

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"El Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima,

16 ABR. 2018

VISTO:

El expediente N° 18-001078-001-INSNSB, sobre aprobación de los Formatos para uso en la Historia Clínica; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, "Ley General de Salud", establece que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

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 y que la historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos y compartida por profesionales, establecimientos de salud y niveles de atención;

Que, el inciso a) del artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo, establece que es función del Director Médico el "planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos";

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA de fecha 13 de marzo de 2018, fue aprobada la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN - "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA de fecha 28 de marzo de 2018, la cual tiene como objetivos, el de 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; así como 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, el numeral 1.2 del literal 5. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS del citado dispositivo legal, establece la estructura básica que debe contener toda historia clínica (...);

Que, mediante el literal d) del acápite II.2.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA modificada en el numeral II.2.2 por la Resolución Directoral N° 123-2017-2017/INSN-SB de fecha 04 de setiembre de 2017, establece que es función de la Dirección General el “Proponer los documentos de gestión institucional del INSN-SB y aprobarlos en los casos que corresponda, según la normatividad vigente”; asimismo, de conformidad con el literal i) del numeral II.3.5, la Unidad de Tecnología de Información precisa que entre sus funciones se encuentra la de coordinar el manejo, conservación y custodia de la Historias Clínicas del Instituto, de acuerdo con las Normas Técnicas establecidas;

Que, mediante Acta de Reunión N° 06-2017 de fecha 17 de Noviembre de 2017, el Comité de Historias Clínicas aprobó diez (10) formatos nuevos para su uso en la Historia Clínica, los cuales se detallan a continuación: Formato de Ganancia Ponderal de Peso - Soporte Nutricional Diario, Formato de Registro de Monitoreo Nutricional - Soporte Nutricional Diario (dieta + fórmula), Formato de Pesado Directo, Formato de Registro de Atención y Control Nutricional - Soporte Nutricional Diario, Formato de Registro de Monitoreo Nutricional- Soporte Nutricional diario,(monitoreo leche materna + fórmula +NP), Formato de Monitoreo Nutricional (Servicio Cuidados Intermedios Neonatales), Formato de Monitoreo Nutricional (Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular), Formato de Registro de Monitoreo de Soporte Nutricional por día- Nutrición SUAIEP Quemados, Formato de Nota de Ingreso de Enfermería, Formato de Evaluación Pre Anestésica;

Que, mediante Nota Informativa N° 01-2018-CHC-INSNSB de fecha 17 de enero de 2018, el Presidente del Comité de Historias Clínicas del INSN-SB indica a la Jefa de la Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad que se han revisado y aprobado los formatos para su uso en la Historia Clínica por el Comité de Historias Clínicas, Jefatura del Servicio de Emergencia de la Unidad de Atención Integral Especializada, Jefatura del Servicio de Centro Quirúrgico de la Unidad de Atención Integral Especializada, Jefatura de la Unidad de Enfermería, Jefatura del Servicio de Nutrición de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento y Jefatura del Área de Admisión de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento;

Que, mediante la Nota Informativa N° 0051-2018-UGC-INSN-SB, de fecha 20 de enero del 2018, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General, la aprobación de los formatos para el uso en la Historia Clínica, los que cuentan con la opinión favorable de la Unidad de Enfermería, Servicio de Emergencia, Servicio de Centro Quirúrgico, Servicio de Nutrición así como del Área de Admisión;

Que, mediante Memorandum N° 066-2018-DG/INSNSB, de fecha 22 de enero de 2018, la Dirección General del INSN-SB, aprueba los Formatos Visados por las áreas competentes, para su uso en la Historia Clínica, disponiendo la elaboración de la correspondiente Resolución Directoral;

Que, mediante Acta de Reunión N° 002-2018, de fecha 02 de febrero de 2018, se reunieron los miembros del Comité de Historias Clínicas para aclarar el Acta de Reunión N° 06-2017, precisando que se aprueban diez (10) formatos nuevos para su uso en la Historia Clínica, y se actualizan y aprueban tres (03) formatos más, aprobados mediante las siguientes Resoluciones Directorales: Formato de Hoja de Identificación/Filiación del Paciente (Resolución Directoral N° 042-2016-INSN-SB/T), Formato de Autorización de

Hospitalización/ Alta Hospitalaria (Resolución Directoral N° 074-2016-INSN-SB/T) y Formato de Historia Clínica Emergencia/Urgencia (Resolución Directoral N° 044-2017-INSN-SB/T);

Que, con la Nota Informativa N° 04-2018-CHC-INSNSB de fecha 02 de Febrero de 2018, el Presidente del Comité de Historias Clínicas del INSN-SB precisa a la Jefa de Asesoría Jurídica, la remisión a la Unidad de Gestión de Calidad, trece (13) formatos para su uso en la historia clínica, los cuales fueron aprobados por el Comité de Historias Clínicas; asimismo, con el fin de aclarar el Acta de Reunión N° 06-2017, se adjunta copia simple del Acta N° 002-2018 con las firmas de los miembros del Comité, aclarando que las cantidades de formatos para su aprobación mediante Resolución Directoral son diez (10) formatos nuevos evaluados y aprobados por el Comité y tres (03) formatos evaluados y aprobados para su actualización, los cuales ya han sido aprobados con anterioridad mediante Resolución Directoral;

Con el Visto bueno del Director Adjunto, Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, del Director Ejecutivo de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, del Director de la Unidad de Tecnologías de la Información, de la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Jefa de la Unidad de Enfermería; y, de la Jefa de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por estas consideraciones y de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 26842 Ley General de Salud, el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, modificada en el numeral II.2.2 por la Resolución Directoral N° 123-2017-2017/INSN-SB; Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA y, la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar los Formatos de Historia Clínica, que como anexos forman parte de la presente resolución; los mismos que se detallan a continuación:

- SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

- Formato de Ganancia Ponderal de Peso - Soporte Nutricional Diario.
- Formato de Registro de Monitoreo Nutricional - Soporte Nutricional Diario (dieta + fórmula).
- Formato de Pesado Directo.
- Formato de Registro de Atención y Control Nutricional - Soporte Nutricional Diario.
- Formato de Registro de Monitoreo Nutricional Soporte Nutricional diario.(monitoreo leche materna + fórmula +NP).
- Formato de Monitoreo Nutricional (Servicio Cuidados Intermedios Neonatales)
- Formato de Monitoreo Nutricional (Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular)
- Formato de Registro de Monitoreo de Soporte Nutricional por día - Nutrición SUAIEP Quemados.

- UNIDAD DE ENFERMERÍA

- Formato de Nota de Ingreso de Enfermería.

- OTROS FORMATOS

- Formato de Evaluación Pre Anestésica.
- Formato de Hoja de Identificación / Filiación del Paciente.
- Formato de Autorización de Hospitalización/ Alta Hospitalaria.
- Formato de Historia Clínica Emergencia / Urgencia.

ARTÍCULO 2°.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 042-2016-INSN-SB/T de fecha 04 de abril de 2016, en el extremo referido al Formato de Hoja de Identificación/Filiación del Paciente; la Resolución Directoral N°074-2016-INSN-SB/T de fecha 25 de mayo de 2016,rectificada por la Resolución Directoral N° 108-2016-INSN-SB de fecha 12 de julio de 2016,en el extremo referido al Formato de Autorización de Hospitalización/ Alta Hospitalaria y la Resolución Directoral N° 044-2017-INSN-SB/T de fecha 08 de marzo de 2017,en el extremo referido al Formato de Historia Clínica Emergencia/Urgencia.

ARTÍCULO 3°.- Encargar a la Unidad de Atención Integral Especializada y la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, la implementación de los Formatos de Historia Clínica.

ARTÍCULO 4°.- Encargar a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso de los Formatos de Historia Clínica.

ARTÍCULO 5°.- Disponer la publicación de la presente Resolución y los Formatos de Historia Clínica, en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

EZTG/BSPB

Distribución

- () Titular
- () Dirección Adjunta
- () Unidad de Atención Integral Especializada
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de Enfermería
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Archivo
- () Comunicaciones

insn Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja
Dra. Zulema Tómas Gonzáles
DIRECTORA GENERAL

SUB - UNIDAD DE SOPORTE AL TRATAMIENTO

MONITOREO DE SOPORTE NUTRICIONAL POR DÍA

Código: 9978

Peso

BASE



Días

[illegible]



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Salud del Niño - San Borja

FORMATO DE PESADO DIRECTO

CODIGO: 9920901 ACTIVIDAD 1: CONTROL DE NUTRICIÓN									
SUB-UNIDAD:									
DIETA:					FÓRMULA:				
DESAYUNO	Descripción	Peso Neto	Peso Sobrante	Peso Ingerido	Horario	Vol./ Toma	Volumen Ingerido		
	Avena/Quinoa								
	Pan								
	Entremés								
	H ₂ O								
TOTAL									
REFRIGERIO	Descripción	Peso Neto	Peso Sobrante	Peso Ingerido	Horario	Vol./ Toma	Volumen Ingerido		
	H ₂ O								
TOTAL									
ALMUERZO	Descripción	Peso Neto	Peso Sobrante	Peso Ingerido	Horario	Vol./ Toma	Volumen Ingerido		
	Entrada								
	Plato de Fondo								
	Cárnico								
	Postre								
	H ₂ O								
TOTAL									
LONCHE	Descripción	Peso Neto	Peso Sobrante	Peso Ingerido	Horario	Vol./ Toma	Volumen Ingerido		
	Pan/Postre								
	H ₂ O								
TOTAL									
CENA	Descripción	Peso Neto	Peso Sobrante	Peso Ingerido	Horario	Vol./ Toma	Volumen Ingerido		
	Entrada								
	Plato de Fondo								
	Cárnico								
	Postre								
	H ₂ O								
TOTAL									
ADICIONAL	Descripción	Peso Neto	Peso Sobrante	Peso Ingerido	Horario	Vol./ Toma	Volumen Ingerido		
	H ₂ O								
TOTAL									
TIEMPO DE INGESTA	% INGESTA	VOLUMEN DE DIETA			VOLUMEN TOTAL DE DIETA INGERIDO	VOLUMEN TOTAL DE FÓRMULA INGERIDA	VOLUMEN HÍDRICO TOTAL	OBSERVACIÓN	
	D F	LÍQUIDO	SEMI LÍQUIDO	SÓLIDO					
DESAYUNO									
REFRIGERIO									
ALMUERZO									
LONCHE									
CENA									
ADICIONAL									
TOTAL									
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Fecha	N° Cama	N° H. Clínica	
F. Nacimiento: _____ Edad: _____ a _____ m Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N° Cuenta: _____									

TEC. o AUX. NUT.
INSN-SB
TURNO MAÑANANUTRICIONISTA
INSN-SB
TURNO MAÑANATEC. o AUX. NUT.
INSN-SB
TURNO TARDENUTRICIONISTA
INSN-SB
TURNO TARDENUTRICIONISTA
INSN-SB
TURNO MAÑANAINSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Av. La Rosa Toro 1399 - Urb. Jacarandá II
TELÉFONO: 51-1-2300600

SUB - UNIDAD DE SOPORTE AL TRATAMIENTO

SERVICIO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	CUENTA



CODIGO:	99218	ACTIVIDAD 01:	MONITOREO DE SOPORTE NUTRICIONAL POR DIA	SUB UNIDAD DE SOPORTE AL TRATAMIENTO
---------	-------	---------------	--	--------------------------------------

DX. MEDICO:

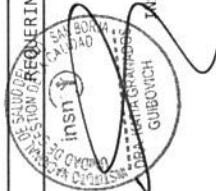
REQUERIMIENTO ENERGETICO:	Kcal/dia	REQUERIMIENTO PROTEICO:	g/kg	%VCT:	Kcal/gP:	KcalNP/gN ₂ :
---------------------------	----------	-------------------------	------	-------	----------	--------------------------

[illegible][illegible][illegible]

FECHA DE INGRESO	FECHA DE INGRESO	EDAD	SEXO	FECHA DE NAC.	NOMBRE	CAMPA
SERVICIO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° HISTORIA CLINICA	CUENTA	CAMA

[illegible]

FECHA	PESO	PRESCRIPCIÓN DIETOTERAPÉUTICA	VOLUMEN TOTAL DIARIO INGERIDO (ml/g)			APORTE CALÓRICO INGERIDO (Kcal/día)			APORTE CALÓRICO INGERIDO (g/día)			% ADEC. DE ENERGIA Kcal/Kg/peso	% ADEC. DE ENERGIA Gr/Kg/peso	FIRMA																		
			LM	FL	NP	LM	FL	NP	LM	FL	NP																					
FECHA	PESO	PRESCRIPCIÓN	ENERGÍA			PROTEÍNA																										
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			N° Cama			F. Nacimiento			Sexo			Peso			Talla			N° H. Clínica								
Dx. MÉDICO																								REQUERIMIENTO ENERGÉTICO			REQUERIMIENTO PROTÉICO			N° CUENTA		





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Salud del Niño - San Borja**REGISTRO Y CONTROL NUTRICIONAL**

Paciente: _____ H. Clínica: _____
F. Nacimiento: _____ Edad: _____ a _____ m Sexo: ☐ M ☐ F N° Cuenta: _____

FECHA	MODIFICACIÓN	FIRMA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Servicio	N° Cama	N° H. Clínica



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
La Rosa Toro 1399 - Urb. Jacaranda II
TELÉFONO: 51-1-6381600



FORMATO DE MONITOREO NUTRICIONAL
SERVICIO DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR
DIETA + FORMULA

[illegible]

The logo of the Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) is a circular emblem. It features a stylized figure of a child in the center, with the word "insn" written below it. The text "INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO" is written along the top inner edge of the circle, and "UNIDAD DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN" is written along the bottom inner edge. A blue lightning bolt symbol is positioned to the right of the child figure.

REQUERIMIENTO E

IONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
a Toro 1399 - Urb. Jacarandá II
TELÉFONO: 51-1-2300600



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Salud del Niño - San Borja



REGISTRO Y CONTROL NUTRICIONAL

Paciente: _____	H. Clínica: _____
F. Nacimiento: _____	Edad: _____ a _____ m Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N° Cuenta: _____

FECHA	MODIFICACIÓN	FIRMA

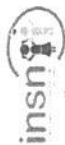
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Servicio	N° Cama	N° H. Clínica



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Av. La Rosa 1010-1399 - Urb. Jacarandá II
TELÉFONO: 11-2300600



REGISTRO DE MONITOREO DE SOPORTE NUTRICIONAL
POR DÍA/NUTRICIÓN/SUAIEP QUEMADOS

[illegible]



PERÚ
Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Salud del Niño - San
Borja

NOTA DE INGRESO DE ENFERMERIA



VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA

N° HISTORIA CLINICA	HABITACION	FECHA DE INGRESO	HORA DE INGRESO
Nombres del Paciente:			
Apellidos del Paciente:			
Edad:	Grupo RH	DNI	Médico Tratante
Sexo:	Fecha de Nacimiento	Teléfono	
Vía de Ingreso	Modo de Ingreso	Datos Objetivos	Datos Subjetivos
C. Externa: ()	Camilla: ()	PA:	Alergias:
Emergencia ()	Deambulando ()	FC:	
Transferido ()	Silla de Ruedas ()	T°:	
Referido		FR: Sat O2:	

Pulsera de identificación: () Entrega de valores: () HC Ambulatoria () HC Hospitalización ()

Entrega de Exámenes propios: Laboratorio () Rx () TEM () RNM () Otros ()

Comorbilidades:

Medicamentos que tomaba el paciente antes del Ingreso y horario:

Medicamento	Horarios

Trae medicamentos consigo: (SI) (NO)

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

Cumplimiento del régimen terapéutico:

Farmacológico: (SI) (NO) Ejercicio: (SI) (NO) Dieta: (SI) (NO)

Déficit de Conocimiento: (SI) (NO) Complejidad del Régimen terapéutico: (SI) (NO)

Observación:

Diagnóstico de Enfermería: Manejo Inefectivo del régimen terapéutico

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Tipo de dieta habitual: Peso:

Talla:

Intolerancia alimentaria: (SI) (NO) Especificar:

Alteración del apetito : (SI) (NO) Aumentado: Disminuido:

Dificultad para masticar: (SI) (NO) Dificultad para deglutir: (SI) (NO) Prótesis Dental: (SI) (NO)

Portador de: SNG: Gastrostomía: Fecha de colocación:

Vómitos / Náuseas: (SI) (NO)

Piel y mucosas : Seca: Hidratada: Edemas:

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio Nutricional por defecto. Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso. Déficit de Autocuidado: alimentación. Deterioro de la deglución. Déficit de volumen de líquidos. Riesgo de déficit de volumen de líquidos



DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Problemas al miccionar: (SI) (NO) Incontinencia Urinaria: (SI) (NO) Incontinencia Fecal: (SI) (NO)

Portador de sonda Foley: (SI) (NO) Utiliza pañal: (SI) (NO)

Hábito Intestinal: cada..... días Utiliza laxantes: (SI) (NO) especificar:

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de retención urinaria. Incontinencia urinaria de urgencia. Diarrea. Estreñimiento

DOMINIO 4: ACTIVIDAD - REPOSO

Utiliza medicamentos para dormir: (SI) (NO) especificar:

Autonomía para funciones	Autónomo	Parcial	Total
Baño / Higiene			
Vestido			
Alimentación			
Deambulaci3n			

Paresias / Plejias: () Amputaciones: () Prótesis: () Inmovilidad: ()

Dificultad respiratoria: (SI) (NO) Requiere dispositivo de oxígeno: (SI) (NO)

Dispositivo de O2 en uso:

Grado de dependencia (I) (II) (III) (IV) (V)

Diagnóstico de Enfermería: Trastorno del patr3n del sueño. Déficit de autocuidado (Baño, vestido, uso de WC, alimentaci3n). Deterioro de la movilidad física. Intolerancia a la actividad.

DOMINIO 5: PERCEPCI3N - COGNICI3N

Alerta: () Consciente: () Estupor: () Coma: ()
Orientado(a) (SI) (NO) Tiempo: () Espacio: () Persona ()
Dificultad para comunicarse: (SI) (NO)

Hablar: (SI) (NO) Afasia: () Disartria () Otro idioma ()

Ver: (SI) (NO) especificar:

Oír: (SI) (NO) Prótesis sensoriales (especificar):

Capacidad y disposici3n para aprender del paciente y familia: Escasa. () Regular ()
Buena () Muy buena ()

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de confusi3n aguda. Conocimientos deficientes. Deterioro de la comunicaci3n verbal. Deterioro unilateral. Trastorno de la percepci3n sensorial.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCI3N

Estado de ánimo / emocional al ingreso Tranquilo () Triste () Preocupado ()
Apático () Ansioso () Irritable ()

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional. Baja autoestima situacional.

DOMINIO 7: ROL DE RELACIONES

¿Con quién vive? Personas a su cargo:

Su cuidador principal Situaci3n laboral :

Diagnóstico de Enfermería: Interrupci3n de los procesos familiares



DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Toma anticonceptivos (SI) (NO)

especificar:

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRESS

¿Se observan signos de preocupación al ingreso?

Ansiedad () Temor ()

Diagnóstico de Enfermería: Afrontamiento ineficaz. Afrontamiento familiar comprometido.**DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES**

En cuanto a su religión o cultura existe algo que debemos tener en cuenta durante la hospitalización

(SI) (NO)

especificar:

Diagnóstico de Enfermería: Sufrimiento espiritual. Conflicto en la toma de decisiones.**DOMINIO 11: SEGURIDAD**

Dispositivo Invasivo: (SI) (NO)

Sonda Foley () SNG () Drenaje () Fecha de colocación:

CVC () CVP () Cateter Porth () Fecha de colocación:

PIC () L.ART () Traqueost () Fecha de colocación:

Escala de Braden - Bergstrom

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	En cama	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

PUNTAJE TOTAL	RIESGO DE UPP	Reevaluación días
Riesgo Total	Braden-Bergstrom < 13 = Alto Riesgo	1
Riesgo Medio	Braden-Bergstrom > 13 = Riesgo moderado	3
Riesgo Bajo	Braden-Bergstrom > 14 = Bajo Riesgo	7

Piel íntegra (SI) (NO) Especificar tipo, grado de lesión ó úlcera:

Riesgo de caídas (SI) (NO)

Uso de sujeción mecánica (SI) (NO)

Riesgo de aspiración (SI) (NO)

Riesgo de alteraciones nerviosas vasculares (SI) (NO)

Incapacidad para eliminar secreciones (SI) (NO)

Señale el motivo: Inmovilidad () Dolor ()

Tos Ineficaz () Aumento de secreciones ()

Riesgo de lesiones (SI) (NO) Riesgo de lesionar a otros ()

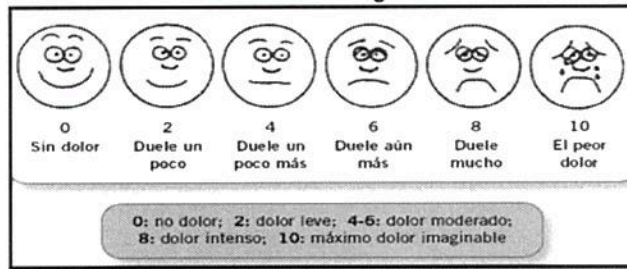
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección. Alto riesgo de infección. Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea, deterioro de la integridad cutánea, limpieza ineficaz de vías aéreas. Alto riesgo de lesión. Alto riesgo de traumatismo. Riesgo de suicidio. Riesgo de violencia autodirigida.



DOMINIO 12: CONFORT

Tiene dolor: (SI) (NO)

Escala de Wong - Baker



Puntee la intensidad del dolor del 1 al 10:

Localización del dolor:

Medida que utiliza para tratarlo en casa:

Náuseas: (SI) (NO)

Diagnóstico de Enfermería: Dolor. Náuseas. Alteraciones del bienestar.

Desea comentar algo que no hayamos hablado (SI) (NO)

.....

Nombre y Apellido del licenciado(a) de Enfermería (con letra imprenta)

CEP:

.....
 Firma y sello del licenciado(a) de Enfermería

Fecha:/...../.....

Hora de Término:

Comentario





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño
- San Borja

HOJA DE IDENTIFICACIÓN/FILIACIÓN DEL PACIENTE

DATOS DEL TITULAR

N° H. CLINICA

TIPO DE SEGURO

N° DE SEGURO

Nombre del Paciente:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento

DD/MM/AAA

Sexo

F/M

Edad:

Tipo Doc.

N°

Grado Instrucción:

Estado Civil

Raza :

Idioma:

Email

Ejemplo: usuario@cliente.com

Religión:

Ocupación:

Teléfono :

(Si corresponde)

DATOS DE PROCEDENCIA DEL TITULAR

Lugar de Domicilio

Departamento

Provincia

Distrito

Dirección Domiciliaria

Centro Poblado

Lugar de Nacimiento

Departamento

Provincia

Distrito

Lugar de Procedencia

Departamento

Provincia

Distrito

DATOS DEL TUTOR DEL AFILIADO

Nombre del Padre

Apellido Paterno y Materno

Nombres

DNI

Nombre de la Madre

Apellido Paterno y Materno

Nombres

DNI

Nombre del Apoderado

Apellido Paterno y Materno

Nombres

DNI

Proced. Padre/Apod.

Departamento

Provincia

Distrito

Dirección Domiciliaria

Centro Poblado

Teléfono del Tutor

Fijo:

Móvil:

Email del Tutor

Ejemplo: usuario@cliente.com

OBSERVACIONES

Firma del Tutor o Apoderado

Huella Digital

COLEGIO DE ESTADÍSTICO DEL PERÚ

Orozco Rivas María Elena
COESPE. N° 485INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Av. Agustín de la Rosa Toro 1399 - Urb. Jacarandá II
Central Telf: 230-0600 Anexo: 1074

R.D N° /2017/-INSN-SB/T



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Salud del Niño - San Borja

AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Yo, _____,
identificado con DNI N° _____, Padre () / Madre () / Tutor legal (), del menor
_____ identificado con DNI N° _____ e Historia
Clínica N° _____, con domicilio _____.

He sido informado del estado de salud de mi hijo(a)/apoderado(a) y de la necesidad de su internamiento hospitalario dentro del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, por lo que autorizo su internamiento en la sala de hospitalización del SUAIE _____, debiendo ser informado de los procedimientos de atención, para diagnóstico y tratamiento.

Así mismo me comprometo a cumplir con las normas establecidas por el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, y colaborar en el cuidado y recuperación de mi hijo(a)/apoderado(a).

Siendo las _____ horas en el distrito de San Borja, Lima, Perú del día _____ del mes
_____ del año 20_____, firmo confirmando autorización de internamiento hospitalario.

Firma o huella digital del padre / madre / tutor legal
DNI N° _____

ALTA HOSPITALARIA

Yo, _____,
identificado con DNI N° _____, Padre () / Madre () / Tutor legal (), del menor
_____ identificado con DNI N° _____ e Historia
Clínica N° _____, con domicilio _____ he recibido la
indicación de alta hospitalaria de mi hijo(a)/apoderado(a).

He sido informado del estado de salud de mi hijo(a)/apoderado(a), comprendiendo las recomendaciones otorgadas por el personal de salud del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja y recibido el respectivo informe de alta.

Siendo las _____ horas en el distrito de San Borja, Lima, Perú del día _____ del mes
_____ del año 20_____, firmo confirmando autorización de alta hospitalaria.

Firma o huella digital del padre / madre / tutor legal
DNI N° _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	SUAIE	EJE	N° Cama	H. Clínica





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

13

HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA / URGENCIA

PRIORIDAD

1

2

3

4

Filiación:

Apellido Paterno : _____

Apellido Materno : _____

Nombres : _____

Edad : _____ Sexo : M ☐ F ☐

Fecha y Hora de Atención : _____

Grado de Instrucción : _____

Dirección : _____

Persona Resp: _____

Referido : SI ☐ NO ☐ EESS : _____

N° H. Clínica : _____

N° DNI / CUI / Otros : _____

F. Nacimiento : _____

Tipo de Seguro : _____

N° de Seguro : _____

Religión : _____

Teléfono : _____

Celular : _____

DNI Per. Resp.: _____

Aceptado por : _____

Antecedentes:

Patologías Congénitas: _____

Cirugías: _____

Asma: SI ☐ NO ☐ TBC: SI ☐ NO ☐ Convulsiones: SI ☐ NO ☐

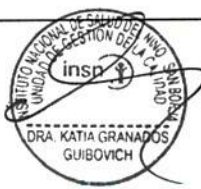
Hospitalizaciones: _____

Alergias: _____ Vacunas: _____

Medicación Habitual: _____

Ant. Familiares: _____

Otros: _____

Motivo de Consulta:**T.Enf.:****Signos y Síntomas:**



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja**EXÁMEN FÍSICO:**

Peso: _____ T° _____ FC: _____ FR: _____ P/A: _____ SatO2: _____
Glasgow: _____ /15 (Ocular: _____ Verbal: _____ Motor: _____)

Impresión Diagnóstica:

CIE 10

Plan de Trabajo:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____

Tratamiento:

Fecha :

Hora :

Reevaluación:

Fecha :

Hora :

Diagnóstico Definitivo:

CIE 10

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____

Condición de Egreso de Emergencia:

Alta

☐

Retiro Voluntario

☐

Fallecido

☐

Hospitalizado

☐

Referencia

☐

Contrarreferencia

☐

Fuga

☐

Servicio: _____



Firma y Sello
Médico Responsable