



## Resolución Directoral

Puente Piedra, 21 de octubre del 2024.

### VISTO:

El Expediente N.º 6508, que contiene la Nota Informativa N.º 203-08-UEIT-HCLLH/MINSA/2024, Nota Informativa N.º 389-09/2024-AJ-HCLLH/MINSA, Nota Informativa N.º 229-10-UEIT-HCLLH/MINSA/2024 e Informe Legal N.º 247-10-2024-AJ-HCLLH/MINSA; y,

### CONSIDERANDO:

Que, mediante los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N.º 26842 – Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo que, la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, así como promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos sociales aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, la Resolución Ministerial N.º 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N.º 117-MINSA/DGSP – V.01 para “La Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud”; establece en su numeral 5.7 de la V Disposiciones Generales que: “Los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel públicos y privados, están obligados a disponer, implementar y aplicar el uso de GPC, referidas a las patologías de mayor demanda en su perfil epidemiológico”.

Que, la NTS N.º 139-MINSA/2018/DGAIN – “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, aprobado con Resolución Ministerial N.º 214-2018/MINSA y modificatorias, regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica, teniendo como finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a traves de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historia Clínica, así como proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las IPRESS.

Que, en el numeral 4.2.12 del considerando 4.2 del capítulo IV de la precitada NTS establece que: “Es obligatorio la conformación del Comité Institucional de Historias Clínicas (...). En los

Hospitales e Institutos Especializados está a cargo de cada IPRESS. La formalización del Comité se realizará a través del acto resolutivo de la autoridad correspondiente y estará conformado por un mínimo de cinco integrantes (personal de las áreas de administración o de gestión y personal relacionado con los procesos de la gestión de la Historia Clínica)". Siendo así que, mediante la Resolución Directoral N.° 122-05/2024-DE-HCLLH&/MINSA de fecha 07 de mayo del 2024, se actualiza el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.



Que, en el numeral 5.2.2 del numeral 5.2 "Formatos de la Historia Clínica" de la NTS N.° 139-MINSA/2018/DGAIN – "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobado con Resolución Ministerial N.° 214-2018/MINSA, el Formato de Interconsulta está dentro de los denominados Formatos Especiales que representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básico, el mismo que consta de dos secciones: Solicitud de Interconsulta e Informe de Interconsulta.



Que, con Nota Informativa N.° 203-08-UEIT-HCLLH/MINSA/2024, la Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones, remite el Formato de Solicitud de Interconsulta, el cual ha sido revisado por los miembros del Comité de Historias Clínicas, a fin de que se apruebe mediante acto resolutivo.



Que, el Comité de Historias Clínicas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, mediante el Acta de "Reunión Extraordinaria de los miembros del Comité de Historias Clínicas", tienen como único punto en la agenda la autorización y aprobación para el formato de "Solicitud de Interconsulta", en el que concluyen con la aprobación del mismo.



Que, con Informe Legal N.° 247-10-2024-AJ-HCLLH/MINSA, expedido por Asesoría Legal de Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable al formato de "Solicitud de Interconsulta", siendo que en su calidad de documento médico legal, éste deberá ser redactado de manera clara, legible, completa y firmada por el médico solicitante e interconsultado; la cual comprende de dos secciones: a) Solicitud de Interconsulta, debiendo consignar la fecha, hora, destino de la interconsulta, información clínica resumida, motivo de la interconsulta y la presunción diagnóstica con CIE 10, motivo de la solicitud. b) Informe de Interconsulta, conforme lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.

Que, contando con el visto bueno de la Jefatura de la Oficina de Administración, Jefatura de la Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones; así como el de Asesoría Legal de Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; y de conformidad con las facultades conferidas en el literal c) artículo 8 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado por Resolución Ministerial N.° 463-2010/MINSA; y en ejercicio de las facultades conferidas mediante Resolución Ministerial N.° 140-2024/MINSA, de fecha 26 de febrero 2024.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR** el "Formato de Solicitud de Interconsulta" del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; el mismo que como anexo forma parte de la presente resolución.



## Resolución Directoral

**ARTÍCULO SEGUNDO:** DISPONER, que la Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, realice las acciones correspondientes para la implementación, aplicación y supervisión del **"Formato de Solicitud de Interconsulta"** del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

**ARTÍCULO TERCERO:** ENCARGAR al responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la información la publicación de la presente resolución en el Portal Institucional del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



MINISTERIO DE SALUD Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

MC. Willy Gabriel De La Cruz López  
CMP 055290 RNE 041777  
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH



H.C.: N°

F.Hospitaliz.: ..... / ..... / .....

**SOLICITUD DE INTERCONSULTA**

SERVICIO SOLICITANTE	<input type="text"/>		
NOMBRES Y APELLIDOS	<input type="text"/>	CAMA	<input type="text"/>
SERVICIO INTERCONSULTADO	<input type="text"/>	EDAD	<input type="text"/>
		SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		DNI	<input type="text"/>

**RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**


**MOTIVO DE LA INTERCONSULTA**


DIAGNOSTICO PRESUNTIVO		CIE X
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INFORME DE LA INTERCONSULTA**


DIAGNOSTICO		CIE X
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS**


FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SELLO Y FIRMA DEL MEDICO ASISTENTE      CMP N°