

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 AA-11/5/c

(NORMAR PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA IPRESS – HOSPITAL MILITAR CENTRAL)

Señor

- Ref. :
- a. Constitución Política del Perú – 1993.
 - b. Ley N° 26842, del 09 de julio de 1997 “Ley General de Salud”.
 - c. Resolución Ministerial N° 573-92-SA/DM, del 29 de setiembre de 1992, que aprueba el “Reglamento de administración de guardias hospitalarias para el personal asistencial de los establecimientos del Ministerio de Salud”.
 - d. Ley N° 27604, del 19 de diciembre de 2001, “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 emergencias y partos”.
 - e. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, del 18 de diciembre de 2002, “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 emergencias y partos”.
 - f. Resolución Ministerial N° 751 - 2004/MINSA, del 01 de agosto de 2004, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.
 - g. Reglamento del Ejército: RE 10-20 “Evacuación y Hospitalización de Pacientes en Guarnición”, de diciembre de 2004.
 - h. Resolución Ministerial N° 386 - 2006/MINSA, del 20 de abril de 2006, que aprueba la NTS N° 042-MINSA/ DGSP- V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.
 - i. Resolución Ministerial N° 546 - 2011/MINSA, del 13 de julio de 2011, que aprueba la NTS N° 021- MINSA/ DGSP- V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
 - j. Decreto Legislativo N° 1158, del 06 de diciembre de 2013 “Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud”.
 - k. Decreto Legislativo N° 1289, del 28 de diciembre de 2017 “Decreto Legislativo que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud”.
 - l. Resolución Ministerial N° 214 - 2018/MINSA, del 13 de marzo de 2018, que aprueba la NTS N° 139 - MINSA/ 2018/DGAIN “Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica”.
 - m. Decreto Supremo N° 826-2021/MINSA, del 11 de julio de 2021, “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
 - n. Directiva N° 001 AA-11/2/f, de febrero de 2022, “Norma y determina las garantías por atención en hospitalización en la IPRESS – Hospital Militar Central, de pacientes categorizados en Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4”.

1. OBJETO

Normar procedimientos de atención a pacientes en el servicio de emergencia, de la IPRESS – Hospital Militar Central.

2. FINALIDAD

- a. Asegurar la atención médico-quirúrgica y apoyo al diagnóstico y tratamiento (Patología Clínica y Diagnóstico por Imágenes) de emergencia, a pacientes que lo necesitan y mientras se encuentren en estado de grave riesgo para su vida y salud.
- b. Establecer criterios de atención de emergencia para pacientes con daños de prioridad I, II, III y IV.
- c. Establecer procedimientos administrativos en el servicio de emergencia.

3. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en la presente directiva, serán de conocimiento y cumplimiento del Órgano de Control, Órganos de Planeamiento y Asesoramiento, Dirección Administrativa y Dirección Médica del Hospital Militar Central.

4. DISPOSICIONES GENERALES

- a. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.

b. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

(1) Admisión de emergencia: Área del servicio de emergencia destinada al registro administrativo informatizado de todo paciente que ingresa a las diferentes áreas del servicio de emergencia. Debe tener registrado, entre otros, los datos de filiación del paciente, cambio de ubicación del paciente en las distintas áreas del servicio de emergencia, ingreso, alta, traslados a otros establecimientos de salud (referencia) o traslados a unidades hospitalarias o centro quirúrgico de la IPRESS – HMC.

(2) 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.

(3) 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.

(4) Alta: Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS, 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.

- (5)** Atención en hospitalización: Es la atención de salud que se brinda a una persona que ingresa a la UPSS hospitalización de un establecimiento de salud, para realizar atenciones de salud, procedimientos médicos – quirúrgicos, previo consentimiento informado, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación y que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial, por su grado de dependencia o riesgo, según corresponda. Para lo cual el establecimiento dispone de recursos humanos y tecnológicos para cubrir la atención de 24 horas.
- (6)** Atención médico-quirúrgica de emergencia: Es la que se presta en un establecimiento de salud a los pacientes que en forma repentina e inesperada presentan alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo con su categoría.
- (7)** Área de emergencia: Es aquel ambiente dependiente de un establecimiento de salud, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo con su nivel de complejidad, puede resolver diferentes prioridades de daños.
- (8)** Aval o Garante: Personal militar en situación de actividad o personal militar en situación de retiro con pensión, que asume el compromiso inicialmente de depositar la garantía por atención en hospitalización de un paciente categorizado con tarifa 1, tarifa 2, tarifa 3 y tarifa 4 en la IPRESS – Hospital Militar Central; así como, posteriormente pagar los costos pendientes, cuando den de alta a un paciente que ha recibido atención en hospitalizado en este nosocomio. El personal militar en situación de retiro con pensión, para convertirse en Aval, deberá tener como máximo 70 años, 00 meses, 00 días de edad a la fecha de requerimiento de crédito solidario de salud.
- (9)** Caja de emergencia: Área del servicio de emergencia, en que el paciente, familiar o Aval (Garante), solicite su ticket de atención y parte de atención. Los pacientes categorizados en Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4, realizarán los pagos correspondientes, según lo consignado en el tarifario del Hospital Militar Central.
- (10)** Capacidad Resolutiva: Es la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluyendo la satisfacción de los usuarios, (depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).
- (11)** Consentimiento informado: Es la aceptación por parte del paciente de una atención médica quirúrgica o procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico le ha informado de la naturaleza de dicha intervención y/o su tratamiento, incluyendo sus riesgos y beneficios.

- (12)** Daño: Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la siguiente prioridad de atención:
- (a) Prioridad I: Gravedad Súbita Extrema
 - (b) Prioridad II: Urgencia Mayor
 - (c) Prioridad III: Urgencia Menor
 - (d) Prioridad IV: Patología Aguda Común
- (13)** Estado de grave riesgo: Es el estado que pone en peligro inminente la vida, la salud o puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.
- (14)** Capacidad de Oferta: Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir el número de servicios suficientes para atender el volumen de necesidades existentes en la población (depende de la cantidad de sus recursos disponibles).
- (15)** Cartera de Servicios de Salud: Es el conjunto de diferentes prestaciones que brinda un establecimiento de salud y responde a las necesidades de salud de la población y las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.
- (16)** CIE 10: Es la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, que permite tener estadísticas en salud confiables sobre las cuales desarrollar políticas públicas basadas en el estado de salud de la población, en tanto permite el registro sistemático de la morbilidad y mortalidad de la población y su comparación entre países o entre periodos de tiempo diferentes.
- (17)** Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Es aquella, que se compone de miles de códigos que se utilizan en todo el mundo para clasificar las enfermedades, adoptar decisiones acerca de la financiación de los sistemas de salud, para elaborar estadísticas destinadas a hacer un seguimiento de las tendencias sanitarias y planificar la prestación de servicios.
- (18)** Costo del Procedimiento Médico o Sanitario: Es el valor económico que resulta del consumo por la utilización de los factores de producción o recursos necesarios para producir un procedimiento médico o procedimiento sanitario, el cual es medido en términos monetarios.
- (19)** Demanda de servicios de salud: Es la expresión de las necesidades de salud de una persona o población.
- (20)** Diagnóstico por imágenes: Es la especialidad médica que tiene como fin el diagnóstico y apoyo al tratamiento de las enfermedades utilizando como soporte la obtención de imágenes y datos funcionales del cuerpo humano mediante equipos biomédicos como: Rayos X con equipo portátil, Ecografía, Mamografía, Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Ultrasonido entre otros.
- (21)** Egreso: Es la salida de la IPRESS 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.

- (22)** Emergencia médica y/o quirúrgica: Toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I.
- (23)** Emergencia Obstétrica: Aparición inesperada o repentina de un trastorno durante el proceso del embarazo, parto o puerperio que pone en riesgo la vida o la salud de la madre o del niño por nacer y que requiere de una atención inmediata, a fin de proteger la vida de ambos.
- (24)** 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 a la IPRESS, que debe de realizarse según el procedimiento establecido en los Formatos de la Historia Clínica. 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.
- (25)** Formato 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.
- (26)** Formatos de hospitalización: La atención en hospitalización debe registrarse en un conjunto de formatos específicos, tales como: Anamnesis, examen clínico, diagnóstico, tratamiento, plan de trabajo, evolución, epicrisis.
- (27)** Formatos en consultas externas: La atención en los consultorios externos o atención ambulatoria, debe registrarse en un conjunto de formatos específicos.
- (28)** Guías de práctica clínica: Conjunto de recomendaciones de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible, para ayudar a profesionales y pacientes para tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnosticadas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica; de acuerdo a su complejidad o capacidad resolutoria.
- (29)** 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 las IPRESS.

La historia clínica, está conformada por los formatos básicos siguientes: formatos en consulta externa (atención ambulatoria), formatos en emergencia, formatos en hospitalización y ficha familiar.

- (30)** 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, integralidad, 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.
- (31)** 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.
- (32)** Hospitalización: Es la actividad que consiste en internar a un paciente en la instalación hospitalaria, en la que deberá recibir el tratamiento médico necesario, a fin de alcanzar su total restablecimiento.
- (33)** Informe de alta: Es el documento que bajo responsabilidad emite el médico tratante de la IPRESS, entregado, en forma gratuita y obligatoria a un paciente al egreso de la IPRESS, que especifica los datos del paciente, el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta, pronóstico y recomendaciones.
- (34)** Ingreso: Es la forma como se accede a los servicios de salud que ofrece una IPRESS. Existen 3 formas de ingreso: Por emergencia, por consulta externa (atención ambulatoria) y por referencia.
- (35)** 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.
- (36)** 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 la IPRESS que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al 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.
- (37)** Oferta de Servicios de Salud: Conjunto de recursos del sistema de salud para poder atender las necesidades de salud de la población.
- (38)** Paciente: Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud. Asimismo, se puede definir, como persona con exposición detallada de síntomas, signos médicos, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

- (39)** Paciente consciente: Es cuando el paciente está despierto y con adecuada comprensión de sí mismo y del entorno.
- (40)** Paciente inconsciente: Es la situación clínica que lleva al paciente a una disminución del estado de alerta normal, pudiendo oscilar desde una tendencia al sueño hasta una ausencia total de respuesta frente a estímulos externos, persistiendo únicamente una actividad refleja residual.
- (41)** Pacientes con daños de Prioridad I: Son aquellos pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Área de Shock Trauma.
- (42)** Pacientes con daños de Prioridad II: Son aquellos pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 15 minutos desde su ingreso a las áreas del servicio de emergencia, serán atendidos en Tópico o Consultorios de Emergencia.
- (43)** Pacientes con daños de Prioridad III: Son aquellos pacientes que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Merece atención en el Tópico o Consultorio de Emergencia, teniendo prioridad la atención de casos I y II. La atención de estos tipos de pacientes debe realizarse en un tiempo de espera, de más de UNA (01) hora desde su ingreso a las áreas del servicio de emergencia.
- (44)** Pacientes con daños de Prioridad IV: Son aquellos pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa (atención ambulatoria). La atención de estos tipos de pacientes debe realizarse en un tiempo de espera, de más de DOS (02) horas desde su ingreso a las áreas del servicio de emergencia.
- (45)** Patología Clínica: Es aquella que abarca muchas funciones de laboratorio. Se ocupa del diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades.
- (46)** 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.
- (47)** Prestaciones de salud: Es la unidad básica que de manera general engloba los procedimientos que se brindan a los usuarios de los establecimientos de salud.
- (48)** Procedimiento médico o procedimiento sanitario: Es la prestación de salud que se otorga de manera individual a la población usuaria con fines preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos, la cual es realizada por el personal de la salud de las IPRESS. Estos procedimientos están referidos al universo de las siguientes prestaciones: Ambulatorias o de internamiento, preventivas o recuperativas, no invasivas o invasivas, intermedia o finales; o cualquier otra clasificación y, que se realizan en todos los ambientes de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS): consultorios, ambientes de hospitalización, alas de emergencia, centros quirúrgicos, centros obstétricos, salas de procedimientos, tópico, ambientes de programas de salud, laboratorio clínico, patología, sala de radiología o cualquier otro

ambiente con diferente denominación y sea parte de las unidades productoras de servicios de salud, sea intramural o extramural.

(49) Red de servicios de emergencia: Conjunto de servicios de emergencia organizados según capacidad resolutive, interconectados por redes viales y comunicación oportuna, que establecen relación funcional con el servicio de mayor capacidad de resolución en emergencia, a fin de asegurar la atención progresiva al paciente en situación de emergencia.

(50) Recursos Directamente Recaudados: Comprende los ingresos que son generados y administrados por las diversas entidades del sector público, como son los provenientes de los servicios que prestan, tales como: tasas, ventas de bienes, prestación de servicios, rentas de la propiedad y multas, entre otros.

(51) Sala de observación: Área del Servicio de Emergencia para la permanencia de corta estancia y la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un periodo que no debe exceder de 12 horas para pacientes de prioridad I, de 24 horas para los de prioridad II, o caso contrario de acuerdo a las indicaciones del médico tratante.

En el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central, la Sala de Observación está comprendida en: Sala de observación inicial con TRES (03) camas, Rotonda con QUINCE (15) camas de los cuales TRES (03) son pacientes de pediatría y Sala de Aislados, con DOS (02) camas.

(52) Sala de aislados: Es una sala de observación del servicio de emergencia, a la cual se derivan pacientes con alto riesgo infeccioso.

(53) Servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento: Es aquel que comprende la patología clínica y diagnóstico por imágenes.

(54) Servicio de emergencia: Es la unidad orgánica o funcional en hospitales, encargada de brindar atención médica quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentra en situación de emergencia. De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

(55) Servicios de salud: Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria.

(56) SISGALENPLUS: Es el sistema integrado de gestión hospitalaria, el cual ha sido diseñado con el propósito de apoyar a los establecimientos de salud en el correcto registro de información clínica y administrativa y la generación de información gerencial que permita una adecuada toma de decisiones. Actualmente, el Hospital Militar Central cuenta con este sistema integrado de información.

(57) Tópico de Atención o Tópico de emergencia: Área del servicio de emergencia destinada a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III. Los tópicos pueden ser diferenciados de acuerdo con la demanda y nivel de complejidad del establecimiento de salud.

(58) Triage: Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la

derivación para la atención que el caso amerita. Esta área debe funcionar prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en la identificación de prioridades.

- (59)** Unidad Productora de Servicios (UPS): Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud, constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamientos, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.
 - (60)** Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS): Es la Unidad Productora de Servicios (UPS), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.
 - (61)** Unidad de Reanimación o Shock Trauma: Área de servicio de emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presenten daños de Prioridad I.
 - (62)** Urgencia: Es aquella situación que por su riesgo necesita valoración y respuesta terapéutica en un periodo corto de tiempo. No existe riesgo inminente de vida para la persona.
 - (63)** Usuario de salud: Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud.
- c. El Hospital Militar Central, tiene como misión o función general "Proporcionar atención médica integral al personal militar, a sus familiares inscritos en el registro de familia y personal con derecho en el Ejército". Asimismo, como funciones específicas, entre otras, tiene la responsabilidad de: Dirigir, supervisar y controlar el cumplimiento de las funciones del HMC; realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos, a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterada; proporcionar atención médica especializada, realizando la promoción, prevención y tratamiento de la salud a los pacientes; brindar atención médica con procedimientos quirúrgicos para la recuperación y rehabilitación de los pacientes; proporcionar servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, para el manejo clínico y/o quirúrgico de los pacientes; y asegurar una adecuada imagen del hospital como parte de la imagen institucional del Ejército.
- d. Las autoridades rectoras del Sector Salud han categorizado a la IPRESS – Hospital Militar Central "Luis Arias Schreiber", preferente del Ejército del Perú, como un "Hospital de Atención General" de Nivel III – 1; razón por la cual deben contar como mínimo con UPSS de Atención Directa: Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico y Unidad de Cuidados Intensivos; UPSS de Soporte: Medicina de Rehabilitación, Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Farmacia, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Hemodiálisis, Nutrición y Dietética, y Central de Esterilización; y como UPSS Opcionales: Radioterapia y Medicina Nuclear.
- e. Los Establecimientos de Salud de la categoría III-1, deben tener la capacidad de prestar servicios de salud de atención ambulatoria (Consulta Externa), de hospitalización y de emergencia, en las especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología, Cardiología, Medicina Intensiva, Medicina de

Rehabilitación, Neurología, Neumología, Gastroenterología, Reumatología, Psiquiatría, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia, Urología, Patología Clínica, Radiología, Anatomía Patológica, Dermatología, Endocrinología, Hematología Clínica, Medicina de Enfermedades Infecciosa y Tropicales, Cirugía Torácica y Cardiovascular, Cirugía Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Neurocirugía, Nefrología, Geriátrica, Medicina Oncológica, Radioterapia, Cirugía Pediátrica y subespecialidades de Neonatología, Cirugía Oncológica y Estomatología, resolviendo en otros daños, los denominados trazadores.

- f. Todo establecimiento de salud, está obligado a brindar atención médico quirúrgica de emergencia a toda persona que lo necesite, conforme a lo señalado en el Artículo 3° y 39° de la Ley N° 27604 y el Decreto Supremo N° 016-2002-SA que "Aprueba el reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos".
- g. Los establecimientos de salud categorizados como III-1 deben contar con servicios de emergencia que funcionen las 24 horas del día durante los 365 días del año; sin embargo, podrá contar con servicios de emergencia diferenciados de acuerdo con la demanda que atienden.
- h. La atención en el servicio de emergencia, está dada por todo el personal profesional y técnico de la salud, y personal administrativo (médico, enfermera, técnico de enfermería, personal de laboratorio de emergencia, imágenes de emergencia, farmacia de emergencia, informes de emergencia, admisión de emergencia, caja de emergencia y otros profesionales).
- i. El ingreso para acceder a los servicios de salud que brinda el Hospital Militar Central, se realiza por emergencia (servicio de emergencia) y por consulta externa (atención ambulatoria).
- j. Los pacientes que son atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Militar Central, proceden de transferencias, evacuados, atenciones presenciales y referencias.
- k. Se debe atender a los pacientes que ingresan al servicio de emergencia del Hospital Militar Central, según sea el caso, en las siguientes áreas:
 - (1) Triage
 - (2) Unidad de Reanimación o Shock Trauma
 - (3) Admisión de Emergencia
 - (4) Caja de Emergencia
 - (5) Tópicos de Atención (Tópicos de Emergencia): Tópico de Observación – Tópico de Atención de Pediatría – Tópico de Atención de medicina – Tópico de especialidades.
 - (6) Sala de Observación: Rotonda – Sala de Aislados
- l. En el Organigrama Estructural del Hospital Militar Central, el Departamento de Áreas Críticas de la Dirección Médica, está conformado por el Servicio de Emergencia y por el Servicio de Medicina Intensiva.
- m. El Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central, tiene en su organización funcional a la Sección Triage-Recepción, Sección Tópicos, Sección Transporte Asistido y Sección Shock Trauma.

- n. Las patologías más frecuentes de los pacientes con daños de Prioridad I en el Triaje, son las siguientes:
- (1) Paro cardio respiratorio.
 - (2) Dolor torácico precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
 - (3) Dificultad respiratoria (evidencia por polípnea, taquípnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis).
 - (4) Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo) con o sin falla multiorgánica.
 - (5) Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
 - (6) Hemorragia profusa.
 - (7) Obstrucción de vía respiratoria alta.
 - (8) Inestabilidad hemodinámica (hipotensión/shock/crisis hipertensiva).
 - (9) Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
 - (10) Paciente con trauma severo como:
 - (a) Víctima de accidente de tránsito
 - (b) Quemaduras con extensión mayor del 20% de superficie corporal.
 - (c) Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - (d) Injurias con extremidades con compromiso neurovascular.
 - (e) Herida de bala o arma blanca.
 - (f) Sospecha de traumatismo vertebral medular.
 - (g) Evisceración
 - (h) Amputación con sangrado no controlado.
 - (i) Traumatismo encéfalo craneano.
 - (11) Status convulsivo
 - (12) Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
 - (13) Ingesta de órgano fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
 - (14) Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
 - (15) Signos y síntomas de embarazo ectópico roto
 - (16) Signos vitales anormales:
 - (a) Adulto
 - Frecuencia cardíaca < 50 x min.
 - Frecuencia cardíaca > 150 x min.
 - Presión arterial sistólica < 90mmHg.
 - Presión arterial sistólica > 220 mmHg.
 - Presión arterial diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.

- Frecuencia respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia respiratoria < 10 x min.

(b) Pediátrico

Lactante

- Frecuencia cardíaca \leq 60 x min.
- Frecuencia cardíaca \geq 200 x min.
- Presión arterial sistólica < 60mmHg
- Frecuencia respiratoria \geq a 60 x min. (hasta los 2 meses).
- Frecuencia respiratoria \geq a 50 x min. (desde los 2 meses al año)
- Saturación de oxígeno \leq a 85%

Pre Escolar

- Frecuencia cardíaca \leq 60 x min.
- Frecuencia cardíaca \geq 180 x min.
- Presión arterial sistólica < 80mmHg.
- Frecuencia respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno \leq a 85%

(17) Suicidio frustrado.

(18) Intento suicida.

(19) Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

(20) Problemas específicos en pacientes pediátricos.

(a) Intoxicaciones por ingesta o contacto.

(b) Períodos de apnea.

(c) Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.

(d) Deshidratación con shock: llenado capilar mayor de tres segundos.

(e) Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.

(f) Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal

(g) Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.

(h) Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.

(i) Status convulsivo

(j) Status asmático

(k) Hipertemia maligna

(l) Trastornos de sensorio.

(m) Politraumatismo

(n) Herida por arma de fuego

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación - Shock Trauma

o. Las patologías más frecuentes de los pacientes con daños de Prioridad II, establecidas en el Triage, son las siguientes:

- (1) Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
- (2) Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
- (3) Diabetes mellitus descompensada.
- (4) Hemoptisis
- (5) Signos y síntomas de abdomen agudo.
- (6) Convulsión reciente en paciente consciente.
- (7) Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
- (8) Arritmias sin compromiso hemodinámico.
- (9) Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
- (10) Paciente con trastornos en el sensorio
- (11) Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
- (12) Descomposición hepática.
- (13) Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
- (14) Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
- (15) Conclusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
- (16) Herida cortante que requiere sutura.
- (17) Injuria en ojos: perforación, laceración, avulsión.
- (18) Desprendimiento de retina.
- (19) Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
- (20) Síntomas y signos de cólera.
- (21) Deshidratación aguda sin descompensación hemodinámica.
- (22) Hematuria macroscópica.
- (23) Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
- (24) Síndrome febril o infección en paciente inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
- (25) Pacientes post - operados de cirugía altamente especializada o pacientes en programa de hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
- (26) Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
- (27) Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
- (28) Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
- (29) Síndrome meníngeo.
- (30) Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
- (31) Código renal sin respuesta a la analgesia, mayor de 06 horas.
- (32) Retención urinaria.
- (33) Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
- (34) Cuerpos extraños en orificios corporales.
- (35) Cuerpos extraños en esófago y estómago.
- (36) Pacientes con ideación suicida.

- (37) Pacientes con crisis de ansiedad.
- (38) Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
- (39) Cuadro de demencia con conducta psicótica.
- (40) Esguinces.
- (41) Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
- (42) Enfermedad inflamatoria de la pelvis.
- (43) Coagulopatía.
- (44) Flebitis o Tromboflebitis.
- (45) Herpes zoster ocular.
- (46) Enfermedad eruptiva aguda complicada.
- (47) Cefalea mayor de 12 horas.
- (48) Problemas específicos en pacientes obstétricas:
 - (a) Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - (b) Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - (c) Amenaza por parto prematuro.
 - (d) Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
 - (e) Sangrado post – parto.
 - (f) Hipertensión que complica el embarazo.
 - (g) Signos y síntomas de toxemia severa.
 - (h) Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) fetal.
 - (i) Traumatismo abdominal.
 - (j) Deshidratación por hiperémesis.
 - (j) Cefalea.
 - (k) Epigastralgia.
 - (l) Edema generalizado.
- (49) Problemas específicos en pacientes obstétricas:
 - (a) Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
 - (b) Dolor abdominal.
 - (c) Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
 - (d) Niños con fiebre y petequias o púrpura.
 - (e) Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq 38^{\circ} C$.
 - (f) Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq 39^{\circ} C$.
 - (g) Niños con síntomas de infección urinaria.
 - (h) Cefalea / epistaxis no controlada.

- (i) Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
- (j) Trauma ocular no penetrante.
- (k) Laceración con sangrado activo que requiere sutura.
- (l) Niños que han sufrido agresión física.
- (m) Odontalgia.
- (n) Otolgia.

Cualquier otro caso que el médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación en Consulta Externa (atención ambulatoria).

- p. Las patologías más frecuentes de los pacientes con daños de Prioridad III, establecidas en el Triage, son las siguientes:
- (1) Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
 - (2) Herida que no requiere sutura.
 - (3) Intoxicación alimentaria.
 - (4) Trastornos de músculos y ligamentos.
 - (5) Otitis media aguda.
 - (6) Deshidratación hidroelectrolítica leve.
 - (7) Osteocondropatía aguda.
 - (8) Sinusitis aguda.
 - (9) Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
 - (10) Urticaria.
 - (11) Fiebre de > 39° sin síntomas asociados.
 - (12) Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
 - (13) Celulitis o absceso con fiebre.
 - (14) Funcionamiento defectuoso de colostomía, talla vesical u otros similares.
 - (15) Broncoespasmo leve.
 - (16) Hipertensión arterial leve no controlada.
 - (17) Lumbalgia aguda.
 - (18) Signos y síntomas de depresión.
 - (19) Crisis de ansiedad o disociativas.
 - (20) Signos y síntomas de infección urinaria alta.
 - (21) Pacientes con neurosis de ansiedad.
 - (22) Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas, pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

- q. Las patologías más frecuentes de los pacientes con daños de Prioridad IV, establecidas en el Triage, son las siguientes:
- (1) Faringitis aguda.
 - (2) Amigdalitis aguda.
 - (3) Enfermedad diarreica aguda sin deshidratación o vómitos.
 - (4) Absceso sin fiebre.
 - (5) Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
 - (6) Fiebre sin síntomas asociados.
 - (7) Resfrío común.
 - (8) Dolor de garganta sin disfagia.
 - (9) Dolor de oído leve.
 - (10) Enfermedades crónicas descompensadas.

r. **De la Atención del Paciente en el Servicio de Emergencia**

(1) Del Ingreso – Admisión de Emergencia - Caja de Emergencia:

- (a) Todo paciente que llega en situación emergencia debe ingresar al servicio sin obstáculos.
- (b) Para un rápido traslado del paciente, las camillas y sillas de rueda permanecerán en la entrada del Servicio de Emergencia.
- (c) Las áreas del Servicio de Emergencia, deben estar claramente señalizadas, según las áreas de flujo y prioridad.
- (d) Luego del **Ingreso**, la primera área donde el paciente debe ser evaluado, es el **Triage**; en el cual se determina la prioridad, el direccionamiento de atención médica, se formula en el SISGALEN PLUS la historia clínica de emergencia correspondiente y de ser necesario se genera un código, para que el paciente, familiar o acompañante, lo presente en la caja de emergencia, para el respectivo parte de atención.
- (e) Después de ser evaluado en el Área de Triage, el paciente será derivado al **Área de Admisión de Emergencia**, donde se verificará la identidad del paciente, de acuerdo con las normas establecidas por el Hospital Militar Central. Si se tratara de un caso crítico, el familiar o acompañante, realizará los trámites correspondientes en el Área de Admisión de Emergencia.
- (f) Posteriormente, el paciente, familiar o acompañante, se dirige al **Área de Caja de Emergencia**, con la historia clínica de emergencia o el código generado en el Área de Triage.
- (g) En el caso, que en el SISGALENPLUS del Área de Triage, no se pueda generar la historia clínica de emergencia de un paciente, éste es derivado al Área de Admisión de Emergencia, con la finalidad que se verifiquen y/o ingresen los datos de identificación del paciente. Si se tratara de un caso crítico, el familiar o acompañante, realizará los trámites correspondientes en el Área de Admisión de Emergencia. De existir algún problema técnico - administrativo, el Área de Admisión deberá coordinar con el Departamento RDR y el Departamento de Telemática. Solucionado este problema

administrativo, el paciente retorna al Área de Triage y luego de ser evaluado es derivado al Área de la Caja de Emergencia.

- (h) En el Área de Caja de Emergencia, se entregará a los pacientes categorizados en Tarifa Gratuita los tickets y partes de atenciones para el Área de Tópicos de Atención y a los pacientes categorizados en Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4 las boletas de venta y partes de atenciones para el Área de Tópicos de Atención.
- (i) El Área de Admisión, debe contar con el SISGALENPLUS, en el cual se consignen los datos del paciente: fecha, hora de llegada, nombre edad, sexo, dirección domiciliaria, documento de identidad, diagnóstico de ingreso, diagnóstico final, destino y hora de terminada la atención, observaciones, nombre del acompañante o familiar, nombre del médico tratante.
- (j) El Área de Admisión, debe contar con personal del Servicio de Emergencia y del Departamento de Recursos Directamente Recaudados, mientras se brinde atención en las áreas de ese servicio.
- (k) Cuando el paciente es referido a otro establecimiento de salud, se debe proceder de acuerdo con la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia vigente, en lo que corresponda.
- (l) Cuando se trata de Pacientes Inconscientes (Prioridad I), éstos **Ingresan** directamente a la Unidad de Reanimación o Shock Trauma del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central y son atendidos inmediatamente; por lo tanto, el Médico de Triage del Hospital Militar Central no determina la prioridad; en razón que ésta, ya ha sido clasificada cuando el paciente es referido por los bomberos, SAMU (Sistema de Atención Móvil de Emergencia) o diferentes ambulancias, que cuentan con sus respectivos médicos. El familiar, acompañante o Aval (Garante), posteriormente realizará los trámites administrativos en el Área de Admisión de Emergencia y Área de Caja de Emergencia.

(2) Triage:

- (a) El profesional de salud responsable del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño de este, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo de triaje; consignado en el numeral 4. literales n, o, p y q.
- (b) El profesional de salud responsable del triaje, estará en permanente coordinación con el Médico Jefe de Guardia de Emergencia.
- (c) En el Área de Triage se activará el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de Prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto al área de Shock Trauma.
- (d) Cuando se trate de paciente de Prioridad I, el personal de salud no determina la respectiva prioridad.

(3) Unidad de Reanimación o Shock Trauma:

- (a) En esta Área, se atiende a los pacientes clasificados como Prioridad I.
- (b) La atención se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el Médico de Emergencia de Servicio.

- (c) El tiempo de permanencia del paciente en la Sala de Shock Trauma, debe ser el estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro servicio médico para el tratamiento definitivo.
- (d) El traslado del paciente a otra área o servicio, será indicado por el Médico responsable, determinando las condiciones de traslado y el personal que estará a cargo de este, de acuerdo con el estado de salud del paciente. Se requiere de coordinación previa entre el personal médico y el de enfermería del servicio de emergencia, y del área o servicio de destino.
- (e) La enfermera realiza las coordinaciones previas con la enfermera del servicio o área de destino, y dispone lo conveniente para la remisión de la documentación, material de atención y pertenencias del paciente, según corresponda.
- (f) Si el paciente fallece es trasladado al mortuorio y se realizarán los documentos correspondientes de acuerdo con la normatividad vigente.

(4) Tópico de Atención o Tópico de Emergencia:

- (a) Los pacientes con daños de Prioridad II o Prioridad III, son derivados para su atención a los diferentes tópicos de atención general (Medicina, Cirugía, Pediatría o Gineco – Obstetricia) o atención especializada (Traumatología, Neurocirugía, Cardiología, u otras), según corresponda el caso.
- (b) En el tópico los pacientes serán evaluados integralmente y permanecerán el tiempo suficiente para definir su destino final, que podría ser: Hospitalización, Centro Quirúrgico (Sala de Operaciones), Sala de Observación, referencia a otro establecimiento de salud, según sea el caso o alta médica.
- (c) La determinación de la condición de emergencia médica o quirúrgica es realizada por el médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- (d) El traslado del paciente a la Sala de Observación (Rotonda), Hospitalización o Centro Quirúrgico, requiere de coordinación previa entre el personal médico y el de enfermería del servicio de emergencia, y del área o servicio de destino.
- (e) La enfermera realiza las coordinaciones previas con la enfermera del servicio o área de destino, y dispone lo conveniente para la remisión de la documentación, material de atención y pertenencias del paciente, según corresponda.
- (f) La atención del paciente será registrada en todos sus aspectos en el Historia Clínica de Emergencia, de acuerdo con lo consignado en las normas vigentes, debiendo constar la firma y el sello del Médico Tratante.
- (g) Cada tópico debe disponer de las guías de práctica clínica para el manejo del paciente, de acuerdo con la especialidad.
- (h) Los tópicos de atención, deben contar con el SIGALENPLUS que permita el llenado de la historia clínica de emergencia de acuerdo con el CIE-10, en aquellos servicios donde no se cuente con el SIGALENPLUS, los pacientes atendidos serán registrados en el parte

diario de atención donde quedarán consignado los datos siguientes: fecha, hora de llegada, nombre, edad, sexo, documento de identidad, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del médico tratante.

- (i) De ser necesario, el médico encargado de la atención puede solicitar exámenes auxiliares.

(5) Sala de Observación (Rotonda de Emergencia):

- (a) El paciente es recibido por el personal de turno, de acuerdo con las coordinaciones efectuadas previamente.
- (b) El paciente ingresa con la Historia Clínica de Emergencia respectiva, la cual debe precisar con claridad el motivo de ingreso, estado actual, tratamiento u otros datos clínicos de importancia, además se deben acompañar los resultados de exámenes realizados, con la finalidad de asegurar la integridad y continuidad de la atención al paciente.
- (c) Los pacientes de mayor riesgo deben ser ubicados físicamente cerca a la estación de enfermería.
- (d) La periodicidad de evaluación médica de los pacientes se realizará de acuerdo con su estado clínico, debiendo como mínimo tener evaluaciones por turno. Los resultados serán registrados en las notas de evolución e incluirán el estado actual, apreciaciones diagnósticas y comentarios respetivos en concordancia con los resultados de los exámenes solicitados; así como, apreciaciones de la respuesta al tratamiento.
- (e) La estancia del paciente en la Sala de Observación está en relación directa a la decisión médica de acuerdo con la evolución de su estado de salud. Los pacientes de prioridad I no deben permanecer por un tiempo mayor de 12 horas, los de prioridad II 24 horas o caso contrario de acuerdo con las indicaciones del médico tratante. En esos periodos de tiempos, se deberá definir su destino (alta, hospitalización o referencia).
- (f) La sala de observación, debe contar con el SISGALENPLUS, en el que se registren los datos de todos los pacientes que ingresan y egresan de sala de observación. En caso no exista el SISGALENPLUS, la Enfermera encargada debe realizarlo, consignando en el Libro de Registro: fecha y hora de ingreso y egreso, nombre del paciente, edad, sexo, documento de identidad, diagnóstico, tratamiento, destino, condición al traslado o alta, nombre del médico que indicó el ingreso y el egreso.
- (g) De ser necesario, el médico encargado de la atención puede solicitar exámenes auxiliares.

(6) Interconsulta:

- (a) En caso de requerirse la opinión de otro especialista, el médico tratante que solicita una interconsulta debe registrarla en la Historia Clínica de Emergencia, la fecha y hora en que le solicitó, el motivo y la especialidad requerida. Similar información será registrada en el formato de interconsulta, conteniendo fecha, hora, nombres y apellidos, servicio que solicita, servicio interconsultado, breve resumen de la Historia Clínica, motivo de la interconsulta,

diagnóstico presuntivo, nombres y apellidos del solicitante, sello y firma.

- (b) La interconsulta solicitada por el Servicio de Emergencia, debe ser atendida con prioridad y debe ser respondida de manera inmediata por el servicio correspondiente o el especialista responsable. La atención del paciente por el médico especialista debe realizarse en un tiempo no mayor a los 30 minutos de generada la solicitud, bajo responsabilidad.

(7) Junta Médica:

- (a) El Médico Tratante, en caso de ser necesario contar con otras opiniones para la toma de decisiones con relación al diagnóstico y tratamiento de un paciente, solicitará una Junta Médica, haciendo de conocimiento del Jefe de Guardia de Emergencia.
- (b) La Junta Médica es presidida por el Jefe de Guardia de Emergencia, quien designa y convoca a los Médicos de las especialidades afines al caso.
- (c) La realización de la Junta Médica debe quedar consignada en la Historia Clínica de Emergencia, registrándose: la fecha, hora, objetivo de la convocatoria, conclusiones y recomendaciones a seguir y la firma y sello de todos los participantes.
- (d) El médico convocado a una Junta Médica por el Jefe de Guardia de Emergencia no puede rechazar su participación.

(8) Información:

- (a) El paciente, familiar directo o Aval (Garante) del paciente, será informado por el Médico Tratante o por el Jefe de Guardia de Emergencia acerca de la situación de salud, inmediatamente después de la atención inicial en cualquiera de las áreas del Servicio de Emergencia.
- (b) Determinar como mínimo dos horarios por día para la información médica de los pacientes internados en las Salas de Observación (Sala de Observación Inicial, Rotonda y/o Sala de Aislados). Para los casos de pacientes críticos, la información al familiar directo o Aval se realizará todas las veces que el caso lo amerite. El ingreso, a la Sala de Observación, del familiar responsable será de acuerdo con el estado de salud del paciente; sin embargo, se debe establecer como horario de visitas de 1700 – 1800 de Lunes a Domingo.
- (c) Si el paciente, familiar, AVAL (Garante) o representante legal, no autoriza la realización de procedimientos o medidas terapéuticas que sean indispensables para la vida y/o salud del paciente, el Jefe de Guardia de Emergencia notificará a un representante del Ministerio Público y/o a un representante de la Policía Nacional del Perú, consignándose lo actuado en la historia clínica de emergencia.

s. **De los Servicios de apoyo**

(1) Exámenes Auxiliares:

- (a) Los exámenes auxiliares en el servicio de emergencia del Hospital Militar Central, están referidos a los servicios de apoyo al

diagnóstico y tratamiento, en lo concerniente a la Patología Clínica y al Diagnóstico por Imágenes.

- (b) Las solicitudes de exámenes auxiliares deben registrar: fecha, hora, nombre del paciente, edad sexo, diagnóstico, área donde se encuentra el paciente, diagnóstico presuntivo, análisis solicitado; así como, nombre y firma del médico tratante.
- (c) Para Patología Clínica, en el servicio de emergencia existe un laboratorio, el cual funciona las 24 horas del día. Los resultados de laboratorio deben ser inmediatamente entregado al servicio para conocimiento del médico tratante e inclusión en la Historia Clínica de Emergencia.
- (d) El paciente a quien el médico tratante considere necesario realizar un examen de diagnóstico por imágenes, de acuerdo con la gravedad del caso irá acompañado del médico. El resultado debe ser inmediatamente entregado al servicio para conocimiento del médico tratante e inclusión en la Historia Clínica de Emergencia. De no existir reporte escrito, el médico tratante debe anotar en la historia clínica del paciente los resultados del examen realizado, así como el número de registro del examen efectuado. El servicio de diagnóstico por imágenes funciona las 24 horas del día.
- (e) Los exámenes auxiliares solicitados en el servicio de emergencia, deben estar accesibles al personal de salud las 24 horas del día.

(2) Archivo de Historia Clínica:

- (a) La historia clínica que se formula en el servicio de emergencia, deberá ser formulada de acuerdo con la normatividad vigente y teniendo en consideración el CIE-10.
- (b) La historia clínica que se formula en el servicio de emergencia, deberá ser remitida al Departamento de Registros Médicos del Hospital Militar Central, 24 horas, después que el paciente es dado de alta, transferido al centro quirúrgico, transferido a UCI, transferido a una unidad de hospitalización, referido o por fallecimiento.
- (c) El paciente con indicación de internamiento, será hospitalizado teniendo su historia clínica de emergencia.

t. De la Transferencia Interna de pacientes

(1) Al Centro Quirúrgico o Sala de Operaciones:

- (a) El paciente ingresa a sala de operaciones, debidamente preparado por el personal de enfermería del área de emergencia donde se decidió el acto (Unidad de Reanimación o Shock Trauma, Tópico de Atención, Sala de Observación), portando la historia clínica de emergencia, en la cual se verificará el Formulario "Consentimiento Informado", debidamente firmado por el paciente, familiar directo o Aval, según corresponda. Asimismo, se debe verificar que el paciente, cuente con los exámenes preoperatorios y de riesgo quirúrgico.
- (b) En ausencia de familiar directo, Aval o incapacidad del paciente, la autorización para realizar la intervención quirúrgica si esta es de alta prioridad, estará dada por una Juna Médica de Emergencia

(Ley General de Salud, Art. 4); en caso de menores de edad por los padres.

- (c) La determinación de la prioridad para la intervención de pacientes quirúrgicos de emergencia y uso de la Sala de Operaciones, la realiza el Jefe de Guardia de Emergencia previa coordinación con el jefe del equipo de guardia de cirugía; debiendo llamar a los médicos que se encuentran de servicio de retén, según la especialidad; de ser necesario. Ante la eventualidad de cirugías de emergencia simultáneas, se deben habilitar salas de operaciones adicionales, teniendo siempre los pacientes de emergencia, prioridad sobre los programados.
- (d) El paciente que estuvo en las áreas del servicio de emergencia y que es transferido a Sala de Operaciones no deberá retornar al servicio de emergencia en la etapa Post – Operatoria, debiendo ser derivado a un área de hospitalización.

(2) A los Servicios de Hospitalización:

- (a) El paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y/u otros Servicios de Hospitalización (Unidades Hospitalarias), previa coordinación de la enfermera del servicio de emergencia con la enfermera del servicio de destino, informándose sobre la situación del paciente y motivo de ingreso, debe adjuntarse su respectiva Historia Clínica de Emergencia, incluyendo la última atención en emergencia.
- (b) Para la hospitalización de un paciente en UCI, es necesario la evaluación previa del médico intensivista.
- (c) El ingreso de un paciente a alguna de las Unidades Hospitalarias del Hospital Militar Central, de Lunes a Sábado después de las 1400 horas, se realizará con orden del Jefe de Guardia de Emergencia, previa autorización del médico de emergencia, según su especialidad.
- (c) El ingreso de un paciente a alguna de las Unidades Hospitalarias del Hospital Militar Central, durante los días Domingos y Feriados (24 horas), se realizará con orden del Jefe de Guardia de Emergencia, previa autorización del médico de emergencia, según su especialidad.
- (b) El paciente será trasladado en compañía del médico tratante, además de la enfermera y camillero, de acuerdo con su estado de gravedad.
- (c) Los pacientes hospitalizados no deben retornar al servicio de emergencia, durante su permanencia en el Hospital Militar Central.
- (d) Los pacientes del servicio de emergencia, tendrán prioridad para la hospitalización, pudiendo implementarse medidas de contingencia cuando la demanda excede la oferta del servicio de emergencia.

u. Del Alta

- (1)** Cuando el paciente es dado de alta del Tópico de Atención (Tópico de Emergencia) o de la Sala de Observación (Rotonda), el médico tratante, antes de formular la receta de alta, indicaciones médicas para continuación de tratamiento médico u otro documento, deberá comunicar al personal del Departamento RDR que se encuentra en el

área de admisión de emergencia o en el área de caja de emergencia, que determinado paciente será dado de alta; o caso contrario, indicar al paciente, familiar responsable y/o Aval, que se apersona al área de admisión de emergencia o al área de caja de emergencia, para que realice los pagos correspondientes, de ser el caso; con el personal del Departamento RDR del Hospital Militar Central.

- (2) Finalizado los trámites administrativos con el personal del Departamento de RDR del área de admisión de emergencia o área de caja de emergencia, el médico tratante, explicará al paciente, familiar responsable y/o Aval, los aspectos relacionados con su autocuidado y le entregará el Informe de Alta, indicaciones y descanso médicos correspondiente, si el caso lo amerita.
- (3) Si el paciente está en condición de alta, debe quedar registrado en la Historia Clínica de Emergencia, la fecha y hora de alta, las indicaciones y recomendaciones médica; así como, la hora en que el paciente se retira del Servicio o Área de Emergencia.
- (4) Dentro de las 24 horas siguientes al Alta, se debe remitir la Historia Clínica de Emergencia y exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes si las hubiera del paciente al Departamento de Registros Médicos, debiendo registrar dicha acción en un cuaderno de cargos.
- (5) Cuando el paciente requiera continuar la atención ambulatoria (Consultorio Externo), se debe dar la orientación y documentación respectiva.
- (6) En caso de retiro voluntario o solicitado, el médico tratante informará al paciente, familiar directo o Aval sobre el estado de salud y los riesgos de su condición clínica. Si se tratara de un paciente con un alto riesgo, el pedido de retiro se debe comunicar al Director Médico, ante cuya presencia se procederá a informar al paciente; asimismo, el médico tratante debe registrar en la historia clínica de emergencia del paciente el citado hecho. Antes del retiro voluntario, el paciente, familiar directo o Aval, firmará el documento correspondiente.
- (7) Constancia de Atención:**
 - (a) Es emitida por el médico tratante, cuando sea requerida, en ella debe constar los nombres y apellidos del paciente, fecha y hora de atención, diagnóstico, firma y sello respectivo.
 - (b) La entrega de la constancia de atención, se debe consignar en la historia clínica de emergencia.
 - (c) El médico que brinda atención a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que presuma la constitución de un delito o, cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho de conocimiento de la autoridad competente representada por un miembro de la Policía Nacional de Perú.
- (8) Fallecimiento:**
 - (a) En caso de ocurrir un fallecimiento en el Servicio de Emergencia y de acuerdo con las causales establecidas en la normatividad legal vigente, se procederá a solicitar la necropsia de ley.

- (b) Si existiera en la historia clínica del paciente que se encuentra en el archivo del Departamento de Registros Médicos, información que explique que el fallecimiento es producto del proceso evolutivo de una enfermedad ya diagnosticada, el Jefe de Guardia de Emergencia procede a extender el Certificado de Defunción General o en su defecto se puede llamar al médico tratante, quien formulará dicho Certificado.
- (c) Cuando en la historia clínica del paciente que se encuentra en el archivo del Departamento de Registros Médicos, no exista información del fallecido o ésta sea insuficiente y, el fallecimiento es producto del proceso evolutivo de una enfermedad ya diagnosticada, el médico tratante que labora o no en el Hospital Militar Central, puede apersonarse y extender el Certificado de Defunción General, el mismo que será considerado válido en toda su extensión.
- (d) En caso de muerte por acto de violencia o sospecha de ésta, el Jefe de Guardia de Emergencia comunica a la Policía Nacional el hecho, y dispone para la necropsia de ley, según corresponda. En estos casos, el Certificado de Defunción General lo emite la Institución donde se realiza la respectiva necropsia.

v. **De la Referencia**

- (1) La referencia del paciente en situación de emergencia a otro establecimiento de salud se realiza de acuerdo con criterios de oportunidad y capacidad resolutive para la atención del paciente en el establecimiento de salud de destino.
- (2) Previo al traslado del paciente, la referencia es coordinada entre el Jefe de Guardia de Emergencia del Hospital Militar Central y el Jefe de Guardia de Emergencia del establecimientos de salud de destino.
- (3) El responsable de formular la documentación para la referencia de un paciente del servicio de emergencia será el Jefe Guardia de Emergencia, en coordinación con la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del Hospital Militar Central.
- (4) Determinada y coordinada la referencia, el paciente será trasladado por el personal de salud designado, de ser el caso irá acompañado del médico tratante, o por quien éste designe, de acuerdo con la gravedad del paciente. El medio de transporte debe contar con las condiciones mínimas de recursos que permita garantizar al paciente una adecuada atención durante su traslado.
- (5) El paciente referido, debe ir con la documentación necesaria que incluye: el formato de referencia conforme a la norma técnica de referencia y contrarreferencia; así como, los resultados originales de exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes. Toda documentación será entregada al personal responsable del traslado del paciente.
- (6) En el establecimiento de salud de destino, el personal de salud acompañante del paciente hará firmar la hoja de referencia por el responsable de la emergencia, dejando constancia de la recepción del usuario (paciente). Luego una copia de ésta será devuelta a la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del Hospital Militar, para su archivo en la historia clínica y su respectivo registro.

- (7) Si ocurriera fallecimiento del usuario (paciente) durante el traslado, este será regresado al Hospital Militar Central para los trámites legales y administrativos pertinentes.

w. **Del Reporte y de los Registros**

- (1) En cada cambio de turno se debe realizar la entrega de guardia de emergencia, a través de un reporte verbal y escrito de los pacientes que quedan en las Salas de Observación, Tópicos de Atención y otras áreas del servicio de emergencia; el reporte debe realizarlo el médico responsable de cada área al médico que ingresa.
- (2) El personal del servicio de emergencia y del Departamento de RDR que se encuentran en el área de admisión, deben asegurarse que todos los pacientes que han sido atendidos, queden registrados en el sistema informático y verificar constantemente que antes que el paciente sea dado de alta del servicio de emergencia; éste, su familiar o acompañante, vayan a caja de emergencia a cancelar los costos de los procedimientos realizados en ese servicio.

x. **De la participación del personal de salud y administrativo del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central**

- (1) El personal de salud del Servicio de Emergencia (Médicos, enfermeras y técnicas) son responsables de mantener y cuidar el material, equipo médico y equipo biomédico que le son asignados, evitando deterioros prematuros y/o pérdidas.
- (2) El médico responsable de brindar la atención de emergencia, tomará las medidas necesarias para asegurar la adecuada valoración médica de los pacientes, su tratamiento o la estabilización de sus condiciones generales en caso necesiten ser transferidos a otros establecimientos de salud.
- (3) El médico responsable de brindar la atención de emergencia, dará información al paciente de estar consciente o al familiar – personal responsable y/o Aval, en coordinación con su equipo de salud.
- (4) El médico responsable de brindar la atención de emergencia, dará información al familiar – personal responsable y/o Aval, en coordinación con su equipo de salud, cuando se trate de paciente inconsciente.
- (5) La enfermera responsable designada para atender al paciente, debe consignar por escrito en la historia clínica de emergencia, todos los procedimientos y tratamiento farmacológico que por prescripción médica se ha administrado a determinado paciente; así como, reportar de existir los eventos adversos.
- (6) La técnica de enfermería es la responsable de los cuidados según sus funciones y competencias.
- (7) Cuando el paciente categorizado con Tarifa 0 (Titular), ingresa al Hospital Militar Central, por el servicio de emergencia, sin familiar o acompañante, la enfermera y/o la técnica de enfermería que es designada a dicho paciente, deberá recoger los medicamentos que por prescripción médica se le dispensen, en la farmacia de la IAFAS – FOSPEME.

(8) El personal de laboratorio de emergencia, son responsables de tomar las muestras y coordinar con el Laboratorio Central del Hospital Militar Central para el procesamiento de estas, de tal manera que los resultados sean registrados en el sistema informático y/o entregados en el tiempo estimado.

(9) El personal de asistencia social, es el responsable de identificar y apoyar y/u orientar a los pacientes, familiares o acompañantes sobre los trámites administrativos en el Servicio de Emergencia. Asimismo, deberá verificar si algunos de los pacientes cuentan con algún seguro particular, EsSALUD, SALUDPOL u otra clase de seguro, motivo por el cual deberá comunicar al personal del Departamento de RDR.

(10) El personal administrativo del servicio de emergencia (admisión, caja, secretaría), son responsables según sus competencias de cumplir de forma eficaz y efectiva las funciones encomendadas. Asimismo, son responsables del material que tienen a su cargo.

y. El tarifario para atención de pacientes categorizados en Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4, en el Servicio de Emergencia son los siguientes:

Nº	PEDIATRICO	TARIFA 1 (S./.)	TARIFA 2 (S./.)	TARIFA 3 (S./.)	TARIFA 4 (S./.)
01	TÓPICO OBSERVACIÓN (CON O SIN OXÍGENO)	30.00	45.00	60.00	90.00
02	TÓPICO + ROTONDA SIN OXÍGENO X 1 DÍA	60.00	90.00	120.00	180.00
03	TÓPICO + ROTONDA CON OXÍGENO X 1 DÍA	120.00	180.00	240.00	360.00
04	TÓPICO + ROTONDA CON OXÍGENO X 2 DÍAS	240.00	360.00	480.00	720.00

NOTA: Si el paciente es internado en Sala de Aislados, considerar los montos en los cuales se incluye "Rotonda".

Nº	PACIENTE ADULTO	TARIFA 1 (S./.)	TARIFA 2 (S./.)	TARIFA 3 (S./.)	TARIFA 4 (S./.)
01	TÓPICO OBSERVACIÓN (CON O SIN OXÍGENO)	30.00	45.00	60.00	90.00
02	TÓPICO + ROTONDA SIN OXÍGENO X 1 DÍA	60.00	90.00	120.00	180.00
03	TÓPICO + ROTONDA CON OXÍGENO X 1 DÍA	200.00	300.00	400.00	600.00
04	TÓPICO + ROTONDA CON OXÍGENO X 3 DÍAS	700.00	1050.00	1400.00	2100.00
05	TÓPICO + ROTONDA CON OXÍGENO X 7 DÍAS	2000.00	3000.00	4000.00	6000.00

NOTA: Si el paciente es internado en Sala de Aislados, considerar los montos en los cuales se incluye "Rotonda".

z. **Proceso de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central**

(1) Para pacientes con Tarifa Gratuita:

(a) Prioridad I (Emergencia)

- Paciente con familiar o acompañante ingresan directo a shock trauma, inconsciente. El paciente también puede ingresar referido por bomberos, SAMU o ambulancias.
- El médico de triaje, genera la historia clínica de emergencia, la cual es llenada en el SISGALENPLUS.
- El familiar o persona responsable o personal de salud acude a admisión de emergencia para obtener historia clínica de emergencia.

- Seguidamente, el familiar o persona responsable o personal de salud acude a caja de emergencia para obtener el parte de atención.
- Si el paciente fallece es transferido al mortuario (Certificado de Defunción General); en caso contrario, si el médico de trauma shock, estabiliza al paciente, se deriva a Sala de Observación (Rotonda) o se realiza transferencia interna al Centro Quirúrgico (Sala de Operaciones), Unidad de Cuidados Intensivos (Polivalente - Coronarios) o Unidades Hospitalarias; según sea el caso.
- Si el paciente se encuentra en Sala de Observación (Rotonda), recibe la evaluación médica correspondiente, se llena la historia clínica de emergencia con las presunciones diagnósticas y determina si requiere o no algún examen de ayuda al diagnóstico (Laboratorio – radiología) o alguna interconsulta. El paciente no debe permanecer más de 12 horas en sala de observación.
- Si el paciente es transferido internamente al Centro Quirúrgico (Sala de Operaciones) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya no regresa a las áreas del Servicio de Emergencia; en vista que posteriormente es ingresado a una Unidad Hospitalaria; por tal motivo, admisión de emergencia dará de alta del servicio de emergencia.
- Si el paciente es transferido internamente a una Unidad Hospitalaria, admisión de emergencia dará de alta del servicio de emergencia.
- La historia clínica de emergencia, debe ser llenada de acuerdo al CIE 10 en el SISGALENPLUS, de tal manera que el Departamento de Telemática, pueda remitir la información a SUSALUD.
- Al término del tratamiento del paciente en Sala de Operaciones y/o UCI y luego en alguna Unidad Hospitalaria, éste será dado de alta de las instalaciones del Hospital Militar Central y es en ese momento que recibe la papeleta de alta, las indicaciones, receta de alta, interconsultas de requerirlo.
- Si se receta, algún medicamento, en Tópico de Atención o Sala de Observación, el paciente, familiar, acompañante o técnica de enfermería, acude a Farmacia de la IAFAS – FOSPEME EP a recoger sus respectivas medicinas.
- Cuando el paciente, sale de alta del Hospital Militar Central, deberá dejar una copia de la papeleta de alta en Departamento de Seguridad del Hospital Militar Central.
- La historia clínica de emergencia llena y sellada, debe ser incorporada en la historia clínica que tiene a cargo el Departamento de Registros Médicos.
- Si por algún motivo la historia clínica de emergencia no se adjuntó durante las transferencias internas del paciente, ésta es devuelta a admisión de emergencia, para luego ser remitida al Departamento de Registros Médicos.

(b) Prioridad II y III (Urgencia)

- Paciente solo o con familiar (persona responsable) ingresan por triaje de emergencia, consciente.
- Médico de triaje, determina prioridad de atención II o III; así como, destino de tópico de atención inmediata (Medicina, cirugía, traumatología, ginecología) o Sala de Observación.
- El médico de triaje, genera la historia clínica de emergencia, la cual es llenada en el SISGALENPLUS.
- El paciente, familiar o persona responsable, acude a admisión de emergencia para obtener historia clínica de emergencia.
- Seguidamente, el paciente, familiar o persona responsable acude a caja de emergencia para obtener el parte de atención.
- En tópico de atención, recibe la evaluación médica correspondiente, se llena la historia clínica de emergencia en el sistema informático con las presunciones diagnósticas y determina si requiere o no algún examen de ayuda al diagnóstico (Laboratorio – radiología).
- Del Tópico de Atención, se puede dar de alta al paciente, pero no se le entregará la receta de alta, indicaciones ni interconsultas de requerirlo, hasta que el paciente, familiar, acompañante o Aval, realice los trámites administrativos correspondientes con el personal del Departamento de RDR que se encuentra en Admisión de Emergencia y Caja de Emergencia.
- Si el médico tratante, determina que el paciente de Tópico de atención sea derivado a Sala de Observación (Rotonda), se continúa con la evaluación médica correspondiente, se llena la historia clínica de emergencia con las presunciones diagnósticas y determina si requiere o no algún examen de ayuda al diagnóstico (Laboratorio – radiología) o alguna interconsulta. El paciente no debe permanecer más de 24 horas en sala de observación o de acuerdo con lo que determine el médico tratante.
- De Sala de Observación, se puede dar de alta al paciente, pero no se le entregará la receta de alta, indicaciones ni interconsultas de requerirlo, hasta que el paciente, familiar, acompañante o Aval, realice los trámites administrativos correspondientes con el personal del Departamento de RDR que se encuentra en Admisión de Emergencia y Caja de Emergencia.
- La historia clínica de emergencia, debe ser llenada de acuerdo al CIE 10 en el SISGALENPLUS, de tal manera que el Departamento de Telemática, pueda remitir la información a SUSALUD.
- Si el paciente de Sala de Observación es transferido internamente al Centro Quirúrgico (Sala de Operaciones) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya no regresa a las áreas del Servicio de Emergencia; en vista que posteriormente es

ingresado a una Unidad Hospitalaria; por tal motivo, admisión de emergencia dará de alta del servicio de emergencia.

- Si el paciente de Sala de Observación es transferido internamente a una Unidad Hospitalaria, ya no regresa a las áreas del Servicio de Emergencia, razón por la cual, admisión de emergencia dará de alta del servicio de emergencia.
- Al término del tratamiento del paciente de Prioridad II y III en alguna Unidad Hospitalaria, éste será dado de alta de las instalaciones del Hospital Militar Central y es en ese momento que recibe la papeleta de alta, las indicaciones, receta de alta, interconsultas de requerirlo.
- Si se receta, algún medicamento, en Tópico de Atención, Sala de Observación o Unidad Hospitalaria, el paciente, familiar, acompañante o técnica de enfermería, acude a Farmacia de la IAFAS – FOSPEME EP a recoger sus respectivas medicinas.
- Cuando el paciente, sale de alta del Hospital Militar Central, deberá dejar una copia de la papeleta de alta en Departamento de Seguridad del Hospital Militar Central.
- La historia clínica de emergencia llena y sellada, debe ser incorporada en la historia clínica que tiene a cargo el Departamento de Registros Médicos.
- Si por algún motivo la historia clínica de emergencia no se adjuntó durante las transferencias internas del paciente, ésta es devuelta a admisión de emergencia, para luego ser remitida al Departamento de Registros Médicos.

(c) Prioridad IV (Consulta Externa o Atención Ambulatoria)

- Paciente solo o con familiar (persona responsable) ingresan por triaje de emergencia, consciente.
- Médico de triaje, realiza la evaluación médica correspondiente y determina si se deriva al paciente a un tópico de atención inmediata (Medicina, cirugía, traumatología, ginecología) o en caso contrario, indicar que solicite una consulta externa.
- El médico de triaje, genera la historia clínica de emergencia, la cual es llenada en el SISGALENPLUS.
- Si el destino del paciente es un tópico de atención inmediata, el paciente, familiar o persona responsable, acude a admisión de emergencia para obtener historia clínica de emergencia.
- Seguidamente, el paciente, familiar o persona responsable acude a caja de emergencia para obtener el parte de atención.
- En tópico de atención, recibe la evaluación médica correspondiente, llena la historia clínica de emergencia con las presunciones diagnósticas. En la historia clínica se registra indicaciones de alta, fecha y hora, descanso médico si se le ha proporcionado.
- La historia clínica de emergencia, debe ser llenada de acuerdo al CIE 10 en el SISGALENPLUS, de tal manera que el

Departamento de Telemática, pueda remitir la información a SUSALUD.

- Cuando el paciente es dado de alta del Tópico de Atención (Tópico de Emergencia), no se le entregará la receta de alta, indicaciones ni control por consultorio externo, hasta que realice los trámites administrativos correspondientes con el personal del Departamento de RDR que se encuentra en Admisión de Emergencia y Caja de Emergencia.
- Si se receta, algún medicamento, el paciente acude a Farmacia de la IAFAS – FOSPEME EP a recoger sus respectivas medicinas.
- La historia clínica de emergencia llena y sellada, es devuelta a admisión de emergencia, para luego ser remitida al Departamento de Registros Médicos.
- El personal del Departamento de RDR que se encuentra asignado al Área de Admisión de Emergencia, debe verificar las altas que se dan en Tópico de Atención.

(2) Para pacientes con Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4

(a) Prioridad I (Emergencia)

- Paciente con familiar o acompañante ingresan directo a shock trauma, inconsciente. El paciente también puede ingresar referido por bomberos, SAMU o ambulancias.
- El médico de triaje, genera la historia clínica de emergencia, la cual es llenada en el SISGALENPLUS.
- El familiar o persona responsable o personal de salud acude a admisión de emergencia para obtener historia clínica de emergencia.
- Seguidamente, el familiar o persona responsable o personal de salud acude a caja de emergencia para obtener el parte de atención y realizar los pagos correspondientes.
- Si el paciente fallece es transferido al mortuario (Certificado de Defunción General); en caso contrario, si el médico de trauma shock, estabiliza al paciente, se deriva a Sala de Observación (Rotonda) o se realiza transferencia interna al Centro Quirúrgico (Sala de Operaciones), Unidad de Cuidados Intensivos (Polivalente - Coronarios) o Unidades Hospitalarias; según sea el caso.
- Si el paciente se encuentra en Sala de Observación (Rotonda), recibe la evaluación médica correspondiente, se llena la historia clínica de emergencia con las presunciones diagnósticas y determina si requiere o no algún examen de ayuda al diagnóstico (Laboratorio – radiología) o alguna interconsulta. El paciente no debe permanecer más de 12 horas en sala de observación.
- Si el paciente es transferido internamente al Centro Quirúrgico (Sala de Operaciones) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya no regresa a las áreas del Servicio de Emergencia; en vista que posteriormente es ingresado a una Unidad Hospitalaria; por tal

motivo, admisión de emergencia dará de alta del servicio de emergencia.

- Si el paciente es transferido internamente a una Unidad Hospitalaria, admisión de emergencia dará de alta del servicio de emergencia.
- La historia clínica de emergencia, debe ser llenada de acuerdo al CIE 10 en el SISGALENPLUS, de tal manera que el Departamento de Telemática, pueda remitir la información a SUSALUD.
- Si el paciente es ingresado a los servicios de hospitalización (Unidad de Cuidados Intensivos o Unidades Hospitalarias), el familiar o persona responsable o Aval, realiza el pago de la garantía para pacientes hospitalizados categorizados en Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4, conforme a lo establecido por la IPRESS – Hospital Militar Central.
- El familiar o persona responsable, realiza los pagos correspondientes de los exámenes auxiliares o de ayuda al diagnóstico, en la caja de emergencia.
- Cuando el paciente que ingresó por el Servicio de Emergencia es transferido internamente a Sala de Operaciones y/o UCI y luego a alguna Unidad Hospitalaria, al término de su tratamiento será dado de alta de las instalaciones del Hospital Militar Central y es en ese momento que recibe la papeleta de alta, las indicaciones bien explícitas, receta de alta, interconsultas de requerirlo; pero, el paciente, familiar o acompañante, debe dirigirse al Departamento de RDR a verificar si existen algunos costos que tiene que asumir.
- Si se receta, algún medicamento a los pacientes categorizados en Tarifa 1, Tarifa 2 y Tarifa 3, acude a la Farmacia de la IAFAS – FOSPEME EP a recoger sus respectivas medicinas, previo pagos establecidos por esa Institución Aseguradora.
- Si se receta, algún medicamento, el paciente categorizado en Tarifa 4, puede adquirir sus respectivas medicinas en farmacias de su libre elección.
- Cuando el paciente, es dado de alta del Hospital Militar Central, deberá dejar una copia de la papeleta de alta en Departamento de Seguridad del Hospital Militar Central.
- La historia clínica de emergencia llena y sellada, debe ser incorporada en la historia clínica que tiene a cargo el Departamento de Registros Médicos.
- Si por algún motivo la historia clínica de emergencia no se adjuntó durante las transferencias internas del paciente, ésta es devuelta a admisión de emergencia, para luego ser remitida al Departamento de Registros Médicos.

(b) Prioridad II y III (Urgencia)

- Paciente solo o con familiar (persona responsable) ingresan por triaje de emergencia, consciente.

- Médico de triaje, determina prioridad de atención II o III; así como, destino de tópico de atención inmediata (Medicina, cirugía, traumatología, ginecología) o Sala de Observación.
- El médico de triaje, genera la historia clínica de emergencia, la cual es llenada en el SISGALENPLUS.
- El paciente, familiar o persona responsable, acude a admisión de emergencia para obtener historia clínica de emergencia.
- Seguidamente, el paciente, familiar o persona responsable acude a caja de emergencia para obtener el parte de atención y realizar los pagos correspondientes.
- En tópico de atención, recibe la evaluación médica correspondiente, se llena la historia clínica de emergencia en el sistema informático con las presunciones diagnósticas y determina si requiere o no algún examen de ayuda al diagnóstico (Laboratorio – radiología).
- En caso de ser dado de alta el paciente, de Tópico de Atención, no se le entregará la receta de alta, indicaciones ni interconsultas de requerirlo, hasta que el paciente, familiar, acompañante o Aval, realice los trámites administrativos correspondientes con el personal del Departamento de RDR que se encuentra en Admisión de Emergencia y realice los pagos respectivos en la Caja de Emergencia.
- Si el médico tratante, determina que el paciente de Tópico de atención sea derivado a Sala de Observación (Rotonda), se continúa con la evaluación médica correspondiente, se llena la historia clínica de emergencia con las presunciones diagnósticas y determina si requiere o no algún examen de ayuda al diagnóstico (Laboratorio – radiología) o alguna interconsulta. El paciente no debe permanecer más de 24 horas en sala de observación o de acuerdo con lo que determine el médico tratante.
- En caso de ser dado de alta de Sala de Observación, no se le entregará la receta de alta, indicaciones ni interconsultas de requerirlo, hasta que el paciente, familiar, acompañante o Aval, realice los trámites administrativos correspondientes con el personal del Departamento de RDR que se encuentra en Admisión de Emergencia y realice los pagos respectivos en la Caja de Emergencia.
- La historia clínica de emergencia, debe ser llenada de acuerdo al CIE 10 en el SISGALENPLUS, de tal manera que el Departamento de Telemática, pueda remitir la información a SUSALUD.
- Si el paciente de Sala de Observación es transferido internamente al Centro Quirúrgico (Sala de Operaciones) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya no regresa a las áreas del Servicio de Emergencia; en vista que posteriormente es ingresado a una Unidad Hospitalaria; por tal motivo, admisión de emergencia dará de alta del servicio de emergencia.
- Si el paciente de Sala de Observación es transferido internamente a una Unidad Hospitalaria, ya no regresa a las

áreas del Servicio de Emergencia, razón por la cual, admisión de emergencia dará de alta del servicio de emergencia.

- Si el paciente es ingresado a los servicios de hospitalización (Unidad de Cuidados Intensivos o Unidades Hospitalarias), el familiar o persona responsable o Aval, realiza el pago de la garantía para pacientes hospitalizados categorizados en Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4, conforme a lo establecido por la IPRESS – Hospital Militar Central.
- El familiar o persona responsable, debe realizar los pagos correspondientes de los exámenes auxiliares o de apoyo al diagnóstico, en la caja de emergencia.
- Al término del tratamiento del paciente de Prioridad II y III en alguna Unidad Hospitalaria, éste será dado de alta de las instalaciones del Hospital Militar Central y es en ese momento que recibe la papeleta de alta, las indicaciones, receta de alta, interconsultas de requerirlo.
- Si se receta, algún medicamento a los pacientes categorizados en Tarifa 1, Tarifa 2 y Tarifa 3, acude a la Farmacia de la IAFAS – FOSPEME EP a recoger sus respectivas medicinas, previo pagos establecidos por esa Institución Aseguradora.
- Si se receta, algún medicamento, el paciente categorizado en Tarifa 4, puede adquirir sus respectivas medicinas en farmacias de su libre elección.
- Cuando el paciente, sale de alta del Hospital Militar Central, deberá dejar una copia de la papeleta de alta en Departamento de Seguridad del Hospital Militar Central.
- La historia clínica de emergencia llena y sellada, debe ser incorporada en la historia clínica que tiene a cargo el Departamento de Registros Médicos.
- Si por algún motivo la historia clínica de emergencia no se adjuntó durante las transferencias internas del paciente, ésta es devuelta a admisión de emergencia, para luego ser remitida al Departamento de Registros Médicos.

(c) Prioridad IV (Consulta Externa o Atención Ambulatoria)

- Paciente solo o con familiar (persona responsable) ingresan por triaje de emergencia, consciente.
- Médico de triaje, realiza la evaluación médica correspondiente y determina si se deriva al paciente a un tópico de atención inmediata (Medicina, cirugía, traumatología, ginecología) o en caso contrario, indicar que solicite una consulta externa.
- El médico de triaje, genera un código para la historia clínica de emergencia, la cual es llenada en el SISGALENPLUS.
- Si el destino del paciente es un tópico de atención inmediata, el paciente, familiar o persona responsable, acude a admisión de emergencia para obtener historia clínica de emergencia.
- Seguidamente, el paciente, familiar o persona responsable acude a caja de emergencia para obtener el parte de atención y realizar los pagos correspondientes.

- En tópico de atención, recibe la evaluación médica correspondiente, llena la historia clínica de emergencia con las presunciones diagnósticas. En la historia clínica se registra indicaciones de alta, fecha y hora, descanso médico si se le ha proporcionado.
 - La historia clínica de emergencia, debe ser llenada de acuerdo al CIE 10 en el SISGALENPLUS, de tal manera que el Departamento de Telemática, pueda remitir la información a SUSALUD.
 - Cuando el paciente es dado de alta del Tópico de Atención (Tópico de Emergencia), no se le entregará la receta de alta, indicaciones ni control por consultorio externo, hasta que realice los trámites administrativos correspondientes con el personal del Departamento de RDR que se encuentra en Admisión de Emergencia y realice los pagos respectivos en la Caja de Emergencia.
 - Si se receta, algún medicamento a los pacientes categorizados en Tarifa 1, Tarifa 2 y Tarifa 3, acude a Farmacia de la IAFAS – FOSPEME EP a recoger sus respectivas medicinas, previos pagos establecidos por esa Institución Aseguradora.
 - Si se receta, algún medicamento, el paciente categorizado en Tarifa 4, puede adquirir sus respectivas medicinas en farmacias de su libre elección.
 - La historia clínica de emergencia llena y sellada, es devuelta a admisión de emergencia, para luego ser remitida al Departamento de Registros Médicos.
- aa. Los indicadores del servicio de emergencia, están dados por: Indicadores de proceso, indicadores de eficiencia e indicadores de calidad.
- bb. El transporte asistido de pacientes por vía terrestre hacia las instalaciones del Hospital Militar Central, con las ambulancias tipo II y tipo III que posee este nosocomio, se realiza de acuerdo a la siguiente zonificación:
- Zona 1: Jesús María, Pueblo Libre, Magdalena.
- Zona 2: San Miguel, Breña, Lince, La Victoria.
- Zona 3: Cercado de Lima, San Isidro, San Borja.
- Zona 4: Chorrillos, Miraflores, Santiago de Surco, San Luis, Surquillo, Independencia, Los Olivos, Rímac, San Martín de Porres, La Punta, Callao.
- Zona 5: Comas, San Juan de Lurigancho, Ate, Santa Anita, El Agustino, La Molina, Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Ventanilla.
- Zona 6: Pucusana, Santa María del Mar, Puente Piedra, Chosica, Cieneguilla, San Bartolo, Punta Negra, Punta Hermosa, Lurín, Chaclacayo, Pachacamac, Ancón, Santa Rosa, Carabayllo.

5. DISPOSICIONES PARTICULARES

- a. Inspectoría
- Verificar el cumplimiento de las disposiciones contenida en la presente directiva de acuerdo con normas vigentes.

- b. Dirección Administrativa
Disponer que los departamentos bajo su dirección, den cumplimiento a lo dispuesto en la presente directiva.
- c. Dirección Médica
 - (1) Difundir la presente directiva a los Departamentos de esa Dirección y a las UPSS.
 - (2) Verificar que el personal nombrado para realizar el servicio de emergencia, sea parte del equipo básico de guardias hospitalarias.
- d. Departamento de Planeamiento y Presupuesto
 - (1) Modificar el tarifario, cuando sea aprobado por la Dirección del Hospital Militar Central.
 - (2) Mantener actualizado el tarifario de la IPRESS – Hospital Militar Central, relacionado a los procedimientos médicos.
 - (3) Mantener actualizado el tarifario de la IPRESS – Hospital Militar Central, relacionado a la zonificación de empleo de las ambulancias que conforman el transporte asistido de paciente por vía terrestre de este nosocomio.
- e. Departamento de Imagen Institucional
Difundir en las plataformas informáticas oficiales del Hospital Militar Central, la presente directiva.
- f. Departamento de Logística
 - (1) Asegurar que los insumos médicos, material médico, alta rotación, equipos de protección personal, papelería y otros, se encuentren disponibles las 24 horas del día, para las áreas del servicio de emergencia.
 - (2) Asegurar que los reactivos e insumos médicos, que se empleen en el laboratorio del servicio de emergencia, se encuentren disponibles las 24 horas del día.
 - (3) Asegurar que las instalaciones de las áreas del servicio de emergencia se encuentren en buen estado de conservación, de limpieza y de higienización.
 - (4) Asegurar que los equipos médicos y equipos biomédicos, que se emplean en las diferentes áreas del servicio de emergencia, se encuentren operativos y/o con su respectivo mantenimiento.
 - (5) Asegurar que las ambulancias que conforman el transporte asistido de paciente por vía terrestre de este nosocomio, se encuentren operativos y/o con su respectivo mantenimiento.
- g. Servicio de Emergencia
 - (1) Dar cumplimiento a los procesos y procedimientos médicos de atención en el servicio de emergencia de su responsabilidad, consignados en la presente Directiva y a la normatividad vigente.
 - (2) Controlar que el personal de la salud y administrativo, que labora en las diferentes áreas del servicio de emergencia, den cumplimiento a lo consignado en la presente Directiva y a la normatividad vigente

- (3) Verificar que el personal que ha sido nombrado para realizar el Servicio de Emergencia, lo realice de acuerdo con la normatividad vigente.
 - (4) Comunicar al Departamento RDR, el fallecimiento de un paciente en el servicio de emergencia.
 - (5) Asegurar que la atención a los pacientes en el servicio de emergencia, se realice en forma oportuna y ordenada.
 - (6) Controlar que el llenado de la historia clínica de emergencia, se realice de acuerdo al CIE 10.
 - (7) Asegurar diariamente, que el personal de salud en forma obligatoria registre en el SISGALENPLUS, todas las atenciones médicas que se realicen en el servicio de emergencia; en razón que este proceso es verificado por SUSALUD.
 - (8) Verificar que la enfermera y/o técnica de enfermería, recoja de la farmacia de IAFAS – FOSPEME, los medicamentos que por prescripción médica se le dispensen a pacientes categorizados con Tarifa 0 (Titular), cuando estos ingresen al servicio de emergencia, sin familiar o acompañante.
 - (9) Verificar que el transporte asistido de pacientes por vía terrestre, se realice de acuerdo a la normatividad vigente y a la zonificación establecida por el Hospital Militar Central.
- h. Departamento de Recursos Directamente Recaudados
- (1) Verificar diariamente, los pacientes que ingresan a las áreas del servicio de emergencia, en el SISGALENPLUS
 - (2) Nombrar y mantener personal responsable en el área de caja de emergencia y en el área de admisión de emergencia.
 - (3) Verificar que el reporte de caja de emergencia, sea igual a los pacientes registrados en área de admisión de emergencia.
 - (4) Verificar diariamente que el responsable del área de admisión de emergencia registre todos los pacientes que han sido atendidos en el Tópico de Atención y Sala de Observación.
 - (5) Disponer que el personal nombrado por ese Departamento en el área de admisión de emergencia, este atento a los pacientes que son dados de alta, para que realicen los pagos respectivos por procedimientos médicos realizados en las áreas del servicio de emergencia, según corresponda.
 - (6) Realizar el seguimiento a través del SISGALENPLUS y presencialmente, de aquellos pacientes categorizados con Tarifa 0, Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4, que del servicio de emergencia hayan sido transferidos internamente a Sala de Operaciones y/o a los servicios de hospitalización (UCI y Unidades Hospitalarias).
 - (7) Verificar que el Aval de los pacientes categorizados con Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4, que son transferidos del servicio de emergencia a los servicios de hospitalización (UCI y Unidades Hospitalarias), haya depositado la garantía establecida por la IPRESS – Hospital Militar Central en la caja de emergencia.

- (8) Controlar a través del SISGALENPLUS y presencialmente, el alta de los pacientes categorizados con Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4, del servicio de emergencia, para que realicen los pagos respectivos, según corresponda.
 - (9) Controlar que, en el área de admisión de emergencia, registren en el SISGALENPLUS todos los pacientes que son atendidos en el Servicio de Emergencia y verificar que los pacientes que sean dados de alta, realicen los pagos correspondientes en caja de emergencia.
 - (10) Verificar diariamente que cuando los pacientes categorizados con Tarifa 1, Tarifa 2, Tarifa 3 y Tarifa 4, sean dados de alta del Tópico de Atención (Tópico de emergencia) y Sala de Observación (Rotonda), realicen los pagos correspondientes.
- i. Departamento de Registros Médicos
- (1) Aperturar historias clínicas de pacientes que no se encuentran registrados en la base de datos de ese departamento.
 - (2) Incluir en la historia clínica, la historia clínica de emergencia formulada en el servicio de emergencia.
 - (3) Foliar los documentos que son incluidos progresivamente en la historia clínica de los pacientes.
 - (4) Entregar la historia clínica al Departamento RDR, cuando este lo requiera.
 - (5) Entregar copia de la historia clínica completa o parcial, según lo requiera formalmente el titular de dicha historia o familiar, a través de la mesa de partes del Hospital Militar Central, cancelando los derechos de emisión establecidos por este nosocomio.
 - (6) Entregar copia de la historia clínica completa o parcial, según lo requiera formalmente las instituciones adscritas al Poder Judicial, a través de la mesa de partes del Hospital Militar Central.
- j. Departamento de Telemática
- (1) Verificar que, en el SISGALENPLUS, no se altere la información relacionada al tarifario de los procedimientos médicos o procedimientos sanitarios, bajo responsabilidad.
 - (2) Mantener actualizado en el SISGALENPLUS, la información relacionada a la "Categorización de Tarifas de Pacientes del Hospital Militar".
 - (3) Verificar que, en el SISGALENPLUS, no se altere la información relacionada a la "Categorización de Tarifas de Pacientes del Hospital Militar".
 - (4) Verificar que las computadoras del Servicio de Emergencia y de la Sección/Departamento RDR, cuenten con información actualizada del personal militar titular en la situación de actividad y retiro con derecho a pensión, cadetes y alumnos de las Escuelas de Formación y otros que, de acuerdo con Ley, son considerados en la categorización de pacientes con Tarifa Gratuita.
 - (5) Verificar que las computadoras de las áreas del Servicio de Emergencia de la Dirección Médica y de la Sección/Departamento RDR, cuenten con información actualizada de los derechohabientes del personal militar titular en la situación de actividad y retiro con

pensión, considerados en la categorización de pacientes con Tarifa 1, Tarifa 2 y Tarifa 3.

- (6) Mantener operativas las computadoras asignadas a las áreas del Servicio de Emergencia, Sección/Departamento RDR y Departamento de Registros Médicos.
 - (7) Verificar que el Área de Admisión de Emergencia, cuente con el SISGALENPLUS, en el cual se consignen los datos del paciente: fecha, hora de llegada, nombre edad, sexo, dirección domiciliaria, documento de identidad, diagnóstico de ingreso, diagnóstico final, destino y hora de terminada la atención, observaciones, nombre del acompañante o familiar, nombre del médico tratante.
 - (8) Verificar que el Área de Triage de Emergencia, cuente con base de datos actualizados del personal militar titular en la situación de actividad y retiro con pensión y sus respectivos derechohabientes, considerados en la categorización de pacientes con Tarifa 1, Tarifa 2 y Tarifa 3.
 - (9) Capacitar al personal de la salud que labora en las áreas del servicio de emergencia, sobre el llenado de la historia clínica de emergencia y/u otros formatos, establecidos en el SISGALENPLUS.
 - (10) Asegurar que, en el SISGALENPLUS, se encuentre actualizada los códigos y nombres de los procedimientos considerado en el CIE 10.
 - (11) Remitir al Departamento de Gestión de Calidad, el reporte de registro de CIE 10 e indicadores de calidad.
 - (12) Remitir la información médica, generada en el servicio de emergencia a SUSALUD.
- k. Departamento de Gestión de la Calidad
- (1) Verificar el número de registros correctos en la historia clínica, de acuerdo con el CIE 10.
 - (2) Realizar el seguimiento de los siguientes indicadores de calidad: % de pacientes en salas de observación con estancias mayores a 12 horas y % de fallecidos en emergencia.
- l. Departamento de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
- (1) Verificar que el personal de Asistencia Social que se nombre al Servicio de Emergencia, oriente al paciente, familiar o acompañante, sobre los trámites administrativos y atenciones médicas que se realizan en el Servicio de Emergencia.
 - (2) Asegurar diariamente que los insumos médicos, reactivos y otros que se empleen en el laboratorio del servicio de emergencia, se encuentren disponibles las 24 horas del día.
 - (3) Asegurar diariamente que los insumos que se emplean en el servicio de diagnóstico por imágenes para el servicio de emergencia se encuentren disponibles las 24 horas del día.
 - (4) Asegurar que el personal que realiza el servicio en el laboratorio del servicio de emergencia y en el servicio de diagnóstico por imágenes, se encuentre cumpliendo su servicio de acuerdo a la normatividad vigente.

- m. Departamento de Seguridad
 - (1) Verificar regularmente que no existan personas en los pasadizos de las áreas del servicio de emergencia que no estén recibiendo ningún tipo de atención, caso contrario invitarles cortésmente que abandonen las áreas de este servicio.
 - (2) Recepcionar una copia de la papeleta de alta de los pacientes e informar diariamente a la Dirección del Hospital Militar Central.
- n. Departamento de Asesoría Legal

Asesorar de acuerdo con normas y disposiciones vigentes.

6. DIVERSOS

- a. Los indicadores de la presente directiva será: Número de registros correctos en la historia clínica, de acuerdo con el CIE 10, % de pacientes en salas de observación con estancias mayores a 12 horas y % de fallecidos en emergencia.
- b. la presente directiva entrará en vigencia a partir del día siguiente de su aprobación.



0-224831572-0+
CARLOS SANCHEZ SILVA
 General de Brigada
 Director del Hospital Militar Central

ANEXOS:

Anexo N° 01: Flujograma de Atención en el Servicio de Emergencia

DISTRIBUCIÓN:

Inspectoría.....	01
Dirección Administrativa.....	01
Dirección Médica.....	01
Dpto. Áreas Críticas.....	01
Servicio de Emergencia.....	01
Dpto. Registros Médicos.....	01
Dpto. Gestión de Calidad.....	01
Dpto. Apoyo al Diag. y Trat....	01
Dpto. Plan y Ppto.....	01
Dpto. Logística.....	01
Dpto. RDR.....	01
Dpto. Imagen Institucional....	01
Dpto. Telemática.....	01
Dpto. Asesoría Legal.....	01
ARCHIVO.....	02/16

ANEXO N° 01: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA A LA DIRECTIVA N° 003 AA-11/5/c

