. 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 resolutorio para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en la presente norma;

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 CHECKLIST**





E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

# Resolución Directoral

Chulucanas, 26 de Noviembre del 2021

DE LA HISTORIA CLÍNICA DE TODAS LAS UPSS ASISTENCIALES PERTENECIENTES AL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS", que se mencionan en la parte resolutoria de la presente Resolución y fueron aprobados con el Equipo de Gestión de la Calidad y el Comité Institucional de la Historia Clínica, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio médico en beneficio de este Hospital;

Que, mediante Decreto Legislativo N°1161, que a través de su única Disposición complementaria derogatoria, deroga la Ley N°27657, Ley del Ministerio de salud, Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica en Salud N° 050-MINSA/DGSP-V 02", Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; Norma Técnica N°139-MINSA/2018/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 visación del Comité Institucional de la Historia Clínica, Unidad de Gestión de Calidad, Servicio de Enfermería, 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 N° 330-2015/ GRP.CR, y la Resolución Ejecutiva Regional N° 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,

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR, el FORMATO DE CHECKLIST DE LA HISTORIA CLINICA DE TODAS LAS UPSS ASISTENCIALES PERTENECIENTES AL E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS, en mérito a mejorar la calidad en los procesos, los mismos que se anexan a la presente Resolución y se clasifican de la siguiente manera:**

- a) Checklist de Historia Clínica de Alta de Emergencia.
- b) Checklist de Historia Clínica de Alta de Hospitalización.
- c) Checklist de Historia Clínica de Alta de Neo Sano.
- d) Checklist de Historia Clínica de Ingreso de Paciente Neonato.
- e) Checklist de Historia Clínica de Ingreso de Paciente Adulto y Pediátrica.

**ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR, a la Unidad de Gestión de la Calidad, al Comité Institucional de la Historia Clínica y al Servicio de Enfermería, la supervisión y el cumplimiento de los formatos aprobados 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, Unidad 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  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
CHULUCANAS

GOBIERNO REGIONAL PIURA  
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS  
GLORIA M. CEREZO ALAPA  
CMP. 044157  
DIRECTORA



# CHECKLIST DE HISTORIA CLÍNICA DE ALTA DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL PACIENTE													
SERVICIO:				SIS:			HC:			EDAD:		SEXO:	
NOMBRE DEL FORMATO	EMERGENCIA			LIQUIDACIÓN (SIS/CAJA)			ESTADÍSTICA			ARCHIVO HC (ADMISIÓN)			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
ANÁLISIS (OBSERVACIÓN)													
FORMATO DE FILIACIÓN (OBSERVACIÓN)													
INFORME DE ALTA (OBSERVACIÓN)/ALTA VOLUNTARIA													
HOJA DE HC DE EMERGENCIA													
NOTA DE EVOLUCIÓN (OBSERVACIÓN)													
PRESCRIPCIONES Y ÓRDENES MÉDICAS (OBSERVACIÓN)													
HOJA HC DE EMERGENCIA DE LA ENFERMERA/OBSTETRA													
NOTAS DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA (OBSERVACIÓN)													
INFORME DE INTERCONSULTAS (de corresponder)													
EXÁMENES DE AYUDA AL DX Y TRATAMIENTO													
EN CASO DE PACIENTE QUIRÚRGICO INCLUIR:													
AVISO DE OPERACIÓN													
HOJA DE EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA													
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGÍA													
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA													
LISTA DE CHECKLIST PREOPERATORIA													
PROGRAMA (de corresponder)													
MATERNO PERINATAL (de corresponder)													
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS (de corresponder)													
AVISO DE GRAVEDAD (de corresponder)													
HOJA DE REFERENCIA/HOJA CONTRAREFERENCIA (de corresponder)													
OTROS FORMATOS:													
ADJUNTA DE PROCEDIMIENTOS													
INDEX													
HOJA DE MONITOREO (FUNCIONES VITALES)													
BALANCE HÍDRICO DE PROFESIONAL Y TÉCNICO DE ENFERMERÍA													
SOLICITUD TRANSFUSIONAL (de corresponder)													
HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES (de corresponder)													
COPIAS DE RECETAS													
COPIAS DE ÓRDENES DE EXÁMENES AUXILIARES													
FUAS													
OTROS FORMATOS:													
FECHA Y HORA DE ENTREGA													
PERSONAL RESPONSABLE QUE ENTREGA: FIRMA Y NOMBRE													
PERSONAL RESPONSABLE QUE RECIBE: FIRMA Y NOMBRE													



ENF. REYES

# CHECKLIST DE HISTORIA CLINICA DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE													
SERVICIO:			SIS:			HC:			EDAD:			SEXO:	
NOMBRE DEL FORMATO	HOSPITALIZACIÓN			LIQUIDACIÓN (SIS/CAJA)			ESTADÍSTICA			FECHA DE ALTA: ARCHIVO HC (ADMISIÓN)			OBSERVACIONES
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
EPICRISIS													
FORMATO DE FILIACIÓN													
INFORME DE ALTA/ALTA VOLUNTARIA													
GRÁFICA DE FUNCIONES VITALES DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA													
HOJA DE HC DE EMERGENCIA (excepto cuando paciente ingrese de consultorios externos)													
HISTORIA CLÍNICA NEONATAL (DE CORRESPONDER)													
HOJA DE HC DE HOSPITALIZACIÓN													
NOTA DE EVOLUCIÓN													
PRESCRIPCIONES Y ÓRDENES MÉDICAS													
HOJA HC DE EMERGENCIA DE LA ENFERMERA/OBSTETRA													
NOTAS DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA													
INFORME DE INTERCONSULTAS (de corresponder)													
EXÁMENES DE AYUDA AL DX Y TRATAMIENTO													
EN CASO DE PACIENTE QUIRÚRGICO INCLUIR:													
FORMATO DE ANESTESIA													
REPORTE OPERATORIO (de corresponder)													
VERIFICACIÓN DE LISTA DE CIRUGÍA SEGURA													
EVALUACIÓN POST ANESTESICA DE MÉDICO													
HOJA DE URPA DE ENFERMERÍA													
AVISO DE OPERACIÓN													
RIESGO QUIRÚRGICO													
HOJA DE EVALUACIÓN PRE ANESTESICA													
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGÍA													
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA													
LISTA DE CHECKLIST PREOPERATORIA													
PARTOGRAMA (de corresponder)													
HC MATERNO PERINATAL (de corresponder)													
HOJA DE ORDEN DE INTERNAMIENTO													
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS (de corresponder)													
AVISO DE GRAVEDAD (de corresponder)													
HOJA DE REFERENCIA/HOJA CONTRAREFERENCIA (de corresponder)													
OTROS FORMATOS:													
HOJA DE PROCEDIMIENTOS													
KARDEX													
HOJA DE MONITOREO													
BALANCE HÍDRICO DE PROFESIONAL Y TÉCNICO DE ENFERMERÍA													
VALORACIÓN DE CAIDAS Y ÚLCERAS DE PRESIÓN													
SOLICITUD TRANSFUSIONAL (de corresponder)													
HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES (de corresponder)													
COPIAS DE RECETAS													
COPIAS DE ÓRDENES DE EXÁMENES AUXILIARES													
FECHAS													
OTROS FORMATOS:													
FECHA Y HORA DE ENTREGA:													
PERSONAL RESPONSABLE QUE ENTREGA: FIRMA Y NOMBRE													
PERSONAL RESPONSABLE QUE RECIBE: FIRMA Y NOMBRE													





# CHECKLIST DE HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO DE PACIENTE NEONATO

NOMBRE DEL PACIENTE:															
SERVICIO:				SIS:			EDAD:			SEXO:					
NOMBRE DEL FORMATO				EMERGENCIA/ CONSULTORIOS			AIRN			ALOJAMIENTO CONJUNTO			FECHA DE INGRESO:		
				SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
HOJA DE ORDEN DE INTERNAMIENTO															
FORMATO DE FILIACIÓN															
GRÁFICA DE FUNCIONES VITALES															
BALANCE HÍDRICO DE ENFERMERÍA (DE CORRESPONDER)															
HOJA DE RN															
HOJA DE HC DE EMERGENCIA (excepto cuando paciente egrese de consultorios externos)															
HISTORIA CLÍNICA NEONATAL															
NOTA DE EVOLUCIÓN															
PRESCRIPCIONES Y ÓRDENES MÉDICAS															
INFORME DE INTERCONSULTAS (de corresponder)															
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS (de corresponder)															
NOTAS DE ENFERMERÍA															
EXÁMENES DE AYUDA AL DX Y TRATAMIENTO															
AVISO DE GRAVEDAD (de corresponder)															
HOJA DE REFERENCIA (de corresponder)															
EPICRISIS															
OTROS FORMATOS:															
HOJA DE PROCEDIMIENTOS															
ÍNDICE DE ENFERMERÍA															
HOJA DE MONITOREO (FUNCIONES VITALES)															
HOJA DE CONTROL DE GLICEMIA POR HEMOGLUCOTEST															
SOLICITUD TRANSFUSIONAL (de corresponder)															
HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES (de corresponder)															
COPIAS DE RECETAS															
COPIAS DE ÓRDENES DE EXÁMENES AUXILIARES															
COPIA DE DNI DE PAPÁ Y MAMÁ															
FPGAS															
OTROS FORMATOS:															
FECHA Y HORA DE ENTREGA:															
PERSONAL RESPONSABLE QUE ENTREGA: FIRMA Y NOMBRE															
PERSONAL RESPONSABLE QUE RECIBE: FIRMA Y NOMBRE															



# CHECKLIST DE HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO DE PACIENTE ADULTO Y PEDIATRICO

NOMBRE DE PACIENTE:											
SERVICIO:						EDAD:			SEXO:		
NOMBRE DEL FORMATO											
EMERGENCIA/ CONSULTORIOS			SALA DE OPERACIONES/URPA			HOSPITALIZACIÓN A			HOSPITALIZACIÓN B		
SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
HOJA DE ORDEN DE INTERNAMIENTO											
FORMATO DE FILIACIÓN											
GRÁFICA DE FUNCIONES VITALES DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA											
BALANCE HÍDRICO DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA Y DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA (SI INDICADO)											
HOJA DE HC DE EMERGENCIA (excepto cuando paciente ingrese de consultorios externos)											
HOJA DE EVOLUCIÓN (observación)											
PRESCRIPCIONES Y ÓRDENES MÉDICAS (observación)											
INFORME DE INTERCONSULTAS (de corresponder)											
EN CASO DE PACIENTE QUIRÚRGICO INCLUIR:											
FORMATO DE ANESTESIA											
REPORTE OPERATORIO											
VERIFICACIÓN DE LISTA DE CIRUGÍA SEGURA											
EVALUACIÓN POST ANESTESICA DE MÉDICO											
URPA DE ENFERMERÍA											
AVISO DE OPERACIÓN											
RIESGO QUIRÚRGICO											
HOJA DE EVALUACIÓN PRE ANESTESICA											
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGÍA											
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA											
LISTA DE CHECKLIST PREOPERATORIA											
ARTOGRAMA (de corresponder)											
INTERNO PERINATAL (de corresponder)											
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS (de corresponder)											
COPIAS DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA											
EXÁMENES DE AYUDA AL DX Y TRATAMIENTO											
ANÁLISIS											
AVISO DE GRAVEDAD (de corresponder)											
HOJA DE REFERENCIA (de corresponder)											
OTROS FORMATOS:											
HOJA DE PROCEDIMIENTOS											
KARDEX DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA											
HOJA DE MONITOREO (FUNCIONES VITALES)											
HOJA DE CONTROL DE GLUCEMIA POR HEMOGLUCOTEST (PACIENTE DIABÉTICO)											
VALORACIÓN DE CAIDAS Y ULCERAS DE PRESIÓN											
SOLICITUD TRANSFUSIONAL (de corresponder)											
HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES (de corresponder)											
COPIAS DE RECETAS											
COPIAS DE ÓRDENES DE EXÁMENES AUXILIARES											
FUENTES											
OTROS FORMATOS:											
FECHA Y HORA DE ENTREGA:											
PERSONAL RESPONSABLE QUE ENTREGA: FIRMA Y NOMBRE											
PERSONAL RESPONSABLE QUE RECIBE: FIRMA Y NOMBRE											



ENF. REYES