



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

N° 381 -2024-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador,

29 NOV. 2024

VISTO:

El Proveído N° 027-2024-UGC-HEVES de la Unidad de Gestión de la Calidad y el Informe N° 001-2023-CIHC-HEVES del Comité de Historias Clínicas del Hospital de Emergencias Villa El Salvador; y

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 29° de la Ley N° 26842, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado;

Que, el artículo 2° del Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, define la Historia Clínica, como el documento médico 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, asimismo, el inciso b) del artículo 37° del citado Reglamento establece que el Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, con Resolución Ministerial N°214-2018-MINSA, se aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", que regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica, tiene como objetivos: 1) Establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud y 2) Establecer el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud; respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud, en correspondencia con el actual contexto sanitario, y de desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud. Asimismo, el numeral 5.1.1 del numeral 5, establece la estructura básica que debe contener toda historia clínica;

Que, el artículo 7° del Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS, establece las funciones generales de la entidad entre las que destaca: a) Ejecutar la prestación de servicios de salud, con calidad y oportunidad, según su nivel complejidad e i) Coordinar, ejecutar y evaluar el Plan de Calidad y mejora continua en el desarrollo de los procesos administrativos y asistenciales, orientado a la certificación y acreditación institucional;

Que, con Resolución Directoral N° 316-2023-DE-HEVES de fecha 29 de diciembre de 2023, se conformó el "Comité Institucional de Historia Clínica del Hospital de Emergencias Villa el Salvador" el mismo que tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad;

Que, mediante Informe N°001-2023-CIHC/HEVES el Comité Institucional de Historia Clínica informa que los formatos propuestos, fueron aprobados por el citado Comité, por lo que solicita continuar con el trámite correspondiente;





Que, con Proveído N° 027-2024-UGC-HEVES, de fecha 20 de noviembre del 2024, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad remite el Informe N°001-2024-GPA-UGC-HEVES, para aprobación de los siguientes formatos: "Consentimiento informado de ingreso a hospitalización de salud mental, Hoja de control de funciones vitales y la Hoja de Control de Medicamentos, Historia Clínica de Emergencia, Informe de Alta y Papeleta de Alta", formatos que forman parte de la Historia Clínica del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Que, mediante Informe N° 112-2024-UAJ/HEVES, de fecha 28 de noviembre de 2024, la Unidad de Asesoría Jurídica, emite la opinión favorable correspondiente;

Que, en tal sentido, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, y facilitar el adecuado y correcto desarrollo de funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles, según corresponda, resulta pertinente atender a lo solicitado por el Comité de Historias Clínicas del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, mediante el acto resolutivo que apruebe los formatos propuestos;

Con la visación de la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con lo dispuesto en el inciso c) del artículo 10° del Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado con Resolución Jefatural N° 381-2016/IGSS, la cual faculta al Director Ejecutivo, la atribución y responsabilidad de expedir Resoluciones Directorales en asuntos de su competencia;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – APROBAR el formato: "Consentimiento informado de ingreso a hospitalización de salud mental" del Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización, que como anexo forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. – APROBAR los formatos: "Hoja de control de funciones vitales" y la "Hoja de control de medicamentos (Kardex)" del Servicio de Enfermería, que como anexo forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO. – APROBAR los formatos: "Historia clínica de emergencia", "Informe de alta" y "Papeleta de alta" del Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos, que como anexo forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO CUARTO. –ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso de los Formatos de Historia Clínica aprobados mediante el presente acto resolutivo.

ARTÍCULO QUINTO. – DISPONER que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, publique la presente Resolución Directoral, en el portal institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

REGÍSTRESE COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

CABA/SPVCH/WPCS/kmhb

Distribución:

- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de Asesoría Jurídica.
- () Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional.
- () Archivo



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR
M.C. CARLOS ALBERTO BAZÁN ALFARO
CMP 17183 RNE 008217
DIRECTOR DE HOSPITAL II



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO A HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL**

Yo, de años de edad, en mi condición de Paciente () Padre () Madre () Representante Legal/ Apoderado () de Paciente

..... he sido amplia y detalladamente informado(a) sobre mi (la) enfermedad por el Médico Tratante:

Siendo mi(s)/su(s) Diagnósticos:

DECLARACION

1. Declaro haber leído, haber hecho las preguntas para comprender mejor y aceptar la información anterior y estoy de acuerdo con la indicación médica del ingreso a hospitalización de salud mental, comprometiéndose a colaborar cumpliendo todas las indicaciones médicas y las normas administrativas.

2. Comprendo perfectamente que la hospitalización va a consistir en lo siguiente:

Luego de evaluar al (la) paciente, el médico psiquiatra ha dado la indicación médica de ingreso a hospitalización de salud mental de nuestro hospital, para que reciba tratamiento médico psiquiátrico y los cuidados necesarios para su mejoría. La permanencia en hospitalización será hasta que su condición médica lo requiera, para luego continuar con su tratamiento en consulta externa o su transferencia a otro establecimiento de salud de mayor complejidad por no lograr mejoría.

Durante la estadía en hospitalización será imprescindible la colaboración de un familiar u otra persona responsable, con el objetivo de brindarle la información acerca de la evolución del estado del/de la paciente, solicitarle los medicamentos indicados, o realizar los trámites pertinentes para su alta o traslado. En hospitalización el/la paciente será evaluado(a) medicamente en forma regular y cada vez que fuera necesario

Si el médico tratante considera conveniente el uso de otro método terapéutico especial, se le informará al familiar responsable con la debida anticipación para la autorización respectiva. El incumplimiento de las indicaciones médicas puede ocasionar un empeoramiento de la condición médica del/de la paciente, con riesgo para su salud y/o la de otras personas. Usted puede preguntar acerca del estado del/de la paciente, el tratamiento recibido y los posibles efectos adversos del mismo, cada vez que lo considera pertinente.

3. Que, al estar plenamente INFORMADO de lo expuesto anteriormente, sin estar bajo presión y en forma voluntaria firmo y otorgo mi consentimiento al médico tratante del "Hospital de Emergencias Villa El Salvador", para proceder con el internamiento en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones; además tengo conocimiento que puedo Revocar el presente documento.

4. En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones (Si no tuviera condiciones, escríbase ninguna):

5. En caso de que el/la paciente y/o persona responsable sean analfabetos, se les leerá el documento y la huella digital reemplazará la firma. Si no es posible el consentimiento del/de la paciente debido a su condición médica psiquiátrica, esto debe quedar por escrito en su historia clínica o ficha de atención.

FIRMA Y/O HUELLA		FIRMA Y SELLO	
Nombre del paciente o representante legal		Profesional de salud responsable de la Intervención o Procedimiento	
DNI:		DNI:	



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

CLAUSULA DE REVOCATORIA

YO, Al firmar la presente cláusula, **REVOCO** el consentimiento otorgado a los médicos para proceder con el internamiento en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, asumiendo plena responsabilidad de lo que esto implica, declaro que por razones estrictamente personales, y siempre bajo el uso pleno de mis facultades mentales y mi libre voluntad, dejé sin efecto el Consentimiento Informado y Autorización para el internamiento. Con esta decisión asumo responsablemente los riesgos potenciales que de ella se deriven y exonero de toda responsabilidad al equipo médico y demás profesionales de la salud que venían manejando mi caso, a la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones y al "Hospital de Emergencias Villa El Salvador".

Villa El Salvador, de de 20

FIRMA DE LA PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL

DNI:



(HUELLA DIGITAL)
INDICE DERECHO

Los analfabetos podrán utilizar su huella digital (dedo índice), en lugar de la firma.

Se exceptúa el Consentimiento Informado en caso de intervenciones de emergencia o la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o salud del paciente, según lo dispuesto en los artículos 4 y 40 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, respectivamente.

El derecho de negarse a recibir o continuar un tratamiento se encuentra contemplado en el Artículo N° 17, del Reglamento de la Ley 29414 que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo 027 - 2015 - SA.



Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

**HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS
(KARDEX)**



SERVICIO:

PISO:

Nº CAMA:

TIPO DE SEGURO:

Nº DE SEGURO:

Nº HISTORIA CLÍNICA:

FECHA Y HORA DE INGRESO:/...../..... :.....

Nº DE CUENTA:

ALERGIAS:

TIPO DE PARTO:

FECHA:/...../..... HORA::.....

DIAGNOSTICO(S) MEDICO : _____

[illegible]

EXAMENES AUXILIARES

FECHA		/	/	/	/	/	/	/	/	/
LABORATORIO										
IMÁGENES										
INTERCONSULTA										
OTROS										
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS										
V. PERIFERICA										
V. CENTRAL										
SNG/SOG										
S. VESICAL										
TUBO ENDOTRAQUEAL										
TRAQUEOSTOMIA										
DRENAJE TORACICO										
FIRMA Y SELLO TURNO DIURNO										
FIRMA Y SELLO TURNO NOCTURNO										



HOJA DE CONTROL DE FUNCIONES VITALES[illegible]

NEUROLÓGICO

OTROS

DIAGNOSTICO(S) DE INGRESO

CIE10

TIPO DE
DIAGNOSTICO

PLAN DE TRABAJO

TRATAMIENTO :

CANTIDAD MEDICAMENTOS

TERAPEUTICA

OBSERVACION DEL TRATAMIENTO:

EVOLUCION

OBSERVACIONES

DESTINO DE ALTA

Domicilio - Alta ()

Hospitalización ()

Contrareferencia ()

Fallecido ()

Retiro Voluntario ()

Sala de operaciones ()

Transferencia ()

Llego Cadáver ()

TIEMPO DE PERMANENCIA

FECHA ALTA :

HORA ALTA :



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA

Nro. Historia:

Tipo Numeración:

Cuenta

Paciente:

N° Doc.:

F y H Ingreso:

H:

Fuente:

Consultorio Médico:

Edad:

Años

F. Nac.:

Sexo.:

Lugar de Nac.:

E. Civil.:

Grado Instrucción.:

Religión.:

Ocupación.:

Dirección.:

Acompañante.:

N° Doc.

Acompañante:

Domicilio Acomp.:

Teléfonos.:

FUNCIONES VITALES:

PA :	FR :	T°:	FC :	SAT.O2 :	PESO	TALLA

ANAMNESIS

TIEMPO DE ENFERMEDAD

MOTIVO DE CONSULTA

RELATO

ANTECEDENTES

EXAMEN FÍSICO:

GENERAL

PIEL Y TCSC

RESPIRATORIO

CARDIOVASCULAR

ABDOMEN

GENITOURINARIO

LOCOMOTOR



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador

INFORME DE ALTA

FECHA Y HORA DE INGRESO: / / H:

N° DE CUENTA:

FECHA DE ALTA: / /

TIPO DE SEGURO:

APELLIDOS Y NOMBRES:

HC:

EDAD:

SEXO:

SERVICIO:

CAMA:

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

RESUMEN DE ENFERMEDAD ACTUAL

PROCEDIMIENTO EFECTUADO:



TRATAMIENTO:



DIAGNOSTICO DE ALTA:



PRONÓSTICO:

RECOMENDACIONES:



Apellido y Nombre - Médico Tratante

Firma y sello





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador

PAPELETA DE ALTA

Nombres y Apellidos:		Edad:
Historia Clínica:	Servicio:	Nº Cama:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Alta:	Hora:

Egreso Por:	Asegurado:	Nro.
-------------	------------	------

Diagnóstico:	CIE10
--------------	-------



Firma y Sello del médico

Firma del tramitador

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador

PAPELETA DE ALTA

Nombres y Apellidos:		Edad:
Historia Clínica:	Servicio:	Nº Cama:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Alta:	Hora:

Egreso Por:	Asegurado:	Nro.
-------------	------------	------

Diagnóstico:	CIE10
--------------	-------



Firma y Sello del médico

Firma del tramitador



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por el HEVES, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la lectura del código QR o el siguiente enlace:
<https://tramite.heves.gob.pe/consulta/dlFile?var=t8GFuYOAfiWzqL%2FAj2W3qHi1iXCCr66Swo9hYGOokJ2kYFOig3e3Yml1xKeGnHVaxqDUxQ%3D%3D>