

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

**NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD**

Lima, 2005

NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	5
II. OBJETIVOS	6
III. BASE LEGAL	7
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	8
V. DEFINICIONES	8
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	10
VI.1 ESTRUCTURA DE HISTORIA CLÍNICA	12
VI.2 PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	31
▪ TÉCNICO-ADMINISTRATIVO	
▪ TÉCNICO-ASISTENCIAL	
VII. RESPONSABILIDADES	39
VIII. DISPOSICIONES FINALES	39
IX. BIBLIOGRAFÍA	40
X. ANEXOS	41

NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

I. INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

Por ello, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las Historias Clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud (personal y establecimientos de salud). Más aún, si se tiene en cuenta la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, que revalora a los usuarios de los servicios de salud y los posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud.

Así mismo, en el Ministerio de Salud se vienen desarrollando gradualmente procesos de modernización que buscan dar mayor autonomía y lograr mayor eficiencia en los establecimientos de salud con una lógica gerencial, que permita lograr mejores resultados. Estos nuevos desarrollos obligan necesariamente a adecuar la normatividad institucional, de la cual el manejo de las Historias Clínicas no es ajeno.

En tal sentido, la presente Norma Técnica busca dar respuesta a estos nuevos desafíos, contribuyendo a resolver las principales situaciones que para todos los pacientes usuarios, personal y establecimientos de salud, plantea la Historia Clínica.

II. OBJETIVOS

1. Establecer las normas y procedimientos para la administración y gestión de la Historia Clínica a nivel del sector salud.
2. Estandarizar el contenido básico de la Historia Clínica para garantizar un apropiado registro de la atención de salud.

III. BASE LEGAL

1. Constitución Política del Perú.
2. Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
3. Ley N° 27604, que modificó la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en casos de Emergencias y Partos.
4. Ley N° 27813 - Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
5. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
6. Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales
7. Decreto Legislativo N° 559, que aprobó la Ley de Trabajo Médico.
8. Decreto Supremo N° 023-87-SA, que aprobó el Reglamento General de Establecimientos de Salud del Sub Sector No Público.
9. Decreto Supremo N° 005-90-SA, que aprobó el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.
10. Decreto Supremo N° 014-2002-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
11. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27604 (Atención Médica en caso de Emergencias y Partos).
12. Decreto Supremo 043-2003-PCM – Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
13. Lineamientos de Política del Sector Salud para el periodo 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006.
14. Resolución Ministerial N° 155-2001-SA/DM, que aprobó las Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
15. Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM, que aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
16. Resolución Ministerial N° 573-2003-SA/DM, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud.
17. Resolución Ministerial N° 235-2003-SA/DM, que aprobó el Modelo General de los Reglamentos de Organización y Funciones de los Institutos Especializados.
18. Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM, que aprobó el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
19. Resolución Ministerial N° 729-2003 SA/DM, que aprueba el Documento La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud
20. Resolución Ministerial N° 751-2003 SA/DM, que establece el Régimen de elaboración de Normas Técnicas generadas por los Órganos de Línea del Ministerio de Salud
21. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
22. Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
23. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica es de aplicación nacional en todos los establecimientos de salud del Sector Público y Privado.

V. DEFINICIONES

1. **Acto Médico:**

Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico.

2. **Atención de Salud:**

Es el conjunto de acciones de salud que se brinda a la persona, las cuales tienen como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que son efectuadas por el equipo de salud.

3. **Comité de Historia Clínica:**

El Comité de Historia Clínica es un Comité del Cuerpo Médico de los Establecimientos de Salud del II y III nivel de atención, y de las Direcciones Regionales de Salud en el caso de establecimientos de salud de primer nivel, teniendo la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la Historia Clínica así como el cumplimiento de todas las disposiciones incluidas en la presente norma.

4. **Consentimiento Informado:**

Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según Ley General de salud, artículos 4º y 40º.

5. **Egreso:**

Es la salida del paciente del establecimiento de salud, dando fin a su hospitalización.

6. **Establecimiento de Salud:**

Constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, clasificada en una categoría e implementada con recursos humanos, materiales y equipos encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas que permiten brindar atenciones sanitarias ya sean preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto intramural como extramural, de acuerdo a su capacidad resolutive y nivel de complejidad.

7. Etapas de Vida:

Para el I nivel de atención, se tendrá en cuenta las etapas de vida definidas en el documento marco del Modelo de Atención Integral de Salud: etapa del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, en caso de los establecimientos del MINSA; en los otros sub sectores, se adecuarán, según la factibilidad de sus instituciones.

8. Historia Clínica:

Es el documento médico legal, 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.

9. Carpeta Familiar

Es el conjunto de formatos que contiene la ficha familiar con los datos del jefe de familia y sus integrantes, condición socio-económica de la familia y la definición de riesgos como grupo familiar, así como las historias clínicas individuales de los miembros integrantes de la familia con el enfoque de etapas de vida. Serán utilizadas en el I Nivel de Atención en establecimientos de salud con población asignada.

10. Historia Clínica Transeúnte

Es la Historia Clínica Individual utilizada en el I nivel de atención en establecimientos de salud con población asignada, cuando el paciente no pertenece a esta población y acude en forma transitoria al mismo.

11. Hoja de Autorización de Ingreso:

Es el documento por el cual el paciente o su representante autorizan la hospitalización y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que los profesionales de la salud consideren oportunas y que no precisen de una hoja de consentimiento informado.

12. Hoja de Retiro Voluntario:

Es el documento en el que el paciente o su representante legal ejerciendo su derecho deja constancia de su decisión de abandonar el establecimiento donde permaneció hospitalizado, o en observación para el caso de emergencias, en contra la opinión médica, asumiendo la responsabilidad de las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse, en caso que esté en peligro la vida, se deberá comunicar a la autoridad judicial competente, para dejar expedita las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la salud del paciente. (Conforme a lo señalado en el artículo 4 de la Ley General de Salud)

13. Índice de Pacientes:

Es un registro permanente ordenado en forma alfabética, que identifica a todas las personas, que han sido atendidas en el establecimiento de salud y las relaciona con su historia clínica.

14. Médico Tratante:

Es el médico que toma bajo su responsabilidad la atención de un paciente.

15. Métodos de Archivo de la Historia Clínica:

Son las formas de organizar las Historias Clínicas en el Archivo Clínico.

En el primer nivel de atención, en el caso de establecimientos con población asignada, las carpetas familiares se ordenarán en sectores, los que serán definidos por el propio establecimiento de salud.

15.1 Método Convencional:

Es un método a través del cual las Historias Clínicas o carpetas familiares se archivan en estricto orden numérico ascendente, siguiendo una secuencia consecutiva según el orden de inscripción. Es útil en archivos clínicos con un volumen inferior a 10,000 historias.

15.2 Método Dígito Terminal:

Es un método rápido, seguro y preciso de archivar las Historias Clínicas o carpetas familiares, basado en un principio matemático que asegura una distribución igual, entre 100 secciones.

15.2.1 Método Dígito Terminal Simple:

Es una modalidad del método de archivo dígito terminal en el cual el archivo se divide en 100 secciones que comienza del 00 al 99 y las historias se archivan en la sección correspondiente a los dos últimos dígitos del número y en orden consecutivo. Es aplicable en archivos cuyo volumen de historias es mayor de 10,000 y menor de 100,000.

15.2.2 Método Dígito Terminal Compuesto:

Es un método más complejo. Permite archivar las historias de manera más rápida, segura y precisa. Se divide al Archivo inicialmente en 100 secciones (00 – 99), cada una de las cuales a su vez se subdivide en 100 divisiones. Para archivar una historia clínica se toma como primer elemento los dos últimos números, los cuales constituyen su sección; luego se toman los dos números centrales y se ubica la división dentro de la sección correspondiente. Los dos primeros números sirven para ubicar el orden consecutivo que le corresponde dentro de la división respectiva. Es aplicable en archivos cuyo volumen es mayor de 100, 000 historias.

16. Paciente

Es toda persona sana o enferma que recibe una atención de salud.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

1. Los establecimientos de salud, implementarán la norma de Historia Clínica bajo responsabilidad de los directores o jefes correspondientes.
2. Todo acto médico brindado a los usuarios en los establecimientos será registrado en la Historia Clínica, que constituye el registro primario de cada atención.

3. Las Historias Clínicas deberán estar accesibles al personal autorizado durante el horario de atención del establecimiento.
4. Las Historias Clínicas que se aperturen para registrar las atenciones en consulta externa y hospitalización serán documentos individuales y únicos para cada usuario.
5. El establecimiento queda obligado a entregar copia de la Historia Clínica, incluida la epicrisis, cuando el usuario o su representante legal lo soliciten, en cuyo caso el costo será asumido por el interesado.
6. Para la elaboración de la Historia Clínica, se deberá tener en cuenta el nivel de atención y el tipo de prestación:
 - En el I nivel de atención, en los establecimientos de salud con población asignada, se utilizará la Carpeta Familiar y los formatos según etapas de vida definidas en el documento marco del Modelo de Atención Integral: Niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
 - En el I nivel de atención, en los establecimientos de salud que no tienen población asignada, se utilizarán los formatos relacionados a la prestación en consulta ambulatoria, emergencia y para el caso de internamiento se utilizarán los formatos de hospitalización según corresponda.
 - En el II y el III nivel de atención se utilizarán los formatos relacionados a la prestación en consulta ambulatoria, emergencia y hospitalización.

FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Formatos						
	Etapas de Vida				Tipo de Prestación		
Primer Nivel:	Consulta Externa				Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
	Niño	Adolescente	Adulto	Adulto Mayor			
I 1	x	x	x	x			
I 2	x	x	x	x			x
I 3	x	x	x	x			x
I 4	x	x	x	x		x	x
Segundo Nivel:							
II 1					x	x	x
II 2					x	x	x
Tercer Nivel:							
III 1					x	x	x
III 2					x	x	x

VI.1 ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

VI.1.1 ESTRUCTURA BÁSICA:

1. Identificación del paciente
2. Registro de la Atención de Salud.
3. Información complementaria.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Es la sección o parte de la Historia Clínica que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su Historia Clínica y datos sobre el Establecimiento de Salud.

2. REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

En esta sección se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente, para lo cual el prestador de salud utiliza los formatos para consignar la información de la atención según naturaleza del servicio que presta.

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Corresponde a la sección de información complementaria los resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención, tales como el consentimiento informado, documentos de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros, y otros que se considere pertinente.

VI.1.2 FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

El contenido mínimo de variables que deben estar incluidas en cada formato se especifica a continuación, adicionalmente las Direcciones Regionales de Salud pueden incluir otras variables, dependiendo de la realidad local y de sus necesidades.

Cada Región de Salud estandarizará los formatos a ser utilizados en los establecimientos del ámbito de su jurisdicción, ajustando a sus requerimientos la diagramación y diseño de los mismos.

VI.1.2.1 Formatos Básicos:

1. Formatos en Consulta Externa
2. Formatos en Emergencia
3. Formatos en Hospitalización
4. Ficha Familiar

1. FORMATOS EN CONSULTA EXTERNA:

La elaboración de la Historia Clínica de la consulta externa será diferenciada según el nivel de atención.

Deberá reunir todos los datos relacionados a la atención médica del paciente, los hechos que justifican el

tratamiento anotado en orden cronológico así como los resultados finales.

Las variaciones específicas del contenido de la Historia Clínica están relacionadas con el tipo de atención, según el profesional que realiza la atención, sea de medicina general o de atención especializada.

En los casos de atención obstétrica se usará la Historia Clínica-Perinatal. Básica

FORMATOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN

En la consulta externa, en el I Nivel de atención, se utilizarán los formatos por etapas de vida para los establecimientos de salud que tengan población asignada.

En los establecimientos de salud que únicamente cuenten con técnicos o auxiliares de enfermería, solo recogerán la información en relación a datos generales, antecedentes, seguimiento de riesgos, lista de problemas identificados y el plan de atención integral correspondiente según normatividad vigente, debiendo registrarse en los formatos por etapas de vida. Debe asimismo detallarse el nombre del personal que presta la atención.

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre, acompañante o cuidador.
- Antecedentes personales: antecedentes perinatales, patológicos, alimentación.
- Antecedentes familiares
- Esquema de vacunación
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
- Datos en el triaje: signos vitales, descarte de signos de alarma.
- Anamnesis: motivo de consulta, forma de inicio, tiempo de enfermedad.
- Preguntas sobre problemas frecuentes en la infancia.
- Evaluación sobre la alimentación actual.
- Examen físico
- Diagnóstico, incluyendo diagnóstico nutricional

- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos, que son los mismos para todos los formatos por etapas de vida:

- Fecha y hora
- Edad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre o acompañante o cuidador.
- Antecedentes personales: perinatales, crecimiento, desarrollo, vacunas, patológicos
- Antecedentes familiares
- Antecedentes psicosociales
- Salud sexual y reproductiva
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico

- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación u oficio, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, DNI del acompañante.
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Alergia a medicamentos
- Sexualidad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo:
diferenciada por sexo

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI y parentesco del familiar o cuidador responsable.
- Antecedentes personales y familiares
- Alergia a medicamentos
- Valoración geriátrica: valoración funcional, estado cognitivo, estado afectivo, estado socio-familiar.
- Categorías del adulto mayor
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo

FORMATO DE CONSULTA EXTERNA EN EL II Y III NIVEL

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha y hora de la atención
- Número de Historia Clínica
- Nombre y apellidos del paciente
- Enfermedad Actual: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas y signos principales, funciones biológicas
- Antecedentes: personales y familiares
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional
- Diagnóstico
 - Diagnóstico motivo de consulta o de daño, para lo cual se utilizará el CIE-10.
 - Dependiendo si se confirma el diagnóstico, será:
 - Diagnóstico presuntivo
 - Diagnóstico definitivo
 - Diagnóstico de discapacidad o estado funcional

- Otros diagnósticos, según el caso lo requiera o corresponda:

- Diagnóstico de riesgo.
- Diagnóstico nutricional
- Diagnóstico de Salud Mental.
- Diagnóstico de causa externa de morbilidad
- Otros
- Plan de Trabajo
- Exámenes de ayuda diagnóstica
- Procedimientos especiales
- Interconsultas
- Referencia a otro establecimiento
- Tratamiento
- Fecha de la próxima cita
- Nombre y apellido, número de colegiatura, firma y sello del Médico Tratante o del Profesional que realiza la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos:

- Fecha y hora de la evolución
- Síntomas y signos más importantes.
- Diagnóstico anterior
- Tratamiento recibido.
- Resultado del tratamiento.
- Evaluación.
- Diagnóstico y nuevo tratamiento.
- Próxima cita.

2. FORMATOS EN EMERGENCIA

Toda atención de emergencia debe ser registrada en la Historia Clínica, siendo responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016-2002/SA.

El Contenido mínimo del formato de atención es:

- Fecha y hora de atención.
- Filiación
- Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta
- Antecedentes
- Examen físico
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico presuntivo
- Plan de Trabajo
- Terapéutica y seguimiento
- Firma, sello del médico tratante

Debe incluirse también:

- Hoja de consentimiento informado de ser el caso

- Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso
- Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica

3. FORMATOS EN HOSPITALIZACIÓN

En los establecimientos de salud del primer nivel de atención que cuentan con servicios de internamiento, se utilizará la estructura del formato de hospitalización.

ANAMNESIS

En la anamnesis se consignan los siguientes datos:

- Fecha y hora de la atención.
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso y relato de la enfermedad, funciones biológicas
- Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos
- Antecedentes familiares

EXAMEN CLÍNICO:

Los datos deben anotarse de acuerdo con la siguiente secuencia:

- Controles vitales
- Examen general: aspecto general, examen de piel y faneras, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, aparato locomotor.
- Examen regional: cabeza, cuello, tórax y pulmones, mamas, aparato cardiovascular, abdomen, aparato genito urinario, sistema nervioso.

Si por alguna razón se omite una parte del examen físico, deberá anotarse el motivo por el cual no se realiza.

DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico(s) presuntivo(s) o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión
- Diagnóstico(s) definitivo(s).
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.

TRATAMIENTO

- Fecha y hora
- Indicaciones terapéuticas prescritas: dieta, cuidados de enfermería que sean considerados necesarios, medicamentos consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura

PLAN DE TRABAJO

- Exámenes auxiliares: laboratorio e imagenología
- Pruebas especiales
- Interconsultas
- Procedimientos médicos
- Procedimientos quirúrgicos

Debe registrarse la fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta.

EVOLUCIÓN

La frecuencia con que se escriben las notas de evolución es de al menos una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora.
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación y comentario
- Decisiones
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico.

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO

- Nombre del establecimiento
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso, en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- El texto deberá expresar que el paciente o su representante legal autoriza la hospitalización o internamiento y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que se consideren oportunas y que no precisen de un consentimiento informado por escrito.
- Firma del paciente o su representante legal, huella digital si fuera analfabeto y DNI.
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización

EPICRISIS:

Debe ser preparado por el médico al egreso del paciente. Debe resumir el cuadro clínico que presentó el paciente en la atención recibida.

Contiene la siguiente información:

- Fecha y hora de ingreso.
- Servicio.
- Número de cama.
- Diagnóstico de ingreso.

- Resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de los análisis, estudios e interconsultas realizadas y del tratamiento prescrito.
- Procedimientos terapéuticos y procedimientos diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- Complicaciones
- Fecha del egreso, hora del egreso, estadía total.
- Tipo de alta, condición de egreso, pronóstico al alta.
- Diagnóstico de egreso: diagnóstico principal y secundarios con sus respectivos códigos
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizó necropsia y causas de muerte.
- Nombres y Apellidos, firma, sello del médico consignando el número de su colegiatura.

EPICRISIS MATERNO PERINATAL

Contiene además de los datos descritos en la epicrisis general anterior:

- Información sobre el nacimiento y muerte fetal/perinatal si fuera el caso.

4. FICHA FAMILIAR

La primera hoja de la ficha familiar corresponde a la carátula de la carpeta familiar, esta contiene datos de identificación del establecimiento, el N° de ficha familiar y la dirección de la familia.

El contenido mínimo de la ficha es el siguiente:

- Dirección Regional de Salud
- Red/Microrred de Salud
- Establecimiento de salud
- N° de Ficha Familiar
- Dirección de la vivienda
- Calificación para el Seguro Integral de Salud (MINSA)
- Tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud
- Idioma predominante
- Datos de las visitas domiciliarias: fecha, responsable resultado
- Datos de los integrantes del hogar: nombre y apellido, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, seguro médico, movimientos migratorios,
- Familiograma
- Riesgos familiares
- Datos para la definición de riesgo como grupo familiar
- Datos de vivienda y entorno
- Seguimiento de problemas identificados

VI.1.2.2 Formatos Especiales:

Representan el resto de formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/filiación, solicitud de exámenes auxiliares, Interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de Seguros: SIS y SOAT entre otros

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN/FILIACIÓN

Se usa en el II y III Nivel de Atención de salud. En el primer nivel los datos contenidos en este formato, se encuentran en la Ficha Familiar.

El contenido mínimo es el siguiente:

- Nombre del establecimiento
- Código del establecimiento (Si corresponde)
- Categoría del establecimiento
- Número de Historia Clínica
- Nombres y apellidos del paciente
- Lugar de nacimiento.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Domicilio actual.
- Domicilio de Procedencia.
- Teléfono.
- Documento de identificación (DNI, Carné de extranjería).
- N° de seguro social, SIS, SOAT.
- Estado civil
- Grado de instrucción.
- Ocupación.
- Religión.
- Nombre de la persona acompañante o responsable
- DNI de la persona acompañante o responsable
- Domicilio de la persona acompañante o responsable
- Parentesco de la persona acompañante o responsable
- Teléfono de la persona acompañante o responsable

NOTAS DE ENFERMERÍA:

Contiene:

- Notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones vitales.
- Funciones biológicas.
- Estado general.
- Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado.

- Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma

HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS O KARDEX:

Contiene:

- Nombre y apellido del paciente
- N° de Historia Clínica
- Nombre del medicamento suministrado.
- Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó.
- Las horas diarias en que se administra.
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.

GRÁFICA DE SIGNOS VITALES:

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Número de Historia Clínica
- Servicio y N° de cama
- Temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente

HOJA DE BALANCE HIDRO-ELECTROLÍTICO:

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Fecha
- Peso
- Registro de ingresos y egresos, según turnos y el total del día
- Número de cama
- Servicio
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura

FORMATO DE INTERCONSULTA

Es un formato que deberá constar con dos secciones:

La solicitud de la Interconsulta

- Datos de Filiación del paciente.
- Breve resumen de enfermedad actual y examen clínico.
- Motivo de la interconsulta.
- Diagnóstico presuntivo.
- Fecha y hora de la solicitud.
- Nombres y apellidos, cargo y firma del profesional solicitante.

El informe de Interconsulta

- Descripción de los hallazgos.
- Exámenes y/o procedimientos realizados.
- Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y recomendaciones.
- Nombres y apellidos, cargo, firma y colegiatura del profesional que realiza la atención.
- Fecha y hora de la respuesta.

ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, Servicio, N° cama)
- Diagnóstico del paciente
- Procedimiento quirúrgico
- Fecha de solicitud
- Fecha de programación
- Nombres y apellidos del médico cirujano
- Nombres y apellidos del 1er ayudante
- Grupo sanguíneo
- Hemoglobina
- Tipo de anestesia prevista
- Firma y sello del médico cirujano
- Firma y sello del jefe del servicio o del departamento

INFORME QUIRÚRGICO:

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo.
- Servicio, N° cama.
- Tipo de anestesia empleada.
- Duración. Fecha y hora de inicio y término.
- Operación Programada y operación efectuada.
- Diagnóstico pre y post-operatorio.
- Hallazgos operatorios.
- Descripción de la técnica o procedimiento utilizado.
- Incidencias o complicaciones ocurridas durante la intervención quirúrgica.
- Identificación de cirujanos, anestesiólogos, instrumentistas y circulantes.
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano.
- Indicación de sí se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención.
- Nombre, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.

FORMATOS DE ANESTESIA:

Deberá incluirse el resumen del reconocimiento pre-operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes,

durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté bajo responsabilidad del anestesiólogo.

Hoja de preanestesia, debe contener como mínimo:

- Datos de identificación del paciente: nombre y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama
- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia.
- Resumen de la enfermedad actual asociada, tratamiento actual y otros datos que pudieran influir en la elección de la anestesia.
- Datos importantes del examen físico
- Tipo de anestesia prevista.
- Riesgo anestesiológico
- conclusiones
- Fecha, firma y sello del anestesiólogo.

Hoja de anestesia, su contenido mínimo será:

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama)
- Diagnóstico pre operatorio e intervención quirúrgica
- Medicación pre anestésica utilizada
- Resumen de la valoración pre- operatoria
- Hora de comienzo y finalización de la anestesia
- Descripción de la técnica anestésica
- Medicación administrada, indicando presentación, dosis, frecuencia vía y momento de administración.
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del Paciente
- Balance hídrico
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención
- Fecha, firma y sello del anestesiólogo responsable de la intervención

Hoja de post anestesia, debe contener como mínimo:

- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama
- Fecha, hora de ingreso y hora de egreso
- Registro del control de funciones vitales monitorizadas
- Condición de ingreso
- Anotaciones referentes al seguimiento del estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas.
- Balance hídrico
- Tratamiento administrado
- Condición de egreso
- Firma y sello del profesional

FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BÁSICA

Para el registro de la atención materna perinatal se utilizará el Formato de la Historia Clínica Perinatal Básica, HCPB elaborada por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS, pudiendo además usarse los demás formatos complementarios propuestos por el CLAP, según corresponda al nivel de complejidad del establecimiento.

El Formato de la HCPB contiene los siguientes datos:

- Datos de identificación de la paciente, edad y caracterización socio cultural
- Antecedentes personales, obstétricos y familiares
- En el sector embarazo contiene datos y exámenes que deben ser anotados y recordados en cada control prenatal
- En el sector parto o aborto, incluye la información básica para el control del periodo de dilatación, así como los datos más importantes del parto y alumbramiento
- En el sector recién nacido, incluye los datos fundamentales del examen que deberá realizarse a todo neonato y el tipo y nivel de cuidado requerido
- En el sector puerperio, contiene datos de control de la puerpera
- Egreso del recién nacido, contiene la fecha de egreso, condición y diagnóstico de egreso e identificación del responsable de la atención
- Egreso materno, contiene la fecha de egreso, condición y diagnóstico de egreso, además datos de contracepción
- identificación del responsable de la atención

FORMATO DE PARTOGRAMA

Formato complementario de la Historia Clínica Perinatal del CLAP, en donde se grafica la evolución del trabajo de parto
Contiene los siguientes datos:

- Nombres y apellidos del paciente
- Número de Historia Clínica
- Fecha y Hora de inicio del trabajo de parto
- Posición fetal
- Paridad
- Características de las membranas
- Gráfico para la construcción de la línea de alerta incluye datos de dilatación cervical, horas reales, planos de Hodge y variedad de posición, frecuencia de las contracciones, rotura de membranas.
- Datos de presión arterial, pulso y posición materna, intensidad y duración de las contracciones.

NOTAS DE OBSTETRICIA:

Contiene:

- Nota de ingreso; consignar la fecha, la hora y el estado en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones vitales
- Funciones biológicas
- Estado general
- Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado.
- Debe anotarse en los tres turnos: Mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora, nombre y apellidos del profesional de obstetricia, número de su colegiatura, firma y sello

FICHAS ESTOMATOLÓGICAS

Ficha estomatológica del niño

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Centro educativo, grado y sección
- Evaluación Odontológica
- Odontograma inicial y final
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Estado clínico de higiene dental
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha Estomatológica del adolescente, adulto y adulto mayor

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Evaluación odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Índice de higiene oral simplificado
- Índices de Placa Blanda y Placa Calcificada
- Estado de higiene
- Riesgo estomatológico

- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha estomatológica de la gestante

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Semana de gestación
- Evaluación Odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Índice de higiene oral simplificado
- Índice de hemorragia gingival
- Estado de higiene
- Uso de cepillo
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

FORMATO DE LABORATORIO

Son dos tipos de formatos: uno de solicitud de examen y otro de informe de resultados.

a. La solicitud del examen

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° de Historia Clínica, consultorio ó N° de cama y servicio.
- Breve historia clínica en el caso de estudios especiales y cultivos
- Diagnóstico presuntivo.
- Nombres y apellidos del médico solicitante con firma, sello y colegiatura
- Fecha y hora de solicitud del análisis.
- Fecha y hora de toma de muestra N° de registro del procedimiento

El Formato contendrá todos los exámenes que se ejecuten en el laboratorio, de acuerdo al nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítems para marcar el examen requerido.

b. El informe de laboratorio

- Datos del paciente. Nombres, edad, sexo, número de HC, consultorio ó N° de cama y servicio.
- Fecha y hora de emisión de resultado
- Los resultados serán emitidos por el área respectiva en formatos separados
- El formato contendrá los resultados del paciente y los valores normales según metodología utilizada.

- Firma, sello y N° de colegio profesional del ejecutor.
- Firma, sello y N° de colegio del médico que avala los resultados.

INFORME DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Son dos tipos de formatos: uno de solicitud del examen y otro de informe de resultados

a. La solicitud del examen

- Datos del paciente Nombres, apellidos, edad, sexo, número de HC, consultorio, N° de cama y servicio.
- Breve historia clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Nombres y apellidos del médico solicitante con firma, sello y colegiatura.
- Fecha y hora de solicitud del examen.

El formato contendrá todos los procedimientos que se ejecuten en el servicio según nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítems para marcar el examen requerido

b. El informe del examen

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° de Historia Clínica, consultorio, ó N° de cama y servicio.
- N ° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegio profesional del que elabora el informe.
- Fecha y hora de ejecución del informe.

FORMATO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Deberá contar con dos secciones:

a. La solicitud del examen

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° Historia Clínica, consultorio ó N° de cama de hospitalización y servicio.
- Breve resumen de historia clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha y hora de solicitud del análisis.
- Fecha y hora de toma de muestra
- N° de registro del procedimiento
- Nombres y apellidos, cargo y firma, sello y colegiatura del profesional solicitante.

El Formato contendrá todos los exámenes que se ejecuten en el laboratorio, de acuerdo al nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítem para marcar el examen requerido

b. El informe de Anatomía Patológica

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° Historia Clínica, consultorio ó N° de cama de hospitalización y servicio.
- N° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegio profesional del que elabora el informe.
- Fecha y hora de ejecución del informe.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

En el caso de tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato cuyo contenido se describe en la presente norma. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.

En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal.

El formato de consentimiento informado será de uso estandarizado obligatorio a nivel nacional y deberá contener lo siguiente:

- Nombre del establecimiento de salud
- Fecha
- Nombres y apellidos del paciente
- N° de Historia Clínica
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento especial a efectuar
- Descripción del mismo en términos sencillos
- Riesgos personalizados, reales y potenciales del procedimiento y/o de la intervención quirúrgica.
- Nombres y apellidos del profesional responsable de la intervención o procedimiento
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y N° de DNI. En caso de analfabetos se coloca su huella digital
- Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la atención
- Consignar un espacio para caso de revocatoria del consentimiento informado, donde se exprese esta voluntad con nombres, apellidos, firma y huella digital del paciente, o representante legal de ser el caso.

FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO

- Nombre del establecimiento de salud

- Fecha
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- El texto deberá expresar que se informó al paciente, o sus representantes legales, sobre los riesgos que implica la decisión de retiro contra la indicación del médico y se precise el descargo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al establecimiento de salud
- Nombre y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del médico que dio información sobre los riesgos que implica el retiro del paciente.
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el alta en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y N° DNI.

FORMATO DE REFERENCIA

De acuerdo a la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Deberá tener la siguiente información:

- Fecha, hora
- Identificación del establecimiento de origen.
- identificación del establecimiento destino.
- Datos sobre aseguramiento: tipo de seguro, N° de seguro, planes de atención
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, edad, dirección
- N° de Historia Clínica
- Resumen de la Historia Clínica.: anamnesis, examen físico, examen auxiliares, diagnostico y tratamiento.
- Datos de la referencia: coordinación de la referencia, UPS de destino, especialidad de destino,
- Condiciones del paciente al inicio del traslado
- Nombre firma y sello del responsable de la referencia
- Nombre firma y sello del responsable del establecimiento
- Nombre firma y sello del personal que acompaña
- Nombre firma y sello del personal que recibe
- Condiciones del paciente a la llegada al establecimiento destino de la referencia

FORMATO DE CONTRARREFERENCIA

De acuerdo a las Norma del Sistema de Referencia y Contrarreferencia vigente.

Debe tener la siguiente información:

- Fecha, hora
- Identificación del establecimiento que contrarrefiere.
- Identificación del establecimiento destino de la contrarreferencia

- Datos sobre aseguramiento: tipo de seguro, N° de seguro, planes de atención
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, edad, dirección
- N° de Historia Clínica
- Resumen de la historia clínica: fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, tratamiento y/o procedimientos realizados, se adjuntar informes y reportes de procedimientos
- Datos de la contrarreferencia: origen de la referencia, calificación preliminar de la referencia, UPS que ordena la contrarreferencia, especialidad que ordena la contrarreferencia,
- Recomendaciones e indicaciones para el seguimiento
- Condición del usuario contrarreferido
- Responsable de la contrarreferencia: nombre, N° de colegiatura, firma y sello.

VI. 2 PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Técnico – Administrativo.
- Técnico – Asistencial.

VI. 2.1 PROCESO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO.

1. APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La apertura de la Historia Clínica se realizará a todo paciente que llega por primera vez al establecimiento de salud, previa verificación que no cuenta con historia anterior.

A cada usuario que se le apertura una Historia Clínica, se le asignará un número, el cual lo identificará y deberá ser registrado en toda documentación que se genere. Dicha numeración es correlativa, permanente, única en el establecimiento y continua (no se inicia nueva serie con cada año), nunca se usará de nuevo los números de historia de usuarios fallecidos o cuyas historias hayan sido totalmente depuradas.

Con la apertura de la Historia Clínica, se generará un carné de identificación/citas y una tarjeta índice física y/o en medio magnético.

En los establecimientos del primer nivel de atención se aperturará Historia Clínica a todos los recién nacidos. En el II y III nivel de atención, solo se aperturará ésta a los recién nacidos con patología; la documentación e información clínica de los recién nacidos normales o de los natimueitos serán archivados en la Historia Clínica de la madre.

2. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO.

Las Historias Clínicas se conservarán en forma ordenada, accesible.

El archivo de Historia Clínica será centralizado, dividido en un archivo activo y uno pasivo. Adicionalmente, previa autorización de la jefatura del establecimiento de salud, se podrá implementar el archivo de Historias Clínicas especiales, dicho archivo funcionará en ambientes físicos separados y contendrá Historias Clínicas que por su contenido son potencialmente de implicancia médico legal, debiendo estar foliadas.

Es responsabilidad de la Unidad de archivo del establecimiento, implementar este archivo especial, evitar su deterioro, manipulación y/o alteración de las mismas.

Los establecimientos de salud que cuenten con menos de 10,000 Historias Clínicas deberán usar el método convencional para archivar sus historias.

Los establecimientos de salud que cuenten entre 10,000 y 100,000 Historias Clínicas usarán el método dígito terminal simple

Los establecimientos que cuenten con más de 100,000 historias clínicas usarán el método dígito terminal compuesto.

Las historias en el archivo pasivo y en archivo especial, de ser el caso, se archivarán según el mismo método que se usa en el archivo activo.

En el I nivel de atención en los establecimientos con población asignada, las Historias Clínicas se archivan teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido por el establecimiento de salud.

3. CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA.

Los establecimientos de salud, tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso.

El responsable de la unidad de archivo se encargará de la custodia de las Historias Clínicas en el establecimiento de salud, cuando éstas permanezcan fuera del archivo, corresponde su custodia y conservación a la persona que solicitó la salida y de forma subsidiaria al responsable del servicio asistencial o administrativo al que pertenezca.

El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo activo será de cinco años, considerando la fecha de última atención al paciente, debiendo trasladarse al archivo pasivo en forma regular y permanente, al pasar al archivo pasivo las historias conservarán su número original.

El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo pasivo será de 15 años, considerando la fecha de traslado del archivo activo al pasivo.

Si durante este periodo de conservación en el Archivo Pasivo el usuario solicitase atención, su historia se retirará del Archivo Pasivo y se incorporará al Archivo Activo.

Toda Historia Clínica utilizada para el registro de atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia, etc. deberá devolverse al Archivo correspondiente, inmediatamente después de concluida la atención o trámite respectivo.

4. CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO A LA HISTORIA.

El paciente tiene derecho a que se le entregue a su solicitud copia de la epicrisis y de su Historia Clínica. (Ley General de Salud artículo 15º inciso i)

Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su Historia Clínica, con las excepciones que la ley establece (Ley General de Salud artículo 15º inciso b, artículo 25º).

La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos de herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguido de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, deberá ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento. (Ley General de Salud artículo 25º y 30º)

En los casos de entrega de información a terceros, se debe tener por escrito la autorización del paciente. Esto no se aplica a la información que el establecimiento tiene la obligación legal y administrativa de proporcionar.

La autorización deberá incluir

- El nombre del hospital que deberá brindar la información.
- El nombre de la persona o institución que deberá recibir la información
- El nombre completo del paciente, su fecha de nacimiento y dirección.

- El propósito para el cual se requiere la información.
- La naturaleza de la información que se desea y la magnitud que abarca.
- La fecha en que se firmó la autorización
- La firma del paciente o del familiar responsable.

La autorización debidamente firmada, se conservará en la Historia Clínica.

El establecimiento de salud brindará copia o transcripción de la información de la Historia Clínica, cada vez que la autoridad judicial lo solicite, cuando ésta solicite la Historia Clínica en su forma original, el responsable de su traslado y devolución será el jefe de Estadística e Informática o a quien designe el jefe del establecimiento.

Todo establecimiento de salud deberá proveer los recursos necesarios para asegurar la confidencialidad de los datos registrados en la Historia Clínica y el acceso sólo al personal debidamente autorizado.

5. DEPURACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.

La depuración del archivo de Historias Clínicas deberá ser un proceso constante, debiendo evaluarse anualmente el movimiento de las historias.

Después de 15 años de inactividad de la historia en el archivo pasivo, se procederá a su destrucción selectiva, para aquellos casos con episodios de hospitalización y destrucción total para aquellos casos que sólo tengan consultas externas.

Para el caso de la depuración selectiva se conservará de manera definitiva en forma original o en medio magnético los siguientes formatos:

- Hojas de consentimiento informado.
- Hojas de retiro voluntaria.
- Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
- Informes de anestesia.
- Informes de exploraciones complementarias.
- Epicrisis.
- Informes de necropsia.
- Hoja de evolución y de planificación de cuidados de enfermería.

El proceso de destrucción parcial o selectiva de Historias Clínicas del primer nivel, deberá ser avalado por el Comité de Historias Clínicas de la Dirección Regional de Salud, para el I nivel, y para los niveles II y III por el Comité de Historias Clínicas del Hospital. Registrando este acuerdo en un Acta, así como la lista de Historias Clínicas depuradas.

En caso de que los pacientes demanden atención de salud posterior a la destrucción de su historia clínica, los formatos conservados serán los documentos que reinicien su Historia Clínica manteniendo el número asignado originalmente.

6. PROPIEDAD DE HISTORIA CLÍNICA.

La Historia Clínica y la base de datos, es de propiedad física del establecimiento de salud.

La información contenida en la historia es propiedad del paciente, por lo tanto tiene derecho a ella, según lo estipula la Ley General de Salud

El personal asistencial que elabora la historia clínica tiene derecho de propiedad intelectual respecto a dicho documento.

En caso de cierre de un establecimiento de salud, el Comité de Historias Clínicas que corresponda según nivel de atención, tomará la decisión sobre el destino de todas las Historias Clínicas.

VI. 2.2 PROCESO TÉCNICO – ASISTENCIAL.

1. ELABORACIÓN Y REGISTRO.

- Todo acto médico debe estar sustentado en una Historia Clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente. (artículo 29º de la Ley General de Salud)
- Los registros de los diagnósticos serán de acuerdo a la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE 10 vigente.
- El registro de los procedimientos de acuerdo al CPT actual.
- Todas las anotaciones contenidas en la Historia Clínica deberán ser objetivas, con letra legible y utilizando sólo las abreviaturas o siglas aprobadas por el establecimiento.
- Los errores en la Historia Clínica se corregirán trazando una línea sobre el error y anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable, y consignando el fundamento de la corrección.
- Cada anotación realizada por estudiantes, internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud deberá ser refrendada con la firma y sello de los profesionales asistentes responsables.
- Todas las anotaciones en la Historia Clínica deberán ser fechadas y firmadas por quién realice el acto médico, consignándose claramente, el nombre y apellido, el número de Colegio Profesional y sello.
- Los profesionales no médicos que tengan que efectuar anotaciones en la Historia Clínica lo harán en las condiciones arriba señaladas.

- Toda hoja de la Historia Clínica deberá ser identificada con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, en lugar uniforme y de fácil visibilidad. En el caso de pacientes hospitalizados se registrará además el servicio y el número de cama.

2. ORDEN DE LOS FORMATOS

El orden debe ser según una secuencia lógica a partir de los procesos de atención en las diversas unidades productoras de salud.

En los casos de hospitalización se puede tener un orden funcional, mientras esté el paciente hospitalizado, que es distinto al que se sigue una vez que el paciente haya egresado.

Cada Dirección Regional de Salud establecerá por escrito la secuencia en que debe ordenarse los formatos de la Historia Clínica.

3. USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

USO

La Historia Clínica tiene como principal uso:

- Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente
- Servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente
- Proporcionar información para usos de investigación y docencia
- Contribuir al sistema de información proporcionando datos para la programación, y evaluación de actividades de salud local, regional y nacional
- Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del establecimiento de salud y del personal de salud

USO EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

- Las historias solicitadas para fines de docencia e investigación deberán ser revisadas en los ambientes de la unidad de archivos, para lo cual establecerá y comunicará a los interesados los mecanismos para la solicitud, entrega y devolución de dichas historias.
- La información obtenida de la Historia Clínica se consignará de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad.
- Las personas que desean hacer uso de las Historias Clínicas para fines de investigación, deberán contar con la autorización escrita del director del establecimiento de salud (o de la persona a la que él delegue esta responsabilidad). Así mismo, deberá indicar el tipo de investigación que ha de realizar, incluyendo un protocolo del mismo en la solicitud de autorización.

MANEJO

- Para la atención a los usuarios, tanto en consulta externa como en hospitalización, las Historias Clínicas deberán ser solicitadas al Responsable de la Unidad de Archivo por la enfermera o personal técnico de enfermería de dichos servicios.
- Todas las historias que salgan del archivo o que vayan directamente (en caso de los usuarios nuevos) a consulta externa deberán ser devueltas el mismo día de la atención con excepción de los pacientes que hayan sido hospitalizados.
- Toda retención por causa absolutamente justificada, deberá ser reportada por escrito ese mismo día a la unidad de archivo, precisando el motivo y la fecha de devolución.
- Está prohibido guardar Historias Clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal.
- Las Historias Clínicas se guardaran siempre dentro del servicio de archivo, cuando no están siendo utilizados en la atención del paciente.
- Las historias de pacientes hospitalizados deberán ingresar a la unidad de archivo en un plazo no mayor a las 48 horas del alta, con su epicrisis respectiva, para el procesamiento de la misma (compaginación, codificación, indización, preparación de informes estadísticos, etc.).
- Las historias solicitadas por el Servicio de Emergencia deberán ser devueltas dentro de las 24 horas siguientes, salvo que el paciente permanezca en sala de observación o haya sido hospitalizado.
- Los formatos de atención de emergencia deberán ser incorporadas a la Historia Clínica.
- Las historias entregadas a los diferentes Departamentos o Servicios para informes médicos que requieran de opinión especializada o para auditorías médicas, deberán ser devueltas al archivo en un plazo no mayor a 72 horas.
- Toda Historia Clínica que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo diferenciado (color y/o tamaño), de manera tal, que permita el seguimiento de cada historia y agilice su archivo cuando sea devuelta.
- Toda historia que se retira de su lugar en el archivo para cualquiera de sus diferentes usos, deberá necesariamente ser registrada en los formatos que establezca la unidad de archivo; de manera tal, que quede consignada la salida, la recepción por los diferentes “usuarios” internos y su posterior devolución, con las firmas respectivas. Estos formatos podrán ser destruidos luego de la devolución del total de las historias registradas.

4. CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La evaluación técnica de la Historia Clínica consta de dos partes. Análisis cuantitativo y análisis cualitativo.

EL ANÁLISIS CUANTITATIVO

Es la revisión de la Historia Clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajusta a la presente norma y a las establecidas por el Comité de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Salud según corresponda. Es responsabilidad de la unidad de archivo realizar este análisis.

EL ANÁLISIS CUALITATIVO.

Es la revisión de la Historia Clínica para asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores.

5. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

Los establecimientos de salud podrán optar por el uso de la Historia Clínica Informatizada, debiendo sujetarse a la presente norma.

El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica para uso de la Historia Clínica, deberá contar con las garantías que aseguren su autenticidad, integridad y conservación indefinida.

El Sistema de Historia Clínica Informatizada antes de su implementación deberá estar acreditado por las Direcciones Regionales de Salud correspondientes

El diseño, desarrollo e implementación de la Historia Clínica informatizada, debe tener en consideración el uso de los datos, procesos y metodologías estandarizadas a través de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA (Directiva 001-2002 – OEI y Resolución Ministerial 608-2002-SA/DM del 27 de diciembre del 2002)

El Sistema de Historia Clínica Informatizada deberá ser periódicamente auditado para garantizar la calidad de esta herramienta.

La Historia Clínica Informatizada deberá contar con:

- Base de datos relacionados.
- Estructura de datos estandarizado
- Control de acceso restringido – Privilegio de accesos
- Sistema de copias de resguardo
- Registro informatizado de firmas de usuarios.(debe ajustarse a lo establecido en la Ley N° 27269 Ley de firmas y Certificados Digitales y su Reglamento)
- Simultaneidad de accesibilidad
- Confidencialidad

- Recuperabilidad
- Inviolabilidad de los datos que constituyen la Historia
- Debe soportar la auditoria
- Debe permitir la secuencialidad de las atenciones
- Debe permitir la impresión

VII. RESPONSABILIDADES

El cumplimiento de la presente Norma Técnica es de responsabilidad de las autoridades sanitarias competentes de las dependencias del Ministerio de Salud, así como de los establecimientos de salud privados.

Comité de Historias Clínicas

Es responsabilidad de éste comité:

- Garantizar la buena calidad de la Historia Clínica en el establecimiento de salud
- Recomendar normas sobre el contenido de la Historia Clínica
- Velar por el cumplimiento de las normas y el adecuado llenado de la historia clínica.
- Asegurar que se están usando las técnicas más convenientes para archivar, clasificar y conservar las Historias Clínicas.
- Presentar a la Dirección recomendaciones sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de la Historia Clínica.
- Servir de enlace entre la Unidad de archivo y el equipo de salud.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

La implementación de la presente norma deberá ser acompañada por actividades de capacitación e información al personal de los establecimientos de salud.

El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma será sancionado de acuerdo a las disposiciones administrativas existentes, a la Ley General de Salud y al Código de Ética y Deontología Profesional, sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.

En los establecimientos de salud del Ministerio de Salud el proceso de implementación es responsabilidad de las Direcciones Regionales y de las Direcciones de los establecimientos de III nivel.

En los establecimientos de salud de otras instituciones del sector público y privado, el proceso de implementación se realizará según la planificación y programación de las mencionadas instituciones.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- El Departamento de Registros Médicos: guía para su organización. Serie Paltex N° 19- Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1990.
- Sistema Informático Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-OPS/OMS. Publicación N° 1203. Uruguay. Enero 1990
- Registros Médicos y de Salud. Módulos de aprendizaje. Serie Paltex N° 17- Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1991.
- El servicio de admisión y documentación clínica Manual de Gestión Hospitalaria, Madrid 1992.
- Manual de Normas de Organización y Funciones para los Servicios de Registros Médicos y Estadística - Escuela Nacional de Salud Pública - 1994.
- Directiva sobre el uso, manejo, conservación y depuración de historias clínicas en los centros asistenciales del Instituto Peruano de Seguridad Social. Resolución de Gerencia General N° 436 - GG - IPSS - 97 y Directiva 007- GG - IPSS - 097 del 11 de abril de 1997
- Documento de trabajo. Propuesta de decreto sobre normas reguladoras de la evaluación, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias. Comunidad autónoma del país Vasco. 1997
- La Historia Clínica. Plan de Formación en Responsabilidad legal profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario. Marco Aulló Chávez y Santiago Pelayo Pardos. 1998.
- Acto Médico. Seminario Nacional. Ministerio de Salud. Octubre 1998.
- Gestión de Pacientes en el Hospital. Horencio López Domínguez. Madrid 1997.
- Documento de Trabajo de la Sociedad Española de Informática de Salud. 1999.
- Normas para el Manejo de la Historia Clínica. Ministerio de Salud. Colombia. Julio 1999.
- Manual de Procedimientos de Admisión Integral en Establecimientos del Primer Nivel de Atención. Proyecto de Salud y Nutrición Básica. 2000.
- Ley Reguladora del Consentimiento Informado y la Historia Clínica de los pacientes. Comunidad Autónoma de Galicia. España. Mayo del 2001.
- Documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana. Octubre del 2001.
- Evaluación del Registro de Consentimiento y el nivel de información recibida por los pacientes, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren- EsSalud. Dr. Edgard Ruelas, Dra. Diana Fuentes, Dr. William Campos, Dr. Jesús Cabrejos, Dra. Yessenia García. Junio-Agosto del 2003
- Reglamento de Uso de la Historia Clínica. País Vasco, España. Julio del 2003.
- Ley Derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana. España. Enero 2003.
- Sistema Informático Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-OPS/OMS. Simini F, Diaz Rosello JL, Rubino MF. Uruguay Julio 2003.

X. ANEXOS:

Anexo 01: Ficha Familiar

Anexo 02: Formato de Atención Integral del Niño

Anexo 03: Formato de Atención Integral del Adolescente

Anexo 04: Formato de Atención Integral del Adulto

Anexo 05: Formato de Atención Integral del Adulto Mayor

Anexo 06: Fichas Estomatológicas

Anexo 07: Formato de Identificación

Anexo 08: Formatos de Epicrisis

Anexo 09: Formato de Consentimiento Informado

Anexo 01

FICHA FAMILIAR

Anexo 02

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

Anexo 03

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Anexo 04

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

Anexo 05

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

Anexo 06

FICHAS ESTOMATOLÓGICAS

Anexo 07

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN

Anexo 08

FORMATOS DE EPICRISIS

Anexo 09

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO