



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 30 de Junio 2014

Visto el Expediente Nº 11722/2014, conteniendo el Informe Nº 67-2014-OEPE/HNCH de la Dirección Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico;

CONSIDERANDO:

Que, a través del Informe Nº 67-2014-OEPE/HNCH de fecha 5 de junio de 2014, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, envía el proyecto del Manual de Proceso y Procedimientos de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia, para su aprobación;

Que, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que el citado Manual, cumple con lo dispuesto en la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional";

Que, el Objetivo del proyecto del Manual de Proceso y Procedimientos de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia, es el de mejorar la calidad de los procesos existentes en beneficio de los pacientes con patologías que ingresan a hospitalización y establecer normativamente los procedimientos para la ejecución de los procesos administrativos asistenciales eficientes, que correspondan a la atención en hospitalización, detallando sus actividades y procedimientos;

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, señala que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, por Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, se aprueba el Reglamento de la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud;

Que, por Resolución Ministerial Nº 603-2006-SA/DM, se aprueba la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional"; estableciendo en su numeral 5.6.5, la formulación del Manual de Procesos y Procedimientos para la formulación de los manuales de organización y funciones;

Que, con Resolución Ministerial Nº 216-2007/MINSA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 445-2012-SA-DS-HNCH/DG, se aprueba el Manual de Procedimientos de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Que, a través de la Resolución Ministerial Nº 040-2014/MINSA, se aprueba el Cuadro para Asignación de Personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia;



12-40

Que, mediante Informe N° 518-2014-OAJ/HNCH, el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, opina que procede aprobar el Manual de Proceso y Procedimientos de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Con la visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y del Jefe la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar, el Manual de Proceso y Procedimientos de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia, propuesto por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que obra en Anexo aparte; y forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar al Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, su difusión, implementación, supervisión y cumplimiento del Manual aprobado en el primer artículo de la presente resolución.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a publicar la presente resolución en la página Web del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Regístrese, Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
[Firma]
D. LUIS EDUARDO DULZAROTICH FERRE
DIRECTOR GENERAL
CNP 14270

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
DEL DEL ORIGINAL

01 JUL. 2014

EMILIANO ELIAS SANCHEZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO TITULAR
TRAMITE INTERNO

LEDM/RDSV/BCC/mc
C.C.:
Dirección General
Direcc. Ej. Of. Planeam. Estratégico
Of. Asesoría Jurídica
(Archivo: D.G.)

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
DE HOSPITALIZACIÓN



AÑO 2014

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

Dirección General:

Dr. Luis Dulanto Monteverde

Dirección Adjunto:

Dr. Arturo Villena Pacheco

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico:

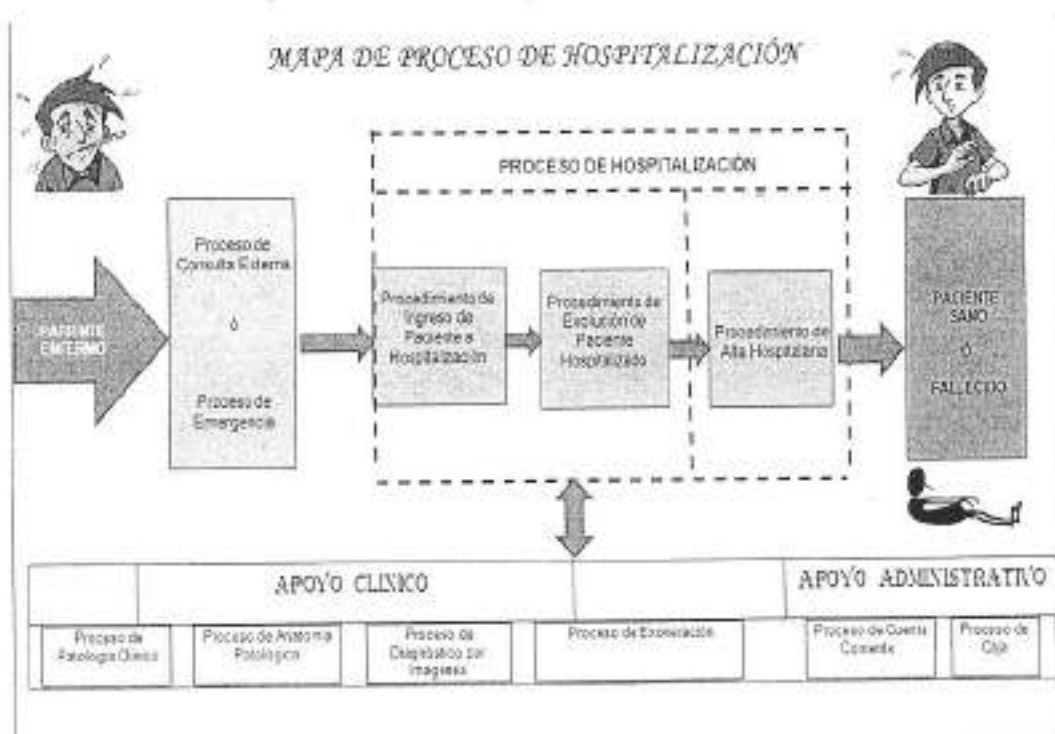
Dr. Jony Laos Juárez

Elaboración:

OEPE - Unidad de Organización:

Sra. Rosa Canseco Vergara





Elaborado por: DEPE - Unidad de Organización - Sr. Róger Carrasco V.

INDÍCE

MAPA DE PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN	2
INDICE	3
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO II	
OBJETIVOS	5
CAPITULO III	
BASE LEGAL	6
CAPITULO IV	
PROCEDIMIENTO	7

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El Manual de Proceso y Procedimientos de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia, es un documento de gestión que contiene la descripción detallada de la secuencia de acciones que se siguen en la ejecución de las actividades, de subprocesos y procesos organizacionales por una o más unidades orgánicas para la atención del paciente enfermo que requieran atención y tratamiento especializado en hospitalización.

Para el desarrollo del Manual de Procedimientos de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se han identificados los procedimientos que cumplen cada unidad funcional en la atención del paciente.

La metodología empleada para la actualización del manual, ha sido la observación de las acciones realizadas diariamente por el personal, entrevistas con las personas involucradas en el procedimiento y el levantamiento de información según la normatividad vigente.



CAPÍTULO II

OBJETIVO

El Manual de Proceso y Procedimientos de Hospitalización, como documento técnico de sistematización normativa de gestión institucional tiene como objetivo:

- ✓ Mejorar la calidad de los procesos existentes en beneficio de los pacientes con patología que ingresan a hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- ✓ Contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales y estratégicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- ✓ Establecer normativamente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos administrativos asistenciales eficientes, que correspondan a la atención en hospitalización, detallando sus actividades y procedimientos.



CAPÍTULO III

BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud – publicada el 20-07-97.
- Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842.
- Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y su Reglamento Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
- Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, que aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, aprueba la NT N°018-MINSA/DGSP-01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.





PERU
Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL
CAJAMARCA

MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
DE HOSPITALIZACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS, SUB PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Departamento de Organización



CAPÍTULO IV

IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS, SUB PROCESOS Y LOS PROCEDIMIENTOS QUE LO CONFORMAN

Nº	PROCESOS	SUB PROCESOS	PROCEDIMIENTOS	RESULTADO
1	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Ingreso de Paciente a Hospitalización	Paciente hospitalizado
2	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Evolución de Paciente Hospitalizado	Paciente estabilizado
3	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Alta de Paciente en Hospitalización	Paciente de alta
4	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Facturación de Paciente de Alta Hospitalaria (Pagante)	Papeleta de alta
5	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Facturación de Paciente de Alta Hospitalaria (AUS)	Papeleta de alta
6	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Facturación de Paciente de Alta Hospitalaria (SOAT)	Papeleta de alta
7	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Paciente Fallecido en Hospitalización	Entrega de cadáver



PROCEDIMIENTOS

Ficha N°

(1) OFICINA / DIRECCIÓN
(2° Nivel Organizacional)

DEPARTAMENTOS ASISTENCIALES

(2) OFICINA / DIRECCIÓN
(3° Nivel organizacional)

N° Orden (3)	Procedimiento y/o Documento de Origen (4)	Denominación del Procedimiento (5)	Resultado / Producto (6)	Usuario (7)	Base Legal (8)
1	Paciente Enfermo	Ingreso de Paciente a Hospitalización	Paciente hospitalizado	Médico tratante	NG
2	Paciente Enfermo	Evolución de Paciente Hospitalizado	Paciente estabilizado	Médico tratante	NG
3	Alta médica	Alta de Paciente en Hospitalización	Paciente de alta	Médico tratante	NG
4	Historia clínica de paciente de alta	Facturación de Paciente de Alta Hospitalaria (Pagante)	Papeleta de alta	Cuenta Corriente	NG
5	Historia clínica de paciente de alta	Facturación de Paciente de Alta Hospitalaria (AUS)	Papeleta de alta	Cuenta Corriente	NG
6	Historia clínica de paciente de alta	Facturación de Paciente de Alta Hospitalaria (SOAT)	Papeleta de alta	Cuenta Corriente	NG
7	Certificado de defunción	Paciente Fallecido en Hospitalización	Entrega de cadáver	Médico tratante	NG

FECHA

En la columna "Base Legal" anotar según corresponda lo siguiente:
NG – Si tiene Norma General
ND – Con Directiva o Norma de detalle
S/N – Sin base legal o norma

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR





PROCESO:

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

SUB PROCESO:

RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

1. Ingreso de Paciente a Hospitalización.
2. Evolución de Paciente Hospitalizado.
3. Alta de Paciente en Hospitalización.
4. Facturación de Paciente de Alta Hospitalaria (Pagante).
5. Facturación de Paciente de Alta Hospitalaria (AUS).
6. Facturación de Paciente de Alta Hospitalaria (SOAT).
7. Paciente Fallecido en Hospitalización.



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO: Hospitalización - Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud / Recuperación y Rehabilitación de la Salud			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	INGRESO DE PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN	FECHA:	Junio 2014
PROPÓSITO	Hospitalizar al paciente con patología diagnosticada o probable para su diagnóstico, tratamiento y recuperación, según lo indicado por el médico tratante.		
ALCANCE	Departamento de Consulta Externa, Emergencia y Cuidados Críticos, otras unidades orgánicas.		
MARCO LEGAL	Ley N° 26842 - Ley General de Salud. Ley N° 27957 - Ley del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 013-2002-SA. - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27037 - Ley del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 603-2005-MINSA - Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/GPE-V.01 - Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional.		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Promedio de Permanencia	%	SIGFO	Oficina de Estadística e Informática
Promedio de Permanencia = $\frac{\text{Total de Permanencia}}{\text{N° de Egresos}}$			
NORMAS			
1. Todo paciente deberá recibir un trato digno, respetuoso y oportuno. 2. En la ejecución del procedimiento del ingreso del paciente se deberá cumplir las normas de bioseguridad. 3. Todo paciente que ingresa a hospitalización deberá ingresar con la orden de hospitalización firmada por el médico tratante. 4. El paciente AUS que ingresa a hospitalizarse deberá traer el formato de hospitalización sellado y firmado por el médico autor de la oficina de seguro. 5. Las coordinaciones para aceptar a un paciente y el ingreso de este al servicio se harán con 30 días de anticipación al cambio de turno, (días hábiles, eventuales previamente coordinados). 6. En caso que el ingreso sea por transferencia deberá ingresar con la solicitud del servicio transferido. 7. La H.C. Del paciente operado deberá regresar a sala de hospitalización con los formatos completos, firmados y sellados por los médicos que asistieron en la operación, el reporte operatorio, hoja de anestesia, etc.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
Inicio	Viene de procedimiento de Emergencia ó Consulta Externa.		
Servicio de Enfermería / Enfermera Especialista	1. Recibe al paciente y revisa historia clínica que este completa, todos los que ingresan deberán tener orden de hospitalización, en caso de AUS deberá tener firma y sello del médico autor autorizado el ingreso por el diagnóstico coberturado, informa al médico el ingreso del paciente.		
Servicio de Enfermería / Técnico en Enfermería	2. Traslada al paciente a su ambiente, al cual se encuentra con la cama preparada y brinda medidas de confort.		
Ofic. Emergencia ó Consulta Externa / Téc. Enfermería	3. Traslada al paciente con historia clínica y orden de hospitalización hasta su cama.		
Servicio de Enfermería / Enfermera Especialista	4. Elabora la hoja de enfermería, verifica los medicamentos, levanta o informa al familiar la hora que puede pedir información al médico tratante y entrega pertenencia del paciente.		
Familiar	5. Recibe formato informativo y pertenencia de valor.		
Médico Especialista	6. Evalúa al paciente y consigna datos de la anamnesis, realiza el examen clínico, diagnóstico, tratamiento y plan de trabajo y elabora la historia clínica.		
Enfermera	7. Envía órdenes de exámenes auxiliares o procedimientos y receta médica e indica en la H.C. administración de medicamentos.		
Fin	5. Atención al paciente y sigue las indicaciones médicas.		
Va al procedimiento de evaluación de paciente hospitalizado.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Formato de Hospitalización de paciente	Médico	Diana	Manual
SAIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Paciente Hospitalizado	Enfermería	Diana	Mecánico
DEFINICIONES	La Historia Clínica, es el documento médico-legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.		
REGISTROS	Historia Clínica Cuaderno de registro		
ANEXOS	1. Flujograma 2. Formato		

Elaborado por: GPE - Unidad de Organización - Dra. Rosa Gómez V.

F-ORG-10.0





PERU

Ministerio de Salud

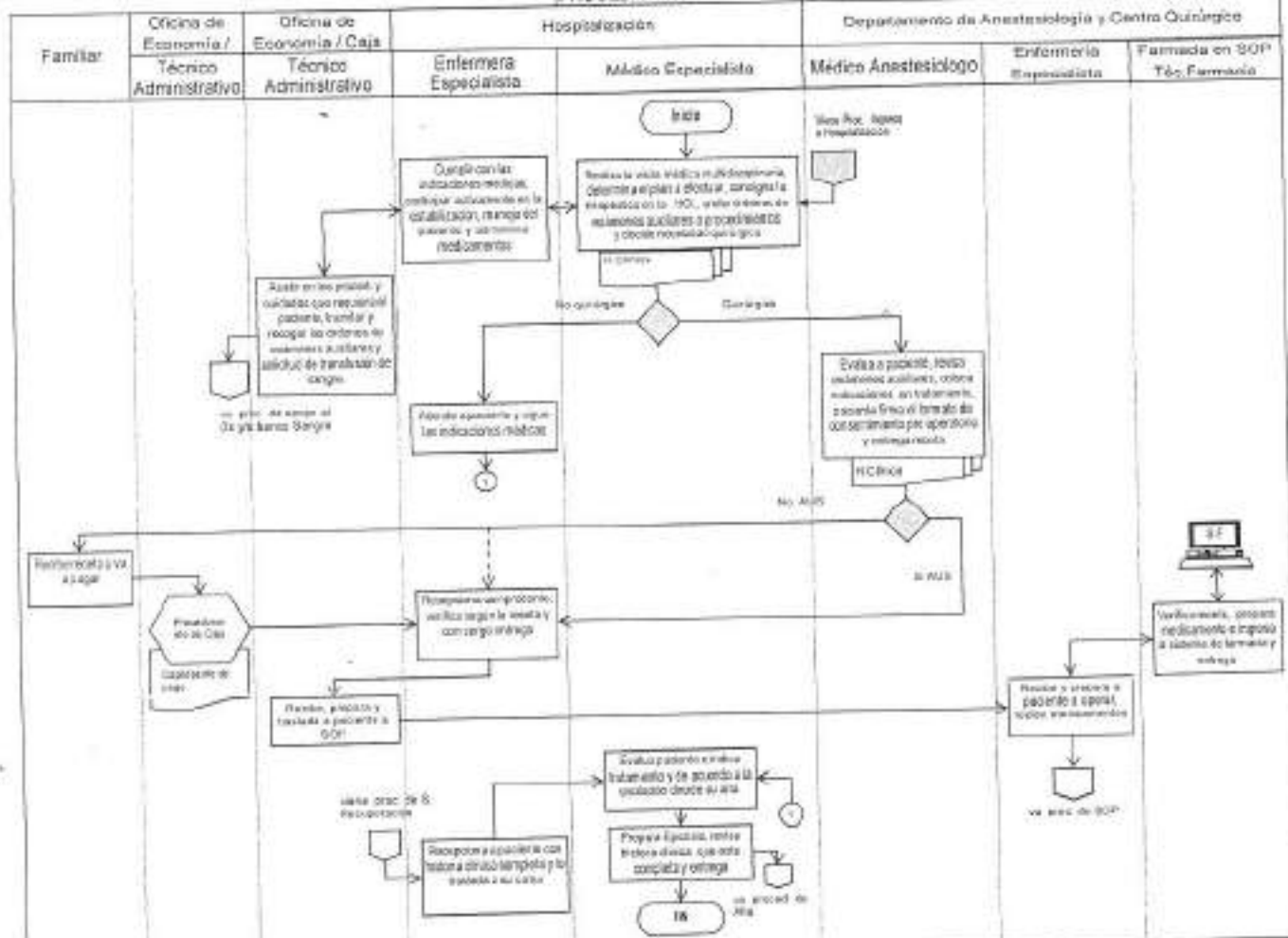
Hospital Nacional Cayetano Heredia

PROCESO

PROCEDIMIENTO

HOSPITALIZACIÓN - PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

EVOLUCIÓN DE PACIENTE HOSPITALIZADO



Elaborado por: DGTG - Unidad de Organización - Dra. Rosa Chacón V.

Fig. 12 de 21
Fecha: junio 2014

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO: Hospitalización - Protocolo, Recepción y Recepción de la Salud / Recepción y Rehabilitación de la Salud			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EVOLUCIÓN DE PACIENTE HOSPITALIZADO	PRO-14	Junio 2014
PROPÓSITO:	Atención y evolución del paciente hospitalizado por patología diagnosticada o probable para su diagnóstico, tratamiento y recuperación, según lo indicado por el médico tratante.		
ALCANCE:	Organos y Unidades Orgánicas		
MARCO LEGAL:	Ley N° 29422 - Ley General de Salud, Ley N° 27457 - Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013 2009/IN - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27457, Ley del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 455-2008-MINSA - Aprueba la Directiva N° 001-MINSA/0012-V.01 - Directiva para la formulación de documentos normativos de gestión institucional		

INDICADORES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Cantidad de Pacientes	N	SIEMPRE	Unidad de Organización y Mantenimiento
Criterio de Performance = Total de Pacientes			
N° de Registros			

NORMAS	
1. Todo paciente deberá recibir un trato digno, respetuoso y oportuno.	
2. En la ejecución del procedimiento de ingreso del paciente se deberá de cumplir las normas de bioseguridad.	
3. Todo procedimiento o actividad en hospitalización deberá realizarse con la orden firmada por el médico asistente.	
4. El paciente AUS que ingresa a hospitalización deberá tener el formato de hospitalización, sellado y firmado por el médico asistente de la oficina de salud.	
5. En caso que el ingreso sea por transferencia deberá ingresar con la historia clínica del paciente transferido.	
6. El personal médico es responsable del correcto registro de datos en la historia clínica así como de la firma y sello en los formatos.	
7. El personal de enfermería es responsable de la custodia de la historia clínica y de realizar la revisión de la misma.	
8. El personal del servicio es responsable de mantener el orden de los documentos de diagnóstico del paciente durante su permanencia según sea funciones y actividades.	
9. El trabajo de enfermería es responsable de las tareas administrativas y asistenciales que requiere el paciente hospitalizado.	
10. La HCl del paciente operado deberá registrarse a sala de hospitalización con los formatos completos, firmados y sellados por los médicos que asistieron en la operación, el reporte operatorio, hoja de anestesia, etc.	

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	
INGRS	Viene de procedimiento de ingreso y hospitalización.
Servicio Médico Asistente / Médico Especialista	1. Realiza la visita médica multipaciente, entrevista al paciente, controla la terapéutica en la historia clínica, emite órdenes de exámenes auxiliares o procedimientos y decide necesidad quirúrgica.
Servicio de Enfermería / Enfermera Especialista	2. Cumplir con las indicaciones médicas, participar activamente en la evaluación, manejo del paciente y administrar medicamentos.
Servicio de Laboratorio / Tén. Laboratorio	3. Asistir en los procedimientos y cuidados que requiere el paciente, tramitar y recoger las órdenes de exámenes auxiliares y solicitud de extracción de sangre. No procedimiento apoyo al diagnóstico y/o trabajo de sangre.
Servicio de Laboratorio / Enfermera Especialista	4. Si no es quirúrgico, entrevista al paciente y sigue las indicaciones médicas.
Dpto. Anestesiología y C. G. / Médico Especialista	5. Si es quirúrgico, realiza anestesia previa a paciente, realiza exámenes auxiliares, controla indicaciones en tratamiento, paciente firma el formato de consentimiento pre operatorio y entrega misma.
Familia	6. Si es AUS, el familiar del paciente a operar recibe receta, se otorga a familiar para que en sala y entregue a enfermería al servicio.
Química Especialista / Q. G. / Técnico Administrativo	7. Procedimiento de pago y emisión comprobante de pago.
Servicio de Enfermería / Enfermera Especialista	8. Recepción medicamento y/o insumos de pago, verificación según la receta y con cargo entrega.
Servicio de Laboratorio / Tén. Laboratorio	9. Recibe, prepara y analiza a paciente a Sala de Operaciones.
Dpto. Anestesiología y C. G. / Enfermera Especialista	10. Recibe y prepara a paciente a operar, recibe medicamentos.
Dpto. Farmacia / SOP / Tén. Farmacia	11. Verifica la receta que se emite con el nombre completo del paciente, sello y firma del médico tratante, prepara adecuadamente los medicamentos e ingresa al sistema de farmacia, entrega, va a procedimiento de sala de Operaciones.
Servicio de Enfermería / Enfermera Especialista	12. Al final del procedimiento de sala de recuperación, recupera a paciente con historia clínica completa, con indicaciones médicas y/o traslado a su sala.
Médico Especialista	13. Entrega paciente a enfermería y de acuerdo a la evolución clínica se alta.
En	14. Preparación de receta, historia clínica que sea completa y entrega. No al procedimiento de alta.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Ingreso de paciente	Historia Clínica	Día	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Paciente atendido	Alta hospitalaria	Día	Manual

DEFINICIONES:	La Historia Clínica, es el documento médico legal, que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma cronológica, organizada, secuenciada y ordenada de la atención que el médico o enfermera presta al paciente. Reforma, Procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el médico tratante de un establecimiento de salud emite la orden de ingreso del paciente a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolvente. Se realiza a través de la hoja de referencia la cual debe ser firmada por el médico. La atención que recibe el paciente debe estar orientada a resolver su problema de salud asignado al especialista y motivo de la referencia.
REGISTROS:	Historia Clínica Cuaderno de registro 1. Fajograma 2. Formula
ANEXOS:	

Elaborado por: OPR - Unidad de Organización - Dr. Rosa Cárdenas V.

C-003-000



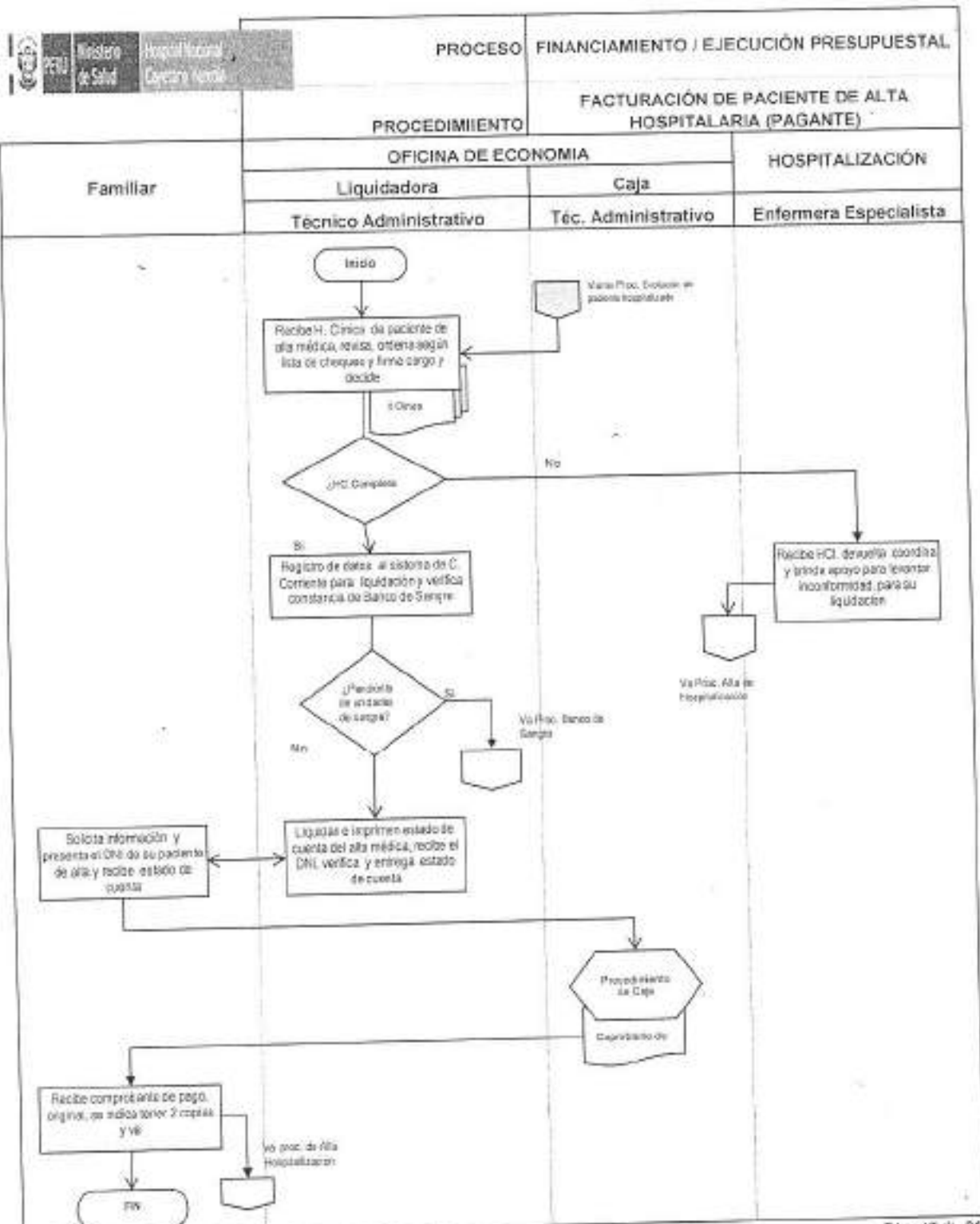
FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO: Hospitalización - Promoción, Recuperación y Rehabilitación de la Salud / Recuperación y Rehabilitación de la Salud			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ALTA DE PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN		FECHA: Junio 2014 CODIGO: H28P-09
PROPOSITO	Dar de alta al paciente hospitalizado reincorporándolo a su medio habitual, aportándole los herramientas necesarias para la continuidad de sus cuidados.		
ALCANCE	Organos y Unidades Orgánicas		
MARCO LEGAL	Ley N° 26462 - Ley General de Salud Ley N° 27057 - Ley del Ministerio de Salud Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento a la Ley N° 27057 - Ley del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 403-2009-MINSA - Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/DGPE-V.02 - Directiva para la formulación de documentos técnicos manuales de gestión institucional		
INDICADORES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNO DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Intervalo de Sustitución	N°	SIGUIO	Oficina de Estadística e Informática
Intervalo de Sustitución = $\frac{\text{Días cama} - \text{Días pacientes}}{\text{Egreso}}$			
NORMAS			
1. Todo paciente deberá recibir un trato digno, respetuoso y oportuno. 2. En la ejecución del procedimiento de atención del alta del paciente se deberá de cumplir las normas de bioseguridad. 3. El médico tratante deberá elaborar la historia clínica antes del alta del paciente con la finalidad de aplicar el trámite y lo entregará a la enfermera del servicio. 4. El personal del servicio es responsable de mantener el orden de los documentos de atención del paciente durante su permanencia según sus funciones y actividades. 5. La enfermera de turno es responsable de revisar la historia clínica completa (hoja de alta de operaciones, interconsultas, exámenes médicos completos, indicaciones médicas recibidas y firmadas por el médico tratante, historia de enfermería, hoja de laboratorio, hoja gráfica, hoja de banco de sangre, hoja de procedimientos, nota de enfermería, balance físico, órgano y curación) a cuenta corriente para el trámite de alta del paciente.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
Inicio	Viene de procedimiento de evolución hospitalaria.		
Médico Especialista	1. Determina la condición de alta del paciente, registra en la historia clínica y brinda información. 2. Expone Epícrisis firmada y sellada, verifica que la Historia Clínica este completa, revisa sellos y firmas en los diferentes formatos, firma y sella lista de chequeo para el servicio, elabora la receta médica y da las indicaciones del alta al paciente o familiar responsable.		
Familiar	3. Recibe información por parte del médico tratante sobre las condiciones de alta y el tratamiento a seguir por el paciente.		
Enfermera	4. Entrega receta y brinda información al responsable del paciente, explica el cuidado y la medicación que tendrá que tomar, así como también le indica acudir a cuentas corrientes para recibir indicaciones.		
Técnico en Enfermería	5. Verifica y ordena que los documentos de la Historia Clínica estén conforme a lista de chequeo del servicio, de existir inconformidades informa, coordina y brinda apoyo para subsanarlas.		
Enfermera	6. Entrega a responsable de Cuentas Corrientes Historia Clínica del paciente de alta con formatos ordenados con cargo a proceso de Alta en Cuentas Corrientes.		
Familiar	7. Verifica la papelería de alta o comprobante de pago según sea el caso, despide al paciente con indicaciones de alta y explica los pasos de alarma, la medicación a tomar y fecha de su control.		
Fin	8. Recibe indicaciones de cuidado del paciente y se a caso, mostrando en el cuadro de vigilancia la papelería de alta o comprobante de pago según sea el caso.		
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Alta médica	Epícrisis	Día	Mecánico
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Papelería de paciente de alta o C. pago	su caso	Día	Mecánico
DEFINICIONES	La Historia Clínica, es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente. Alta, Es el egreso de un paciente vivo del establecimiento de salud cuando termina el periodo de hospitalización o internamiento. La alta del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otro establecimiento o a solicitud del paciente o persona responsable, registrando en todos los casos de la decisión del Expediente de Alta, Es el conjunto de documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo, de las acciones realizadas al paciente asegurado en el proceso de hospitalización. Asimismo es el sustento para solicitar el seguro en beneficio por las prestaciones otorgadas al asegurado.		
REGISTROS	Historia Clínica		
ANEXOS	Cuaderno de registro 1. Fajograma 2. Formatos		

Elaborado por: GPE - Unidad de Organización - Ana Rosa Sánchez C.

F-089-10.3





Elaborado por: DEPC - Unidad de Organización - Sra. Rosa Cansaco V.

Pág. 17 de 24
Fecha: junio 2014



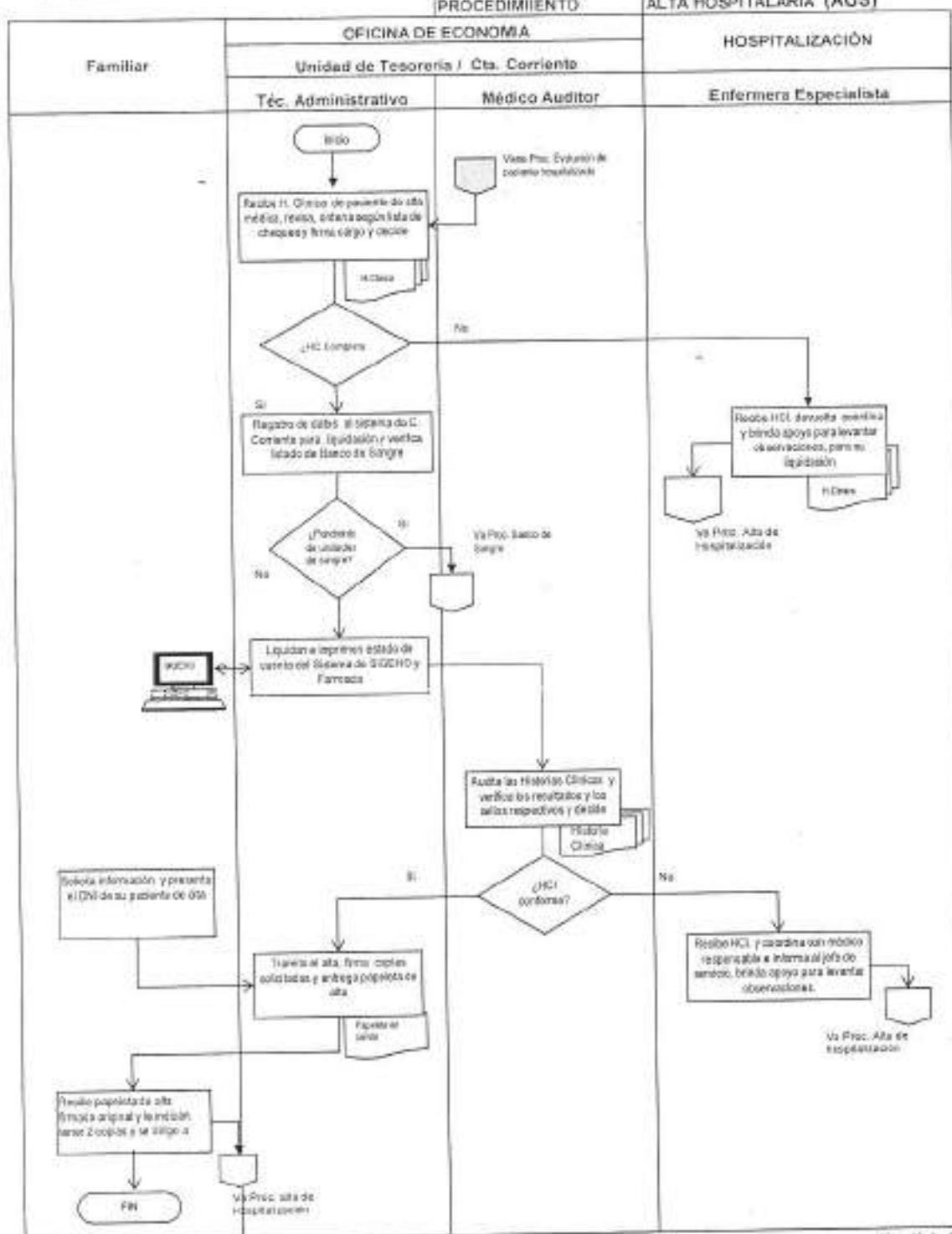
FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO: Hospitalización - Financiamiento / Ejecución Presupuestal			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	FACTURACIÓN DE PACIENTE DE ALTA HOSPITALARIA (PAGANTE)		FECHA CODIGO JUNIO 2014 HOSP-04
PROPÓSITO	Realizar la liquidación de la cuenta hospitalaria del paciente		
ALCANCE	Departamento Asistenciales, Oficina de Seguros y otras unidades orgánicas		
MARCO LEGAL	Ley N° 26842 - Ley General de Salud Ley N° 27057 - Ley del Ministerio de Salud Decreto Supremo N° 013-2000-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27457 - Ley del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 003-2006-MINSA - Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/DOPE-V.02 - Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional		
INDICADORES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
% devolución de H.C.I.	%	HO	Unidad de Tesorería
N° HO: Devueltas Total de H.C.I.			
NORMAS			
1. Todo paciente deberá recibir un trato digno, respetado y oportuno. 2. Se atenderá al alta del paciente de lunes a sábado en el horario de 8:00 a 11:00 am. 3. En caso de los pacientes pediátricos y neonatos se atenderá las altas todos los días en el horario de 8:00 a 11:00 am. 4. Se atenderá las 24 horas en caso de fallecidos, transferencias y reingresos voluntarios. 5. Es responsabilidad de la Unidad de Banco de Sangre el control y devolución de la sangre transfundida al paciente. 6. La recepción de Historia Clínica de paciente de alta deberá contener: Epícrisis, Hoja de Seguimiento de Operaciones (si fuere el caso), intervenciones, evoluciones médicas completas, indicaciones médicas emitidas por el médico tratante, kardex de enfermería, hoja de laboratorio, hoja gráfica, hoja de banco de sangre, hoja de procedimientos, informe radiológico, informe ecográfico, exámen, curación, nota de enfermería y balance médico, hoja de defunción (si fuere el caso), hoja de transferencia y hoja de retiro voluntario (si fuere el caso).			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
Inicio	Viene de procedimiento de alta de hospitalización		
Unidad de Tesorería / Cia. Ch. / Tés. Administrativo	1. Recibe Historia Clínica ordenada según lista de chequeo; de existir inconformidades subsanables en el momento las realiza, y firma cargo de paciente de alta médica y decide.		
Servicio de Enfermería / Enfermera Especialista	2. Si la historia clínica no está completa, devuelve a hospitalización para ser completada, quien recibe y brinda apoyo para levantar inconformidad para su liquidación.		
Unidad de Tesorería / Cia. Ch. / Tés. Administrativo	3. En caso contrario, registra los datos al sistema de Cuenta Corriente para su liquidación y verifica constancia de Banco de Sangre.		
Unidad de Banco de Sangre / Tecnólogo Médico	4. Si debe unidades de sangre va al procedimiento de Banco de Sangre.		
Unidad de Tesorería / Cia. Ch. / Tés. Administrativo	5. En caso contrario, igualan e imprimen estado de cuenta del día médico, recibe el DNI, verifica y entrega estado de cuenta.		
Familia	6. Solicita información y presenta el DNI de su paciente de alta y recibe estado de cuenta.		
Caja / Tés. Administrativo	7. Recibe estado de cuenta, cobra y entrega comprobante de pago, vía procedimiento de caja.		
Unidad de Tesorería / Cia. Ch. / Tés. Administrativo	8. Recibe comprobante de pago cancelado de caja original y más 2 copias del mismo se dirige a hospitalización.		
Fin	Vía al procedimiento de alta hospitalaria.		
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Historia Clínica	SPDEHO	Caja	Mecánico
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Repuesta de alta	Banco hospitalaria	Caja	Mecánico
DEFINICIONES:	La Historia Clínica, es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos fisiopatológicos de la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente. Ficha o Contrato de Afiliación, documento oficial de acreditación del asegurado. Los datos consignados en este documento forman en su mayoría de la PERS. Formato o Constancia de Inscripción, documento aprobado por el seguro que sirve de sustento para el pago de la prestación correspondiente y contiene los datos de identificación del asegurado así como aquellos referentes al tipo de atención brindada. Liquidación de gastos, es el documento en el que se consigna los gastos por hospitalización y consumos en farmacia, el cual deberá ser completado por el responsable del paciente. Prestación de Salud, servicios brindados al asegurado para la atención de salud, orientados a prevenir una condición o daño, recuperar su salud o rehabilitarlo después de su enfermedad. Liquidación de gastos, Es el documento en el que se consigna los gastos por la hospitalización y consumos en farmacia, el cual deberá ser completado por el responsable del paciente.		
REGISTROS	Sistema de registro en hoja EXCEL.		
ANEXOS:	1. Flujograma 2. Formato		

Elaborado por: GPE - Unidad de Organización - Dr. Rocio Jimenez

FORM-100





Elaborado por: DEPE - Unidad de Organización - Dra. Rosa Cantecio K.

Pág. 19 de 24
Fecha: junio 2014

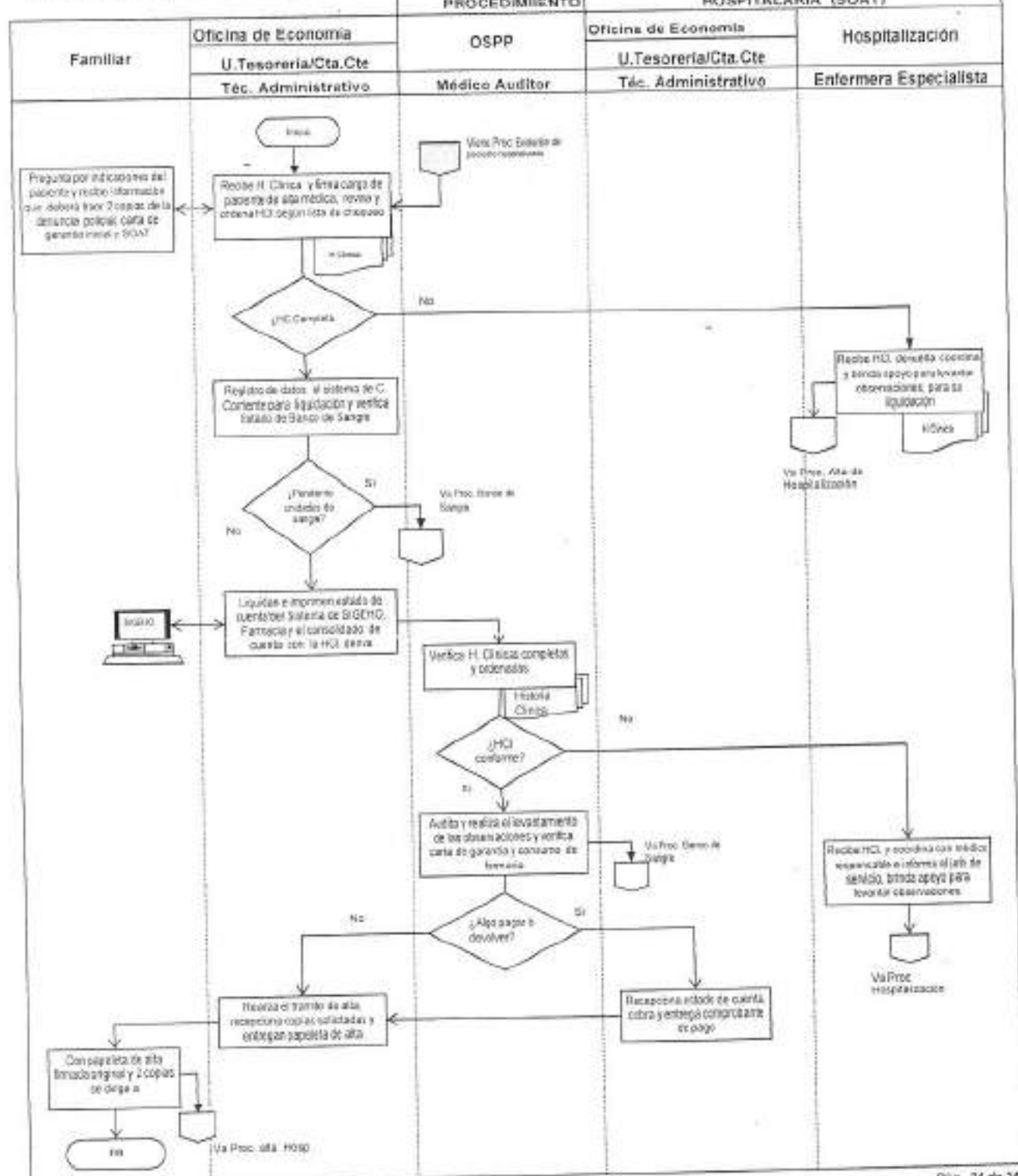


FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO: Hospitalización / Financiamiento / Ejecución Presupuestal			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	FACTURACIÓN DE PAGOS DE ALTA HOSPITALARIA (AUS)	FECHA:	07/02/2014
PROPÓSITO:	Realizar la liquidación de la cuenta hospitalaria del paciente con beneficio del Seguro Universal de Salud (SUS).		
ALCANCE:	Departamento Asistencial, Oficina de Seguros y otros unidades orgánicas.		
MARCO LEGAL:	Ley N° 26942 - Ley General de Salud Ley N° 27967 - Ley del Ministerio de Salud Decreto Supremo N° 003-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27857, Ley del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 003-2005-MINSA - Aprueba la Directiva N° 001-MINSA/DGPPA-M-02 - Directiva para la implementación de documentos médicos normalizados de gestión institucional		
INDICADORES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
% devolución de H.C.	%	HCI	Unidad de Tesorería / Cuenta Corriente
% devolución de H.C. =	$\frac{\text{N° H.C. Devueltas}}{\text{Total de H.C.}} \times 100$		
NORMAS			
1. Todo paciente deberá recibir un trato digno, respetuoso y oportuno. 2. Se atenderá al alta del paciente de lunes a sábado en el horario de 0:00 a 11:00 am. 3. En caso de los pacientes pediátricos y neonatos se atenderá las altas todos los días en el horario de 8:00 a 11:00 am. 4. Se atenderá las 24 horas en caso de fallecidos, transferencias y retiros voluntarios. 5. La responsabilidad de la Unidad de Seguro de Salud es el control y devolución de la suma asegurada al paciente. 6. La historia clínica de alta de paciente de alta deberá contener: Epícrisis, Hoja de Sala de Operaciones si fue el caso, intervenciones, evoluciones médicas completas, indicaciones médicas dadas por el médico tratante, kardex de enfermería, hoja de laboratorio, hoja gráfica, hoja de servicios de apoyo, hoja de procedimientos, informe radiológico, informe ecográfico, oxígeno, lactancia, nota de enfermería y balance diario, hoja de defunción (si fue el caso), hoja de farmacología y hoja de retiro voluntario (si fue el caso).			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
Inicio	Inicio de procedimiento en alta de hospitalización		
Unidad de Tesorería / Cta. Cte. / Tte. Administrativo	1. Recibe historia Clínica ordenada según hora de ingreso, se extrae información de datos de ingreso y se ingresan los datos en el sistema de facturación, y firma según el protocolo de alta médica y decide.		
Servicio de Enfermería / Enfermería Especialista	2. Si la historia clínica no está completa, devuelve a hospitalización para ser completada, quien recibe y firma apoyo para levantar información para la liquidación.		
Unidad de Tesorería / Cta. Cte. / Tte. Administrativo	3. En caso contrario, registra los datos al sistema de Cuenta Corriente para la liquidación y verifica constancia de Banco de Seguros.		
Unidad de Banco de Seguros / Tecnología Médica	4. Si se da unidades de seguro va al procedimiento de Banco de Seguros.		
Unidad de Tesorería / Cta. Cte. / Tte. Administrativo	5. En caso contrario, ingresa e impide el estado de cuenta del sistema de SIGED y Farmacia.		
Oficina de Seguros / Médico Auditor	6. Audita las Historias Clínicas y verifica los resultados y los sellos respectivos y decide.		
Servicio de Enfermería / Enfermería Especialista	7. Si la historia Clínica no está conforme, la enfermería de hospitalización recibe historia Clínica y coordina con médico responsable e informa al jefe de servicio, brinda apoyo para levantar observaciones.		
Familia	8. Recibe información y presenta el DNI de su paciente de alta.		
Unidad de Tesorería / Cta. Cte. / Tte. Administrativo	9. Si la historia Clínica está conforme, firma epícrisis, solicitudes y entrega papera de alta.		
Familia	10. Recibe papera de alta firmada original y le indican tener 3 copias y se dirige a hospitalización para retirarse con su familia.		
Fin			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Historia Clínica	SIGED y Sistema de Farmacia	Día	Mecánico
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Papera de alta	Sala Hospitalaria	Día	Mecánico
DEFINICIONES:	La Historia Clínica, es el documento médico legal que registra los datos de identificación y de los procesos diagnósticos con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e innovadora de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente. AUS - Aseguramiento Universal de Salud. DGPP - Oficina de Seguros Públicos y Privados. Firma o Constancia de inscripción, documento aprobado por el seguro que sirve de soporte para el pago de la prestación correspondiente y contiene los datos de identificación del asegurado así como aquellos referidos al tipo de atención brindada. Liquidación de gastos, es el documento en el que se consigna los gastos por hospitalización y consultas en farmacia, el cual deberá ser cancelado por el responsable del paciente. Prestación de Salud, servicios brindados al asegurado para la atención de salud, orientados a proporcionar al paciente el diagnóstico, recuperación de salud y rehabilitación después de su enfermedad. Reporte de Farmacia, es el informe emitido por el servicio de Farmacia, en el cual se especifica los medicamentos entregados al paciente. Reporte de Laboratorio, es el informe emitido por los servicios que conforman el Departamento de Patología Clínica y Análisis de Laboratorio en el cual se especifica los análisis y resultados de sangre realizados al paciente. Reporte Radiológico, es el informe emitido por el Departamento de Radiología en el cual se especifica los placas radiográficas tomadas al paciente.		
REGISTROS:	Sistema de registro en hoja EXCH.		
ANEXOS:	1. Pasaporte 2. Farmacia		



PROCESO	HOSPITALIZACIÓN FINANCIAMIENTO / EJECUCIÓN PRESUPUESTAL
PROCEDIMIENTO	FACTURACIÓN DE PACIENTE DE ALTA HOSPITALARIA (SOAT)



Elaborado por: OIRPE - Unidad de Organización - Sra. Rosa Carrasco V.

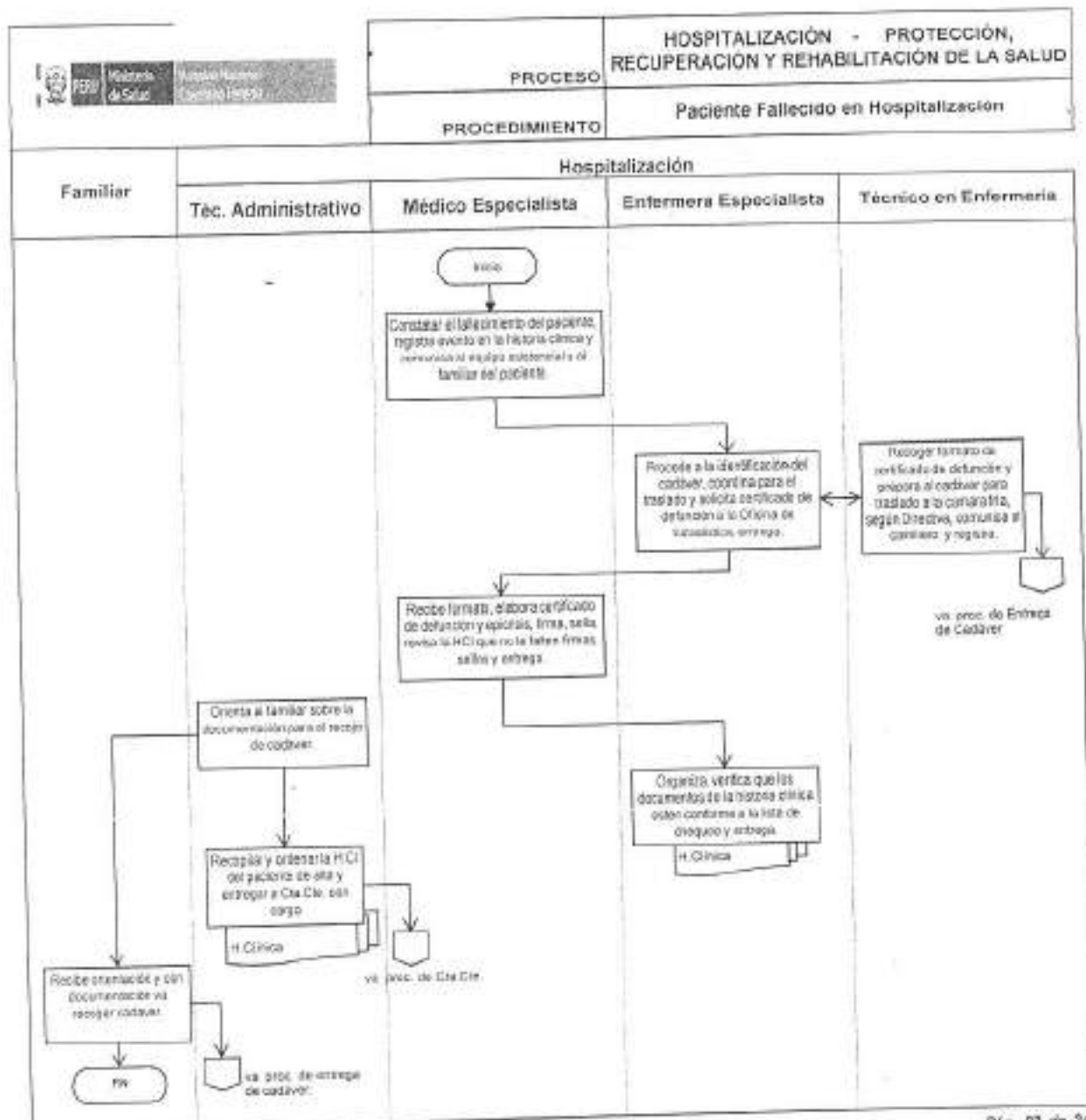
Pág. 24 de 24
Fecha: junio 2014



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO: Hospitalización - Financiamiento / Ejecución Presupuestal			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: FACTURACIÓN DE PACIENTE DE ALTA HOSPITALARIA (SOAT)		FECHA: JUNIO 2014	HOJA: 02
PROPOSITO:	Registrar la liquidación de la cuenta hospitalaria del paciente con beneficio del Seguro Obligatorio de Accidente de Trabajo SOAT.		
ALCANCE:	Departamento Asistencial, Oficina de Seguros y otras unidades orgánicas.		
MARCO LEGAL:	Ley N° 28442 - Ley General de Salud Ley N° 37457 - Ley del Ministerio de Salud Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27007 - Ley del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 893-2008-MINSA - Aprueba la Directiva N° 001-MINSA/DGPRE-V-03 - Directiva para la formulación de documentos técnicos relativos de gestión institucional		
INDICADORES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Porcentaje de SOAT	%	Historia Clínica	Unidad de Tesorería
Presentación de SOAT	N° HCL SOAT		
	TOTAL de HCL		
NORMAS:			
1. Todo paciente deberá recibir un trato digno, respetivo y oportuno. 2. Se atenderá al estado del paciente de lunes a sábado en el horario de 8:00 a 11:00 am. 3. En caso de los pacientes obstétricos y neonatos se atenderá los días todos los días en el horario de 8:00 a 11:00 am. 4. Se atenderá las 24 horas en caso de fallecidos, transferencias y otros voluntarios. 5. La responsabilidad de la Unidad de Banco de Sangre es el control y supervisión de la sangre suministrada al paciente. 6. La recepción de historia clínica de pacientes de alta deberá contener: Epícrisis, hoja de alta de Operaciones (si fue el caso), indicaciones, evoluciones, medicación, pruebas, indicaciones médicas, estudios por el médico tratante, historial de enfermería, hoja de laboratorio, hoja gráfica, hoja de banco de sangre, hoja de procedimientos, informe radiológico, informe ecográfico, diagnóstico, evolución, nota de enfermería y balance clínico, hoja de derivación (si fue el caso), hoja de transferencia y hoja de otro voluntario (si fue el caso).			
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
Inicio	Viene de procedimiento de Alta en Hospitalización		
Familiar	1. Preguntar al paciente y familia que se presentará 2 copias de la denuncia: papeles, copia de garantía inicial y SOAT.		
Unidad de Tesorería / Cta. Cto. / Téc. Administrativo	2. Realizar la Historia Clínica ordenada según lista de chequeo, de existir inconformidades sustanciales en el momento de la revisión, y hacer cargo de paciente de alta médica y clínica.		
Servicio de Enfermería / Enfermero Especialista	3. Si la historia clínica no está completa, derivarlo a hospitalización para ser completada, quien recibe y emite apoyo para levantar inconformidades para su liquidación.		
Unidad de Tesorería / Cta. Cto. / Téc. Administrativo	4. En caso contrario, registrar los datos al sistema de Cuenta Corriente para su liquidación y verificar constancia de Banco de Sangre.		
Unidad de Banco de Sangre / Tecnólogo Médico	5. Si debe enviarse de sangre va al procedimiento de Banco de Sangre.		
Unidad de Tesorería / Cta. Cto. / Téc. Administrativo	6. En caso contrario, liquidar e ingresar estado de cuenta del sistema de SIGEHO y Farmacia y el correspondiente de cuenta por la Historia Clínica clínica.		
Oficina de Seguros / Médico Auditor	7. Auditar las Historias Clínicas y verificar los resultados y los saldos respectivos y de pago.		
Servicio de Enfermería / Enfermero Especialista	8. Si la Historia Clínica no está completa, recibir y revisar con el médico responsable e informar al jefe de servicio, tener apoyo para levantar observaciones.		
Oficina de Seguros / Médico Auditor	9. En caso contrario, auditar y recibir el inventario de las intervenciones y verificar copia de garantía y constancia de farmacia.		
Unidad de Tesorería / Cta. Cto. / Téc. Administrativo	10. Si tiene cuenta que pagar, va a caja para recepción estado de cuenta, cobra y entrega comprobante de pago.		
Unidad de Tesorería / Cta. Cto. / Técnico Administrativo	11. En caso contrario, Realiza el trámite de alta, recepción copia solicitada y entrega papeles de alta.		
Familiar	12. Con papeles de alta firmada original y 2 copias se dirige al procedimiento de alta hospitalaria.		
Fin			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Historia Clínica	SIGEHO y Sistema de Farmacia	Diaria	Médico
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Permisos de alta	Salida Hospitalaria	Diaria	Médico
DEFINICIONES:			
La Historia Clínica, es el documento médico-legal, que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integral, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente. AUS - Aseguramiento Universal de Salud OSMP - Oficina de Seguros Públicos y Privados Pista o Correo de Atención, documento oficial de circulación del paciente. Los datos consignados en este documento circulan en su mayoría de la ESSE. Formato o Constancia de Inscripción, documento autorizado por el seguro que sirve de sustento para el pago de la prestación, correspondiente y contiene los datos de identificación del asegurado así como aquellos relativos al tipo de atención brindada. Liquidación de gastos, es el documento en el que se consigna los gastos por hospitalización y consumo en farmacia, el cual deberá ser cancelado por el responsable del paciente. Prestación de Salud, servicios brindados al asegurado para la atención de salud, orientados a prevenir una condición o enfermedad, recuperar su salud o rehabilitarlo después de la enfermedad. Reporte de Farmacia, Es el informe emitido por el servicio de Farmacia, en el cual se especifica los medicamentos entregados al paciente. Reporte de Laboratorio, es el informe emitido por los servicios que conforman el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica en el cual se especifica los análisis y transfusión de sangre solicitados al paciente. Reporte Radiológico, es el informe emitido por el Departamento de Radiología, en el cual se especifica las placas radiográficas enviadas al paciente. Sistema de registro en hoja SAGEL.			
REGISTRADOR:			
ANEXOS:	1. Hoja de alta 2. Formulario		





ANEXO 01

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO: Hospitalización - Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud / Recuperación y Rehabilitación de la Salud			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Paciente Fallecido en Hospitalización	FECHA:	Noviembre 2013
		CÓDIGO:	HQSP-07
PROPÓSITO:	Sistematizar el proceso administrativo del paciente fallecido en hospitalización.		
ALCANCE:	Servicio de UCI General / Unidad Funcional de Servicio en Emergencia Departamento de Emergencias / UCI		
MARCO LEGAL:	Ley N° 26842, Ley General de Salud Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud Decreto Supremo N° 013-2002-SA, - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud RM N° 603-2005/MINSA, aprueba la Directiva N° 007-MINSA/GPPE-V-02 - Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Personajes de mortalidad	%	SIGSO	Oficina de Estadística e Informática
$\% \text{ de Mortalidad} = \frac{\text{Número de egresos por muerte}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$			
NORMAS			
1) El médico deberá expedir el certificado de defunción en forma inmediata al fallecimiento del paciente. 2) El personal de enfermería llevará al responsable de la recepción de cadáveres de la Unidad de Vigilancia. 3) En la ejecución del proceso de cuidados post mortem del fallecido se deberá cumplir con las normas de bioseguridad. 4) El médico deberá facilitar el acompañamiento de la familia antes o después del deceso. 5) Los cuidados post mortem se realizarán según R.D. N° 501-2009-HHCHOG "Directiva de Entrega de Cadáveres". 6) La Historia Clínica del paciente fallecido deberá contener: Certificado de defunción, Epícrisis, Hoja de Sala de Operaciones, intervenciones, evoluciones, medicaciones, indicaciones médicas señadas por el médico tratante, kardex de enfermería, hoja de observatorio, hoja gráfica, hoja de banco de sangre, hoja de procedimientos, informe radiológico, informe ecográfico, oxígeno, curaciones, nota de enfermería, trazado cardíaco, hoja de defunción.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
Inicio	Viene del procedimiento de alta del paciente.		
Opto. Emerg. / Serv. C.I. Generales/ Médico Especialista	1. Constatar el fallecimiento del paciente, registrar en la historia clínica y comunicarlo al equipo asistencial y al familiar del paciente.		
Opto. Enfermería / Serv. Enf. Emerg. y CC / Enfermera Exp.	2. Procede a la identificación del cadáver, coordina para el traslado y solicita certificado de defunción a la Oficina de Estadística, entrega.		
Opto. Enfermería / Serv. Enf. Emerg. y CC / Tec. Enferm.	3. Recoge formato de certificado de defunción y prepara al cadáver para traslado a la cámara fría, según Directiva, comunica al camillero y registra.		
Opto. Emerg. / Serv. C.I. Generales/ Médico Especialista	4. Recibe formato, revisa certificado de defunción y epícrisis, firma, sella, revisa la historia clínica que no le falten firmas, sellos y entrega.		
Opto. Enfermería / Serv. Enf. Emerg. y CC / Enfermera Exp.	5. Organiza, verifica que los documentos de la historia clínica estén conforme a la lista de chequeo y entrega.		
Opto. Emerg. / Serv. C.I. Generales / Tec. Administrativo.	6. Orienta al familiar sobre la documentación para el recibo de cadáver.		
Familiar	7. Recopilar y ordenar la historia clínica del paciente de alta y entregar a cuenta responsable con cargo.		
Fin	8. Recibe orientación y con documentación va al procedimiento de entrega de cadáver.		
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Paciente Fallecido	Epícrisis	Día	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Entrega del cadáver	Familia	Día	Manual
DEFINICIONES:	La Historia Clínica, es el documento médico legal que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.		
REGISTROS:	1. Historia Clínica 2. Cuaderno de registro		
ANEXOS:	1. Flujograma 2. Formato -		

Elaborado por: OTE - Salud al Ciudadano - Dra. Rosa Cárdenas

01/09/2013



ANEXO



LISTA DE CHEQUEO
ORDEN DE FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO	Chequeo		
	1	2	3
1 Ficha única de atención			
2 Estado de cuenta			
3 Epicrisis			
4 Formato de filiación			
5 Hoja de emergencia			
6 Informe de alta			
7 Grafica de funciones vitales			
8 Historia clínica (anamnesis y ex físico)			
9 Evolución			
10 Consentimiento informado			
11 Reporte operatorio/ registro de parto			
12 Formato de anestesia			
13 Hoja de enfermería de sala de operaciones			
14 Hoja de anotación de enfermería obstétrica			
15 Interconsulta			
16 Indicaciones médicas			
17 Kardex de enfermería			
18 Exámenes auxiliares o informes con firma y sello de personal competente (de corresponder)			
19 Balance hidrico			
OTROS			
20 Los datos del FUA deberán estar correctamente escritos (sin borrones o enmendaduras) diagnóstico y código de CIE-10, firma y/o huella digital del asegurado o apoderado en ambas caras)			
21 Deberá existir concordancia entre los diagnósticos consignados en la Historia Clínica y la FUA.			
22 Deberá existir concordancia en la firma y sello del responsable de la atención (epicrisis) HC - FUA			
23 Deberá existir concordancia entre las 3 fuentes (kardex de enf. / obs. / otro registro en HC), el tipo de medicamento, presentación y cantidad prescrita e insumos utilizados.			
24 *			

*Nota: Pueden agregarse otros formatos de acuerdo al servicio

FIRMA RESPONSABLE 1

FIRMA RESPONSABLE 2

FIRMA RESPONSABLE 3

