MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA

N° 042 /2016/INSN-SB/T

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la consolidación del Mar de Grau"

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 04 ABR. 2016

VISTO:

El expediente N° 16-002732-001-INSNSB, sobre aprobación de los Formatos de Historia Clínica; y,

CONSIDERANDO:

Que, el 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 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° 597-2006/MINSA fue aprobada la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para Gestión de la Historia Clínica", que tiene como objetivos, el establecimiento de las normas para el manejo, conservación y depuración de las Historias Clínicas, en las diferentes unidades productoras de servicios de los establecimientos de salud, así como establecer y estandarizar el contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, teniendo en cuenta los diferentes tipos de atención, respetando los aspectos legales y administrativos;

Que, el numeral 1.2 del literal VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS de la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, establece "el contenido mínimo de variables que deben estar incluidas en cada formato (...)";

Que, mediante el literal d) del acápite II.2.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado por Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA del 07 de julio de 2014, se 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";

Que, mediante la Nota Informativa N° 0088-2016-UGC-INSN-SB, de fecha 11 de febrero del 2016, la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General, la aprobación de los formatos de Historia Clínica, los que cuentan con opinión favorable del Comité de Historias Clínicas, de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, de la Unidad de

Enfermería; y, de la Unidad de Gestión de la Calidad, mediante Acta de fecha 13 de noviembre del 2015, Nota Informativa N° 118-2016-UAIE-INSN-SB, Memorandum N° 115-2016-USDXT/INSN-SB; y, Nota Informativa N° 014-UE-2016-INSN-SB, respectivamente;

Con el Visto bueno de la Dirección Adjunta, de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Unidad de Enfermería; y, de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por estas consideraciones y de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 26842 Ley General de Salud, en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, en la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, en 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:

- Hoja de Identificación del Paciente.
- Historia Clínica (Primera atención en Consulta Externa).
- Historia Clínica (Evolución).
- Informe Médico.
- Solicitud de Sala de Operaciones.
- Solicitud de Sala de Procedimientos.
- Hoja de Interconsulta.

ARTÍCULO 2°.- Encargar a la Unidad de Atención Integral Especializada la implementación de los Formatos de Historia Clínica.

ARTÍCULO 3°.- Encargar a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso de los Formatos de Historia Clínica.

ARTÍCULO 4°.- 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

Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulema Tomas Gonzáles
DIRECTORA GENERAL

EZTG/JCRG/kfbs

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

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud

insn

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

N° H. CLINICA	
N° CUENTA	
TIPO DE SEGURO	
N° DE SEGURO	

DATOS DEL TITULAR

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

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja - Jefatura de Enfermería

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja - Unidad de Atención Integral Especializada - Dr. Ricardo Zapfi Rubio, Director Ejecutivo

DRA. KATIA GRANADOS GUIBOVICH

Fecha:
Hora:

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA
PRIMERA CONSULTA

N° H. Clínica:
Tipo de Seguro:
N° Asegurado:
N° de Cuenta:

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

insn

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

EDAD	SEXO	GRUPO SANGUÍNEO	RH

INMUNIZACIONES (Colocar fechas según carnet de vacunación)

BCG				HVB (RN)	
PENTAVALENTE	1	2	3	DPT 1	DPT 2
ANTIPOLIO (IPV)	1	2	3		
ROTAVIRUS	1	2			
ANTINEUMOCÓCCICA	1	2	3		
ANTIPOLIO (APO)	2			R. APO 1	R. APO 2
INFLUENZA	3	2			
SPR	4	2		ANTIAMARILICA	
VPH	1	2	3		
dT	1	2	3	VARICELA	
HVB	1	2	3	HEPATITIS A	

Eventos Adversos Supuestamente Atribuíbles a la Vacunación e Inmunización (ESAVIS)

ANTECEDENTES

FISIOLOGICOS

PATOLOGICOS

FAMILIARES

SOCIOECONÓMICOS

RAM/ALERGIAS

ENF. CRÓNICAS (Indicar Tto)

ENFERMEDAD ACTUAL

Funciones Biológicas: Apetito: Sed: Sueño:
Orina: Deposiciones:

Tiempo de Enfermedad:

Motivo de Consulta:

Signos y Síntomas principales:

Fecha:
Hora:

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA
PRIMERA CONSULTA

N° H. Clínica:
Tipo de Seguro:
N° Asegurado:
N° de Cuenta:

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

insn

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

EXAMEN FÍSICO

Frec. Card. x min Frec. Resp. x min Presión Art. / ____ mmHg

Temperatura: _____ °C Peso : _____ gr Talla: _____ mt IMC _____

EXAMEN GENERAL

EXAMEN REGIONAL

DIAGNÓSTICO	CIE X
1.-	____ . ____
2.-	____ . ____
3.-	____ . ____
4.-	____ . ____
5.-	____ . ____

PLAN DE TRABAJO

Exámenes de Apoyo al Diagnóstico (Laboratorio, Rayos X)

Procedimientos Especiales

Interconsultas

Terapeútica

Próxima Cita:

SELLO Y FIRMA

Fecha:
Hora:

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA
EVOLUCIÓN

N° H. Clínica:
Tipo de Seguro:
N° Asegurado:
N° de Cuenta:

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

EXAMEN FÍSICO

Frec. Card. _____ x min Frec. Resp. _____ x min Presión Art. _____ / _____ mmHg
Temperatura: _____ °C Peso : _____ gr Talla: _____ mt IMC _____

TRATAMIENTO RECIBIDO:

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO:

RESULTADO DEL TRATAMIENTO:

ENFERMEDAD ACTUAL

Funciones Biológicas: Apetito: Sed: Sueño:
Orina: Heces:

Tiempo de Enfermedad:
Motivo de Consulta:

Signos y Síntomas principales:

EXAMEN FÍSICO DIRIGIDO

DIAGNÓSTICOS	CIE X
Principal	
1.-	.
Secundarios	
1.-	.
2.-	.
3.-	.
Nutricional	
1.-	.

PLAN DE TRABAJO

Exámenes de Apoyo al Diagnóstico (Laboratorio, Rayos X)

Procedimientos Especiales

Interconsultas

Terapeútica

Próxima Cita:

SELLO Y FIRMA

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

insn

INFORME MÉDICO

I. DATOS GENERALES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:					
Nombres y Apellidos del paciente:					**Edad:**
N° H.Cl.	**Tipo de paciente:**	**Hospitalizado** ☐	**Ambulatorio** ☐		
Tipo de seguro:	**Subsidiado** ☐	**Semi-subsidiado** ☐	**Fecha de Ingreso al EE SS:** ……/……/……		
Forma de Ingreso:	**Emergencia** ☐	**Cons. Externo** ☐	**Referencia** ☐	**N° de Ref.** ……	
Servicio donde está actualmente:					

II. ENFERMEDAD ACTUAL Y TRATAMIENTO

Resumen de Historia Clínica:

Diagnóstico de Ingreso:		**CIE 10**
Dx. Principal	1	
Dx. Secundario	1	
	2	
	3	

Diagnóstico actual:		**CIE 10**
Dx. Principal	1	
Dx. Secundario	1	
	2	
	3	

Tratamiento	Instaurado/Actual	Plan Propuesto
Procedimientos médico quirúrgicos		

Radiología e imágenes (Rx, TAC, TEM, RMN, etc.		
Laboratorio Clínico		
Anatomía Patológica		
Fármacos/medicamento		
Otros		

Sustentación de Plan de trabajo Propuesto

Lima, ……de……del……..20……

Médico Responsable del Servicio

Médico Tratante

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

insn

SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES

Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Nombres			
Edad		Peso	

Fecha	
N° H. Clínica	
Tipo de Seguro	
N° de Seguro	

Servicio: _____ N° de Cama: _____

Fecha de Cirugía: _____ Hora: _____ Turno: _____

Cirugía: Emergencia ☐ Programado ☐

Diagnóstico Pre Operatorio: _____ CIE X ☐

Otras Comorbilidades _____ CIE X ☐

Cirugía Propuesta: _____ CPT ☐

Tiempo Quirúrgico: _____ Riesgo Quirúrgico: _____

Anestesia sugerida: _____

Depósito de Banco de Sangre: SI ☐ NO ☐ Cantidad: ☐ Grupo S. ☐ Factor: ☐

Cirujano Principal: _____

1° Ayudante: _____ 2° Ayudante: _____

Agréguese el Instrumental: _____

Cirugía indicada por: _____

CIRUJANO | JEFE DE LA SUBUNIDAD | DIRECTOR DE LA UNIDAD

ANESTESIOLOGIA

Sala de Operaciones N° _____ Hora: _____ Destino: _____

Anestesiólogo N° 01: _____

Anestesiólogo N° 02: _____

Enfermera Instrumentista: _____ Enfermera Circulante _____

Otros: _____

Tipo de Anestesia: _____

Observaciones: _____

MEDICO JEFE DE ANESTESIOLOGIA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Av. La Rosa Toro 1399 - Urb. Jacaranda II
TELÉFONO: 51-1-2300600

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

insn

SOLICITUD DE SALA DE PROCEDIMIENTOS

Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Nombres			
Edad		Peso	

Fecha	
N° H. Clínica	
Tipo de Seguro	
N° de Seguro	

Servicio: _____ N° de Cama: _____

Procedimiento para el día: _____ A las: _____ Turno: _____

Procedimiento: Emergencia ☐ Programado ☐

Diagnóstico Pre Operatorio: _____ CIE X ☐

Otras Comorbilidades _____ CIE X ☐

Procedimiento Propuesto: _____ CPT ☐

Tiempo Quirúrgico: _____ Riesgo Quirúrgico: _____

Anestesia sugerida: _____

Depósito de Banco de Sangre: SI ☐ NO ☐ Cantidad: ☐ Grupo S. ☐ Factor: ☐

Cirujano Principal: _____

1° Ayudante: _____ 2° Ayudante: _____

Agréguese el Instrumental: _____

Procedimiento indicado por: _____

CIRUJANO	JEFE DE LA SUBUNIDAD	DIRECTOR DE LA UNIDAD

ANESTESIOLOGIA

Sala de Operaciones N° _____ Hora: _____ Destino: _____

Anestesiólogo N° 01: _____

Anestesiólogo N° 02: _____

Enfermera Instrumentista: _____ Enfermera Circulante _____

Otros: _____

Tipo de Anestesia: _____

Observaciones: _____

MEDICO JEFE DE ANESTESIOLOGIA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Av. La Rosa Toro 1399 - Urb. Jacarandá II
TELÉFONO: 51-1-2300600

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

insn

HOJA DE INTERCONSULTA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA			
PROCEDENCIA:		**Fecha de Solicitud:**	
Solicitud de Interconsulta a la SUAIE:		**Hora de Solicitud:**	

Resumen de Historia Clínica:

Motivo de Interconsulta :

Diagnóstico Presuntivo:

FIRMA DEL MEDICO

INFORME DE INTERCONSULTA			
Fecha de Recepción:		**Hora de Recepción:**	

EVALUACIÓN ESPECIALIZADA:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES

FIRMA DEL MEDICO

FECHA DE ATENCIÓN:		**HORA DE ATENCIÓN:**	

Apellido Paterno	**Apellido Materno**	**Nombres**	**SUAIE**	**Servicio**	**N° Cama**	**N° H Clínica**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Av. La Rosa Toro 1399 - Urb. Jacarandá II
TELÉFONO: 51-1-2300600