



MINISTERIO DE SALUD

Normativa – 004 Segunda Edición

NORMA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y MANUAL PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Managua, Junio de 2013

N
WX
39
0274
2013

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. **Normativa 004: Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual de Procedimientos para el Manejo del Expediente Clínico**/Dirección Superior de Ministerio de Salud. Managua: MINSAL, 2 ed. mar. 2013

119 p.; ilus; tab

(Contiene acuerdo ministerial No.525--2013)

1. Control de Formularios y Registros-normas
2. Sistema de Información
3. Historia Clínica- normas
4. Calidad de la Atención-normas
5. Resguardo de Expediente Clínico (descriptor local)
6. Regulación de las Práctica Médicas de Enfermería (descriptor local)
7. Documento Técnico Médico Legal (descriptor local)
8. Registro de Información (descriptor local)
9. Manejo de Archivos (descriptor local)

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud
© MINSAL. 2013



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 527-2013

ACUERDO MINISTERIAL
No. 527 - 2013

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su Arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: "b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Arto. 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 527-2013

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Arto. 2, Órgano Competente, y Artículo 4, Rectoría establece que: "Arto. 2.- El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."; Arto. 4, Rectoría.- "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales".

V

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" en el Arto. 7, numerales 33 y 34, establece: "Arto. 7.- Son competencias y atribuciones del MINSA: "33.- Definir y coordinar la organización y funcionamiento de los sistemas de información en relación con las personas que son beneficiarias del sector salud y las instituciones que manejan sus recursos, con el objeto de poder realizar los principios consagrados en la Ley; 34.- Coordinar el diseño, operación, utilización y actualización que se requiera para el correcto funcionamiento de un sistema de vigilancia y evaluación epidemiológica. A fin de mantener un adecuado control tanto epidemiológico como asistencial del país, todos los establecimientos de salud, públicos, privados u ONGs están obligados a mantener un sistema de registro e información para las autoridades de salud. Deberán asimismo notificar por escrito a los Registros del Estado Civil de las Personas, dentro de los plazos que establezca la legislación correspondiente, los nacimientos y defunciones que por cualquier causa ocurran en ellos".

VI

Que el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", establece en los Artos. 369 y 370: "Artículo 369.- Para efectos de lo dispuesto en el numeral 34, del artículo 7 de la Ley, el MINSA diseñará un sistema de información al que las entidades que integran el sector de la salud, deberán remitir la información relacionada con los módulos definidos en el siguiente artículo, en los plazos, contenido y condiciones técnicas establecidas en la norma correspondiente; Artículo 370.- El sistema de información, estará integrado por los módulos de: 1. Vigilancia del estado de salud de la población; 2. Manejo presupuestal; 3. Referencia y contrarreferencia de pacientes; 4. Gestión; 5. Contable y financiero para las instituciones públicas proveedoras de servicios de salud; 6. Estadística de provisión de servicios de salud; 7. Sistema nacional de estadísticas vitales; 8. Registro de licenciamiento y acreditación de instituciones; 9. Divulgación de información y atención a la comunidad; 10. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad; 11. Afiliados al INSS; 12. Control sanitario de bienes y servicios; 13. Los demás aspectos que fije la normativa."

VII

Que el Decreto No. 102, publicado en La Gaceta No. 23 del 04 de Octubre de 1979, "Ley Creadora del Sistema Estadístico Nacional" y su Reforma por Decreto No. 888, publicado en La Gaceta No. 278 de 7 de diciembre de 1981, crea el Sistema Estadístico Nacional, siendo un componente del mismo la información generada por los Ministerios de Estados y sus dependencias departamentales.



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni

2



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADÓS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 527-2013

VIII

Que con fecha 09 de Octubre del 2013, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado "Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual para el Manejo del Expediente Clínico", cuyo objetivo es regular la generación, utilización y resguardo de la información obtenida del paciente durante el proceso de la atención médica, a través de la creación de la herramienta que permita la disponibilidad de los datos necesarios del paciente garantizando la continuidad de la atención con el conocimiento de los procedimientos realizados en cada proceso de la atención recibida en cualquier establecimiento del sector salud.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

- PRIMERO:** Se aprueba el documento denominado "Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual para el Manejo del Expediente Clínico", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.
- SEGUNDO:** Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores generales de SILAIS y a los directores de establecimientos de salud públicos y privados cuyo personal brinda atención en salud.
- TERCERO:** Se designa a la Dirección General de Planificación y Desarrollo y la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención para la implementación, monitoreo y cumplimiento de la aplicación de la "Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual para el Manejo del Expediente Clínico".
- CUARTO:** El presente Acuerdo Ministerial revoca y deja sin ningún efecto legal el Acuerdo Ministerial No 115-2008 del veintitrés de Mayo del año dos mil ocho.
- QUINTO:** El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los nueve días del mes de Octubre del año dos mil trece.


SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	8
JUSTIFICACIÓN	9
SOPORTE JURIDICO	10
DEFINICIONES	18
OBJETO DE LA NORMA	22
DISPOSICIONES	23
Generales	23
GENERACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	24
Utilización del Expediente Clínico.	25
Resguardo del Expediente Clínico.	26
BIBLIOGRAFÍA	28
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLINICO.....	29

NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

I. INTRODUCCION

En este documento se proporcionan las disposiciones de riguroso cumplimiento para la producción, utilización, registro y resguardo del expediente clínico, como parte fundamental del sistema de información del MINSA, desempeñando un papel relevante como fuente primaria de información, evidencia científica y conocimiento para valorar la calidad de atención a las personas en los servicios y establecimientos de salud.

El propósito general de esta norma es la regulación de las prácticas médicas, de enfermería y afines, en el ejercicio documental de sus actuaciones con bases, evidencias y preceptos científicos, éticos, tecnológicos y administrativos bien definidos para la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio en el sector salud.

El expediente clínico es un documento técnico médico y legal, fundamental para la atención médica a los y las pacientes constituye un instrumento indispensable, como factor de calidad, que permite registrar sistemáticamente la información del proceso de atención médica.

El producto final de esta Norma es lograr registros válidos y consistentes para obtener información, evidencia y conocimiento de alta calidad requerida en la atención al paciente de los servicios de salud.

II. ANTECEDENTES

En la Ley General de Salud y su Reglamento se orienta la elaboración de normas técnicas, manuales y reglamentos específicos que el MINSA, como órgano rector del Sector Salud, dentro del proceso de regulación y normalización, queda facultado para realizarlo-

Antes del año 2004, al realizar revisiones de expedientes clínicos en cualquier institución proveedora de servicios de salud del país, se encontraban variadas formas de trabajar con el expediente clínico, no existía un modelo que facilitara el análisis o auditoría que se necesitara implementar.

El Ministerio de Salud en el 2013 realiza actualización de la Norma del Expediente Clínico, sobre la base de la primera edición “Norma de Manejo del Expediente Clínico” y “Guía para el Manejo del Expediente Clínico” según acuerdo ministerial N° 115-2008, ya que la misma mandata su revisión cada 2 años, a fin de estandarizar las pautas de su

generación, utilización y resguardo, en razón de que el mismo constituye un documento médico-legal y una herramienta básica para la recopilación y registro fidedigno de datos.

III. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la política nacional de salud, las acciones en salud implican atenciones para la protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. En los establecimientos de salud públicos y privados, se deben reflejar todas estas acciones en el expediente clínico. En consecuencia, es un requerimiento y una fuente de información básica para evaluar la calidad de atención médica prestada en los establecimientos proveedores de servicios de salud.

La política de Restitución de Derechos, en relación con la atención de salud, valida las demandas de tipo asistenciales, administrativas y judiciales en torno a la atención recibida. Es un documento que sirve de protección legal, administrativa y técnica para el personal profesional de salud, y las y los pacientes.

IV. SOPORTE JURÍDICO.

4.1- Constitución Política de la República de Nicaragua

Arto. 59 Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

4.2- Ley No. 290 “Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo”.

Ministerio de Salud

Artículo 26.- Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes:

b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud;

e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud;

4.3- Ley No. 423, Ley General de Salud.

Artículo 2.- Órgano Competente: El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.

Artículo 4.- Rectoría: Corresponde al ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales.

Artículo 7.- Son Competencias y Atribuciones del Ministerio de Salud:

1.- Regular, Supervisar, e intervenir en el sector de Sector de Salud, y en particular ser la autoridad competente para la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, su reglamento o normas que de ella emanen, sin perjuicio de las facultades y obligaciones que leyes especiales otorguen a otros organismos públicos dentro de sus respectivas competencias. Para estos efectos, se entiende como autoridades en salud, las personas o instituciones con funciones, facultades o competencias expresadas de expedir o aplicar la regulación en materia de políticas en salud.

6.- Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

12.- Regular, cuando resulte necesario para los principios de esta Ley, las actividades con incidencia directa o indirecta sobre la salud de la población, que realice o ejecute toda persona natural o jurídica, pública o privada.

14.- Definir los requisitos necesarios para la organización y funcionamiento de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud, sin los cuales no podrá prestar servicios a ninguna institución o persona ni ofrecer sus servicios

Artículo 8.- Derechos de los Usuarios. Los usuarios del sector salud, público y privado, gozarán de los siguientes derechos:

5.- Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su estancia en instituciones de salud pública o privada, salvo las excepciones legales.

8. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El usuario es libre de escoger el procedimiento frente a las alternativas que se le presenten. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario, salvo las siguientes excepciones:

a) Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.

b) Cuando el paciente esté incapacitado para tomar decisiones en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.

c) Cuando la emergencia no permita demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

La negativa por escrito de recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso; pudiendo solicitar el usuario el alta voluntaria.

12. A que quede constancia en el expediente clínico de todo su proceso de atención, en todas y cada una de las instancias del sector salud. Al finalizar la atención del usuario en una unidad de salud, el paciente, familiar o personas con suficiente poder de representación legal, recibirá su informe de alta.

Artículo 9.- Obligaciones del Usuario. Son obligaciones del usuario:

4.- Proporcionar de forma oportuna, la información que la autoridad de salud competente le solicite, en beneficio de la salud individual o colectiva, con excepción de lo establecido en la legislación correspondiente.

7.- Todo usuario de servicios de salud debe firmar, o en su defecto imprimir su huella digital en la hoja de autorización de procedimientos quirúrgicos y de diagnósticos, necesarios para el proceso de atención.

TITULO IV, DE LAS INSTITUCIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CAPÍTULO I, INSTITUCIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Artículo 36.- Naturaleza, Creación e Integración. Son Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud, las entidades públicas, privadas o mixtas, que estando autorizadas por el Ministerio de Salud, tiene por objeto actividades dirigidas a la provisión de servicios en sus fases de promoción, prevención diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población.

CAPÍTULO VI, DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD, SECCIÓN II, DE LA HABILITACIÓN Y LA ACREDITACIÓN.

Artículo 55.- Habilitación: Corresponde al Ministerio de Salud definir los requisitos esenciales que deben cumplir las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para poder obtener su licencia de funcionamiento a través de la correspondiente habilitación.

El Ministerio de Salud autorizará así mismo las instituciones de salud internacionales que operen en el territorio nacional, en cumplimiento de convenios o programas de asistencia en salud.

4.4- Decreto No. 001-2003, Reglamento de la Ley No. 423, Ley General de Salud.

Capítulo I, De los Principios y de la Aplicación de los Derechos de los Usuarios.

Artículo 7.- Para la aplicación de los derechos de los usuarios, establecidos en la Ley, los establecimientos proveedores de servicios de salud, deberán:

6. Garantizar la confidencialidad de la información, a través del manejo del expediente clínico, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso.

8. Informar al usuario, el nombre de las personas involucradas en su atención. Dicho personal debe portar la identificación que el establecimiento proveedor de servicios de salud establezca para sus trabajadores.

12. Respetar el derecho del usuario a rechazar la aplicación de terapias o pruebas diagnósticas, salvo en aquellos casos establecidos en el numeral 8 del artículo 8 de la Ley, además cuando exista mandato legal o, cuando el usuario ceda la decisión al médico tratante.

13. Garantizar las condiciones para preservar la intimidad de los usuarios y que no sean expuestos a la vista u oídos de personas que no estén involucradas en su atención.

23. Brindar información a través de médico tratante, sobre las atenciones, cuidados y tratamientos que necesitará al producirse el alta.

27. Entregar la Epicrisis en los términos y condiciones establecidas en norma técnica sobre documentación clínica de los usuarios, enfermos o sanos, de los servicios de salud.

28. Entregar al momento de finalizar la atención médica a cada usuario, los siguientes documentos:

28.1 La cita para la consulta de seguimiento.

28.2 Las prescripciones médicas por su médico tratante.

28.3 Formato de reposo o subsidio, cuando a criterio médico sea necesario.

28.4 La hoja de referencia y contrarreferencia que garantice el proceso de atención médica.

28.5 Cualquier otro dato o información que se considere necesario.

Capítulo II, Del Cumplimiento de las Obligaciones de los Usuarios

Artículo 9.- Para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 9 de la Ley, los usuarios deberán:

1. Firmar la hoja de autorización o rechazo de procedimientos quirúrgicos y médicos, necesarios para el proceso de atención tanto de diagnóstico como de tratamiento en los establecimientos de salud.

2. Cumplir las indicaciones terapéuticas del personal asistencial.

9. Firmar la constancia de abandono antes de cesar, de forma voluntaria, su permanencia en el establecimiento de salud.

Artículo 14.- De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley y del artículo 73 del presente Reglamento, entiéndase como rectoría, la capacidad política, administrativa y legal del MINSA, para coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud.

Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades:

1. Regular la provisión de los servicios de salud.

16. Supervisar el desarrollo del sistema de garantía de calidad en los establecimientos proveedores de servicios de salud.

Artículo 22.- Es función del MINSA, formular las políticas y estrategias de inspección, vigilancia y control dentro del sistema de salud, que permitan garantizar el cumplimiento de la legislación vigente.

Artículo 23.- En cumplimiento de la función de inspección, vigilancia, control y de

aseguramiento de la atención con calidad y calidez, el MINSA a través de sus estructuras administrativas desarrollará entre otras, las siguientes actividades:

2. Supervisar que las entidades sujetas a control cumplan con la normatividad vigente.
6. Iniciar las investigaciones que se requieran para establecer el incumplimiento de normas, manuales y demás disposiciones que deben ser observadas por los usuarios.
12. Supervisar el sistema de garantía de calidad.

Referencia y Contrarreferencia

Artículo 58.- Para efectos del presente Reglamento, se entiende por referencia y contrarreferencia al conjunto de mecanismos con que se articulan los diferentes establecimientos proveedores de servicios de salud que conforman la red de servicios, a fin de garantizar que cada paciente sea atendido de acuerdo a la complejidad de su problema de salud en el nivel de resolución que corresponda. Su organización se establecerá en norma técnica.

TÍTULO VIII, PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD, Capítulo I, Definiciones Básicas.

Artículo 73.- Son proveedores de servicios de salud, las personas naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, que estando habilitados por el MINSA, tienen por objeto la provisión de servicios en sus fases de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población. Se incluye cualquier otro establecimiento cuya actividad sea brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario.

Capítulo II, Generalidades.

Artículo 75.- Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información epidemiológica y de gestión establecida para ellos.

Artículo 77.- Los representantes del establecimiento proveedor de servicios de salud, tienen las siguientes responsabilidades:

- 1.- Vigilar por el debido funcionamiento del establecimiento proveedor de servicios de salud.
- 2.- Velar por el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes de los usuarios.
- 5.- Garantizar el cumplimiento de los manuales relativos a la salud.

Capítulo III, Proveedores Privados de Servicios de Salud

Artículo 79.- Son establecimientos proveedores privados de servicios de salud, los que pertenecen a personas naturales o jurídicas con o sin fines de lucro, debidamente autorizados o inscritos en el MINSA, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el orden comercial, que proveen servicios de salud a los usuarios, afiliados a cualquiera de los regímenes que contempla la Ley.

Artículo 80.- Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privado tienen las obligaciones siguientes:

4.- Cumplir con los manuales correspondientes.

5.- Cumplir con los estándares de calidad.

7.- Proveer servicios de salud respetando la autodeterminación del usuario, el cumpliendo al consentimiento informado y escrito, procurando el beneficio del usuario, cumpliendo los procedimientos científicos y técnicos de forma oportuna.

Capítulo VI, Proveedores Públicos de Servicios de Salud

Artículo 92.- Los proveedores públicos de servicios de salud son establecimientos que pertenecen al Estado nicaragüense, habilitados por el MINSA para proveer servicios de salud en cualquiera de los regímenes que contempla la Ley y el presente Reglamento.

Artículo 112.- El Comité de Evaluación de la Calidad, tendrá como estructuras de apoyo operativo los siguientes sub-comités:

1. Auditoría médica y evaluación del expediente clínico.

Artículo 113.- Los subcomités referidos en el artículo anterior tendrán las funciones siguientes:

1) Subcomité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico:

1.1 Revisar de forma sistemática los expedientes clínicos de los usuarios egresados vivos o fallecidos de los servicios de internamiento del hospital.

1.2 Revisar de los expedientes clínicos de los usuarios de nueva inscripción en los servicios de atención ambulatorias.

1.3 Revisar los expedientes clínicos en un porcentaje mayor de lo establecido en dichos manuales, en los servicios donde se detecte incumplimiento a los mismos.

1.4 Analizar los casos médicos y quirúrgicos atendidos en el hospital considerados con problemas en la calidad de la atención, seleccionados bajo los siguientes criterios:

- 1.4.1** Proveniente de quejas interpuestas por los usuarios en el establecimiento proveedor de servicios de salud.

1.4.2 Casos identificados durante los procesos administrativos de los establecimientos proveedores de servicios de salud.

1.4.3 Aquellos casos que bajo consideración del MINSA establezca en manuales como de carácter obligatorio.

1.5 Recomendar a la dirección del hospital las acciones a tomar en cuenta para el mejoramiento continuo de la calidad.

1.6 Analizar de forma aleatoria una muestra representativa de las intervenciones quirúrgicas realizadas, tomando como base la correlación entre el diagnóstico preoperatorio, los hallazgos operatorios, la intervención practicada y el resultado anatomopatológico de la pieza extirpada si la hubiese.

1.7 Informar mediante las actas correspondientes a la dirección del hospital, la calificación de las intervenciones quirúrgicas, tomando como base si fueron correctamente indicadas y efectuadas, si la extensión de la intervención quirúrgica fue adecuada y si existieron accidentes quirúrgicos o anestésicos.

2) Subcomité de análisis de fallecidos:

2.1 Analizar los expedientes clínicos de los usuarios fallecidos en el hospital ligados a problemas en la calidad de la atención.

2.2 Informar a la dirección del hospital mediante actas, de las dificultades y deficiencias encontradas, así como de las sugerencias y experiencias que hayan derivado del estudio.

2.3 Suministrar al consejo técnico de dirección y al consejo de desarrollo científico y formación de recursos humanos, aquellas historias clínicas de fallecidos o que tengan interés científico para su posible empleo en reuniones de análisis de fallecidos o clínico patológicas.

TÍTULO IX, SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD, Capítulo I, Aspectos Generales

Artículo 119.- El sistema de garantía de calidad, está integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario al mejor costo y menor riesgo.

Artículo 120.- De acuerdo con el artículo 53 de la Ley, corresponde al MINSA, como órgano rector del sector de la salud, cumplir y hacer cumplir el sistema de garantía de la calidad, el cual tiene como objeto de mejorar los procesos de gestión y de atención en los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados mediante la óptima utilización de los recursos.

Artículo 122.- Para el cumplimiento de las funciones del Sistema de Garantía de Calidad, el MINSA deberá:

1. Normar los aspectos técnico-administrativos para garantizar la calidad en la provisión de los servicios de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud.
2. Promover una cultura de calidad en los usuarios y proveedores de servicios de salud.
3. Divulgar los procesos de comunicación.
4. Coordinar acciones y actividades dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad.
5. Recomendar acciones preventivas y correctivas en el proceso de implementación de la garantía de la calidad de la atención.

Artículo 124.- El Sistema de Garantía de Calidad estará compuesto por:

1. Habilitación de establecimientos.
2. Acreditación de establecimientos.
3. Auditorías de la calidad de la atención médica.
4. Regulación del ejercicio profesional.
5. Tribunales bioéticos.

DEFINICIONES:

- 1. Abandono:** Toda acción mediante la cual la o el paciente desiste, o no quiere seguir recibiendo los servicios de atención médica en cualquier establecimiento proveedor de servicios de salud. Respaldado de constancia de abandono con la firma del paciente, o persona representante legal, donde se puede explicitar los motivos de renuncia a los servicios de atención en salud, pero se debe extender epicrisis a estos casos, excepto en caso de fuga.
- 2. Alta:** Es una orden emitida por el profesional de salud encargado de la atención directa a un o una paciente al resolver sus problemas, dando por finalizada sus atenciones en el servicio ambulatorio o de hospitalización, en los establecimientos proveedores de servicio de salud públicos y privados.
- 3. Atención en Salud:** Conjunto de servicios que se proveen a las y los pacientes con el fin de promover, recuperar, restaurar y rehabilitar su salud.
- 4. Autoridades de Salud:** Son las personas autorizadas legalmente, para hacer cumplir la presente normativa en los establecimientos públicos y privados del sector salud.
- 5. Consentimiento informado o Consentimiento bajo información:** Aceptación de la o el paciente a recibir un procedimiento médico o quirúrgico con fines de prevención de enfermedades, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, bajo debida información compartida de alternativas, riesgos y beneficios esperados. Expresado en el formato establecido por el Ministerio de Salud, que firma la o el paciente, o su representante legal, el profesional de la salud encargado y dos testigos.
- 6. Contrarreferencia:** Es un informe escrito sobre la valoración médica, y tratamiento realizado, así como la consignación de los resultados e indicaciones que se deben seguir con el paciente en su unidad de atención de origen a fin de brindar continuidad al cuidado del (la) paciente.
- 7. Egreso:** Formalización administrativa mediante la cual se dan por cerrados los casos que originaron la apertura de cada expediente clínico, en los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados, ya sea por alta, traslado, abandono, fuga o fallecimiento.
- 8. Epicrisis:** Es una certificación obligatoria del egreso, mediante el llenado de una hoja resumen clínico, donde se especifican diagnósticos, procedimientos realizados y conducta terapéutica a seguir una vez que la o el paciente es dado de alta de un servicio de salud, con arreglo a un formato establecido por el MINSA (ver Anexos).
- 9. Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud:** Entidades públicas y privadas, que son los encargados de cumplir con la presente Norma del Expediente Clínico y Manual de Procedimiento del Expediente Clínico. Se incluye cualquier otro

establecimiento cuya actividad sea brindar servicios que inciden de manera directa o indirecta en la salud de la persona.

10. **Expediente Clínico:** Conjunto de hojas y documentos escritos, gráficos, imágenes lógicas o de cualquier tipo de almacenamiento de datos, ordenados sistemáticamente, en los cuales el personal de salud autorizado anota, registra y certifica sus intervenciones, correspondientes a los servicios de atención en salud suministrados a las personas en los establecimientos proveedores de estos servicios, de acuerdo con las regulaciones sanitarias vigentes en Nicaragua.
11. **Foliación:** Es la enumeración impresa, continua y en orden ascendente de las hojas o folios del expediente clínico, desde la primera página que se encuentra inmediatamente después de la portada hasta la última página; los números deben ir ubicados en el centro de la página de cada hoja. Es un procedimiento administrativo obligatorio que realiza el personal de admisión y estadísticas cuando egresan los pacientes, verificables a través de auditorías de la calidad de la atención médica o casos médicos legales.
12. **Formato:** Cada hoja diseñada e impresa que se emplea en el expediente clínico y que posee una serie de características y especificaciones, debidamente autorizadas para su utilización en el sector salud.
13. **Fuga:** Salida no autorizada de cualquier paciente que no haya expresado su voluntad de abandonar el establecimiento proveedor de servicio de salud en forma escrita, sin que el personal involucrado haya concluido la atención en salud y que esté debidamente consignado en el expediente clínico.
14. **Hospitalización:** Es una modalidad de prestación de servicios de salud en la que es obligatorio utilizar el expediente clínico, con la finalidad de mantener bajo control médico estricto, por un tiempo mínimo de 24 horas, la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas que reciben servicios hospitalarios de carácter general o especializado, organizados para proveer servicios con atención continua y que posee recursos humanos calificados, estructura física y tecnológica para el cumplimiento de su misión.
15. **Ingreso:** Conjunto procedimientos mediante el cual se formaliza con el expediente clínico, la atención en salud a un o una paciente en los diferentes programas y servicios debidamente articulados en la red integrada de servicios de salud.
16. **Interconsulta:** Es la atención complementaria que el profesional encargado, solicita a profesionales de otras especialidades, de manera colegiada e interdisciplinaria para beneficiar al paciente; esto se debe consignar en el expediente clínico de acuerdo a las solicitudes y resultados con fines diagnósticos e implementación de medidas terapéuticas pertinentes.
17. **Lista de problemas:** Es la hoja básica de entrada del expediente clínico para la atención a todo paciente, en donde se registran y actualizan en orden cronológico o

de importancia los problemas que presenta la o el paciente. Deberá encontrarse consignada en el anverso de la segunda página de todo expediente clínico, lo más accesible que se pueda.

18. **Nota de evolución:** Son las anotaciones sobre la evolución clínica, avances, progresos o desenlaces desfavorables del paciente, que registra el profesional de salud en la hoja correspondiente del expediente clínico.
19. **Procedimientos¹:** Conjunto de actividades, tareas y pasos que se realizan para la generación, utilización y resguardo del expediente clínico a través de los procesos asistenciales, administrativos, docentes educativos y de innovaciones e investigación.
20. **Profesional de la Salud:** Recursos humanos con formación en áreas de la salud en posesión de un título o diploma emitido por institución formadora de la educación superior o técnica media debidamente reconocida por la legislación nacional en la materia.
21. **Problemas:** Conjunto de dificultades, dolencias o malestares referidos por las y los pacientes que interfieren con la calidad de vida. Se incluyen los aspectos médicos, psicológicos, espirituales, sociales, nutricionales, de crecimiento o desarrollo, psiquiátricos, ambientales, económicos, entre otros, que son objeto de trabajo con el expediente clínico aplicando el registro médico orientado al problema
22. **Referencia:** Mecanismo mediante el cual la (el) profesional de la salud tratante ordena el traslado del paciente hacia un establecimiento de salud, con el nivel de resolución adecuado para dar respuesta o continuidad del proceso de atención en salud. Se formaliza en el expediente clínico, consignándolo en el mismo y acompañando al paciente con una orden de referencia, cuyos contenidos se indican en la normativa N-068.
23. **Resguardo del expediente clínico:** Conjunto de procedimientos establecidos para archivar y desarchivar los expedientes clínicos, vigentes en la normativa N-094.
24. **Resumen Clínico:** Es el registro o documento que contiene un relato cronológico breve, conciso y preciso de la evolución y tratamiento de un paciente en un período de tiempo o durante una hospitalización en una institución de salud. No tiene la misma función ni sustituye la epicrisis.
25. **Sistema de Información del MINSA:** Sistema gestor de los datos e información que incluye a los expedientes clínicos, funciona en la red integrada de servicios de salud con capacidades de repositorios, orientados por el MOSAFC, mientras ejerce funciones de logística, informática y resguardo legal que le competen bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

¹ Ver listado de procedimientos en el Manual de esta normativa

- 26. Traslado:** Desplazamiento de pacientes entre los servicios de salud de los distintos establecimientos, servicios o niveles de resolución, con arreglo a las disposiciones establecidas en la normativa N-068 “Norma Técnica de referencia y Contrarreferencia”.
- 27. Paciente:** Es toda persona natural, usuario o usuaria de servicios dispensados o restituidos (por restitución del derecho a la salud) en los establecimientos de salud, bajo la forma de atención: médica, quirúrgica, obstétrica, odontológica, nutricional, sociológica, psicológica, de enfermería, entre otras, a fin de resolver situaciones de riesgos y daños a su salud; también se aceptan cómo sinónimos los vocablos beneficiarios y consumidores de servicios de salud.
- 28. La historia clínica orientada a problemas:** Es un modelo avanzado de documentación de las historias clínicas, utilizado en el desarrollo de los expedientes clínicos, enfocados en las dificultades o problemas que presentan las y los pacientes de los servicios de salud, bajo las diversas formas de dolencias, malestares, síntomas o francamente enfermedades; este abordaje también se conoce como “Historia Clínica Orientada al Problema” (POMR por sus siglas en inglés).

IV. DEFINICIÓN DE LA NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Conjunto de disposiciones contenidas en este documento, que instruye al personal de salud como generar, utilizar y resguardar la información durante la atención médica a un paciente y que son de obligatorio cumplimiento, a fin de estandarizar y actualizar el manejo del expediente clínico.

V. OBJETO DE LA NORMA

Regular la generación, utilización y resguardo del expediente clínico (información del paciente) en establecimientos proveedores de servicios de salud públicos o privados.

VI. CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de estricto cumplimiento para todos los profesionales y técnicos de la salud involucrados en la generación, utilización y resguardo del expediente clínico, en todos los establecimientos públicos y privados proveedores de servicios en el sector salud.

VII. UNIVERSO DE LA NORMA

1. Pacientes y usuarios de información médica y sanitaria, en particular profesionales de la salud.
2. Personal de salud asistencial, docente y administrativo involucrados en la generación, conservación y uso del expediente clínico.
3. Miembros del Comité de Evaluación de la Calidad.
4. Personal docente e investigador, clínicos, epidemiólogos o administradores de servicios de salud que aplican el método científico en sus investigaciones.

VIII. DISPOSICIONES

Generales

1. Las instituciones y establecimientos, proveedores de servicios de salud públicos y privados, deben aplicar obligatoriamente la Norma del Expediente Clínico establecida por el MINSA.
2. El representante legal o administrativo de cada establecimiento proveedor de servicios de salud públicos y privados, debe hacer cumplir la Norma del Expediente Clínico, en consecuencia debe garantizar el monitoreo y evaluación al buen desempeño del personal, en el cumplimiento de las disposiciones y procedimientos establecidos en esta normativa.
3. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: Poder Judicial, Procuraduría General de la República, Fiscalía General de la República (Ministerio Público), Policía Nacional y autoridades del Ministerio de Salud.
4. Todos los proveedores de servicios de salud públicos y privados deben garantizar la confidencialidad y sigilo de toda la información en relación a la atención médica a las y los pacientes, registrada a través del expediente clínico orientado por problemas, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso, salvo las excepciones legales.
5. El expediente clínico podrá reproducirse o copiarse de forma parcial o total solamente en casos justificados con el debido permiso de la máxima autoridad del establecimiento prestador de servicios de salud; para tal efecto se podrá utilizar métodos mecánicos o electrónicos, incluidas las fotocopias, grabación en disco compacto (CD, DVD), cintas magnéticas y otras Tecnologías de Información y Comunicación autorizadas y disponibles.
6. El empleo del expediente clínico electrónico, medios digitales y de telecomunicación, se rigen por las políticas y normativas de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) establecidas por el MINSA de acuerdo al avance tecnológico alcanzado.
7. La verificación y el cumplimiento de la presente Norma, es competencia del Comité de la Calidad de la Atención a través del Sub-comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico de cada establecimiento proveedor de Servicios .

Generación del Expediente Clínico

8. A toda persona que recibe servicios de salud en los establecimientos públicos y privados se le debe elaborar un expediente clínico, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos del Expediente Clínico el cual se dará a conocer a través de previa capacitación al personal de estadística para su implementación.
9. Todo expediente clínico debe contener los datos generales de identificación del paciente, los datos generales deberán estar consignados con detalle en la hoja de admisión de acuerdo con el formato respectivo, de acuerdo con los procedimientos establecidos.
10. Las hojas, formatos y formularios del expediente clínico serán rotuladas e identificadas conteniendo el nombre completo, número de expediente, número de cama, sala, servicio o departamento de atención al paciente, además del nombre de la institución proveedora de salud. La numeración debe ir en orden cronológico anexando en la parte superior de las páginas y hojas con fechas más recientes, esto es válido en las hospitalizaciones y servicios de consulta externa.
11. Cada paciente debe tener un solo expediente clínico, la numeración del mismo es individual y única independientemente del número de atenciones e ingresos. Se deben anexar al expediente todas las hojas de la atención que ha recibido dentro del mismo establecimiento, incluyendo: atención de emergencia, atención con brigadas médicas móviles, visitas a las familias y otras formas de atención ambulatoria en el marco del MOSAFC.
12. Las hojas del expediente clínico serán de tamaño carta, salvo aquellas hojas de formatos que por la especificidad de su función no se ajusten a este precepto, por ejemplo los reportes de laboratorios.
13. Se utilizarán formatos que no infrinjan las Normas y protocolos vigentes del Ministerio de Salud.
14. Los formatos deben ser impresos en ambas caras, en papel adecuado para que no pase la tinta y con estilo de lecto-escritura tipo rotafolio en donde corresponda, como en las notas de evolución y tratamiento, notas de enfermería y otras.
15. El contenido de cada expediente clínico estará constituido con los datos provenientes de los servicios prestados en hospitalización, emergencias, observación, consulta externa general y de especialidades.
16. Las notas, informes, reportes y otros documentos que se registren en el expediente clínico deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las normas o protocolos relacionados con la prestación de servicios, la atención médica o el

manejo de trastornos o enfermedades y de acuerdo con la presente norma del expediente clínico.

17. Cada hoja del expediente clínico tendrá su propio formato con características específicas establecidas por las instancias competentes. Por tanto, todas las instituciones proveedoras de servicio, públicas y privadas de salud, deben ajustar sus formatos a los estándares establecidos. (Ver anexos que para efecto de identificación en el presente documento se les ha asignado un número).

Utilización del Expediente Clínico.

18. La utilización correcta del Expediente Clínico está disponible en este mismo documento el “**Manual de procedimientos del Expediente Clínico**”, el cual debe ser aplicado por todo profesional de salud de institución pública y privada.
19. El expediente clínico se utilizará a través de herramientas automatizadas disponibles del sistema de Información en salud de acuerdo al avance tecnológico alcanzado o las formas de registro actualmente vigentes, preservando las historias clínicas orientadas a problemas, las notas de evolución médica (SOAP) en los espacios de indicaciones y los correspondientes planes diagnósticos, terapéuticos y educativos.
20. Tendrán derecho a leer y escribir en el expediente las personas debidamente habilitadas por el Ministerio de Salud y permitidas por las autoridades de la institución proveedoras de servicios de salud pública y privada.
21. Es obligación de todas las personas que utilizan el expediente clínico conservarlo y preservarlo.
22. Las carpetas o cubiertas del expediente clínico en uso activo deben tener un “porta expediente”, que consiste en un sujetador metálico, en atención hospitalaria, donde se colocan el nombre completo del o la paciente, número de expediente y número de cama.
23. Todo personal de salud autorizado que haga anotación en el expediente clínico debe registrar fecha, hora, nombre completo, sello, firma, código de internado o del MINSA. Se exceptúan del código a los estudiantes de pregrado de medicina y enfermería que responden a sus planes docentes.
24. Las anotaciones en el expediente clínico se realizarán con claridad para garantizar el adecuado respaldo documental de lo actuado. A fin de garantizar la integralidad, calidad y seguimiento de los planes diagnósticos, terapéutico y educativos de los pacientes, incluyendo los procesos auditables.
25. En el ejercicio activo de las atenciones hospitalarias y ambulatorias, los errores en alguna nota consignada en el expediente se corregirán pasando una sola línea sobre el error, anotando la fecha de ocurrencia, las iniciales y código del personal

de la salud. El dato correcto se anotará en la línea siguiente a continuación del error o en el lugar que corresponda, en particular cuando el error fue anotar en un formulario equivocado o en secuencia equivocada.

Resguardo del Expediente Clínico.

26. En cada establecimiento, debe existir un área única de archivo para los expedientes clínicos, centralizada en las oficina de admisión y registros médicos de cada establecimiento proveedor de servicio de salud, no se podrá tener archivos separados por sexos, ambientes de atención, sectores y otros, en estricto cumplimiento de la normativa N-094 “Manual de Organización, Funciones y Procedimientos de las Oficinas de Estadísticas del MINSA”.
27. El Expediente clínico debe estar disponible en el archivo y debe funcionar con un horario adecuado a las condiciones y organización de los establecimientos de salud.
28. En el expediente clínico ninguna parte podrá suprimirse, desecharse, anularse, modificarse o destruirse si se encuentra en el grupo de expedientes activos o pasivos de acuerdo a la normativa N-094.
29. Cada expediente clínico deberá contener únicamente papelería con información del o la paciente, en correspondencia con el número de expediente asignado, de acuerdo a los procedimientos establecidos en la normativa N-094.
30. La oficina y/o departamento de Admisión y Estadísticas de los establecimientos de salud le corresponde: Clasificar, ordenar, guardar y conservar el expediente clínico.
31. Todo expediente clínico archivado debe poseer una cubierta o una carpeta, constituida por una portada y una contraportada:
 - i. La portada debe contener datos de identificación del o la paciente (primer apellido, segundo apellido, nombres; fecha de nacimiento que debe ser verificado con su número de cédula, partida de nacimiento tarjeta de vacunación o pasaporte), dirección exacta que contenga barrio, comarca, comunidad, SILAIS, Municipio (distritos, en el caso de Managua) al que pertenece el establecimiento proveedor de servicios de salud y el nombre del establecimiento.
 - ii. La contraportada donde se podrán colocar datos referentes a los ingresos, hospitalizaciones, citas.
 - iii. Número de seguro cuando corresponda el caso
32. Los establecimientos proveedores de servicios de salud que manejan los expedientes clínicos de los pacientes, deben conservarlos en archivo activo por un período no menor de 5 años contados a partir de la fecha de la última atención médica para ello se deben adaptar los espacios y ordenar los archivos tanto activos como pasivos de acuerdo a las condiciones del establecimiento de salud, en cumplimiento de la normativa N-094.

33. Transcurridos cinco años desde el último contacto de la persona con el establecimiento de salud, el expediente clínico se conservará en archivo pasivo por 5 años más, siguiendo las instrucciones y procedimientos de la normativa N-094:
 - a. El archivo pasivo se organiza cuando ha transcurrido cinco años de inactividad del expediente, porque él o la paciente no ha regresado a recibir atención a la unidad de salud durante ese periodo.
 - b. El traslado de expedientes clínicos del archivo activo al pasivo (pasivación) se realizará una vez en el año.
 - c. Los expedientes clínicos de personas fallecidas se guardarán en los archivos pasivos para efectos de investigación y nunca se eliminarán. Cuando no se disponga de espacios físicos para guardar los expedientes de personas fallecidas entonces la información puede almacenarse utilizando técnicas de microfilmación, digitalización u otro tipo de almacenamiento para guardar la información de los mismos.
 - d. Los expedientes clínicos pasivados se podrán reincorporar al archivo activo una vez que el o la paciente solicite nueva atención, siguiendo las normas establecidas para tales casos.
 - e. Los expedientes clínicos que ya se encuentran en el archivo pasivo pueden conservar el orden de las hojas que tienen en ese momento, sin embargo cuando éstos sean activados deben de adoptar el orden establecido en el Manual de Procedimientos del expediente clínico.
 - f. Los expedientes clínicos que pasan al archivo pasivo lo harán con el número que tienen. NO se asignará un nuevo número a los expedientes clínicos que pasan al archivo pasivo ni se ANULARAN los números de estos Expedientes Clínicos.
34. Después de cinco años de estar resguardado un expediente clínico en el archivo pasivo, se podrá eliminar (ya sea por desmenuzamiento o incineración) una vez que la información contenida haya sido almacenada bajo cualquier tecnología descrita con anterioridad (microfilms, electrónica, etc...). Esto implica que la eliminación de un expediente se efectúa cuando tiene diez años de inactividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Norma técnica para el manejo del expediente clínico y Manual de análisis del expediente clínico. Managua, Nicaragua 2007
2. Sánchez Berríos Manuel. Norma para el Manejo del Expediente Clínico [No publicado]. Managua, Nicaragua 2003
3. Ortega Juana. Propuesta de Norma de Expediente Clínico [No publicado]. Managua, Nicaragua 2003
4. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Guía para el Manejo del Expediente Clínico en las Empresas Médicas Previsionales (EMPs) y Unidades de Salud de Riesgo Profesionales (USRPs). Managua, Nicaragua 2006
5. Sánchez Berríos Manuel. Guía para el Manejo del Expediente Clínico. Managua: Hispamer 1993.
6. Ministerio de Salud. Manual de Funcionamiento Comité de Evaluación de Calidad Hospitales del Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua 1996
7. Ministerio de Salud. Norma de Consulta Externa Hospitalaria. Managua, Nicaragua 1997
8. Ministerio de Salud. Manual de Normas y Procedimientos del Departamento de Estadística y Registros Médicos en el Primer Nivel de Atención. Managua, Nicaragua 2003
9. Organización Panamericana de la Salud. El Departamento de Registro Médico: Guía para su organización. Serie PALEX para técnicos y auxiliares No 19. Washington 1990.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	31
ACRONIMOS	33
OBJETIVOS	34
MARCO LEGAL, NORMATIVO Y METODOLÓGICO;	34
POLÍTICAS DE OPERACIÓN	36
LISTADO DE PROCEDIMIENTOS.....	37
I. Procedimientos Asistenciales.....	37
II. Procedimientos Administrativo	47
III. Procedimientos docente-asistenciales,	56
IV. Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones,	58
DIAGRAMA DE FLUJOS EN MODO FLUJOGRAMA MATRICIAL.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	64
ANEXOS	65

INTRODUCCION

Con esta segunda edición de la normativa N-004 concerniente al “Manual del Expediente Clínico”, el Ministerio de Salud actualiza una parte fundamental de su marco normativo para el ejercicio de sus funciones regulatorias, que tiene como propósito general alcanzar elevados niveles de rendimiento laboral mediante la utilización adecuada del expediente clínico en las instituciones públicas y privadas del sector salud; Manteniendo las orientaciones precedentes relacionadas con el registro de la información en el mismo, para que pueda cumplir con las funciones sub-siguientes: contribuir a la mejora en la calidad de la atención de las y los pacientes, ser un instrumento docente, de investigación clínica-epidemiológica y una documentación médico - legal y ética.

“Los múltiples modelos de expediente clínico y las variaciones en el sistema de anotación son el resultado de la diversidad en el manejo del mismo, en los diferentes establecimientos proveedores de servicio de salud y de la no existencia de un sistema de estandarización”² fueron, entre otras razones, las principales consideraciones prácticas asumidas para justificar la primera edición de esta normativa;

ANTECEDENTES

Este documento conserva la orientación de la primera edición al brindar *“pautas para que el expediente clínico tenga una estructura adecuada”* (1) reproducible en todas sus aplicaciones para validar científicamente las anotaciones correspondientes, dada su esencia documental, que deben ser expresadas en forma pertinente, coherente, ordenada y precisa.

Esta segunda edición responde a los plazos de revisión a la presente Normativa. Adicionalmente, las principales consideraciones para realizar esta segunda edición están las que responden a las disposiciones de la Dirección General de Regulación Sanitaria para facilitar el desarrollo de los procesos de regulación bajo su competencia, mediante las disposiciones establecidas en la normativa N-070: norma metodológica para elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud (2).

Los cambios más evidentes en esta segunda edición están en la denominación específica y el orden de presentación de los documentos bases; en lo sucesivo toda la normativa “Norma para el manejo del expediente clínico “ y “Guía para el manejo del expediente clínico” se denominará “NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO” y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO”, en vista de los cambios de paradigmas relativos al abordaje de las y los pacientes en los servicios de salud.

Los principales fundamentos para cambiar de “Guía (y Norma) para el Manejo...” a “NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO” y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO”, obedecen a disposiciones de la normativa N-070, en particular:

² MINSA: Normativa N-004 pág. 36

- Se requiere de ambientes organizacionales o estructurales bien diferenciados y definidos, que no son imprescindibles en las guías y protocolos.
- La normativa es de aplicación genérica y debe estar acorde en forma explícita con los lineamientos del MOSAFC, en particular con los niveles de complejidad y resolución crecientes de los problemas de salud de las y los pacientes.
- De acuerdo con lo anterior El Manual, a diferencia de La Guía, no está diseñado para abordar un solo problema de salud sino que responde al abordaje mismo de todos los problemas de salud que presenten o demanden las y los pacientes.

En su condición de manual, esta sección de la normativa es parte fundamental de los instrumentos gerenciales disponibles para regular las prácticas médico-sanitarias del personal de salud que trabajan directamente con los expedientes clínicos, en las instituciones públicas y privadas del sector salud. En consecuencia este manual está dirigido y debe ser aplicado por el personal de salud según afectaciones y roles de competencias técnicas y administrativas.

Acrónimos utilizados en este documento:

AMEN: Alimentación, Medicación, Exámenes, Normas.

APS: Estrategia Atención Primaria en Salud

DGRS: Dirección General de Regulación Sanitaria

MOSAFC: Modelo de salud Familiar Comunitario

HCOP: Historia Clínica Orientada al Problema

POMR: Siglas originales en idioma inglés de los “Registros Médicos Orientados por Problemas”: “Problems Oriented Medical Records.”

SOAP: Abordaje sistemático primario y subsiguiente de los Registros Médicos Orientados a problemas en donde: **S** = registro de los datos **Subjetivos**; **O** = registro de los datos **Objetivos**; **A** = **Análisis** inferencial y deductivo de los datos disponibles con fines diagnósticos y pronósticos. **P** = **Planes** diagnósticos, terapéuticos y educativos.

ISS: Investigaciones en los **Servicios de Salud**: *Es un tipo de metodología de investigación, internacionalmente reconocida que aplica enfoques gerenciales o administrativos a los problemas de salud pública susceptibles de ser investigados con el método científico.*

SIS: Sistema de Información en Salud

OBJETIVO GENERAL

Establecer los procedimientos para regular las actividades y tareas de elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico; A fin de contar con **información, evidencias y conocimientos** requeridos para dispensar y administrar los servicios médico-sanitarios a las personas en todos los ámbitos y establecimientos del sector salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Integrar los procesos internos del expediente clínico con la metodología *“historia clínica orientada a problemas”* en la atención a todo paciente y usuarios competentes de la información.
- 2) Instruir sobre el registro y utilización de información clínico-sanitaria válida para tomar decisiones inmediatas, en los planes y el debido control de las actividades asistenciales que se realizan con fines preventivos, de promoción, diagnósticos, terapéuticos, de recuperación y rehabilitación de la salud.
- 3) Garantizar el registro de la información clínico - sanitaria de los pacientes para contar con registros adecuados, bases de datos incluidos, que permitan disponer de evidencias en respaldo a las decisiones asistenciales, gerenciales y docentes a través de la técnica SOAP.
- 4) Obtener **información, evidencias y conocimientos** en apoyo a la gestión docente-investigativa que promueve las innovaciones e investigaciones; Así como garantizar los requerimientos que faciliten el trabajo de los comités de la calidad de los expedientes clínicos.

Marco legal, normativo, metodológico y conceptual:

El **Manual de procedimientos del expedientes clínico** tiene el propósito de responder a una problemática básica en el sistema de salud: ¿Cómo proceder con el expediente clínico?, así como precisar las instrucciones requeridas para crearlo, usarlo, operativizarlo y resguardarlo; esto es responder para cada expediente clínico: ¿quién lo hace, cuándo, cómo, dónde, por qué y para qué?

Marco legal de referencia:

El marco de referencia comprende las prácticas médica-sanitarias que confluyen y documentan los expedientes clínicos, está determinado por el marco regulatorio de la gestión de salud, particularmente las políticas sociales del estado Nicaragüense y la

política nacional de salud, operacionalizada y ejecutada a través del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (3) en todos los niveles resolutivos (4) del sistema nacional de salud;

Marco Metodológico Conceptual:

El marco conceptual propuesto contiene un conjunto de postulados y principios metodológicos que le otorgan suficiente coherencia y claridad de funcionamiento a los expedientes clínicos; En este sentido para el Manual de procedimientos correspondiente se consideran esenciales:

- Un abordaje metodológico global a través del enfoque sistémico aplicado a la gestión por procesos y resultados, en donde se identifican, codifican y evidencian los procedimientos y actividades que intervienen en los flujos de eventos necesarios para producir, utilizar y resguardar los expedientes clínicos. [\(Ver Flujoograma matricial, pág. 61\).](#)
- Propuesta: Una visión integral (incluyente y multidisciplinaria) de los procesos y procedimientos para la configuración de los expedientes clínicos.

De acuerdo a esos principios metodológicos el Expediente Clínico es (conceptuado o concebido como) un componente fundamental del sistema de información en salud (SIS) que funciona en la base de captación, procesamiento y resguardo de información operativa, mediante procesos heterogéneos y recursos funcionales en los establecimientos del sistema de salud, para documentar las prácticas médicas, de enfermería y conexas del personal, aplicadas en los servicios para beneficio de las persona que los utilizan.

El expediente clínico, necesariamente, deberá reflejar las actividades asistenciales, docentes, administrativas e investigativas que realizan el personal de salud ya que son los PROCESOS fundamentales utilizados en este manual.

Finalmente, el Expediente Clínico actualmente es considerado elemento fundamental del Sistema de Información en Salud (SIS), porque proporciona los insumos básicos a los procesos de monitoreo y evaluación en la gestión clínica y la gerencia general de los servicios de salud, simultáneamente contribuye con los contenidos científicos positivos (estadísticas, casuísticas, estudios de casos, ensayos clínicos y otros) a la Medicina Basada en Evidencias; adicionalmente aporta elementos indispensables a la gestión de la calidad de los servicios de salud, incluyendo las auditorías médicas en los casos que es requerida.

Conceptos principales de términos utilizados.

Procesos Asistenciales: Conjunto de procedimientos que realizan los profesionales de la salud **en la atención directa a los y las pacientes** de sus servicios para recuperar, rehabilitar, conservar, proteger y promover la salud. Acciones que son anotadas en el expediente clínico con la finalidad inmediata de producir datos e información para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas, sobre la marcha de los acontecimientos in situ “al lado del paciente”.

Procesos Administrativos: Conjunto de procedimientos y actividades que realizan los profesionales de la salud para **documentar** su accionar en los procesos asistenciales, con la finalidad de producir y acumular evidencias que son relevantes en el expediente clínico.

Procesos Docentes: Conjunto de procedimientos de alto contenido educativo para todo paciente, usuarios de la información y profesionales de la salud, que se realizan en el contexto de generación y utilización del expediente clínico para producir conocimientos o sistematizaciones de experiencias, que retroalimentan los planes diagnósticos, terapéuticos y educativos contemplados en la secuencia SOAP.

Procesos de Soporte a las Investigaciones e innovaciones en el sector salud: Conjunto de procedimientos que realizan los profesionales y técnicos de la salud en el contexto aplicativo de las normas de almacenamiento, archivo y resguardo del expediente clínico, a fin de garantizar la disponibilidad de registros médico-sanitarios reutilizables y confiables en apoyo a las investigaciones, Innovaciones, estudios de caso, auditorías médicas y otros usos previstos en las normas del expediente clínico.

Planes Diagnósticos, Terapéuticos y Educativos: Son productos de la “Historia Clínicas Orientada por Problema” obtenidos por el personal profesional de salud en la generación y utilización del expediente clínico, mediante el abordaje sistemático de los problemas identificados en las y los pacientes a través de secuencias repetitivas (algoritmos) conocidas como SOAP; en donde utilizando los datos **S**ubjetivos y **O**bjetivos se hace un **A**nálisis y balance diagnóstico y terapéutico para identificar lagunas (problemas) que deben ser subsanadas mediante los respectivos **P**lanes Diagnósticos, **T**erapéuticos y **E**ducativos.

Políticas de Operación

Las políticas de operación del presente manual responden a la política nacional de salud (10 lineamientos en el año 2013) y las orientaciones del MOSAFC que inciden sobre los principales procesos previamente conceptualizados: Asistenciales, Administrativos, Docentes e Investigativos que sostienen toda la estructura laboral de los expedientes clínicos en los establecimientos del sector salud.

Aplicando el marco metodológico-conceptual previamente descrito, con el enfoque sistémico debidamente asumido, el expediente clínico es entendido como un sub-sistema operativo, que facilita la identificación comprensiva de los procedimientos requeridos por y para cada uno de los procesos previamente señalados. En este sentido, los principales procedimientos subordinados a cada uno de los procesos del presente manual son:

Listado de procedimientos

I. Procedimientos Asistenciales

- I.1. Abordaje clínico – sanitario.
- I.2. Evolución y seguimiento.
- I.3. Resolución del caso.

II. Procedimientos Administrativos

- II.1. Admisión e Ingreso
- II.2. Permanencia / estancia
- II.3. Alta / egreso

III. Procedimientos docente-asistenciales

- III.1. Diagnósticos.
- III.2. Terapéuticos.
- III.3. Prognosis: rehabilitación, protección y promoción

IV. Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones.

- IV.1. Ordenamiento y clasificación.
- IV.2. Almacenamiento y conservación.
- IV.3. Mantenimiento en modo activo o pasivo.

Descripción de los procedimientos.

En la descripción de los procedimientos listados en el acápite precedente, se asume una descripción comprensiva de las actividades, tareas y pasos que se integran en cada procedimiento, a fin de identificar y precisar las instancias y personal a cargo, que estén responsabilizados por realizar esas actividades y tareas dentro de las organizaciones hospitalarias y clínicas públicas y privadas, así como en los puestos y centros de salud del MINSA en el primer nivel de atención.

I. Procedimientos Asistenciales

I.1. Abordaje clínico – sanitario, comprende las siguientes actividades y tareas:

A1.- Realizar Admisión a todas las y los pacientes que demanden o necesiten los servicios de emergencias, hospitalizaciones, consultas externas y toda la gama de servicios ambulatorios disponible en el primer nivel de atención. Estas actividades están bajo la responsabilidad del personal administrativo y asistencial a cargo de los registros y archivos (estadísticas) en cada establecimiento de salud. Para cumplir con

estas obligaciones se utilizarán los formatos ([ver en anexo número P211](#) y [P212](#)), correspondiente a la Hoja de identificación de las y los pacientes en donde se registran los datos generales de la o el paciente, así como los datos del (los) representante(s) legal(es) o los contactos en casos de emergencia; para ello existe un formato establecido por el Ministerio de Salud.

A2.- Levantar historia clínica y notas de ingreso: (Formatos a utilizar según ciclo de vida orientado en el MOSAFAC. Ver en anexo número ([P112A](#), [P112B](#), [P112C](#), [P112D](#) y [P112E](#)))

- a) Para realizar el llenado de la historia clínica se aplicará la metodología conocida como “*Historia Clínica Orientada a Problemas*” con expansión a los “*Registros médicos orientados a problemas*”. Se trata de una compilación ordenada, circunstanciada y detallada de todos los datos y conocimientos personales, familiares y semiológicos, anteriores y actuales, referidos por las y los pacientes; a través de los cuales se puede inferir diagnósticos con aproximaciones sucesivas de mayor precisión a la situación actual.

Siempre debe ser elaborada por un profesional de la salud, en el mejor de los casos por un médico; debe realizarse en las y los pacientes que acuden por primera vez a un establecimiento proveedor de servicio de salud. Deberá actualizarse anualmente o cuando lo amerite el caso.

Contenido de la Historia Clínica:

Anamnesis: Llamado también interrogatorio. Debe ser completa y cumplir con todos los puntos descritos en los formatos anexo (número [P112](#)). , incluye:

- i. Antecedentes personales y familiares patológicos.
- ii. Antecedentes personales no patológicos.
- iii. Antecedentes laborales.
- iv. Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual.
- v. Revisión por aparatos y sistemas: Debe consignarse y comentarse los datos positivos recopilados.
- vi. Otros datos relevantes que el profesional de la salud considere necesario.
- vii. Todos aquellos formatos que formen parte de la historia deben ser anexados en esta sección. En los casos de la atención del niño menor de 5 años y la mujer embarazada se incorporará los formatos establecidos en las normas de atención.

Examen físico: Se registrará los hallazgos normales y anormales de forma adecuada, completa y objetiva.

Impresión diagnóstica o diagnóstico al ingreso: Debe fundamentarse en base a los hallazgos del interrogatorio, examen físico, revisión por sistemas y resultados de exámenes complementarios existentes.

La Historia clínica deberá llenarse de forma completa y llevará el nombre del profesional de la salud que la realiza, categoría, firma y sello.

- b) Respecto de las Referencia y Contrarreferencias de las y los pacientes se utilizarán los formatos establecido por el Ministerio de Salud (anexo número [P231A](#)). para derivar al paciente a otro nivel de resolución cuando el caso lo amerite.
- c) Hoja de Atención en Emergencia: La nota de emergencia debe llevar los datos de identidad del paciente, así como la información del médico que realiza esta nota, el motivo de consulta y quejas principales, la historia de la enfermedad actual, examen físico, análisis o avalúo, planes, firma y sello del médico que elaboró la nota. Se anexa el formato (anexo número [P211](#)).
- d) La nota de ingreso se realiza en el servicio de emergencia o consulta externa, no debe ser redundante y tiene que informar explícitamente la atención brindada en dicho sitio y el motivo de ingreso. Es independiente de la nota de recibo por lo tanto se deben elaborar por separado. La nota de ingreso se elabora en la hoja de evolución y tratamiento, se anexa el formato (anexo número [P222B](#)), y debe de llevar:
 - i. Nombre, apellidos y especialidad del médico que la(s) realiza(n).
 - ii. Resumen de los datos del interrogatorio y el examen físico relacionados al motivo del ingreso.
 - iii. Resultados de laboratorio y de exámenes especiales relacionados a la causa del ingreso.
 - iv. Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
 - v. Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales.
 - vi. Firma y sello del médico que la realiza.

A3.- Exámenes de laboratorio y medios diagnósticos

Se anexarán los resultados de laboratorios, reportes de ultrasonidos o rayos X, reportes de patología y otros medios diagnósticos que se le hayan realizado a las y los pacientes. Se incluyen en estos reportes todos los estudios realizados en consulta externa o emergencia, en sala de observación y los de la hospitalización. Los reportes histopatológicos o histoquímica siempre deben ser colocados al inicio de esta sección independientemente de la fecha en que este fue reportado. Todos estos reportes deben ser colocados en el formato establecido, (ver formato en anexo número [P223](#))

I.2.- Evolución y seguimiento. Comprende las siguientes actividades y tareas:

A1.- Tomar y registrar notas de enfermería, signos vitales y demás instrucciones médicas específicas. Se anexan formatos (número [P121A](#), [P121B](#) y [P123B](#))

Deberá elaborarse por el personal de enfermería según la frecuencia pre-establecida u órdenes del profesional de la salud. En cada hoja debe registrarse el nombre completo de las y los pacientes y el número del expediente; nombre de establecimiento y servicio de atención. En cada nota se debe consignar: la fecha y hora de elaboración, nombre del personal de enfermería que la realiza, condiciones en que se recibe la o el paciente, signos vitales, administración de medicamentos con su fecha, hora, cantidad y vía, problemas que se presentan durante la atención, procedimientos realizados, condiciones en que se entrega al paciente, observaciones, firma y código del personal.

Es el registro de las observaciones y atenciones prestadas al paciente por el personal de enfermería, constituye un medio de comunicación eficaz entre estos últimos y el personal médico, ya que se anota la condición del o la paciente y el tratamiento realizado siguiendo las prescripciones del médico. La frecuencia con que se escribe la nota depende del estado del o la paciente y de las veces que amerite atención.

Registro Gráfico de Signos Vitales. Se anexa el formato número ([P121A](#)):

Se grafican los signos vitales para facilitar el seguimiento durante la atención a las y los pacientes hospitalizados. Para registrar se utiliza color azul para los datos obtenidos durante el día y rojo para los obtenidos durante la noche. En esta hoja también se expresa los eliminados por orina y evacuaciones, así como el peso.

Control de signos vitales e ingeridos y eliminados. Se anexa el formato (número [P123B](#))

Deberá seguir los formatos establecidos por el Ministerio de Salud y ser llenado por el personal de enfermería que está atendiendo al paciente. En esta hoja se registran los signos vitales, así como todos los ingeridos y eliminados por todas las vías (oral, parenteral, perdidas por tubos o sondas en cavidades, otros).

Hoja de información de condición diaria de las y los pacientes. Se anexa el formato (número [P331](#)). Esta hoja es un constancia de que el profesional de la salud le otorga la información de la condición, evolución, diagnóstico y tratamiento del paciente o su representante legal; debe contener: el nombre del paciente, fecha y hora que se brinda la información, información suministrada, nombre y firma de quien recibe el informe. Será llenada diariamente por un profesional de la salud, en el mejor de los casos el médico tratante.

A2.- Tomar notas sobre la evolución del caso, notas de recibo y listado de problemas iniciales:

En la Nota de recibo, se registrará las condiciones en que se recibe al paciente en la sala de hospitalización e implica un abordaje integral de los problemas. Siempre debe de elaborarse por separado de la nota de ingreso independientemente del tiempo que transcurra entre una nota y la otra. Cada problema abordado en la nota de recibo debe ser evaluado de acuerdo a la secuencia SOAP. Se anexa formatos (número [P222A](#) y [P222B](#))

Datos básicos

Los datos básicos son la información que se registra en relación con el o los problemas en un tiempo dado. Los datos básicos se obtienen a partir de:

- i. Anamnesis o interrogatorio.
- ii. Examen físico.
- iii. Exámenes complementarios.
- iv. Toda nueva información.

Una vez obtenidos los datos iniciales, pueden agruparse para formular una lista por problemas que muestre la recolección de los mismos. Si todos los datos importantes aún no están contenidos en los iniciales, se indicarán y registrará información más detallada para cada problema.

Del problema inicial pueden derivar sub-problemas, que por su relevancia deben registrarse en la lista de problemas. Ejemplo: Problemas inicial es diabetes mellitus y el sub-problema neuropatía.

Los datos básicos corresponden a toda la información recolectada mediante la anamnesis o interrogatorio, el examen físico y los exámenes complementarios (estudios de laboratorios, radiológicos, otros). También se incluyen los problemas sociales y organizativos. Siempre deben registrarse todos los hallazgos, haciendo énfasis en los anormales.

Lista de problemas Comprende la formulación y seguimiento de los datos básicos iniciales, y su rasgo esencial es la objetividad; por tanto, deberán ser lo más explícito posible, asegurando una solución específica. No se admiten conclusiones diagnósticas excesivamente inespecíficas o ambiguas, acompañadas de términos imprecisos como “probable”, “en estudio”, “a descartar”. Se anexa el formato (número [P222A](#))

La lista de problemas debe proporcionar información suficiente al profesional de la salud que necesite saber de una o un paciente determinado, en una forma rápida, pero ordenada, todos los problemas que presenta hasta la fecha de su última

atención en el establecimiento proveedor de servicio de salud. La lista de problemas es dinámica, evolutivamente cambiante y única para cada paciente.

Cuando se construye una lista de problemas de un o una paciente por primera vez que ha tenido problemas de salud anteriormente, el médico tiene que decidir cuáles formarán parte de la lista que se registraran en el expediente. Esta decisión dependerá de los siguientes factores:

- a. La importancia del problema para el o la paciente y el equipo de salud.
 - La seriedad del problema para descartar enfermedades.
 - El riesgo que genera el problema.
- b. Interés del problema para futuros planes.

El estado de los problemas puede ser: activo, inactivo, resuelto y debe ordenarse de la siguiente manera:

- i. Fecha en que se registra el problema.
- ii. Número del problema.
- iii. Problemas activos.
- iv. Fecha de inactivación
- v. Fecha de resolución del problema.
- vi. Problemas inactivos.

A3.- Realizar valoraciones específicas. Se anexa el formato (número [P222B](#))

Adicionalmente, las notas de evolución describen el proceso de atención recibida por pacientes en cada visita al establecimiento proveedor de servicios de salud. Inician con la fecha, hora, número y título del problema. Son narrativas y proporcionan información sistemática y cronológica sobre la evolución del caso durante su estadía. Las mismas deben ser suficientemente detalladas y deben expresar los cambios en la situación clínica de las y los pacientes. Esta información se organizará de acuerdo con la secuencia SOAP:

S → **S**ubjetivo
O → **O**bjetivo
A → **A**nálisis
P → **P**lan

- a. Datos subjetivos (**S**): Es la información relevante que cada paciente refiere acerca de su problema, o sea lo que siente y dice al profesional de la salud. Contiene los síntomas, impresiones de los familiares, etc.
- b. Datos objetivos (**O**): Es la descripción del examen físico orientado al problema que realiza el profesional de salud y de los resultados de los estudios complementarios (laboratorio, anatomopatológicos, electrocardiogramas, rayos X y otros).

- c. Análisis **(A)**: Es la interpretación y concatenación lógica de los datos subjetivos y objetivos que presentan las y los pacientes, generando información VÁLIDA para la toma de decisión, en correspondencia con la precisión diagnóstica obtenida. También debe corresponderse con el curso evolutivo, condición actual y el pronóstico.
- d. Plan **(P)**: Significa demostrar cómo se va a proceder con cada uno de los problemas. Aborda el problema siguiendo los pasos descritos en los planes iniciales: Diagnóstico, tratamiento y educación.

A4.- Documentar procedimientos clínico quirúrgicos en ejecución y realizados.

Se anexa formatos (número [P123A](#), [P124A](#), [P312A](#))

Registros pre, operatorios y postoperatorios

Valoración cardiológica:

Se le debe realizar a todo paciente mayor de 40 años o aquellos que son portadores de factores de riesgo para eventos cardiovasculares o con antecedentes personales de cardiopatía. Debe ser elaborada por un cardiólogo o en su defecto por un médico internista. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento. Para realizar la valoración cardiológica el médico debe contar con los siguientes exámenes: biometría hemática completa, glicemia, creatinina, electrocardiograma, radiografía de tórax o cualquier otro estudio de gabinete que el médico requiera, por la naturaleza de las enfermedades de base del o la paciente.

Valoración por medicina interna:

Se solicitará por el cirujano tratante cuando exista una condición médica que implique riesgo quirúrgico, cuando el o la paciente tenga una enfermedad de base que amerite su intervención. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento. Se anexa el formato (número [P222B](#))

Nota preoperatoria

Deberá ser elaborada por el cirujano que realizará la cirugía y debe contener: datos de identidad del o la paciente, nombre y apellidos del médico, fecha y hora en que se realiza la nota, fecha de la cirugía, diagnóstico preoperatorio, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios, así como pronóstico. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento.

Controles pre y postoperatorio:

Estas actividades se realizan y registran por separado por cada personal de salud involucrado en la atención al paciente. Las actividades, observaciones y notas realizadas por el personal de enfermería se anotarán en la hoja *Nota de Enfermería*; las actividades, observaciones y notas realizadas por el cirujano y anesthesiólogos se anotarán en la hoja *Nota de Evolución y Tratamiento*.

Nota operatoria

Deberá elaborarse con los aspectos científicos – técnicos de la operación practicada, y deberá contener: datos de identidad del o la paciente (nombre y apellidos, expediente, servicio), fecha de la operación, hora de inicio, hora de finalización, tiempo de duración; nombre/apellido del cirujano, del primer y segundo ayudante, del anestesista, instrumentista y circular. Así mismo deberá describirse tipo de anestesia, diagnóstico pre y postoperatorio, cirugía efectuada, hallazgos transoperatorio, descripción de la técnica quirúrgica practicada; planes postquirúrgico; así firma, código y sello del médico que elaboro la nota. Se anexa el formato (número [P124A](#))

Anestesia:

Nota preanestésica:

La nota preanestésica será elaborada en las hojas de evolución y tratamiento por el especialista en anestesiología y que participará en la cirugía. Además de los datos generales del o la paciente y del establecimiento de salud, esta nota debe contener la clasificación del riesgo anestésico, exámenes preoperatorios de rutinas (biometría hemática completa, glicemia, creatinina, tipo y Rh, pruebas de coagulación sanguínea) o especiales que hayan sido solicitados, estudios de imagen, solicitud de sangre, así como la técnica de anestesia propuesta. Siempre debe llevar firma, código y sello del médico.

Registro de Anestesia: Se anexa el formato (número [P312A](#))

Este formato es llenado por el anesthesiólogo y contiene además de la identificación del o la paciente, la hora de inicio de anestesia, los signos vitales durante toda la cirugía y automatismo respiratorio, una escala de recuperación de anestesia que incluye el estado de conciencia, circulación, respiración, coloración y movilidad, total de diuresis durante el trans-operatorio y el aproximado de pérdidas hemáticas. En este documento se escribe los datos de técnica y metodología de la anestesia utilizada, los líquidos y hemoderivados que se administraron, operación efectuada, los nombre del equipo quirúrgico y posición en que se colocó al paciente para la intervención quirúrgica. También deberá registrarse los cuidados postoperatorios inmediatos y la valoración post anestésica a las 24 horas. Debe contener el nombre completo, firma, código y sello del especialista.

Recuento de compresas

Debe seguir y utilizar el formato oficial establecidos por las autoridades de Salud. Se debe describir el tipo de sutura y cantidad utilizada. Se anexa el formato que debe ser llenado por el personal técnico quirúrgico, instrumentista y circular (número [P124B](#))

Control de medicamentos

En este formato se registran los medicamentos que se administran al paciente durante la hospitalización, permite cotejar con las órdenes médicas el control de medicamentos prescritos y aplicados. Es llenado por el personal de enfermería y debe incluir el nombre del medicamento y los cinco exactos. Se anexan los formatos correspondientes. El formato perfil fármaco-terapéutico debe ser llenado por el médico tratante (número [P321A](#) / [P321B](#))

Solicitud de interconsulta y tránsito de pacientes:

Este formato se utiliza para la solicitud de valoración diagnóstica, terapéutica por otro servicio o especialidad dentro o fuera del establecimiento de salud. Se anexa el formato que debe ser llenado por el personal profesional de salud solicitante y el que recibe la solicitud (número [P123A](#))

I.3.- Cierre del caso – Resolución de problemas. Comprende las siguientes actividades y tareas:

A1.- Asentar las condiciones del egreso en la epicrisis del caso.

La Epicrisis debe resumir los procedimientos realizados, los principales exámenes de laboratorio, así como el tratamiento ambulatorio prescrito. El formato debe ser llenado por el personal médico, debidamente autorizado por el médico de base. Ver anexo número [P232A](#).

A2.- Certificar el egreso

Con la epicrisis se oficializa el egreso. Este documento le pertenece al paciente y debe ser entregado en original al momento del egreso, incluye nombre, firma y código del médico tratante Anexo número [P232A](#)

Nota de Defunción

Se elabora en la hoja de evolución y tratamiento, incluye los datos de identificación del o la paciente, fecha y hora en que se realiza la nota , nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza, resumen clínico del o los problemas que presentaba el o la paciente, causa de la muerte clasificada en: directa, intermedia, y básica de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades vigente (CIE10), hora y fecha de fallecimiento, si se realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar, describirlas, si no se realizaron maniobras de resucitación, explicar por qué. Se incluye la firma y sello del médico que realiza.

Constancia de Defunción:

La constancia de defunción debe ser llenada por el médico que atendió el deceso, con su firma y código, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Salud. El documento original se le entregará al familiar o representante legal de la persona fallecida y se debe dejar una copia en el expediente.

Constancia de Abandono: (Formatos en anexo número [P232B](#))

Es el documento por medio del cual cada paciente o persona adecuada que lo represente, solicita el egreso del establecimiento de salud sin autorización del Médico tratante, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá contener lo siguiente: fecha y hora de abandono, nombre completo del paciente o familiar y parentesco (si este fuera el caso), número de cédula y firma de quien solicita el abandono, problemas y/o diagnóstico encontrados, resumen de las consecuencias y/o complicaciones que se pudieran originar del abandono, nombre completo, firma y número de cédula de dos testigos.

A3.- Prescribir las instrucciones al egreso

- a. Prescripciones dentro de los planes terapéuticos: instrucciones específicas en torno a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos: cirugía, dieta, fisioterapia, ayuda social, religiosa, etc.
- b. Prescripciones dentro de lo planes educativos: instrucciones específicas al paciente o su representante legal, sobre las enfermedades y los cuidados requeridos. Es fundamental que cada paciente y su familia entiendan su

situación de salud, para que jueguen un papel activo en la solución de los problema

Estas instrucciones quedarán documentadas en la epicrisis que pertenece y se entrega el original al paciente al momento del egreso, incluye nombre, firma y código del médico tratante. Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud y no sustituye a la nota de contrarreferencia.

Nota de Contrarreferencia, formato en anexo número [P233](#), es la respuesta institucional a la referencia donde se expresa el reconocimiento, valoración y tratamiento realizado, así como los resultados e indicaciones que debe seguir el o la paciente en su atención integral, mediante los procesos de Atención Primaria y la Dispensarización establecidos en el MOSAFC para estos fines.

II. Procedimientos Administrativos aplicables en Atención ambulatoria, Observación de las Emergencias y Hospitalización.

II.1. Admisión e Ingreso, comprenden las siguientes actividades y tareas. Se anexa formatos (número [P211B](#) y [P212](#)):

A1: Documentar tipo de admisión: papelearía / formatos establecidos.

Apertura del Expediente Clínico:

- Verificar que el o la paciente no posee expediente clínico en ese establecimiento proveedor de servicio de salud.
- Si el o la paciente no tiene expediente clínico se le deberá asignar un número de expediente por el personal de admisión, esta numeración aplicará **la codificación a 16 dígitos** para la identificación manual o automatizada de los expedientes clínicos; Con ese código se debe registrar el número de expediente asignado en la carpeta, en la tarjeta índice (en los casos que corresponda) y en la tarjeta de identificación de pacientes.
- **En los establecimientos de salud, temporalmente en la transición de códigos únicos**, se continuarán utilizando los procedimientos establecidos: Hasta agotar existencias, las carpetas de los expedientes de dos colores, celestes y rosados. Se asignará un color de acuerdo al sexo del cada paciente; el celeste para hombres y rosados para mujeres.
- El llenado de la carpeta con los datos de identificación que deben ser tomados de un documento de identidad o mediante una entrevista cuidadosa por el personal de la sección de admisión. Se anexa el formato (número [P213A](#), [P213B](#) y [P213C](#))
- Los datos que deben ser escrito en la carpeta son:
 - Primer apellido.
 - Segundo apellido.
 - Nombres.

- Número de Expediente, con el código de 16 dígitos.
 - El nombre del Establecimiento Proveedor de Servicio de Salud.
 - Número de INSS o seguro de régimen voluntario cuando el caso corresponda.
- Se deben anexar las hojas o formatos correspondientes a la atención en salud de acuerdo al orden que se establece.
 - Una vez abierto el expediente clínico se entregará una tarjeta de identificación y se elabora una tarjeta índice de paciente.
 - El expediente clínico se traslada al profesional de salud o servicio donde le brindarán atención.

Para pacientes que poseen expediente clínico

- Una vez solicitada la atención subsiguiente por cada paciente, es necesaria la coordinación entre el encargado de admisión y el de archivo para la búsqueda rápida del expediente clínico:

- Si el o la paciente trae consigo la tarjeta de identificación se busca el expediente en archivo y se remite al profesional de la salud que le brindará la atención.
- En caso que el o la paciente no porte su tarjeta de identificación, el personal de admisión debe solicitar fecha de nacimiento y nombre completo del o la paciente o algún documento que registre estos datos y proceder a la búsqueda en el archivo para remitirlo al profesional de la salud que le brindará atención.

En el caso que un paciente acuda a la institución de salud y por su condición no se pueda obtener los datos patronímicos, para la generación del expediente y su codificación, se deberá asignar el término “DESCONOCIDO” y un número correlativo de dos dígitos. Esta disposición será aplicada temporalmente, mientras se obtenga la información pertinente.

A2: Documentar el ingreso con el manejo de todos los formatos:

Atención en la sala de emergencias. Se anexa el formato (número [P211](#))

Se llenará el formato Servicio de emergencia donde se registra los datos personales de cada paciente y el profesional de salud escribe la información de la atención. Si el o la paciente es dado de alta de la sala de emergencia, el formato y sus anexos deben incorporarse a su expediente. Si no tiene expediente, el formato y sus anexos se deben archivar alfabéticamente por los apellidos, según procedimientos de la normativa N-094 del MINSa.

Si el o la paciente amerita ser trasladado a observación u hospitalización se le debe buscar su expediente en el archivo; en caso de no poseer debe elaborarse, siguiendo los pasos correspondientes al acápite Apertura del Expediente Clínico.

A3: Ensamblar (armar) el expediente clínico; El personal de admisión implementará la secuencia de documentos, hojas, formatos y demás que se detallan a continuación:

a) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria exclusivamente:

Consulta Ambulatoria

- Carpeta
- Lista de problemas en el anverso de la segunda página.
- Constancia de abandono cuando el caso lo amerite.
- Referencia y/o Contrarreferencia.
- Hoja de interconsulta y tránsito de pacientes.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Notas de enfermería.
- Historia Clínica: HCP, Historia clínica, pediátrica, adolescentes y adultos.
- Hoja de seguimiento de atención integral a la niñez.
- Consentimientos informados.
- Hoja de identificación de pacientes.
- Reporte de exámenes y medios diagnósticos: reportes de laboratorios clínico, dictamen radiológico, ultrasonidos, electrocardiograma y otros (al reverso de la contraportada).

b) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria y hospitalización:

Consulta Ambulatoria

- Carpeta
- Lista de problemas en el anverso de la segunda página.
- Notas de evolución para nuevas consultas
- Epicrisis.
- Constancia de Abandono.
- Registro de admisión y egreso.
- Notas de evolución y tratamiento durante la hospitalización.
- Hoja de información de condición diaria de las y los pacientes.
- Servicio de emergencias.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo.
- Historia Clínica General.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Nota operatoria.
- Control pre y postoperatorio.
- Registro de anestesia.
- Recuento de compresas.
- Registro gráfico.

- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Transferencia y contrarreferencia.
- Interconsulta y tránsito de pacientes.
- Consentimiento informado.
- Reporte de laboratorios y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

Todas las hojas o formatos deben llevar datos de identidad de las y los pacientes: nombre, número de expediente, ubicación (servicio, cubículo, cama), nombre y perfil del profesional que atiende a las y los pacientes, hora y fecha de la nota, deben llevar la firma y el sello del profesional de la salud que las realice y así como el nombre del establecimiento proveedor de servicio de salud.

Observación:

- Carpeta.
- Lista de problemas en el anverso de la segunda página.
- Hoja de información de condición diaria del o la paciente.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Hoja de referencia y contrarreferencia.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Interconsulta y tránsito de pacientes.
- Control de medicamentos.
- Notas de enfermería.
- Consentimientos informados.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

En hospitalización:

- Carpeta.
- Lista de problemas en el anverso de la segunda página.
- Hoja de información de condición diaria del o la paciente.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Registro gráfico de signos vitales.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo.
- Historia clínica.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Control pre operatorio.
- Nota operatoria.
- Registro de anestesia.
- Control postoperatorio y evolución durante el periodo de anestesia
- Recuento de compresas.
- Interconsulta y tránsito del o la paciente.

- Referencia y contrarreferencia.
- Consentimientos informados.
- Registro de admisión y egreso.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

Los formatos quirúrgicos, de interconsulta y tránsito del o la paciente, referencia y contrarreferencia se anexarán cuando el caso lo amerite, considerando el orden antes descrito.

Estructura y Componentes del Expediente Clínico:

Carpeta:

Incluye todos los datos referidos en Apertura del Expediente. En casos de hospitalización se coloca al final de todas las hojas. (número [P213A](#), [P213B](#) y [P213C](#))

Porta Expediente:

En caso de hospitalización o estancia en observación de los servicios de Emergencias, se debe utilizar un porta expediente metálico, generalmente de aluminio. Este debe contener el número de expediente, nombre y apellido del o la paciente, departamento, nombre del servicio y número de cama en la portada con letra legible.

II.2. Permanencia / estancia, comprenden las siguientes actividades y tareas:

A1: Asegurar el consentimiento informado general y para efectuar procedimientos especiales de tipo Diagnóstico, Quirúrgico o Terapéutico.

Consentimiento informado. Se anexa el formato, aplica principalmente en los hospitales (número [P221](#))

De acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud es un derecho de los y las pacientes o su representante legal a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos.

El consentimiento informado es un documento que protege en su salud al paciente y legalmente al personal y establecimiento. Este documento se sujetará a los requisitos previstos en los reglamentos y leyes vigentes, serán revocables cuando el o la paciente lo decida.

El consentimiento del o la paciente debidamente informado deberá constar por escrito, a excepción:

- Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.
- Cuando cualquier paciente no esté en condiciones para tomar decisiones, el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.
- Cuando la emergencia no permita demoras que pueden ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
- La negativa por escrito a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de la salud, en su caso; pudiendo solicitar al paciente su alta voluntaria.

El médico debe proporcionar de forma clara, sencilla y comprensible al paciente la siguiente información:

- Consecuencias seguras y relevantes de la intervención diagnóstica o terapéutica que vaya a realizarse.
- Riesgos típicos o previsibles.
- Riesgos infrecuentes pero no excepcionales, que tengan la consideración clínica de muy graves.
- Riesgos que implica el no practicar la intervención.

Todo consentimiento informado debe contener como mínimo:

- Datos generales del o la paciente o su representante legal.
- Datos del establecimiento de salud.
- Datos del médico que proporciona la información.
- Acto(s) médico autorizado.
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- Nombre completo y firma de los testigos.
- Firma del o la paciente.

El consentimiento informado se realiza en las siguientes situaciones:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.
- Procedimientos que requieren anestesia general.
- Procedimientos gineco-obstétricos.
- Participación voluntaria del paciente en investigaciones biomédicas o ISS.
- Necropsia hospitalaria.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que conlleve a mutilación.

El número de consentimientos informados va a ser acorde al número de procedimientos o actos médicos que amerite el o la paciente durante su estancia en el establecimiento de salud, así como de la condición o estado de salud en que este se encuentre. Durante una hospitalización o un proceso de atención el número de consentimiento informado puede ser mayor a uno si el médico y paciente los consideran convenientes y necesarios.

A2: Documentar la permanencia: Uso de la papelería / formatos establecidos

Notas de Seguimiento, Evolución y Tratamiento. Se anexa formatos (número [P122A](#), [P122B](#) y [P222B](#))

Debe realizarse de acuerdo a las pautas del enfoque Historia Clínica Orientada por Problemas, en particular la evolución y actualización sistemática de la lista de problemas, que se enfatiza más adelante en los procedimientos docente-asistenciales.

El profesional de la salud debe escribir en cada una de las hojas el nombre del establecimiento de salud, nombre completo del o la paciente y número de expediente. En cada nota debe registrarse la fecha y hora en que se realiza, el nombre, apellidos, especialidad del(los) profesional(es) que participan en la evolución nombre del problema que se evoluciona y firma y sello del profesional que la realiza.

Nota de Consulta Externa:

La nota de consulta externa debe seguir los pasos de acuerdo a las pautas del enfoque Historia Clínica Orientada por Problemas, esta información es registrada en las hojas evolución y tratamiento.

Reporte de Laboratorio y Medios Diagnósticos. Se anexa el formato (número [P223](#))

Se anexarán los resultados de laboratorios, reportes de ultrasonidos y/o rayos X, reportes de patología y otros medios diagnósticos que se le hayan realizado al paciente. Se incluyen en estos reportes todos los estudios realizados en consulta externa o emergencia, en sala de observación y los de la hospitalización. Los reportes histopatológicos o histoquímica siempre deben ser colocados al inicio de esta sección independientemente de la fecha en que este fue reportado. Todos estos reportes deben ser colocados en el formato establecido que se encuentra en el reverso de la contraportada de la carpeta.

Solicitud de interconsulta y tránsito de paciente:

Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud. Este formato se utiliza para la solicitud de valoración diagnóstica, terapéutica por otro servicio o especialidad dentro o fuera del establecimiento de salud. Se anexa el formato (número [P123A](#))

Control de medicamentos. Se anexa formatos (número [P321A](#) y [P321B](#))

En este formato se registran los medicamentos que se administran al paciente durante la hospitalización, permite cotejar con las órdenes médicas el control de

medicamentos prescritos y aplicados. Es llenado por el personal de enfermería y debe incluir el nombre del medicamento y los cinco exactos³.

A3: Retroalimentar los planes aplicando SOAP y AMEN: papelería / formatos establecidos. Se anexa formatos (número [P222B](#) y [P223](#))

Las retroalimentaciones a los planes con indicaciones correctivas o complementarias, deben referirse en el borde derecho de la hoja de evolución aplicando el recurso nemotécnico AMEN para la revisión y actualización exhaustiva de los planes:

A	→	A limentación
M	→	M edicamentos
E	→	E xámenes
N	→	N ormas

Las indicaciones en los planes actualizados deben seguir un orden numérico que inicia al abordar cada problema.

- a. Alimentación (**A**): Debe ordenarse y describirse el tipo y condición de la dieta y los requerimientos energéticos solicitados.
- b. Medicamentos (**M**): Deben ordenarse y describirse todos los medicamentos consignados en los planes terapéuticos del Plan del SOAP, coherentes a los protocolos de atención y listado oficial de medicamentos. Como regla práctica se anotan en el orden numérico similar al de la lista de problemas evolucionada, y la prescripción debe llevar los siguientes elementos:
 - Los medicamentos deben prescribirse con nombre genérico.
 - Indicar la presentación del medicamento.
 - Por debajo del nombre del medicamento debe enunciarse entre paréntesis o corchetes la dosificación en mg/Kg/d, o g/Kg/d, ml/Kg/d.
 - Aplicar la norma de los cinco (5) exactos: dosis, concentración, vía, intervalo y tiempo de duración.
- c. Exámenes (**E**): En esta sección se ordenarán todos los medios disponibles o no disponibles que facilitan el diagnóstico siguiendo los protocolos de atención. Serán incluidos en el mismo orden de los problemas consignados en la nota de evolución.
- d. Normas (**N**): Corresponde a todos los cuidados prescritos por el profesional de la salud. Se incluye la orden de interconsulta, referencias o contrarreferencias, educación en salud.

II.3. Egreso y Alta, comprenden las siguientes actividades y tareas:

A1: Documentar el Egreso

El Egreso Hospitalario

³ Cinco exactos: Paciente exacto, medicamento exacto, dosis exacta, vía de administración exacta y la hora exacta.

Debe utilizarse el formato establecido por el Ministerio de Salud. Debe ser llenada por el médico que ingresa y/o egresa al paciente del establecimiento de salud. Se anexa el formato (número [P211B / P231B](#))

A2: Documentar el alta: elaborar la epicrisis.

Criterios de Alta: Consignados y fundamentados en la nota de evolución del alta, firmada por el médico de base, según lo establecido en las normas por enfermedades de cada hospital.

Epicrisis

Este documento pertenece y se entrega el original al paciente al momento del egreso. Debe anexarse una copia al expediente. Contiene los datos de identificación del o la paciente, fecha de ingreso y egreso, diagnóstico al egreso, resultados de exámenes que fundamentaron el diagnóstico, tratamiento (incluye procedimientos quirúrgicos), padecimiento que se descartaron, complicaciones y recomendaciones, nombre, firma y código del médico tratante. Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud (número [P232A](#)) y no sustituye a la nota de contrarreferencia.

A3: Realizar orden de salida, traslados o contra referencia

Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud. Se anexa formatos (número [P231A](#) y [P222B](#))

III. **Procedimientos docente-asistenciales**, en su mayor parte son de la competencia del personal médico.

III.1. Diagnósticos, comprenden las siguientes actividades y tareas:

A1: Realizar el Análisis de los datos disponibles

La nota de recibo se realiza en la hoja de evolución y tratamiento formato en anexo (número [P222B](#)) y debe de llevar:

- i. Nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza.
- ii. Número y nombre del problema que se evoluciona.
- iii. Resultados de laboratorio y de exámenes especiales enviados al ingreso.
- iv. Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
- v. Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales.
- vi. Firma y sello del médico que la realiza.

Todo el proceder analítico posterior, debe redundar en mantener actualizados los planes diagnósticos, en el entendido que se deben considerar los estudios complementarios que sean relevantes y pertinentes, para obtener una mayor definición de los problemas y facilitar el tratamiento. Es entender cada problema en su nivel más básico. A través del plan diagnóstico se pueden confirmar o excluir los diagnósticos diferenciales.

A2: Realizar Interconsultas e intervenciones diagnósticas, quirúrgicas y terapéuticas.

Interconsultas (justificación y cumplimiento): Anotar las necesidades de interconsulta de acuerdo a la condición del paciente, adjuntar una copia de la hoja de interconsulta y elaborarla en la nota de evolución. (número [P123A](#) y [P222B](#))

A3: Actualizar listado de problemas, aplicando la secuencia didáctica **SOAP**.

Identificación de nuevos problemas: Anotar los problemas que se presenten durante la hospitalización del o la paciente, particularmente con nuevas enfermedades, complicaciones y efectos iatrogénicos. Ver anexo número [P222A](#)

III.2. Terapéuticos, comprenden las siguientes actividades y tareas:

A1: Actualizar los planes de tratamiento (SOAP)

Recordar que los planes terapéuticos son efectivamente planes específicos de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos (cirugía, dieta, fisioterapia, ayuda social, religiosa, etc.) que representan los esfuerzos para interferir con la historia natural del problema.

Mantener actualizado el perfil farmacoterapéutico oportunamente elaborado, siguiendo las instrucciones y el formato establecido (número [P321A](#)); En este formato se describe las prescripciones farmacológicas durante un período de 24 horas. Los datos deben ser registrados por el personal médico y Enfermería.

A2: Instruir sobre la nutrición y dietas requeridas (Formato anexo número [P222B](#))

Alimentación y nutrición: Anotar en las hojas de evolución Indicada, de acuerdo a la edad, estado nutricional, padecimiento y condición clínica del paciente. Todo eso en correspondencia con los planes terapéuticos y educativos previamente establecidos

A3: Instruir sobre actividad física o reposo requeridos (Formato anexo número [P222B](#))

En las notas de evolución como en las epicrisis se dejará constancia de estas instrucciones, sea con fines de rehabilitación mediante fisioterapia haciendo las referencias correspondientes, o en el otro extremo, las instrucciones de reposo absoluto o relativo requerido por el paciente, dado el cuadro clínico que lo justifique. Todo esto en correspondencia con los planes diagnósticos, terapéuticos y educativos previamente establecidos.

III.3. Prognosis: rehabilitación, protección y promoción , comprenden las siguientes actividades y tareas: (Formatos en anexo número [P122B](#), [P221](#), [P222B](#), y [P331](#))

A1: Informar al enfermo (a) o familiares de su problemática

Acá se retoman las orientaciones consignadas en el consentimiento informado de los y las pacientes, no tan solo para cubrir exigencias administrativas o médico legales, sino que además para obtener y documentar la colaboración asertiva de los y las pacientes, que en el mejor de los casos puede estar recogida en los Planes Educativos, dada la importancia fundamental que cada paciente y su familia entiendan su situación de salud, para que jueguen un papel activo en la solución de los problemas.

A2: Informar sobre el manejo ambulatorio y control de riesgos (Formatos en anexo número [P122B](#) y [P332](#))

Se dejará constancia en las notas de evolución, epicrisis, contrarreferencia y planes de tratamiento, sobre el manejo que requieren los pacientes para recibir atención

ambulatoria a través de la consulta externa de los hospitales tratantes o en los centros de salud de procedencia.

A3: Dispensarizar, si es dispensarizable. (Formatos en anexo número [P122B](#) y [P332](#))

Se aplicarán las mismas instrucciones que en el acápite precedente; sobre todo en donde ya se hayan logrado niveles de desarrollo organizativo superiores en la prestación de servicios bien articulados y la Dispensarización de las personas, bajo las orientaciones del MOSAFC. De hecho quedan pendientes las articulaciones orgánicas en el funcionamiento de los expedientes clínicos y las historias familiares, en particular a través de los procesos de Dispensarización de las familias.

IV. Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones, en su mayor parte estos procedimientos les competen y están bajo la responsabilidad de las oficinas de estadísticas y registro médicos, en todos los establecimientos en donde existe este recurso, en su defecto por el personal médico o de enfermería, según corresponda.

IV.1. Ordenamiento y clasificación, comprende las siguientes actividades y tareas:

A1: Verificar constitución y orden del expediente clínico con los formatos establecidos:

A2: Foliar, firmar y sellar cada página del expediente clínico

A3: Verificar y actualizar en el tarjetero índice o anaqueles según corresponda

IV.2. Almacenamiento y conservación, comprende las siguientes actividades y tareas:

A1: Verificar codificación y numeración correctas (numeración y códigos únicos, entre otros.)

A2: Almacenar en depósitos, anaqueles o repositorios, según corresponda.

Una vez solicitado el expediente clínico y llevado al sitio donde será atendido el o la paciente, se debe de llevar un registro diario que señale la fecha y hora de salida, firma de quien recibe, destino del expediente, fecha y hora de regreso, firma de quien entrega ([Anexo número P423](#)). Esto también aplica cuando el expediente es extraído por otros motivos diferentes a la atención.

Una vez concluida la utilización del expediente clínico por el personal de salud, debe ser regresado en las primeras 24 horas al archivo para ser ordenados y colocados en los anaqueles correspondientes.

El expediente se debe colocar y mantener en su anaquel correspondiente de forma ordenada y sin que sobresalga una hoja. (Normativa N-094 del MINSA)

Cada proveedor de servicios de salud en el MINSA asumirá la identificación única del expediente clínico, utilizando **la codificación a 16 dígitos para la identificación manual o automatizada (de acuerdo al avance tecnológico alcanzado) de los expedientes clínicos.** Dicha codificación estará conformada por datos del municipio donde nació el o la paciente (según códigos de municipios que utiliza el Consejo Supremo Electoral), las iniciales de los dos nombres y dos apellidos de la persona, sexo, fecha de nacimiento y un identificador de control para eliminar redundancias.

De tal manera que el código de un expediente cualquiera, por ejemplo:

161FEBCM07027201

(3 dígitos) 161 → Es el código del municipio de nacimiento. Ese código utiliza el Consejo Supremo Electoral para el municipio de Estelí.

(4 dígitos) FEBC → Son las iniciales de los dos nombres y dos apellidos del paciente. En este ejemplo se trata de “*Fidel Eliezer Báez Castillo*”.

(1 dígito) M → Representa el Sexo del paciente. En este sitio se podrán seleccionar los valores de: M (Masculino), F (Femenino). En este ejemplo es “M” de masculino.

(6 dígitos) 070272 → Representa la fecha de Nacimiento del paciente en formato dd/mm/aa. En este caso es “*07 de Febrero de 1972*”

(2 dígitos) 01 → Este valor es secuencial. Representa un identificador de control para eliminar asignaciones de un mismo código a más de un expediente, es un error de redundancia que induce ambigüedad y confusión.

De tal manera que, al decodificar, podemos convertir el código del expediente “161FEBCM07027201” a los datos de un paciente, en donde los 16 dígitos responden en este ejemplo a la interpretación siguiente:

Nombre : Fidel Eliezer Báez Castillo.
Nacido en : Estelí.
Sexo : Masculino
Fecha de Nacimiento: 070272

EXCEPCIONES:

- 1) Se utilizará el No. 9 como carácter comodín (relleno) para aquellos casos que los pacientes no cuenten con datos como: segundo nombre, segundo apellido, tal y como se muestra a continuación:
 - a. Si solo tiene un nombre y dos apellidos -> F9BC.
 - b. Si solo tiene nombre, segundo nombre y un apellido -> FEB9.
 - c. Si solo tiene un nombre y un apellido -> F9B9.
- 2) Si es un nombre compuesto no utilizar (de, los, la, etc).
- 3) Si es extranjero se utilizará el código de área internacional de la guía telefónica o sino el código 800.

A3: Controlar nuevas entradas y salidas (Formato en anexo número [P423](#))

El expediente clínico solo puede ser facilitado al personal autorizado de ese establecimiento de salud. En casos de personas ajenas al establecimiento deben solicitar el expediente a las autoridades competentes del establecimiento.

En el archivo clínico se utiliza el tarjetón de reemplazo que nos indica la ubicación y destino del expediente clínico dentro de las unidades de salud. Todo expediente clínico que se retira de su lugar por un tiempo mayor a 24 horas, en el archivo clínico debe ser reemplazado por un tarjetón de reemplazo, que señale la fecha y el destino del expediente.

La salida del expediente clínico del archivo se controlará mediante un cuaderno u hoja de registro.

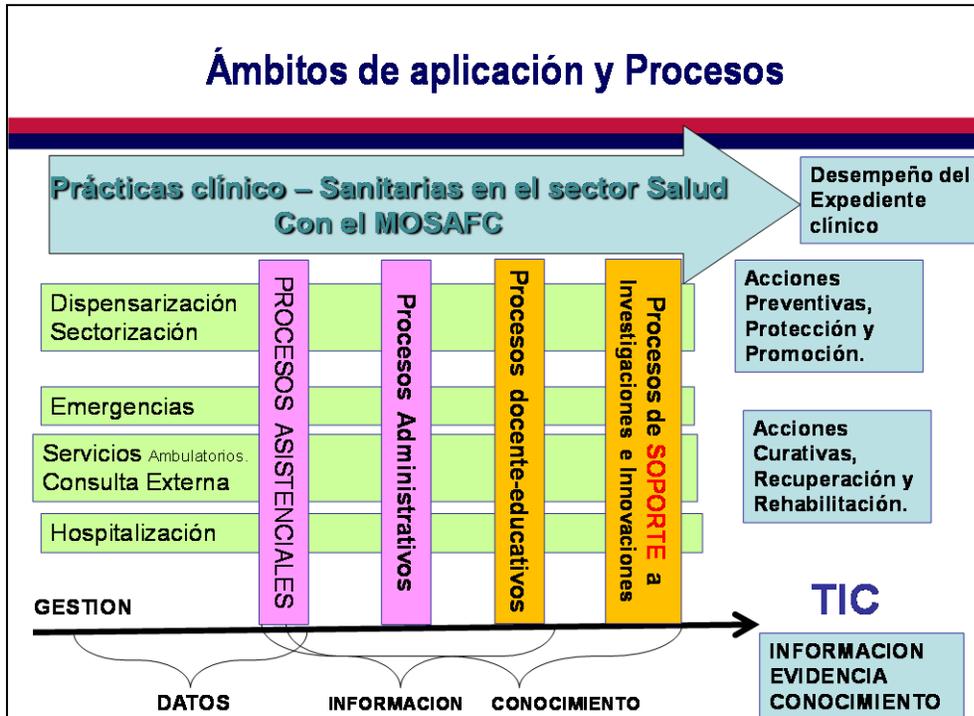
IV.3. Mantenimiento en modo activo o pasivo, comprende las siguientes actividades y tareas:

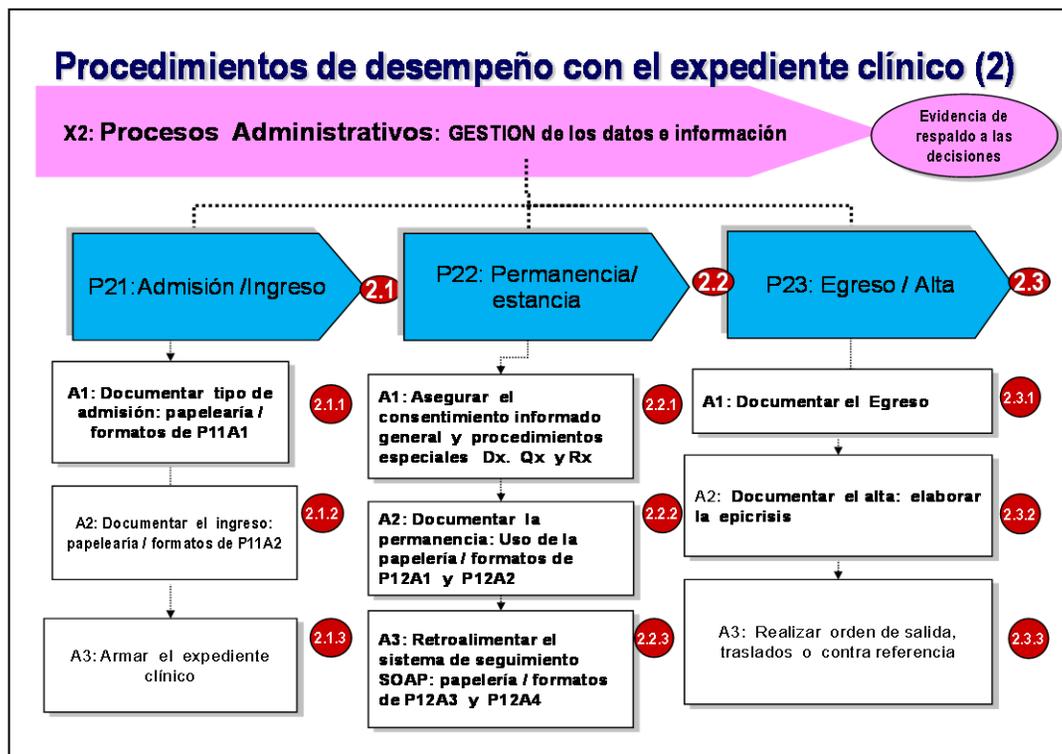
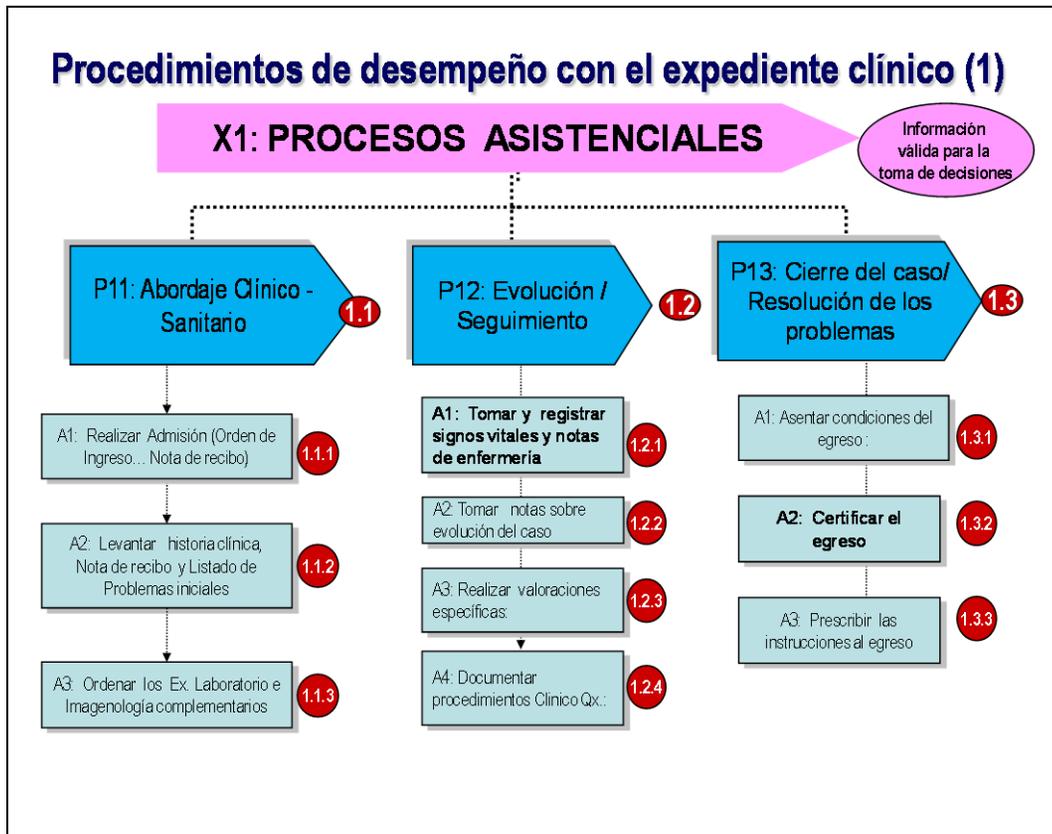
A1: Clasificar en Activo o Pasivo (5 o más años de inactividad)

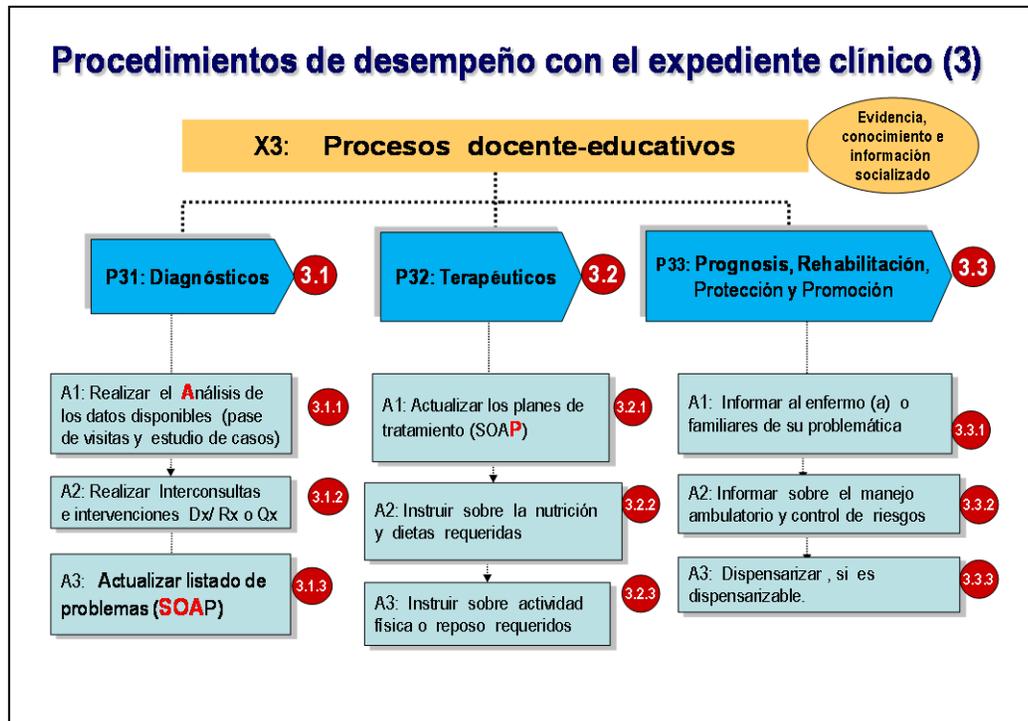
A2: Respalidar información, aplicando TIC factibles y pertinentes

A3: Depurar / incinerar expedientes que ya no serán utilizados

Marco legal, normativo, metodológico y conceptual Diagrama de flujos en modo [flujograma matricial](#)







BIBLIOGRAFIA

- 1) MINSA; Dirección General de Regulación Sanitaria. Normativa N-004: Guía para el Manejo del Expediente Clínico, pp 35. Managua, Mayo – 2008.
- 2) MINSA; Dirección General de Regulación Sanitaria. Normativa N-070: Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud, pp 27-34. Managua, Junio – 2011.
- 3) MINSA; División General de Planificación y Desarrollo: Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Managua, Julio – 2008.
- 4) MINSA; División General de Planificación y Desarrollo: Modelo de Salud Familiar y Comunitario - Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios. Managua, Julio – 2008.
- 5) OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2008; 1211 Ginebra 27, Suiza pp: 43-60.
- 6) Lawrence I. Weed, M.D. Medical Record that Guide and Teach (The Problem-Oriented Medical Record). New England Journal of Medicine 27^a:593-600, 652-657 (March 14, 21), 1968.
- 7) MINSA; División General de Planificación y Desarrollo. Normativa N-094: Manual de organización, funciones y procedimientos de las oficinas de estadísticas del MINSA. Managua, Julio – 2012.
- 8) MINSA; División General de Planificación y Desarrollo: Manual de organización y funciones del sector en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Managua, Julio – 2008.

Anexos

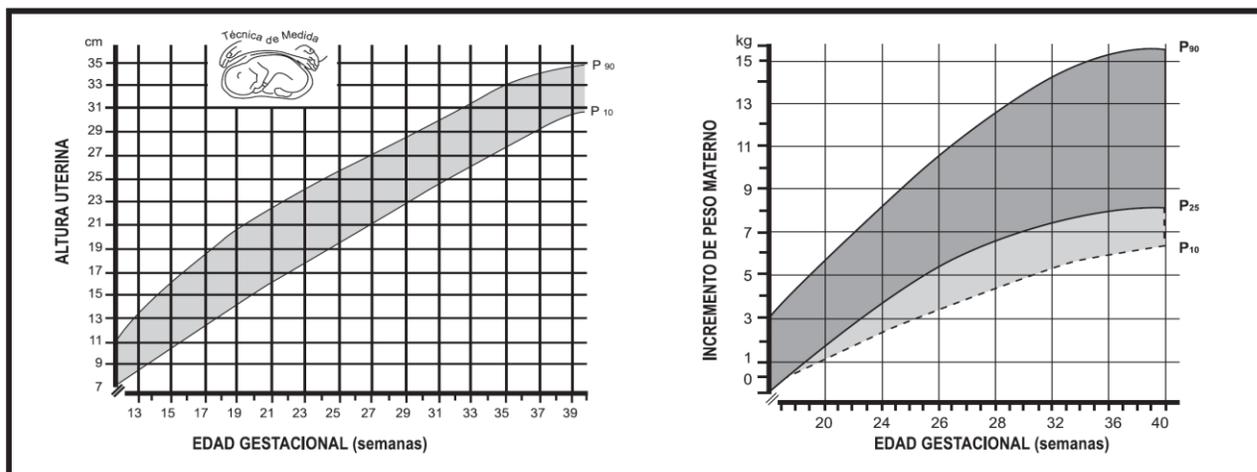
Cláusulas suspensivas de los formatos y formularios Anexos:

- I. Todos los formatos y formularios anexos del Expediente Clínico estando vigentes y debidamente aprobados por el MINSA son considerados de referencia nacional; Al momento de ser aprobada la presente normativa deben ser utilizados en los establecimientos públicos y privados proveedores de servicios de salud. Por lo tanto, no pueden suspenderse o cambiarse sin el debido respaldo de la Comisión Nacional de Normas, Guías, Manuales y Protocolos del Sector Salud a través de normativas previamente aprobadas o, en su defecto, por orientaciones específicas de la Dirección Superior del MINSA.

- II. La codificación única del Expediente Clínico a 16 dígitos, consignada en la presente normativa, a corto plazo o en menos de cinco años, hará innecesaria la utilización de carpetas a color celeste o rosadas; Sin embargo, se permite la utilización de esas carpetas hasta agotar inventarios mientras dure el periodo de transición de la nueva codificación.

Anexos: Formatos y Formularios del Expediente Clínico

Nº	Procedimiento	Código	Referencia y Contenido
01	Abordaje clínico	P112A	HISTORIA CLINICA PERINATAL
02	Abordaje clínico	P112B	PARTOGRAMA
03	Abordaje clínico	P112C	HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA
04	Abordaje clínico	P112D	HISTORIA CLÍNICA PARA ADOLESCENTES
05	Abordaje clínico	P112E	HISTORIA CLÍNICA DE ADULTOS
06	Abordaje clínico	P112F	LISTA DE PROBLEMAS / Preliminar al ingreso
07	Evolución/ seguimiento	P121A	REGISTRO GRÁFICO DE SIGNOS VITALES
08	Evolución/ seguimiento	P121B	NOTAS DE EVOLUCIÓN por Enfermería
09	Evolución/ seguimiento	P122A	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO
10	Evolución/ seguimiento	P122B	HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN A LA NIÑEZ
11	Evolución/ seguimiento	P123A	SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRANSITO DE PACIENTE
12	Evolución/ seguimiento	P123B	CONTROL DE SIGNOS VITALES, INGERIDOS Y ELIMINADOS
13	Evolución/ seguimiento	P124A	NOTA OPERATORIA
14	Evolución/ seguimiento	P124B	RECUENTO DE COMPRESAS
15	Admisión / Ingreso	P211	HOJA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA
16	Admisión / Ingre Egreso	P211B / P231B	REGISTRO DE ADMISIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO
17	Admisión / Ingreso	P212	HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
18	Admisión / Ingreso	P213A	CARPETA ROSADA PARA PACIENTES FEMENINAS
19	Admisión / Ingreso	P213B	CARPETA CELESTE PARA PACIENTES MASCULINOS
20	Admisión / Ingreso	P213C	CARPETA BLANCA PARA NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE
21	Permanencia / estancia	P221	Consentimiento informado
22	Permanencia / estancia	P222A	LISTA DE PROBLEMAS / En seguimiento
23	Permanencia / estancia	P222B	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO
24	Permanencia / estancia	P223	REPORTES DE LABORATORIO CLINICO ...
25	Admisión/Ingreso	P231A	Referencia de pacientes
25b	Egreso / Alta	P233	Contrarreferencia de pacientes
26	Egreso / Alta	P232A	Epicrisis
27	Egreso / Alta	P232B	Constancia de abandono
28	Interconsultas e intervenciones quirúrgicas	P312A	Registro de anestesia
29	Procedim. Terapéuticos	P321A	Perfil farmacoterapéutico
30	Procedim. Terapéuticos	P321B	Control de medicamentos
31	Prognosis, rehabilitación, protección y promoción	P331	Informe de condición diaria de pacientes
32	Prognosis, rehabilitación, protección y promoción	P332	Registro de hallazgos en la exploración clínica (Examen de mamas)
33	Almacenamiento (archivo) y conservación del expediente clínico.	P423	CONTROL DE REGISTRO DIARIO DE SALIDA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL ARCHIVO



CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CODIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

- 50 GESTACION MULTIPLE
- 51 HIPERTENSION PREVIA
- 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP
- 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP
- 52 PREECLAMPSIA
- 04 Hipertención transitoria del embarazo
- 05 Preeclampsia leve
- 06 Preeclampsia severa y moderada
- 53 Hipertención previa con proteinuria sobregregada
- 54 ECLAMPSIA
- 55 CARDIOPATIA
- 56 DIABETES
- 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa
- 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa
- 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo
- 07 Test de tolerancia a la glucosa normal
- 60 INFECCION URINARIA
- 08 Bacteriuria asintomática del embarazo
- 61 OTRAS INFECCIONES
- 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo
- 09 Sífilis complicando EPP
- 10 Gonorrea complicando EPP
- 11 Malaria
- 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)
- 63 Hepatitis viral
- 64 TBC complicando EPP
- 78 Rubéola complicando EPP
- 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP
- 66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO
- 67 ANEZA DEL PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)
- 13 Incompetencia cervical
- 68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA
- 14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto
- 15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna
- 16 Otros partos obstruidos por causa fetal
- 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE
- 17 Mola hidatiforme
- 18 Aborto espontáneo y aborto retenido
- 19 Embarazo ectópico
- 20 Aborto inducido y terapéutico
- 21 Amenaza de aborto
- 70 HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIMESTRE
- 22 Placenta previa con hemorragia
- 23 Desprendimiento prematuro de placenta

- 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación
- 25 Ruptura uterina antes o durante el parto
- 26 Laceración obstétrica del cuello del útero
- 71 ANEMIA
- 27 Anemia por deficiencia de hierro
- 72 RUPTURA PREMATURA A DE MENBRANAS
- 28 Infección del saco amniótico y membranas
- 73 INFECCION PUERPERAL
- 29 Sepsis puerperal
- 30 Infección mamaria asociada al nacimiento
- 74 HEMORRAGIA POST PARTO
- 31 Placenta retenida
- 32 Útero atónico
- 33 Laceraciones perinatales de 1ero y 2do grado
- 34 Laceraciones perinatales de 3ero y 4to grado
- 75 OTRAS PATOLOGIAS ATERNAS
- 35 Placenta previa sin hemorragia
- 36 Hiperemesis gravídica
- 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión
- 38 Dependencia de drogas
- 39 Sufrimiento fetal
- 40 Polihidramnios
- 41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)
- 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical
- 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio
- 44 Embolismo obstétrico
- 45 Falla de cierre de la herida de cesárea
- 46 Falla de cierre de la episiotomía
- 47 SIDA
- 76 HIV positivo
- 48 Neoplasia maligna del cuello uterino
- 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria

- PATOLOGIA NEONATAL**
- 50 ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINAS
 - 51 SINDROMES ASPIRATIVOS
 - 52 APNEAS POR PREMATUREZ
 - 53 OTROS SDR
 - 01 Ductos arteriales persistentes
 - 02 Persistencia de la circulación fetal
 - 03 Neumonía congénita
 - 04 Neumotórax y enfisema intersticial
 - 05 Taquipnea transitoria
 - 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo prenatal

HEMORRAGIAS

- 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido
- 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo prenatal
- 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)
- HIPERBILIRUBINEMIAS**
- 08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh
- 09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO
- 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino
- 58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)
- 11 Policitemia neonatal
- 12 Anemia congénita
- 13 Otras afecciones hematológicas
- INFECCIONES**
- 14 Diarrea
- 15 Meningitis
- 16 Onfalitis
- 17 Conjuntivitis
- 59 Infecciones de la piel del recién nacido
- 18 Sepsicemia
- 20 Enterocolitis necrotizante (ECN)
- 49 Tétanos neonatal
- 60 Sífilis congénita
- 61 Enfermedades congénitas virales
- 68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)
- 69 Citomegalovirus (CMV)
- 70 Toxoplasmosis congénita
- 39 HIV positivo
- 19 Otras infecciones del periodo perinatal
- NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)**
- 33 Hidrocefalia adquirida
- 34 Leucomalacia periventricular y cerebral
- 35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico
- 36 Hemorragia intracraneana no traumática
- 37 Convulsiones
- 71 Encefalopatía Hipóxico Isquémica
- 38 Otras afecciones del estado cerebral
- METABOLICA/NUTRICIONAL**
- 43 Síndrome de "hijo de diabética"
- 45 Hipoglucemia
- 46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales
- 66 OTRAS PATOLOGIAS RN
- 40 Retinopatía de la prematuraz
- 41 Hernia inguinal
- 65 Síndrome de daño por frío

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

- 01 Cesárea previa
- 02 Sufrimiento fetal agudo
- 03 Desproporción cefalo-pélvica
- 04 Alteración de la contractilidad
- 05 Parto prolongado
- 06 Fracaso de la inducción
- 07 Descoenso detenido de la presentación
- 08 Embarazo múltiple
- 09 R.C.I.U.
- 10 Parto de pretérmino
- 11 Parto de posérmino
- 12 Presentación podálica
- 13 Posición posterior
- 14 Posición transversa
- 15 Ruptura prematura de membranas
- 16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
- 17 Placenta Previa
- 18 Abrupto placentae
- 19 Ruptura uterina
- 20 Preeclampsia y eclampsia
- 21 Herpes anogenital
- 22 Condilomatosis genital
- 23 Otras enfermedades maternas
- 24 Muerte fetal
- 25 Madre exhausta
- 26 Otras
- 76 VIH

ANOMALIAS CONGENITAS

- 120 Anencefalia
- 121 Espina bifida/Meningocele
- 122 Hidranencefalia
- 123 Hidrocefalia
- 124 Microcefalia
- 125 Holoprosencefalia
- 127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central
- 128 Tronco arterioso
- 129 Trasposición grandes vasos
- 130 Tetralogía de Fallot
- 131 Ventrículo único
- 132 Doble tracto de salida de vent. derecho
- 133 Canal atrio-vent. completo
- 134 Atresia pulmonar
- 135 Atresia tricuspíde
- 136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo
- 137 Coartación de aorta
- 138 Retorno venoso pulmonar anómalo total
- 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias
- 140 Paladar hendido
- 141 Fistula traqueo-ensofágica
- 142 Atresia esofágica
- 143 Atresia de colon o recto
- 144 Ano imperforado
- 145 Onfalocoele
- 146 Gastroquiasis
- 147 Atresia duodenal
- 148 Atresia yeyunal
- 150 Atresia ileal
- 150 Otras anomalías gastrointestinales
- 151 Genitales malformados
- 152 Ageneia Renal bilateral
- 153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos
- 154 Hidronefrosis congénita
- 155 Extrofia de la vejiga
- 156 Otras anomalías nefrouriitarias
- 157 Trisomía 13
- 158 Trisomía 18
- 159 Síndrome de Down
- 160 Otras anomalías cromosómicas
- 126 Labio hendido
- 161 Polidactilia
- 162 Sindactilia
- 163 Displasia esquelética
- 164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)
- 165 Hernia Diafragmática
- 166 Hidrops fetalis
- 167 Oligoamnios severo
- 168 Otras anomalías musculoesqueléticas
- 169 Anomalías Tegumentarias

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- 01 Lidocaina o similar
- 02 Aminas simpatomiméticas
- 03 Gases anestésicos (pentrane - fluorane - ox. nitroso)
- 04 Barbitúricos
- 05 Relajantes musculares
- 06 Diazepóxidos
- 07 Meperidina
- 08 Espasmolíticos
- 09 Oxitocina
- 10 Prostaglandinas
- 11 Betalactámicos (Penicilinas-cefaloporinas)
- 12 Amrioglucósidos (gentamicina-amykacina)
- 13 Eritromicina
- 14 Metronidazol
- 15 Betamiméticos
- 16 Inhibidores de prostaglandinas
- 17 Antagonistas del calcio
- 18 Sulfato de magnesio
- 19 Hidralazina
- 20 Beta bloqueantes
- 21 Otros antihipertensivos
- 22 Sangre y derivados
- 23 Heparina
- 24 Corticoides
- 25 Cardiotónicos
- 26 Diuréticos
- 27 Aminofilina
- 28 Insulina
- 29 Difenilhidantoina
- 30 Otros

HCPESRV-03/03

P112C

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Antecedentes del parto:

Lugar de la atención del parto: _____

Fecha y hora del nacimiento: _____ Duración del parto: _____

Edad gestacional: _____ Atención del parto: Médico Enfermero(a) Partera(o) Otros

Vía: Vaginal Cesárea Presentación: _____

Eventualidades durante el parto: _____

Antecedentes postnatales:

APGAR: 1º: _____ 5º: _____ Peso: _____ gr. Talla: _____ cm.

Datos de Asfixia: Sí No Especifique: _____

Alojamiento conjunto: Sí No Tiempo junto a su madre: Permanente Transitorio Horas: _____

Hospitalización (Lugar/Tiempo): _____

Alimentación:

Lactancia Materna Exclusiva: Sí No Lactancia Mixta: Sí No

Duración de lactancia exclusiva: _____ Duración de lactancia mixta: _____

Ablactación: _____

Vacunas

Vacunas	1 dosis	2ª dosis	3ª dosis	Refuerzo						
B.C.G.										
Pentavalente										
Polio										
Rotavirus										
MMR										
DPT										
dT										

Desarrollo Psicomotor

		Edad		Edad
Fijó la mirada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Gateó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sostuvo la cabeza	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Caminó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sonrió	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Se proyectó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sentó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____		

Historia socio – económica

Casa	_____	Servicios higiénicos	_____	No. de personas	_____
Paredes	_____	No. Habitaciones	_____	Animales domésticos	_____
Piso	_____	Agua	_____	Teléfono	_____
Techo	_____	Luz	_____	Otros	_____

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Página No. 2

I. Antecedentes Personales Patológicos

Infecciones: _____

Enfermedades crónicas: _____

Cirugías: _____

Hospitalizaciones: _____

Otros: _____

I. EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: FC: _____ FR: _____ PA: _____ T°: _____ Silverman Andersen: _____

Datos antropométricos:

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ Perímetro Torácico: _____

Perímetro Abdominal: _____ Área superficie corporal: _____ IMC: _____

Aspecto General: _____

Piel y mucosas: _____

Cabeza y Cuello

Cráneo y cuero cabelludo: _____

Ojos: _____

Orejas y oídos: _____

Nariz: _____

Boca: _____

Cuello: _____

Tórax

Caja torácica: _____

Mamas: _____

Campos pulmonares: _____

Cardíaco: _____

Abdomen y Pelvis (Aquí también se describe cicatriz y/o cordón umbilical): _____

Ano y recto (cuando aplique el caso): _____

Musculoesquelético

Extremidades superiores: _____

Extremidades inferiores: _____

Genitourinario (cuando aplique el caso): _____

Examen neurológico (describir en el orden siguiente estado de conciencia, funciones vitales, actividad, reflejos, signos meníngeos, fuerza y tono muscular, coordinación, sensibilidad y reflejos):

II. Observaciones y Análisis

III. Diagnósticos o Problemas:

Nombre, Firma, Código y Sello de quien elaboró la historia

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
 HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS ADOLESCENTES

P112D

Este color significa ALERTA

HISTORIA CLINICA DEL/LA ADOLESCENTE		ESTABLECIMIENTO		H.C N°	
APELLIDOS Y NOMBRES _____					
DOMICLIO _____					
LOCALIDAD _____					
MUNICIPIO _____ TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/> mensaje <input type="checkbox"/>					
					FECHA DE NACIMIENTO día mes año
SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>					
CONSULTA PRINCIPAL N°		FECHA		ESTADO CIVIL	
Consulta espontánea <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Traído <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		día mes año 		casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> unido <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>	
		EDAD años meses		ETNIA	
		años meses 		blanca <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>	
				ACOMPANANTE	
				solo <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> ambos padres <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/>	
Motivos de consulta según adolescente:			Motivos de consulta según acompañante:		
1			1		
2			2		
3			3		
Descripción de motivo de consulta					
ANTECEDENTES PERSONALES		PERNATALES normales		CRECIMIENTO normal	
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
ACCIDENTES		INTOXICACIONES		ALERGIA	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
CIRUGIA HOSPITALIZAC.		USO DE MEDICAMENTOS		PROBLEMAS PSICOLOGICOS	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
VIOLENCIA		EDUCACION PREESCOLAR		JUDICIALES	
código <input type="text"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Observaciones					
ANTECEDENTES FAMILIARES		CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.)		ALERGIA	
DIABETES <input type="checkbox"/> OBESIDAD <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Observaciones					
FAMILIA		NIVEL DE INSTRUCCION		VIVIENDA	
VIVE solo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> en la casa <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> en instit. protectora, privado de libertad <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Madre o sustituto <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="text"/> años en el mayor nivel <input type="text"/> años en el mayor nivel <input type="text"/>		ENERGIA ELECTRICA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> en el hogar: fuera del hogar <input type="checkbox"/>	
CONVIVE CON madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> padastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		TRABAJO Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Madre o sustituto <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/>		AGUA <input type="checkbox"/> EXCRETAS <input type="checkbox"/> HACIAMIENTO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Es la casa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> En la casa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Ocupación Padre <input type="text"/> Madre <input type="text"/> Pareja <input type="text"/>		Observaciones	
PERCEPCION DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>					

H02ESM1405-10

HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS ADOLESCENTES

EDUCACION		NIVEL No escolariz. <input type="checkbox"/>	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA	AÑOS REPETIDOS	VIOLENCIA ESCOLAR	DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN	EDUCACION NO FORMAL	
ESTUDIA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Prim. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Causa _____	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Causa _____	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
Centro al que concurre									Cuál? _____	
Observaciones										
TRABAJO	ACTIVIDAD	EDAD INICIO TRABAJO	TRABAJO horas por semana	TRAB. JUVENIL	HORARIO DE TRABAJO	RAZON DE TRABAJO	TRABAJO LEGALIZADO	TRABAJO INSALUBRE	TIPO DE TRABAJO	
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> pesaría <input type="checkbox"/> busca 1° vez <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> no trabaja y no estudio		años	TRAB. INFANTIL <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	decente <input type="checkbox"/> precario <input type="checkbox"/> pocas horas de trabajo <input type="checkbox"/>	mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/>	económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		
Observaciones										
VIDA SOCIAL		PAREJA	Amigos/as	ACTIVIDAD FISICA	JUEGOS Y REDES VIRTUALES	OTRAS ACTIVIDADES (incluso grupales)				
ACEPTACION aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad de la pareja años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	horas por semana <input type="checkbox"/>	horas por día <input type="checkbox"/>	Cuales? _____				
Observaciones										
HABITOS/ CONSUMOS	ALIMENTACION ADECUADA	COMIDAS POR DIA CON FAMILIA	TABACO	ALCOHOL	OTRAS SUSTANCIAS	CONDUCE VEHICULO				
SUEÑO NORMAL <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Frecuente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	cuál? cuáles? _____	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>				
Observaciones										
GINECO-UROLOGICO	FECHA ULTIMA MENSTRUACION	CICLOS REGULARES	FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA	ITS/VIH	Tratamiento	EMBARAZOS				
MENARCA/ESPERMARCA años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>	no conoce <input type="checkbox"/> no corresp. <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>				
Observaciones										
SEXUALIDAD	PAREJA SEXUAL	EDAD INICIO REL. SEX.	DIFICULTADES EN REL. SEX.	ANTICONCEPCION	Inicio MAC	Consejería	ACO de Emergencia	Prueba de VIH		
RELACIONES SEXUALES no hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	años <input type="checkbox"/> bajo coacción <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	uso habitual de condón <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		
Observaciones										
SITUACION PSICO-EMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL	ESTADO DE ANIMO	REFERENTE ADULTO	PROYECTO DE VIDA	REDES SOCIALES DE APOYO	REFERENTE ADULTO				
	conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás <input type="checkbox"/>	retraído <input type="checkbox"/> ideas suicidas (referencia inmediata) <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> hostil/agresivo <input type="checkbox"/>	madre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/>	claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Col.: _____ Tel.: _____				
Observaciones										
EXAMEN FISICO	PESO (Kg)	DZ peso/edad	IMC	PIEL, FANERAS Y MUCOSA	CABEZA	AGUDEZA VISUAL	AGUDEZA AUDITIVA	SALUD BUCAL	CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TALLA (cm)		Bajo Peso = < 19.9 Normal = 19.9 - 24.99 Sobrepeso = > 25.0 - 29.99 Obeso = > 30.0	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
TORAX Y MAMAS	CARDIO-PULMONAR	PRESION ARTERIAL	ABDOMEN	GENITO-URINARIO	TANNER	COLUMNA	EXTREMIDADES	NEUROLOGICO		
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		
Observaciones										
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL										
INDICACIONES E INTERCONSULTAS										
Responsable	Nombres y Apellidos				Firma	Fecha próxima visita		dia	mes	año

HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS ADOLESCENTES

Hoja de Evolución Clínica										ESTABLECIMIENTO		H.C. N°							
EVOLUCION N°		EDAD		ACOMPANIANTE				ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION							
FECHA		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amiga/o <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				ninguno <input checked="" type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/>		soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde <input type="checkbox"/>							
dia mes año		[][] [][]		[][] [][] [][] [][] [][] [][]				[][] [][] [][] [][]		[][] [][] [][] [][]		[][] [][] [][] [][]							
Motivos de consulta según adolescente:						Motivos de consulta según acompañante:													
1						1													
2						2													
3						3													
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																			
DIAGNOSTICO INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsable										Firma		Fecha próxima visita							
Nombres y Apellidos												[][] [][] [][] [][]							
EXAMEN FISICO		PESO (Kg)		DZ peso/edad		IMC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL		TALLA (cm)		DZ talla/edad		Bajo Peso = < 18.5 Normal= 15.5 - 24.99 Sobrepeso = > 25.0 - 29.99 Obeso = > 30.0		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal	
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][] [][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]	
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		PRESION ARTERIAL		ABDOMEN		GENITO-URINARIO		TANNER		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO			
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		[][] [][] / [][] [][]		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
[][] [][]		[][] [][]		[][] [][] [][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][] [][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]	

Hoja de Evolución Clínica										ESTABLECIMIENTO		H.C. N°							
EVOLUCION N°		EDAD		ACOMPANIANTE				ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION							
FECHA		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amiga/o <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				ninguno <input checked="" type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/>		soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde <input type="checkbox"/>							
dia mes año		[][] [][]		[][] [][] [][] [][] [][] [][]				[][] [][] [][] [][]		[][] [][] [][] [][]		[][] [][] [][] [][]							
Motivos de consulta según adolescente:						Motivos de consulta según acompañante:													
1						1													
2						2													
3						3													
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																			
DIAGNOSTICO INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsable										Firma		Fecha próxima visita							
Nombres y Apellidos												[][] [][] [][] [][]							
EXAMEN FISICO		PESO (Kg)		DZ peso/edad		IMC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL		TALLA (cm)		DZ talla/edad		Bajo Peso = < 18.5 Normal= 15.5 - 24.99 Sobrepeso = > 25.0 - 29.99 Obeso = > 30.0		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal	
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][] [][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]	
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		PRESION ARTERIAL		ABDOMEN		GENITO-URINARIO		TANNER		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO			
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		[][] [][] / [][] [][]		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
[][] [][]		[][] [][]		[][] [][] [][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][] [][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]		[][] [][]	

HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO[§]

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

IV. Datos Personales

Edad: _____ Fecha y lugar de Nacimiento: _____ Sexo: F M
 Procedencia: _____ Religión: _____
 Escolaridad: _____ Profesión u oficio: _____
 Dirección habitual: _____
 Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____
 Fuente de información: _____ Confiabilidad: _____

V. Motivo de Consulta: _____

VI. Historia de la Enfermedad Actual: _____

VII. Interrogatorio por aparatos y sistemas:

[§] Realizarse a personas mayores de 18 años.
 xxx

HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO

VIII. Antecedentes Familiares Patológicos:

Enfermedades Infecto – contagiosas:

- Hepatitis Sífilis TB Cólera Amebiasis Tosferina Sarampión Varicela Rubéola Parotiditis
 Meningitis Impétigo Fiebre tifoidea Escarlatina Malaria Escabiosis Pediculosis Tiña
 Otros: _____

Enfermedades hereditarias:

- Alergias Diabetes mellitus Hipertensión arterial Enfermedad reumática Enfermedades renales
 Enfermedades oculares Enfermedades cardíacas Enfermedad hepática Enfermedades musculares
 Malformaciones congénitas Desórdenes mentales Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
 Anomalías del crecimiento y desarrollo Errores innatos del metabolismo Otros: _____

IX. Antecedentes Personales no Patológicos:

Inmunizaciones completas (confirmar con tarjeta de vacuna si es posible): Sí No _____

Hábitos: Horas de sueño: _____ Horas laborales: _____

Tipo y hora de actividad física: _____

Alimentación: _____

Tabaco: Sí No Tipo: _____ Cantidad y frecuencia: _____

Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____

Alcohol: Sí No Tipo _____ Cantidad y frecuencia: _____

Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____

Drogas ilegales: Sí No Tipo _____ Cantidad y frecuencia: _____

Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____

Fármacos: Sí No Número de medicamentos que está recibiendo actualmente (prescritos o no): _____

Nombre y posología de los fármacos: _____

Otros hábitos: _____

X. Antecedentes Personales Patológicos:

Enfermedades infecto-contagiosas previas (registrar fecha): _____

Enfermedades crónicas: _____

HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO

Cirugías previas realizadas: _____

Hospitalizaciones (registrar fecha y causa de la hospitalización): _____

XI. Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Inicio de vida sexual activa: _____ Número Compañeros sexuales: _____

Gesta: _____ Para: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____ Legrado: _____

Planificación familiar: Si No Método: _____

FUR: _____ Semana de amenorrea: _____ Menopausia: Si No Fecha: _____

Sustitución hormonal: Si No Especifique: _____

PAP: Si No Resultado y fecha del último PAP: _____

XII. Historia laboral

1- Trabajo Actual: Si No Si la respuesta es negativa, continúe con el numeral 2.

Lugar de trabajo: _____

Área en donde labora: _____

Oficio, categoría o actividad que desempeña: _____

Años de oficio en el trabajo actual: _____

Día laboral (horas): _____ Horas semanales trabajadas: _____ Horas extras: _____

Tipo de horario realizado: _____

Descripción detallada del trabajo que desarrolla actualmente: _____

Exposición a sustancias, materiales u otros productos: Si No Describa: _____

Frecuencia e intensidad de su tarea: _____

Posición adoptada en su trabajo: _____

Trabajos fuera de su empleo habitual: _____

2- Antecedentes laborales: Si No

Fecha		Años trabajados	Puesto de trabajo (describir producto, materiales, situación, otros)
Inicio	Conclusión		

XIII. EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: FC: _____ FR: _____ TA: _____ T°: _____

Datos antropométricos:

Peso: _____ Talla: _____ Área superficie corporal: _____ IMC: _____

Aspecto General: _____

Piel y mucosas: _____

Cabeza y Cuello

Cráneo: _____

Ojos: _____

Orejas y oídos: _____

Nariz: _____

Boca: _____

Cuello: _____

Tórax

Caja torácica: _____

Mamas: _____

Campos pulmonares: _____

Cardíaco: _____

Abdomen y Pelvis (Aquí también se describe el abdomen grávido): _____

Tacto rectal (cuando aplique el caso): _____

Musculoesquelético

Extremidades superiores: _____

Extremidades inferiores: _____

Genitourinario (cuando aplique el caso): _____

Examen ginecológico: _____

Examen neurológico (describir en el orden siguiente estado de conciencia, funciones vitales, actividad, orientación en tiempo, espacio y persona, memoria y aprendizaje, signos meníngeos, fuerza y tono muscular, coordinación, sensibilidad y reflejos):

XIV. Observaciones y Análisis

XV. Diagnósticos o Problemas:

Nombre, Firma, Código y Sello de quien elaboró la historia

REGISTRO GRÁFICO DE SIGNOS VITALES

Establecimiento de Salud: _____ No. de Expediente _____

Servicio: _____ No. Cédula _____

Nombre del Usuario: _____

Edad: _____ Sexo: F M Cubículo: _____ Cama: _____

FECHA 															
Pulso	Temp. °C	A.M.	P.M.												
180	42														
165	41														
150	40														
135	39														
120	38														
105	37														
90	36														
74	35														
60	34														
45	33														
30	32														
Presión Arterial	240														
	210														
	180														
	150														
	120														
	90														
60															
30															
Evacuaciones															
Orina															
Líquidos															
Peso															
Respiracion															

HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

Nº de H. Clínica _____ Procedencia: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ día
 mes año

Nombre: _____ Sexo: ____ Edad: ____ / ____ P. cefálico: ____ cm. Temp.: ____ C
 Primer apellido Segundo apellido Nombres meses/ días

¿Porque trae al niño/niña?

NIÑO (A) MENOR DE 2 MESES DE EDAD Primera consulta Subsecuente

SI NO		1. INFECCION BACTERIANA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Respiraciones por minuto _____ SI NO		Apnea <input type="checkbox"/>	
Respiración rápida <input type="checkbox"/>		Ombiligo y piel a su alrededor rojos <input type="checkbox"/>		Se ve mal <input type="checkbox"/>		Aleteo nasal <input type="checkbox"/>	
Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/>		Pústulas escasas en piel <input type="checkbox"/>		Ombiligo supurando <input type="checkbox"/>		Quejido <input type="checkbox"/>	
Convulsiones <input type="checkbox"/>		Pústulas extensas en piel <input type="checkbox"/>		Supuración de ojos mas edema <input type="checkbox"/>		Supuración de <input type="checkbox"/>	
Letargia, inconsciencia, flácidez <input type="checkbox"/>		Tiraje subcostal (acentuado) <input type="checkbox"/>		Supuración de ojos <input type="checkbox"/>		Fiebre <input type="checkbox"/>	
Vomita todo <input type="checkbox"/>		Ictericia abajo del ombligo <input type="checkbox"/>		Fontanela abombada <input type="checkbox"/>		Hipotermia <input type="checkbox"/>	
Cianosis central <input type="checkbox"/>		Placas blancas en la boca <input type="checkbox"/>		Manifestación de sangrado <input type="checkbox"/>		Palidez intensa <input type="checkbox"/>	
				Distensión Abdominal <input type="checkbox"/>		Llenado capilar >2" <input type="checkbox"/>	
1.1 DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		7 días o más de duración: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Sangre en las heces: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Anormalmente somnoliento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Piel vuelve a su estado anterior lentamente <input type="checkbox"/>		Piel vuelve a su estado anterior muy lentamente <input type="checkbox"/>		Ojos hundidos <input type="checkbox"/>		Inquieto o irritable <input type="checkbox"/>	
1.2 INMUNIZACIONES DE LA MADRE: Antitetánica: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				1.3 CONTROL PUERPERAL DE LA MADRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
NIÑO (A) DE 2MESES A 4 AÑOS DE EDAD				Primera consulta <input type="checkbox"/>			
Subsecuente <input type="checkbox"/>							

Subsecuente

SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SI NO	Respiraciones por minuto _____	NO	Riesgo de malaria: Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>
Dejó de comer o beber <input type="checkbox"/>	Respiración rápida <input type="checkbox"/>	14 días o más de duración <input type="checkbox"/>	Fiebre por 7 días o más de duración y todos los días <input type="checkbox"/>
Vomita todo <input type="checkbox"/>	Tiraje subcostal <input type="checkbox"/>	Sangre en las heces <input type="checkbox"/>	Resultado inmediato Gota Gruesa <input type="checkbox"/>
Convulsiones <input type="checkbox"/>	Estridor en reposo <input type="checkbox"/>	Inquieto irritable <input type="checkbox"/>	Gota gruesa positiva <input type="checkbox"/>
Anormalmente Somnoliento <input type="checkbox"/>	Sibilancias <input type="checkbox"/>	Ojos hundidos <input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca <input type="checkbox"/>
	21 días o más de duración <input type="checkbox"/>	Bebe ávidamente con sed <input type="checkbox"/>	Coriza / ojos enrojecidos <input type="checkbox"/>
		Piel vuelve lentamente <input type="checkbox"/>	Erupción cutánea generalizada <input type="checkbox"/>
		Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/>	Manifestaciones de sangrado <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS DE OIDO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE GARGANTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIC. GRAVE O ANEMIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI NO	SI NO	SI NO	
Dolor de oído <input type="checkbox"/>	Dolor de garganta <input type="checkbox"/>	Emaciación grave visible <input type="checkbox"/>	
Supuración del oído <input type="checkbox"/>	Ganglios crecidos o dolorosos <input type="checkbox"/>	Edema en ambos pies <input type="checkbox"/>	
Supuración 14 días o más? <input type="checkbox"/>	Exudados blancos en la garganta <input type="checkbox"/>	Palidez palmar leve <input type="checkbox"/>	
Tumefacción detrás de oreja <input type="checkbox"/>	Enrojecimiento de la garganta <input type="checkbox"/>	Palidez palmar-intensa <input type="checkbox"/>	

DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL

Determinar el estado nutricional: Sobrepeso Normal Rango de bajo peso Desnutrido **Peso:** _____, _____ gr. **Percentil:** _____

Determinar la tendencia del crecimiento: Satisfactoria Insatisfactoria **Talla:** _____, _____ cm **Clasificación de la talla:** _____

MENOR DE 2 AÑOS O PROBLEMAS DE ALIMENTACION, ANEMIA, DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL: SI NO

SI NO **SI NO**

¿Tiene dificultad para alimentarse? Si es amamantado ¿se amamanta durante la noche? ¿Recibe otros alimentos o líquidos

¿Se alimenta al pecho materno? ¿Se alimenta al pecho materno más de 8 veces al día? ¿Usa pacha?

Si da otros alimentos ¿con que frecuencia? _____ al día. Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación?

SI ES MENOR DE 6 MESES O ALGUNA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES INSATISFACTORIA, OBSERVAR:
Presencia de placas blancas en la boca: SI NO

EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO: Problemas de posición SI NO Problemas de agarre SI NO Problemas de succión SI NO

<p>MICRONUTRIENTES</p> <p>SI NO</p> <p>Hierro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Vitamina A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>SOSPECHA DE MALTRATO</p> <p>SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI NO</p> <p>Lesiones Físicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportamiento alterado del niño/a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Lesión en genitales o ano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportamiento alterado de cuidador/a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El niño/a expresa espontáneamente el maltrato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>INMUNIZACIONES</p> <p>Esquema vacunación completo para su edad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre y dosis vacuna(s) a aplicarse: _____</p>
---	---	---

EVALUAR EL DESARROLLO (ha logrado las habilidades de acuerdo a su edad) SI NO Alteraciones Fenotípicas SI NO 3 o mas SI NO

< 1 MES **SI NO** **1 MES** **SINO** **2-3 MESES** **SI NO** **4-5 MESES** **SI NO** **6-8 MESES** **SI NO**

SI NO Succiona Vigorosamente Vocaliza Mira el rostro de la madre Responde al examen Intenta tomar un juguete Manos cerradas Alterna movimientos de piernas Sigue con la mirada objetos Agarra objetos Lleva objeto a la boca Flexiona brazos y piernas Abre las manos Reacciona al sonido Emite sonidos Localiza el sonido Reflejo de moro Sonrisa social Eleva la cabeza Sostiene la cabeza Gira hacia el objeto

9-11 MESES **SI NO** **12-14 MESES** **SI NO** **15-17 MESES** **SI NO** **18-23 MESES** **SI NO** **24 -35 MESES** **SI NO** **36- 59 meses** **SI NO**

Juega a descubrirse solo Imita gestos Hace gestos a pedidos Identifica 2 objetos Se quita la ropa Se alimenta solo

Se pasa objetos oraciones largas Pinzas superior Coloca cubos en recipiente Hace Garabatos Torre de 5 cubos Dice

Se sienta solo Palabras confusas Dice una palabra Dice 3 palabras Dice frases cortas Se viste solo

Duplica sílabas complejas Camina con apoyo Camina sin apoyo Camina para atrás Patea la pelota Ordenes

EVALUAR OTROS PROBLEMAS:

CLASIFICACION:

TRATAMIENTO:

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACION: _____

PROXIMA CONSULTA: _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

REFERIDO SI NO

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRÁNSITO DE USUARIO		
Nombre del Establecimiento de Salud		No. Expediente
Nombres y Apellidos del Usuario		Sexo: F ____ M ____
No. Cédula	No. INSS	No. Cama
No. de Admisión	Fecha de Ingreso	Fecha de interconsulta
Servicio o especialidad que solicita la interconsulta:		
Servicio o especialidad al que se le solicita la interconsulta:		
Motivo(s) por el que solicita la interconsulta		
Nombre del profesional de la salud que solicita la interconsulta		
Firma y código del solicitante		Firma y código del que recibe



MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRÁNSITO DE USUARIO		
Nombre del Establecimiento de Salud		No. Expediente
Nombres y Apellidos del Usuario		Sexo: F ____ M ____
No. Cédula	No. INSS	No. Cama
No. de Admisión	Fecha de Ingreso	Fecha de interconsulta
Servicio o especialidad que solicita la interconsulta:		
Servicio o especialidad al que se le solicita la interconsulta:		
Motivo(s) por el que solicita la interconsulta		
Nombre del profesional de la salud que solicita la interconsulta		
Firma y código del solicitante		Firma y código del que recibe

NOTA OPERATORIA

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

Fecha de Operación:	Comenzó:	Terminó:	Duración:
---------------------	----------	----------	-----------

Cirujano:	1er. Ayudante:	Anestesista:
-----------	----------------	--------------

2do. Ayudante:	Instrumentista:	Anestésico:
----------------	-----------------	-------------

Diagnóstico Pre-Operatorio:

Diagnóstico Post-Operatorio:

Operación Efectuada y Técnica Quirúrgica Utilizada:

Hallazgos Trans-Operatorios:

Técnica Empleada (describir detalladamente y en forma clara la técnica quirúrgica y los materiales e hilos utilizados):

Firma y Código Médico

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

NOTA OPERATORIA

Planes Post-Operatorios Inmediatos (describir los planes a cumplirse en Sala de Recuperación)

Planes Post-Operatorios (describir los planes a cumplirse en Sala de Hospitalizados):

Firma y Código Médico

RECUESTO DE COMPRESAS

No. Expediente _____

Establecimiento de Salud: _____ Servicio: _____

Nombre del usuario: _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres

Edad: _____ Sexo: F M Cubículo: _____ No. de Cama: _____

Nombre y apellidos del Cirujano: _____

Nombre y apellidos del Anestesiólogo: _____

Diagnóstico: _____ Operación: _____

	Compresas Grandes	Compresas Mediadas	Compresas Chicas	Drenos	Drenos Vaginales	Torundas	Gasas 4x4	Disectores	Tipo de suturas
Comenzaron									
Anotados									
Anotados									
Anotados									
Total									
Compresas Mesa Instrumentista									
Compresas Campo Operatorio									
Compresas Abdomen del usuario									
Compresas Baldes									
Total									

Nombre y apellidos del Instrumentista: _____

Nombre y apellidos del Circular: _____

Observación: _____

REGISTRO DE ADMISIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO

DGPD-OE09/08

Establecimiento de Salud		Expediente	
Nombre y Apellido del Usuario:		No. Cédula	
Sexo <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 Sotero(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 Acompañado(a) <input type="checkbox"/> 4 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 Ignorado	Escolaridad <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Superior <input type="checkbox"/> 4 Ninguna <input type="checkbox"/> 5 Ignorado	Fuente de Financiamiento <input type="checkbox"/> 1 Presupuesto <input type="checkbox"/> 2 INSS <input type="checkbox"/> 3 Particular <input type="checkbox"/> 4 Jubilado <input type="checkbox"/> 5 Otro, Especificar:
Edad <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Días <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	Número de INSS <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1 Cotizante <input type="checkbox"/> 2 Cónyugue <input type="checkbox"/> 3 Hijo
Nombre de la Madre		Ocupación	
Nombre del Padre		Empleador	
		Dirección del empleador	
Dirección Completa			
Barrio			
Localidad	Municipio o Distrito	SILAIS	
En caso de urgencia avisar a:		Parentesco:	
Dirección y teléfono			
INGRESO			
Día	Mes	Año	Servicio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnóstico de Ingreso			Se trata de un Reingreso? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No
Ingresó por:	<input type="checkbox"/> 1 Consulta Externa <input type="checkbox"/> 2 Emergencia <input type="checkbox"/> 3 Referido desde otro establecimiento (Especif.)		
Nombre y Código del Médico que Ordena el ingreso:		Nombre del/la Admisionista	
EGRESO			
Día	Mes	Año	Servicio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnóstico de Egreso	Días de Estancia		
Principal	<input type="text"/>		
Complementarios	<input type="text"/>		
Cirugías Realizadas			
<input type="text"/>			
¿Accidente de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	¿De trayecto?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No
		¿Enfermedad laboral?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No
Si ocurrió trauma, especificar causa: <input type="checkbox"/> 1 Intencional <input type="checkbox"/> 2 Autoinflingido <input type="checkbox"/> 3 Accidental <input type="checkbox"/> 4 Se ignora			
¿Ocurrió Infección Intrahospitalaria? <input type="checkbox"/> 2 De la herida <input type="checkbox"/> 2 Neumonía <input type="checkbox"/> 3 Vías urinarias <input type="checkbox"/> 4 Otra <input type="checkbox"/> 5 Ninguna			
Tipo de Egreso <input type="checkbox"/> 1 Alta <input type="checkbox"/> 2 Defunción <input type="checkbox"/> 3 Abandono <input type="checkbox"/> 4 Fuga <input type="checkbox"/> 5 Referido a otro establecimiento (especificar):			
Nombre, Firma y Sello del Médico Tratante			

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE USUARIOS

No. Expediente

Establecimiento de Salud: _____

Nombre del usuario: _____
1er. Apellido 2do. Apellido Nombres

No. de Cédula: _____ Etnia: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F
Día Mes Año Años

No. INSS: _____ Categoría: Cotizante Cónyugue Hijo Jubilado

Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Dirección de residencia habitual: _____

Localidad: _____

Municipio: _____

Departamento: _____

Responsable o en caso de Emergencia avisar: _____
Nombres y dos Apellidos

Parentesco: _____ Teléfonos: _____ Dirección: _____

Empleador: _____ No. Asegurado: _____

Dirección del empleador: _____

Actualización de Direcciones:

Nombre y firma del Personal de Admisión

* Para atención ambulatoria

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

CARPETA PARA USUARIAS FEMENINAS EN ESTABLECIMIENTOS QUE UTILIZAN NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE POR FECHA DE NACIMIENTO

1^{er}. APELLIDO:	2^{do}. APELLIDO:	NOMBRES:	Unidad de Salud																																																
FECHA DE NACIMIENTO:	DIRECCION DOMICILIAR EXACTA: (Barrio, Comarca, Comunidad, etc.)																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				No. de INSS																																												
DIA	MES	AÑO																																																	
SILAIS:	REPUBLICA DE NICARAGUA MINISTERIO DE SALUD																																																		
MUNICIPIO:																																																			
UNIDAD DE SALUD:																																																			

EXPEDIENTE CLINICO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Año de último morimiento</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>			Año de último morimiento																																															
Año de último morimiento																																																			

CARPETA PARA USUARIOS MASCULINOS EN ESTABLECIMIENTOS QUE UTILIZAN NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE POR FECHA DE NACIMIENTO

1^{er.} APELLIDO:	2^{do.} APELLIDO:	NOMBRES:	Unidad de Salud																				
FECHA DE NACIMIENTO:	DIRECCION DOMICILIAR EXACTA: (Barrio, Comarca, Comunidad, etc.)																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	No. de INSS																			
DIA	MES	AÑO																					
SILAIS:	REPUBLICA DE NICARAGUA MINISTERIO DE SALUD																						
MUNICIPIO:																							
UNIDAD DE SALUD:																							

EXPEDIENTE CLINICO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Año de último movimiento</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2do. M.</td> <td style="text-align: center;">1er. M.</td> <td style="text-align: center;">2do. A.</td> <td style="text-align: center;">1er. A.</td> <td style="text-align: center;">DIA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Año de último movimiento											2do. M.	1er. M.	2do. A.	1er. A.	DIA	MES	AÑO		
Año de último movimiento																							
	2do. M.	1er. M.	2do. A.	1er. A.	DIA	MES	AÑO																

CARPETA DE ESTABLECIMIENTOS QUE UTILIZAN LA NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE CON EL METODO CORRELATIVO

MINISTERIO DE SALUD

EXPEDIENTE CLINICO

1^{er}. APELLIDO:

2^{do}. APELLIDO:

NOMBRES:

Nº. DE EXPEDIENTE

UNIDAD

2001	
2002	
2003	
2004	
2005	
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	

No. DE INSS

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Según lo dispuesto en la Ley No 423, Ley General de Salud, en el artículo 8, numerales 4, 8 y 9; el Decreto No. 001 – 2003 y el Reglamento de la Ley General de Salud, en el artículo 7, numerales 8, 11 y 12; y en el artículo 9, numeral 1: es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario.** Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las posibles complicaciones que se pueden presentar, por lo que le solicitamos que firme de su puño y letra en el espacio en blanco que corresponde.

Nombres del (a) usuario/a o representante legal _____

Apellidos del (a) usuario/a o representante legal _____

Número de cédula _____

Número de teléfono domicilio _____ Celular _____

Dirección habitual _____

Nombre del familiar o representante legal que acompaña al usuario y se da por enterado del presente Consentimiento Informado:

Nombres _____

Apellidos _____

Número de cédula _____

Número de teléfono su domicilio _____ Celular _____

Dirección de su casa _____

Manifiestan: Que el profesional de la salud _____,
con código del MINSA _____, y funcionario del (nombre del establecimiento de salud)
_____ me ha explicado la siguiente **información**
sobre (escribir el/los procedimiento/s diagnósticos o terapéutico y tratamientos que se vaya a realizar al usuario):

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

5- _____

6- _____

7- _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

** Ley General de Salud y Reglamento, 27 de Febrero 2003.

1- **Definición del procedimiento terapéutico, diagnóstico y/o tratamiento (de acuerdo a normas, protocolos, guías o manuales nacionales o literatura internacional)**

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

2- **Este(os) procedimiento(s) se me debe(n) practicar debido a las condiciones actuales de mi salud, y en este momento no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi bienestar y mejoría de mi estado. En mi caso particular, las indicaciones de este(os) procedimiento(s) son:**

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

3- **Este(os) procedimiento(s) no está libre de complicaciones, por lo tanto se me ha explicado que puedo presentar una o más de las siguiente complicaciones que son frecuente (escribir todas):**

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

4- **Otras complicaciones menos frecuentes pero que también se presentan son (escribir todas):**

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

5- **Además presentó las siguientes condiciones (si no posee ninguno escribir NINGUNO):** _____

que aumenta(n) aún más la probabilidad de padecer las complicaciones antes mencionadas.

6- **Si en el transcurso de llevarse acabo el(los) procedimiento(s) ocurriese una complicación, autorizo al médico y su equipo a se realicen todas las medidas y procedimientos necesarios y adicionales para preservar mi vida y estado de salud; estos incluyen:**

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

Manifiestan que:

- **Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo sobre el(los) procedimiento(s) diagnóstico(s) o terapéutico y tratamiento**
- **El doctor/a me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto**
- **También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento y eximir de responsabilidad al médico tratante y personal de salud encargado de mi atención**
- **Se me han explicado otros métodos alternativos para la técnica diagnóstica-terapéutico propuesta y acepto el presente como el más adecuado para mi hijo (a) en las actuales circunstancias**

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales condiciones, **ACEPTO** que se me realice(n) el(los) procedimiento(s) antes descritos.

Firma del usuario, familiar o representante legal: _____

Nombre y Firma testigo: _____ / _____

Nombre y Firma testigo: _____ / _____

Firma del médico: _____ Código: _____ Sello: _____

Lugar y fecha: _____, _____

20		20
19		19
18		18
17		17
16		16
15		15
14		14
13		13
12		12
11		11
10		10
9		9
8		8
7		7
6		6
5		5
4		4
3		3
2		2
1		1

REPORTES DE LABORATORIO CLINICO Y MEDIOS DIAGNÓSTICOS

EPICRISIS

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama
Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso	
Diagnósticos o problemas de Ingreso	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
Diagnósticos o problemas de Egreso	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
Resultados de Exámenes que Fundamentaron el Diagnóstico	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
	6)	
	7)	
	8)	
	9)	
	10)	
Tratamiento Recibido	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
	6)	
	7)	
	8)	
	9)	
	10)	

EPICRISIS

Padecimientos que se Descartaron	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Complicaciones	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Recomendaciones	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Otros datos relevantes de la atención	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)

Nombre, firma, código y sello del Médico

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Servicio y Sala	No. Cama	No. INSS
Fecha y hora de ingreso	Fecha y hora de abandono	Tiempo de estancia

CONSTANCIA DE ABANDONO

Yo, _____ usuario () o responsable del usuario () atendido(a) en este establecimiento de salud, en el servicio de _____, con el/los siguiente/s diagnóstico/s: _____; con mi libre y espontánea voluntad decido **ABANDONAR ESTE CENTRO ASISTENCIAL** sin la autorización del médico tratante ni de la dirección de este establecimiento por las siguientes razones:

Así mismo, estoy consciente de que debido a este Abandono, también estoy **negando el derecho a los procedimientos o intervenciones necesarias para el proceso de atención de mi persona (), hijo/a () o familiar ()**.

El personal de salud de nombre _____, me ha explicado las consecuencias y riesgos que podrían producirse por negar esta atención, incluso me ha explicado que debido a tal negativa podría producirse un riesgo elevado para mi/su salud, incluso la muerte; por lo que estando en uso de mis facultades mentales e informado(a) plenamente de las consecuencias que podrían resultar, firmo la presente constancia.

Al mismo tiempo exonerero de toda responsabilidad moral, penal o administrativa al medico tratante, y resto del personal de este establecimiento proveedor de servicios de salud y al Ministerio de Salud por las consecuencias y riesgos que puedan presentarse, y asumo toda responsabilidad por la decisión tomada.

Al firmar esta constancia, reconozco que la he leído, se me ha explicado y que comprendo plenamente su contenido, se me han dado amplias oportunidades de realizar preguntas y todas las preguntas que he hecho han sido respondidas de forma satisfactoria.

Esta Constancia de Abandono, una vez firmada, tiene que ser respetada por mis familiares, abogados y demás personas.

La presente Constancia de Abandono se fundamenta en el inciso c del numeral 8 del Art. 8 de la Ley General de Salud y en el numeral 12 del Art. 7 del Reglamento de la Ley General de Salud.

Llenar en casos de niños/as, adolescentes y personas con autonomía disminuida:

Nombre de la persona que retira al usuario:

Parentesco: Padre Madre Responsable o tutor

Dirección exacta:

Nombre y firma del usuario,
familiar responsable o tutor

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de segundo testigo (opcional)

Nombre, firma y código del personal de salud

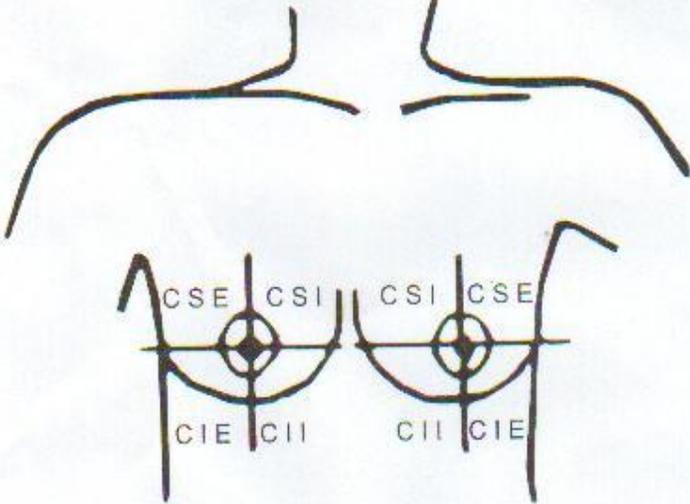
**REPUBLICA DE NICARAGUA**
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD


EXP No. _____
Edad _____

Unidad de Salud _____
Nombre Completo _____
Fecha _____ Dirección Exacta _____

Sexo: M F

REGISTRO DE LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA



MAMA DERECHA MAMA IZQUIERDA

MARCAR CON UNA X EL SITIO DE LESIÓN Y LA DISTANCIA DE LA AREOLA

Comentarios:

*Este FORMATO se realiza una vez al año y se anexa en el expediente después de la Historia Clínica

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

