REPUBLICA DEL PERU

GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.° 197 -2024/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 21 NOV 2024

VISTOS:

El Informe N° 04-2024-430020-132013, de fecha 10 de octubre del 2024, emitida por el Presidente del Comité Clínica de Historia Clínica Institucional, Carta N° 128-2024/GRP-430020-132001-13204, de fecha 11 de octubre del 2024, emitida por la Jefa del Equipo de Gestión de Calidad, Informe N° 039-2024/GRP-430020-132003, de fecha 16 de octubre de 2024 emitido por la Encargada del Equipo de Racionalización, Informe N° 446-2024-GRP/430020-132003, de fecha 16 de octubre del 2024, emitida por la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, Informe N° 28-2024/GRP-430020-132001-13204, de fecha 21 de octubre del 2024, emitida por la Jefa del Equipo de Gestión de Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y III del Título Preliminar de la Ley N.° 26842 – Ley General de la Salud, disponen que la Salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N° 139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica. Su objetivo es contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del Sector Salud.

Que, la Norma Técnica de Salud 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. 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.

Que, las Disposiciones generales de la Citada Norma Técnica de Salud, define al Comité Institucional de Historia Clínica como el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa, designados por la Dirección o Jefatura de la IPRESS o red de salud/red integrada de salud 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, asimismo define a la Historia Clínica como el documento médico legal, en el que se registran 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.

Que, el numeral 4.2.1 del artículo 4 - DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS prescribe que las atenciones de salud brindadas a los usuarios de salud en las IPRESS públicas privadas, y mixtas deben registrarse obligatoriamente en una historia clínica, debiendo consignarse: fecha, hora, nombre (s) apellidos

completos, firma y número de colegiatura, registro de especialidad (de corresponder) del profesional que brinda la atención, independientemente de la modalidad de atención. En el caso de menores de edad debe consignar los nombres y apellidos del padre, madre, tutor o apoderado del menor y su número de D.N.I., antes de la atención a ser prestada.

Que, el numeral 4.2.6. del artículo 4 de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica Nº 139-MINSA/2018/DGAIN, establece que los formatos de atención que forman parte de la historia clínica deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad, en el caso de hospitalización debe registrarse también el servicio, el número de cama y el episodio de hospitalización, en cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigentes.

Que, mediante Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, se precisa el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende la promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, mediante Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, tiene el objeto de garantizar el derecho fundamental a la protección de los datos personales, previsto en el artículo 2 numeral 6 de la Constitución Política del Perú, a través de su adecuado tratamiento, en un marco de respeto de los demás derechos fundamentales que en ella se reconocen;

Que, mediante Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas — RENHICE, se establece que la historia clínica debe ser soportada en medios electrónicos y compartida por los profesionales de la salud, los establecimientos de salud y los niveles de atención.

Que, mediante Resolución Directoral Nº 102-2024/GOB.REG.PIURA-430020-132001 de fecha 04 de abril del 2024, se conforma el Comité de Historia Clínica Institucional del E.S II-1 Hospital Chulucanas, correspondiente al periodo 2024;

Que, mediante Informe Nº 04-2024-430020-132013, de fecha 10 de octubre del 2024, el Presidente del Comité Clínica de Historia Clínica Institucional, solicita a la Jefa del Equipo de Gestión de la Calidad, validación de los formatos de Historia Clínica los mismos que indica han sido previamente evaluados, corregidos y validados por los miembros del Comité, a fin de que puedan implementarse y disponer su utilización en los servicios y/o áreas donde corresponda, entre ellos:

a) Informe Médico,
b) Registro de Enfermería en Quirófano
c) Autorización de Egreso de Pieza Anatomo – Patología
d) Registro de Proceso de Atención de Enfermería en URPA
e) Recuperación Post Anestésica
f) Registro de Enfermería en Sala de Endoscopia Digestiva

Que, mediante Carta Nº 128-2024/GRP-430020-132001-13204, de fecha 11 de octubre del 2024, emitida por la Jefa del Equipo de Gestión de la Calidad, remite al Director del E.S II-1 Hospital Chulucanas los Formatos que formaran parte de la Historia clínica del paciente, los mismos que indica han sido evaluados y validados por el Comité Institucional de Historia Clínica, para su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe Nº 039-2024/GRP-430020-132003, de fecha 16 de octubre de 2024 emitido por la Encargada del Equipo de Racionalización, señala que no existe un informe técnico sustentando la

REPUBLICA DEL PERU

GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.° 197-2024/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 21 NOV 2024

propuesta de formatos presentados que formarán parte de la historia clínica del paciente, en el que se detallen los antecedentes, base legal, análisis y conclusiones los mismos que servirán de insumo para parte considerativa. En ella se exponen los fundamentos que sirven de apoyo o sustentan la decisión que se toma en la parte resolutiva;

Que, con Informe Nº 446-2024-GRP/430020-132003, de fecha 16 de octubre del 2024, emitida por la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, traslada al Director del E.S II-1 Hospital Chulucanas, la opinión de la encargada del Equipo de Racionalización, el mismo que es derivado a la Jefa del Equipo de Gestión de Calidad para que levante las observaciones realizadas;

Que, mediante Informe Nº 28-2024/GRP-430020-132001-13204, de fecha 21 de octubre del 2024, la Jefa del Equipo de Gestión de Calidad, hace de conocimiento que de acuerdo a la NTS Nº 139-MINSA/2018/DGA Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, se precisa que son funciones del Comité Institucional de Historia Clínica supervisar la calidad del registro de la historia clínica en la IPRESS; así como analizar periódicamente la gestión, administración y mejora de la Historia Clínica manuscrita o electrónica y alcanzar portes al Equipo de Gestión de la IPRESS para la toma de decisiones, Emitir opinión a la Dirección o Jefatura sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran la Historia Clínica, los cuales deberán formalizarse a través de un acto resolutivo considerando los aspectos señalados en la citada norma;

En tal sentido, señala que corresponde al Comité Institucional de Historia Clínica la revisión y aprobación de formatos de la referencia siendo la responsable técnica de la aprobación de los mismos, debiendo ser aprobados mediante acto resolutivo, por lo que solicita difundir e implementar dichos formatos en las áreas correspondientes;

Que, de conformidad con los considerandos precedentes y a fin de contribuir con el cumplimiento de los Objetivos Institucionales, resulta necesario atender lo solicitado por el Presidente Institucional de Historia Clínica, quien solicita la aprobación de los formatos de Historia Clínica del E.S II-1 Hospital Chulucanas;

Con la visación de la Unidad de Administración, Unidad de Planeamiento Estratégico, Equipo de Personal, Equipo de Gestión de la Calidad y Equipo de Asesoría Legal;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director de Hospital I - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas del Gobierno Regional Piura, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones - ROF del E.S. II-1 Hospital Chulucanas, aprobado mediante Ordenanza Regional N.° 330-2015/GRP-CR, de fecha 27 de noviembre del 2015 y de conformidad con las con la Resolución Ejecutiva Regional N.° 162-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GR, de fecha 06 de marzo de 2024, que resuelve designar al médico EDUARDO RICARDO ÁLVAREZ DELGADO, en el cargo de Director del Hospital I - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR, los FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA del E.S II-1 Hospital Chulucanas, conforme a los considerandos expuestos en la presente resolución, los mismos que forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR, al Comité Institucional de Historia Clínica del E.S II-1 Hospital de Chulucanas, la difusión, supervisión, monitoreo, y cumplimiento de la presente resolución.

REPUBLICA DEL PERU

GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.° 197-2024/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 21 NOV 2024

ARTÍCULO TERCERO.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Regional de Salud Piura, Unidad de Administración, Unidad de Planeamiento Estratégico, Equipo de Gestión de la Calidad y Equipo de Asesoría Legal y Comité Institucional de Historia Clínica;

ARTICULO CUARTO.- ENCARGAR, al responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la página Web del Hospital.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE

GOBIERNO REGIONAL PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
DR. EDUARDO RICARDO ALVAREZ DELGADO
CMP. 062790
DIRECTOR

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CHULUCANAS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PIURA
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

REGISTRO DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA: _____ HORA DE INGRESO: _____ EDAD: _____
PROCEDENCIA: _____ DESTINO: _____ HCL: _____
DX PRE OPERATORIO: _____
INTERV. QUIRÚRGICA REALIZADA: _____
MED. CIRUJANO: _____ MED. ANESTESIÓLOGO: _____
PEDIATRA: _____ ENF. NEONATOLOGÍA: _____
ENF. INSTRUMENTISTA: _____ ENF. CIRCULANTE: _____

PRE OPERATORIO

PERCEPCIÓN-COGNICIÓN: DESPIERTO ( ) AGITADO ( ) LETARGICO ( ) E. GLASGLOW : _____ EVA: _____

PIEL : NORMAL ( ) PÁLIDA ( ) CIANÓTCA ( ) ICTERICA ( ) FRÍA ( )

EQUIMOSIS ( ) ÚLCERA ( ) LESIONES ( ) EDEMA ( ) ESPECIFICAR: _____

VIA AEREA: FIO2 AMB ( ) CBN ( ) MÁSC. RESER ( ) **TET** ( ) TQT ( ) **ESTADO DE HIGIENE:** BUENA ( ) REGULAR ( ) MALA ( )

ACCESOS INVASIVOS: PERIFÉRICO ( ) CVC ( ) **VIENE CON:** SNG ( ) SF ( ) DRENAJES: _____ OTROS: _____

PRE MEDICACION: SI ( ) NO ( ) ESPECIFICAR: _____

INTRA OPERATORIO

HORA DE INGRESO: _____ FUNCIONES VITALES: P/A: _____ FC: _____ SaO2: _____ FR: _____ T°: _____

INICIO DE ANEST: _____ INICIO DE CIRUGÍA: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____

POSICIÓN QX: _____ PROTECCIÓN OJOS Y OÍDOS: SI ( ) NO ( ) PROTECCIÓN DE ZONA DE PRESIÓN: SI(NO( )

COLOCO PLACA ELECTROCAUTERIO: SI ( ) NO ( ) ESPECIFICAR ZONA: _____

TORNIQUETE: SI ( ) NO ( ) UBICACIÓN: _____ HORA INICIO: _____ PRESIÓN: _____ HORA DE FIN: _____

PREPARACIÓN ZONA OPERATORIA REALIZADO POR: _____

SANGRADO: _____ TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y/O HEMODERIVADOS: SI ( ) NO ( ) ESPECIFICAR: _____

INCIDENCIAS: _____

EQUIPO E INSTRUMENTAL UTILIZADO:

_____

CONTROL QUÍMICO VIRADO: SI ( ) NO ( ) USO DE CO2: SI ( ) NO ( ) PIEZA OPERATORIA: _____

RECUENTO DE: COMPRESAS: _____ GASAS: _____ DISECTORES: _____ AGUJAS DE SUTURA: _____ **COMPLETO:** ( )

INSTRUMENTAL COMPLETO: SI ( ) NO ( ) **SE COLOCA EN HERIDA OPERATORIA:** _____

DIURESIS: _____ DREN : SI: ( ) NO ( ) ESPECIFICAR: _____

FIN DE CIRUGÍA: _____ **FUNCIONES VITALES : P/A:** _____ **FC:** _____ **SaO2:** _____ **FR:** _____ **T°** _____

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

_____

_____

_____

_____

_____

_____
FIRMA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CHULUCANAS

AUTORIZACIÓN DE EGRESO DE PIEZA ANATOMO-PATOLÓGICA

EL MÉDICO DE TURNO: _____

DEL SERVICIO: _____ CERTIFICA Y AUTORIZA EL EGRESO PARA SU ESTUDIO Y/O DISPOSICIÓN FINAL DE PIEZAS ANATOMO-PATOLÓGICAS PROCEDENTES DE OPERACIONES QUIRÚRGICAS U OTROS, DEL PACIENTE: _____ N° HC:_____

LA CANTIDAD QUE SE INFORMA EN LA TABLA ADJUNTA:

N°	PIEZA ANATÓMICA	CANTIDAD	PESO (APROX.)

_____ CHULUCANAS, ___DE_____DEL 2024

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CHULUCANAS
Vidas que salvan vidas

REGISTRO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN URPA

NOMBRE: ______________________ SEXO: __________ EDAD: __________ H.C.: __________ FECHA: __________

SERVICIO: __________ N° CUENTA: __________ PESO: __________ HORA INGRESO: __________

CIR./GIN.: ______________________ AYUDANTE: ______________________ ANTESTESIÓLOGO: __________

DX. POST OPERATORIO: ______________________ LIC. ENFERMERÍA: ______________________

E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS MINISTERIO DE SALUD DIRECTOR
E. ALVAREZ D.

FUNCIONES VITALES (*)					
HORA	P.A	F.C	F.R.	T°	S.O2%

CONDICIONES INGRESO URPA			
DESPIERTO		SNG	
AGITADO		DREN PEN ROSE	
SOMNOLENCIA		DREN KHER	
DORMIDO		COLONOSTOMÍA	
TOT		HEMOVAC	
TUBO DE MAYO		APÓSITO QX.	
PALIDEZ		ABD. BLANDO	
CIANOSIS		ABD. DISTENDIDO	
ICTERICIA		ABD. TIMPÁNICO	
HIPOTERMIA		SONDA FOLEY	
ESCALOFRIOS		IRRIGACIÓN VESICAL	
HIPOTENSIÓN		FIJACIÓN EXTERNA	
HIPERTENSIÓN		FÉRULA DE YESO	
NÁUSEAS			
VÓMITOS			
EDEMA			

ANESTESIA GENERAL			
ESCALA ALDRETE	0	1	2
A. MUSCULAR			
S. RESPIRATORIO			
S. CIRCULATORIO			
ESTADO CONCIENCIA			
Sat. O2			
TOTAL			

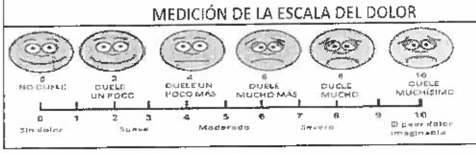
ANESTESIA GENERAL	
ESCALA RAMSAY	
1. Ansioso, agitado o inquieto	
2.Colaborador, orientado, tranquilo	
3.Responde a órdenes verbales	
4.Dormido pero con rpta Est.Sens. Internos.	
5.Dormido pero con Rpta lenta Estm. Sens. Int.	
6.Dormido, no responde	

ANESTESIA REGIONAL				
ESCALA BROMAGE	0	1	2	3
NO MOVILIZA EXTR. INF				
MUEVE APENAS DEDOS				
FLEXIONA APENA RODILL				
MOVILIZA LAS PIERNAS				

ESCALA STEWARD	PUNTAJE (0-3)
A. MOTORA	
ESTADO DE CONCIENCIA	
S. RESPIRATORIO	
TOTAL	

E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN V°B°
J. RODRIGUEZ O.

MEDICIÓN DE LA ESCALA DEL DOLOR



I
E

E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS MINISTERIO DE SALUD ASESORIA LEGAL

OXIGENOTERAPIA			
SISTEMA	FIO2	INICIO	TÉRMINO
C.B.N			
M.C/BOLSA RESERVORIO			
M. S/BOLSA RESERVORIO			
T.O.T			

E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS MINISTERIO DE SALUD JEFE UNIDAD DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
K. CISNEROS C.

RESUMEN BALANCE HÍDRICO (**)		SOP	URPA
INGRESOS	V. PARENTERAL		
	V.ORAL		
	TTO		
	OTROS		
	TOTAL		
EGRESOS	DIURESIS		
	DEPOSICIONES		
	S.N.G/VÓMITO		
	DRENAJE		
	SANGRADO		
	OTROS		
	TOTAL		
B.H.			

DIURESIS HORARIA (en caso lo requiera)		
N°	HORA	VOLÚMEN
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ESCALA GLASGOW(alta)	
APERTURA OCULAR	
RESPUESTA VERBAL	
RESPUESTA MOTORA	
TOTAL	

NOTAS ENFERMERÍA

J. ABRAMONTE M.

E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS MINISTERIO DE SALUD JEFE UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD

TRATAMIENTO ADMINISTRADO (***)			
MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	HORA

RECOMENDACIONES:
(*) ESTE ITEM NO EXIME EL LLENADO DEL FORMATO DE HOJA DE MONITOREO DEL PACIENTE
(**) ESTE ITEM NO EXIME EL LLENADO DEL FORMATO DE HOJA DE BALANCE HIDRICO DE ENFERMERA
(***) ESTE ITEM NO EXIME EL LLENADO DEL FORMATO DE HOJA DE KARDEX DE ENFERMERÍA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CHULUCANAS
Vidas que salvan vidas

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA R/C DEPRESIÓN DEL SNC S/C ANESTESIA GENERAL		RIESGO DE SANGRADO R/CCOMPLICACIONES POST OPERATORIAS	
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA		INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	
1.Monitoreo de signos vitales.		1.Monitoreo de signos vitales	
2.Vigilar Sa O2 mantener mayor de 95%.		2.Vigilar involución uterina.	
3.Colocar oxígeno suplementario.		3.Vigilar herida operatoria.	
4.Cabecera en ángulo de 30%.		4.Realizar masaje uterino.	
5.Brindar seguridad y protección.		5.Vigilar sangrado vaginal.	
6. Valorar escala de ALDRETE.		6.Optimizar hidratación parenteral.	
		7. Administrar terapia prescrita.	
ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C BLOQUEO MOTOR-SENSITIVO		**RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C PÉRDIDA ACTIVA DE LÍQUIDOS Y SANGRE EN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	
1.Monitoreo de signos vitales.		1.Monitoreo de signos vitales.	
2.Valorar la escala de BROMAGE.		2. Observar signos de deshidratación.	
3. Explicar al paciente efectos de anestesia.		3. Realizar balance hídrico.	
4. Fomento de ejercicios: extensión		4. Realizar retos con ClNa 9% si es necesario.	
5. Favorecer la alineación corporal.		5. Apertura de una segunda vía.	
6. Disminución de la ansiedad.		6. Transfusión sanguineas en caso requiera.	
7. Brindar comodidad y confort.			
DOLOR AGUDO R/C. HERIDA OPERATORIA		**NÁUSEAS R/C MEDICAMENTOS ANESTESICOS E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.**	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	
1.Monitoreo de signos vitales.		1.Monitoreo de signos vitales.	
2.Valorar con la escala del dolor.		2. Manejo de las náuseas.	
3. Administrar terapia prescrita.		3. Administrar antieméticos.	
4. Explicar causas del dolor al paciente.		4. Manejo del vómito.	
5.Cambio de gasa y/o apósitos.		5.Proporcionar alivio durante el episodio del vomito.	
6. Evaluar presencia de coágulos.		6. Controlar equilibrio de líquidos y electrolitos.	
7. Evaluar presencia de globo vesical.			
8. Brindar comodidad y confort.			

EXAMENES PENDIENTES: Ninguno( ) AGA( ) Hemograma( ) Hemoglobina ( ) Glucosa ( ) Urea( ) creatina ( ) otros ( ) Radiografías ( ) TAC ( ) Ecografías ( )

RESULTADOS DE ENFERMERÍA

HORA DE COORDINACIÓN DE ALTA (LLAMADA)	DESTINO (SERVICIO)	HORA DE ENTREGA DEL PACIENTE A SU SERVICIO	TIEMPO DE RECUPERACIÓN

E. ALVAREZ D. DIRECTOR

J. RODRIGUEZ O.

J. ABRAHAMONTE M. JEFE

FIRMA LIC. EN ENFERMERÍA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CHULUCANAS
Vidas que salvan vidas

073-606030
medicina@hospitalchulucanas.gob.pe
https://www.gob.pe/hch

INFORME MÉDICO

Instrucciones:

1. Este formulario debe ser llenado, firmado y sellado por el médico tratante y/o jefe de servicio en todas sus partes, con letra imprenta y legible.
2. No será válido con tachones o borrones y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Parte I - Información del Paciente

Motivo de la solicitud _____

Nombre Completo del Paciente _____

Fecha de Nacimiento __/__/____(Día/Mes/Año) Nro. De Identificación_____ Sexo ☐ M ☐ F

Causa de la Atención ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Otro _____

Fue referido por otro médico ☐ Sí ☐ No Nombre: _____

Tipo y N° de seguro: _____

Parte II – Historia Clínica (favor especificar el tiempo de evolución si aplica)

Tipo de ingreso: ☐ Emergencia ☐ Consulta externa ☐ Referido

Antecedentes Personales Patológicos _____

Antecedentes Personales No Patológicos _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos _____

Antecedentes Perinatales _____

Parte III – Enfermedad Actual

1. Signos y Síntomas _____

_____

2. Tiempo de enfermedad: _____Forma de inicio: _____Curso: _____

3. Resumen de la historia clínica:

_____

_____

_____

4. Fecha en que se realizó el diagnóstico _____/_____/_____(Día/Mes/Año)

5. Diagnóstico _____ **CIE - 10** _____

Diagnóstico _____ **CIE - 10** _____

Diagnóstico _____ **CIE - 10** _____

FIM 1/2

6. Tipo de enfermedad ☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico

7. Está relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____

8. Estudios que se ordenaron que apoyen el diagnóstico

Procedimientos médico – quirúrgicos : _____

Diagnóstico por Imágenes : _____

Patología Clínica / Anatomía Patológica: _____

Insumos / Material Quirúrgico : _____

9. Favor detallar el tratamiento realizado

Fecha de inicio _____/_____/_____(Día/Mes/Año)

Código CPMS _____ Descripción del Procedimiento _____

Código CPMS _____ Descripción del Procedimiento _____

Tratamiento farmacológico recibido: _____

_____

10. ¿Se presentó alguna complicación? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo, favor descríbala

_____

11. En caso de Hospitalización, indique: _____

Fecha de Ingreso: _____/_____/_____(Día/Mes/Año) Hora: _____ am / pm

Fecha de Egreso: _____/_____/_____(Día/Mes/Año) Hora: _____ am / pm

12. En caso de Incapacidad, indicar el tipo: ☐ Temporal ☐ Permanente

Desde _____/_____/_____(Día/Mes/Año) Hasta _____/_____/_____(Día/Mes/Año)

13. En caso de Accidente, indique el mecanismo de lesión _____

_____

Parte IV – Declaración del Médico Tratante y/o jefe de servicio

Nombre Completo _____

Especialidad: _____ CMP: _____ RNE: _____

Correo Electrónico: _____

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta y verdadera, y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Declara que el suscriptor del presente formulario que cuenta con la autorización expresa previa del titular de la información para resumir y registrar información médica de pacientes atendidos por el Servicio de _____ del Hospital de Chulucanas.

Firma _____ Fecha _____/_____/_____(Día/Mes/Año)

Firma y sello del Médico

Firma y sello del jefe de Servicio

FIM 2/2

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CHULUCANAS
Vidas que salvan vidas

EE.SS II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

RECUPERACIÓN POST ANESTESICA

APELLIDO Y NOMBRE: _____ EDAD: ____ SEXO: _____ PESO:_____

N° HCL: _____ N° CUENTA: _____ DNI: _____ FECHA DE INGRESO: _____

HORA DE INGRESO: _____ SERVICIO: _____ HORA DE EGRESO:_____ N° DE CAMA_____

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO: _____

DR (A)/ CR-GIN: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____ ASA: _____ RQ: _____

CONDICIONES DE INGRESO: Vent. Espont ☐ TOT ☐ VMI ☐

ESTADO DE CONCIENCIA: Despierto ☐ Somnoliento ☐ Dormido ☐ Tranquilo ☐ **PIEL:** Pálida ☐ Cianótico ☐ Rosado ☐

VIA BERIFERICA: CVC ☐ VP ☐ LA ☐ **DRENAJE:** SNG ☐ DPR ☐ Sonda Foley ☐ Bolsa colostomía ☐ Irrigación vesical ☐

ALDRETE	INGRESO			EGRESO		
	0	1	2	0	1	2
Activ. Mot.						
circulación						
Respiración						
Conciencia						
So2 / fio2						
TOTAL						

DOLOR	
EVA INGRESO	EVA EGRESO

BROMAGE							
0	1	2	3	0	1	2	3

ESCALA DE STEWART				
SISTEMAS	ACTIVIDADES	PUNTOS	INGRESO	EGRESO
ESTADO DE CONCIENCIA	Despierta, llora	2		
	Responde a estímulos	1		
	No responde	0		
SISTEMA RESPIRATORIO	Respira, tose	2		
	Respiración superficial	1		
	Apnea	0		
ACTIVIDAD MUSCULAR	Mueve 1 extremidades	2		
	Mueve 2 extremidades	1		
	No mueve extremidades	0		

BHE	
INGRESOS	
NACL 0.9%	
DEXTROSA 5%	
L. RINGER	
SANGRE	
PLASMA	
PLAQUETAS	
OTROS	
TOTAL	
EGRESOS	
SANGRADO	
DIURESIS	
SNG	
OTROS	
TOTAL	
BH	

TRATAMIENTO INDICADO:_____

_____

OBSERVACIONES: _____

_____

EVOLUCION: _____

_____

CONDICIÓN DE EGRESO:_____

COMPLICACION POSTOPERATORIO: SI ☐ NO ☐ TIPO: _____

ALTA DE URPA: FC: ..... FR: ..... P/A: ..... SO2: ..... FECHA DE ALTA: ..... HORA DE ALTA: .....

DESTINO: HOSPITALIZACION ☐ UVI ☐ REFERIDO ☐

_____

FIRMA Y SELLO DEL ANESTESIOLOGO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CHULUCANAS
Vidas que salvan vidas

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PIURA
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SALA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____ HORA DE INGRESO: _____EDAD: _____ HCL:_____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

SERVICIO DE PROCEDENCIA: _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO:_____

PROCEDIMIENTO REALIZADO: _____

MED. ESPECIALISTA: _____

LICENCIADO DE ENFERMERÍA: _____

TECNICO DE ENFERMERÍA: _____

ACOMPAÑANTE: _____

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

SIGNOS VITALES: PA:_____ FC:_____ FR:_____ SO2:_____ T°:_____

PERCEPCIÓN-COGNICIÓN: DESPIERTO ( ) AGITADO ( ) LETARGICO ( ) E. GLASGLOW:_____ EVA:_____

PIEL : NORMAL ( ) PÁLIDA ( ) CIANÓTCA ( ) ICTERICA ( ) FRÍA ( ) EQUIMOSIS ( ) ÚLCERA ( ) LESIONES ( ) EDEMA ( )

ESPECIFICAR: _____

VIA AÉREA: FIO2 AMB ( ) CBN ( ) MÁSC. RESER ( ) TET ( ) TQT ( )

ESTADO DE HIGIENE: BUENA ( ) REGULAR ( ) MALA ( )

ACCESOS INVASIVOS: PERIFÉRICO ( ) CVC ( )

VIENE CON: SNG ( ) SF ( ) DRENAJES:_____OTROS: _____

PRE MEDICACION: SI ( ) NO ( ) ESPECIFICAR:_____

DURANTE EL PROCEDIMIENTO

SIGNOS VITALES: PA:_____ FC:_____ FR:_____ SO2:_____ T°:_____

COLOCACIÓN DE BOQUILLA + SUJETADOR_____ USO DE ANESTESIA LOCAL: SI ( ) NO ( )

ANESTESIA: SI ( ) NO ( ) HORA DE INICIO:_____ FÁRMACO: _____ VÍA:_____ DOSIS:_____

SEDACIÓN: SI ( ) NO ( ) HORA DE INICIO:_____ FÁRMACO: _____ VÍA:_____ DOSIS:_____

MEDICAMENTOS DE APOYO:_____

POSICIÓN DEL PACIENTE: _____ INICIO DE PROCEDIMIENTO: _____

COLOC.PLACA ELECTROCAUTERIO: SI ( ) NO ( ) ESPECIFICAR ZONA: _____

USO DE ELECTROCAUTERIO: SI ( ) NO ( ) USO DE ARGON PLASMA: SI ( ) NO ( )

BIOPSIA: SI ( ) NO ( ) ENDOLIGADURA: SI ( ) NO ( ) POLIPECTOMIA: SI ( ) NO ( )

INYECTOTERAPIA: SI ( ) NO ( )

OTRO PROCEDIMIENTO TERAPEÚTICO: _____

INCIDENCIAS:_____

_____

FIN DEL PROCEDIMIENTO: _____ **SIGNOS VITALES:** PA:_____ FC:_____ FR:_____ SO2:_____ T°:_____

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CHULUCANAS
Vidas que salvan vidas

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PIURA
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

REGISTRO DE ENFERMERÍA EN SALA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

SALA POST RECUPERATIVA

HORA DE INICIO :_____

MEDICACION: SI ( ) NO ( ) ESPECIFICAR:_____

PERCEPCIÓN-COGNICIÓN: DESPIERTO ( ) AGITADO ( ) LETARGICO ( ) E. GLASGLOW:_____ EVA:_____

PIEL : NORMAL ( ) PÁLIDA ( ) CIANÓTCA ( ) ICTERICA ( ) FRÍA ( )

VIA AEREA: FIO2 AMB ( ) CBN ( ) MÁSC. RESER ( ) TET ( ) TQT ( )

ACCESOS INVASIVOS: PERIFÉRICO ( ) CVC ( )

VIENE CON: SNG ( ) SF ( ) DRENAJES:_____OTROS: _____

SIGNOS VITALES: PA:_____ FC:_____ FR:_____ SO2:_____ T°:_____

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL