República del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

Consejo Nacional de Salud
Comisión de Reforma de la Historia Clínica

Expediente único para la Historia Clínica

Aprobado mediante Resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud del 25 de octubre de 2006

Consejo Nacional de Salud
Comisión de Reforma de la Historia Clínica

Expediente Único para la Historia Clínica

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas
Guía para el análisis
Rediseño de los formularios básicos

Aprobado mediante
Resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud del 25 de octubre del 2006
Acuerdo Ministerial Nº 0000620 del 12 de enero de 2007
Acuerdo Ministerial Nº 0000116 del 16 de marzo de 2007

4ª Edición

Agosto 2007

Directorio del Consejo Nacional de Salud

Agosto 2007

Dra. Caroline Chang Campos
Ministra de Salud Pública - Presidenta del Directorio

Ec. Jeaneth Sánchez
Ministra de Bienestar Social

Dra. Nancy Vásconez
Directora General de Salud

Dr. Wellington Sandoval Córdova
Presidente del Consejo Directivo del IESS

Lic. Elena Valdivieso
Presidenta de AFEME

Dr. Iván Tinillo
Representante de los Gremios Profesionales

Dr. Paolo Marangoni
Representante de la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Santiago Contreras
Representante de SOLCA

CPNV CSM Dr. José Estévez Pérez
Representante de la Fuerza Pública

Ing. Jorge Marún
Presidente del CONCOPE

Ing. Jhonny Terán
Presidente de la AME

Dr. Leonardo Pazmiño
Representante de las Entidades de Salud Privadas con fines de lucro

Dr. Nelson Oviedo
Representante de las Entidades de Salud Privadas sin fines de lucro

Ab. Marianela Rodríguez
Representante de los Gremios de Trabajadores

Dr. Jorge Albán Villacís
Director Ejecutivo del CONASA

Consejo Nacional de Salud

Comisión de Reforma de la Historia Clínica 2004-2005

Consejo Nacional de Salud

Dr. Jorge Albán Villacís	Coordinador General de las Comisiones Técnicas
Dra. Irina Almeida Mariño	Coordinadora Técnica

Ministerio de Salud Pública

Dr. José Villacís Verdesoto	Director General de Salud

Comisión permanente ad-honorem

Dra. Diana Andrade Yépez	Delegada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Presidenta de la Comisión Científica de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna
Dr. Carlos Guarderas Recalde	Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez
Dr. Juan José Suárez Martínez	Subdecano, Profesor y Delegado de la Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo. Universidad Tecnológica Equinoccial

Colaboradores ocasionales ad-honorem

Dr. Harold Aguirre Herrera	Presidente de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central
Lcda. Nancy Burbano de Brady	Delegada de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética
Dr. Carlos Castillo Flamaín	Delegado de la Federación Médica Ecuatoriana Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Francisco de Quito
Dr. Oswaldo Chaves Cevallos	Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética. Coordinador Académico de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Bioética
Dr. Telmo Fernández Ronquillo	Coordinador del Foro Nacional de Investigadores en Salud. Director del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Guayaquil

Ministerio de Salud Pública
Comisión de Reforma de la Historia Clínica Única 2006

Dr. José Avilés	Director General de Salud
Dr. Agustín Cevallos	Dirección General de Salud
Dr. Fernando Astudillo	Proceso de Normatización
Dr. Mario Paredes	Proceso de Ciencia y Tecnología
Dr. José Castro	Proceso de Normatización
Dr. Washington Estrella	Proceso de Normatización
Lcdo. Segundo Silva	Proceso de Servicios de Salud
Dr. Xavier Toledo	Proceso de Oferta-Demanda
Dem. Renata Jara	Proceso de Aseguramiento de la Calidad

No. 0000620

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

QUE; de conformidad con lo previsto en los artículos 176 y 179; Capítulo 3, Título VII de la Constitución Política de la República, los Ministros de Estado, representarán al Presidente de la República, en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con los dispuesto en el último inciso del Art. 17 del Decreto Ejecutivo No. 2428 publicado en el Registro Oficial No. 536 de 28 de marzo de 2002, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva;

QUE; el Artículo 42 de la Carta Magna, dispone que: "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia";

QUE; el Artículo 45 de la Carta Magna, dispone que: "El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa";

QUE; el Artículo 11, y sus literales a) a la i) de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud dispone que "la provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras"; y,

QUE; el Artículo 17 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, inciso segundo, determina que las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, serán de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Sistema.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA:

ACUERDA:

Art.1.- Aprobar y publicar los productos consensuados y conocidos por el Directorio del Consejo Nacional de Salud, que a continuación se detallan:

a. Política Nacional de Medicamentos, aprobada en reunión de Directorio del 19 de julio de 2006.

b. Reforma del Marco Conceptual y de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.

c. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.

d. Política y Plan de Promoción del Sistema Nacional de Salud, aprobados en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

e. VI Revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, aprobada en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

Art.2.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense la Dirección General de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a, 12/01/07

DR. GUILLERMO WAGNER CEVALLOS

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

PRESIDENTE DEL DIRECTORIO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

No. 0000116

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

QUE; de conformidad con lo previsto en los artículos 176 y 179; Capítulo 3, Título VII de la Constitución Política de la República, los Ministros de Estado, representarán al Presidente de la República, en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con los dispuesto en el último inciso del Art. 17 del Decreto Ejecutivo No. 2428 publicado en el Registro Oficial No. 536 de 28 de marzo de 2002, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva;

QUE; el Artículo 42 de la Carta Magna, dispone que: "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia";

QUE; el Artículo 45 de la Carta Magna, dispone que: "El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa";

QUE; el Artículo 11, y sus literales a) a la i) de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud dispone que "la provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras"; y,

QUE; el Artículo 17 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, inciso segundo, determina que las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, serán de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Sistema.

QUE; mediante Acuerdo No. 000620 de 12 de enero del 2007, se aprueba y publica el listado de productos consensuados por el Directorio del Consejo Nacional de Salud

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA:

ACUERDA:

Art.1.- Publicar en detalle los productos enunciados en el Acuerdo Ministerial No. 000620 de 12 de enero del 2007:

a. Política Nacional de Medicamentos, aprobada en reunión de Directorio del 19 de julio de 2006.

b. Reforma del Marco Conceptual y de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.

c. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.

d. Política y Plan de Promoción del Sistema Nacional de Salud, aprobados en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

e. VI Revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, aprobada en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

Art.2.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense la Dirección General de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a, 06/03/07

DRA. CAROLINE CHANG CAMPOS

MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

PRESIDENTA DEL DIRECTORIO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Índice

Resumen ejecutivo 15

Expediente único para la Historia Clínica 17

Marco legal 17

Justificación 17

Situación propuesta 18

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas 18

Guía para el análisis y discusión de un caso clínico 19

Fase I 21

Recolección de la información

Fase II 21

Análisis

Lista de Problemas

Hipótesis

Planes: diagnósticos, terapéuticos y educacionales

Notas de evolución

Fase III 25

Síntesis

Lista condensada de diagnósticos y manejo

Epicrisis, referencia y contrarreferencia

Bibliografía 27

Formularios 29

Lista y Formularios Básicos rediseñados de la Historia Clínica 31

Lista y Formularios del Registro Médico Orientado por Problemas 65

Resumen Ejecutivo

Desde febrero a septiembre del 2003, la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento del Ministerio de Salud Pública, elabora la propuesta de rediseño de los formularios básicos de la Historia Clínica.

Entre octubre y noviembre del 2003, la Dirección Nacional de Planificación del MSP integra la Comisión Nacional de la Historia Clínica, con delegados de la Dirección Nacional de Áreas de Salud, Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, División de Estadística y de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud Pública, encargada del Sistema Común de Información, para discutir la propuesta.

En enero del 2004, el Ministerio de Salud Pública entrega de manera formal la propuesta de modificación ante el Directorio del Consejo Nacional de Salud. En febrero del 2004, se realiza la primera socialización la propuesta a través de un taller nacional convocado por el CONASA.

En junio del 2004, se realiza el taller nacional de seguimiento y recopilación de observaciones, comentarios y aportes a la propuesta; y, se inicia el estudio de la propuesta del Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas con los aportes de 17 instituciones del Sistema Nacional de Salud. En noviembre de 2004, se realiza el taller de análisis y validación del primer pilotaje y se elabora el primer borrador, que es entregado al Directorio del Consejo Nacional de Salud.

En enero del 2005, con anuencia del Directorio del CONASA, se conforma la Comisión Ad hoc de la Historia Clínica con delegados del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del Hospital Pablo Arturo Suárez, de la Federación Médica Ecuatoriana, de la Universidad Tecnológica Equinoccial, de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna, de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética, del CONASA y de la OPS/OMS.

Entre abril y mayo del 2005, se realiza el segundo pilotaje y validación de la propuesta en las unidades operativas públicas y privadas, sistematizándose la propuesta con cooperación de OPS/OMS y se elabora el segundo borrador. A partir de julio del 2005, se realizan reuniones semanales de la Comisión Ad-hoc para el análisis del segundo borrador y elaboración de la propuesta definitiva, la misma que es presentada a las autoridades del CONASA y enviada a las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

En diciembre de 2005, se revisa y analiza el documento en el Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud y se propone realizar un tercer pilotaje para validar la propuesta en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.

En febrero de 2006, se integra la Comisión de la Historia Clínica del Ministerio de Salud Pública, conformada por la Dirección General de Salud, la Dirección de Aseguramiento de la Calidad, la Dirección de Normatización, la Dirección de Servicios de Salud, la Dirección de Demanda y Oferta, la Dirección de Salud Pública; y, la Dirección de Ciencia y Tecnología que revisa la documentación y entrega su informe final en septiembre de 2006; luego de que el Directorio del 19 de julio aprueba la solicitud de la Directora General de Salud de ese entonces, para ampliar el plazo en dos meses para que el Ministerio de Salud Pública presente sus comentarios y aportes técnicos al instrumento Historia Clínica Única.

Sobre la base del informe final enviado por el Ministerio de Salud, se mantiene una reunión de trabajo en octubre del 2006, entre los delegados de la Comisión de la Historia Clínica del Ministerio de Salud y de la Comisión de Reforma de la Historia Clínica del Consejo Nacional de Salud, en la que se llega a los siguientes acuerdos:

1. Elevar para la aprobación del Directorio del Consejo Nacional de Salud los formularios que han sido revisados durante el proceso de reforma de la Historia Clínica iniciado en enero del 2004 y validados por la Comisión de Historia Clínica Única del Ministerio de Salud, es decir, los siguientes 14 formularios básicos: consulta externa, anamnesis y examen físico, signos vitales, evolución y prescripciones, epicrisis, interconsulta, emergencia, laboratorio clínico, referencia, imagenología, histopatología, odontología, administración de medicamentos; y, trabajo social.

2. Los formularios de admisión y alta, atención prehospitalaria y la ficha familiar, propuestos por el Ministerio de Salud, luego de ser consensuados al interior de la Comisión de Reforma de la Historia Clínica del Consejo Nacional de Salud, se elevarán para conocimiento y aprobación del Directorio en su última reunión del presente año.

3. Los formularios del Registro Médico Orientado por Problemas, lista de problemas, notas de evolución SOAP, prescripciones médicas SOAP, lista de diagnósticos, concentrado de laboratorio;y, concentrado de exámenes especiales; deberán ser utilizados en forma inicial por los profesionales formados en el manejo del Registro Médico Orientado por Problemas; para posteriormente de manera progresiva difundir su utilización por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El documento final, puesto a consideración del Directorio del CONASA, fue aprobado mediante Resolución del 25 de octubre de 2006 y Acuerdos Ministeriales Nº 0000620 y Nº 0000116 del 12 de enero y 16 de marzo de 2007 respectivamente.

Expediente único para la Historia Clínica

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas
Guía para el análisis
Rediseño de los Formularios Básicos

Marco legal

El actual proceso de revisión conceptual y de los formularios de la Historia Clínica Única, se fundamenta en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, artículo 11, literal d; y, artículo 27, publicada en el Registro Oficial No. 670 del 25 de Septiembre del 2002; y, en los artículos 77, 78 y 79, y en la disposición transitoria cuarta del Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicado en el Registro Oficial No. 9 del 28 de enero del 2003.

Justificación

La Historia Clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.

La progresiva complejidad en la gestión de servicios de salud y los avances en la informática exigen que la implantación de los nuevos modelos de atención y gestión se apoyen en sistemas documentales de información y registros que permitan un monitoreo y evaluación dinámicos de las actividades de salud utilizando los datos obtenidos de la práctica clínica, para bajo los conceptos actuales de bioética asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbimortalidad, evitar el subregistro de enfermedades, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención.

La evaluación integral de la calidad científica del trabajo profesional requiere de manera urgente una redefinición conceptual e instrumental de la Historia Clínica Única hacia el **Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas (MRMOP) cuyos pilares fundamentales son:**

1. **Base de datos**
2. **Lista de problemas**
3. **Hipótesis**
4. **Planes**
5. **Notas de evolución**

Los resultados esperados dependerán de su aplicación a nivel nacional, de la capacitación, difusión y retroalimentación del proceso y sobre todo del compromiso institucional de las organizaciones miembros del Sistema Nacional de Salud.

Situación propuesta

El cambio en el modelo, incorporando el Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas (MRMOP), surge como una necesidad que implica el rediseño e introducción de nuevos formularios para la recopilación de la información y un cambio en la conducta científica y en la atención de salud en nuestro país. En realidad constituye un nuevo paradigma asistencial, docente, investigativo y de evaluación en la prestación de salud que siempre deben estar interrelacionados.

El nuevo modelo exige una actitud de cambio, un proceso continuo de capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación; todo en función del trabajo en equipo multidisciplinario. Su implementación fortalecerá la investigación epidemiológica retrospectiva y prospectiva, con bases de datos de calidad.

El beneficiario intermedio de esta implementación será el Sistema Nacional de Salud pues permitirá el ahorro de recursos y la optimización de procesos. El beneficiario final será el ciudadano, sano o enfermo, que recibirá una atención de salud que privilegia la calidad, con respeto a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, pluralidad, eficiencia, ética e integridad.

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas

El expediente único para la historia clínica es el documento en el que se registra la historia de salud de una persona y los conocimientos científicos y la experiencia del equipo de salud. Representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro de la salud. Los formularios del expediente varían según el servicio donde se lo aplique (emergencias, consulta externa u hospitalización) o del nivel de atención (medicina general o de especialidad).

La Historia Clínica Orientada por Problemas propuesta por Lawrence Weed, en 1964, también conocida como “Método de Weed”, es una metodología innovadora, sistemática y ordenada de la información, que rebasa el ámbito de la historia clínica tradicional.

En definitiva es el resultado de un registro de información compilado para un análisis posterior, que ha sido probado por universidades y centros asistenciales de todo el mundo.

Nosotros ampliamos el concepto cuando hablamos del Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas, introduciendo la Guía de Análisis.

Guía para el análisis y discusión de un caso médico

1. Historia Clínica: Recolección de los datos

1.1 Comentarios a la anamnesis
1.2 Comentarios al examen físico

Aplicación de la Semiotecnia general y especial

2. Análisis de los síntomas:

2.1 Elaboración de una lista de las probables estructuras o estadios de la función en la que se origina cada síntoma
2.2 Análisis para seleccionar la estructura o el estadio de la función en la que se origina cada síntoma
2.3 Análisis para establecer las razones por las cuales se presente este síntoma

NOTA: Los numerales 2.2 y 2.3, pueden tratarse simultáneamente

3. Análisis de los signos

Síganse las mismas pautas y el mismo orden que para el análisis de los síntomas

4. Formación de los síndromes (Primer nivel de hipótesis diagnóstica)

5. Elaboración de una lista de los exámenes complementarios necesarios para confirmar los síndromes, y análisis de dichos exámenes

Aplicación de la Anatomía Patológica, Fisiopatología y Semiología
(Se necesita como prerrequisito, de todas las Ciencias Básicas)

6. Diagnóstico diferencial por exclusión:

6.1 Formulación de una lista de probables entidades nosológicas a las cuales pudieran pertenecer los síndromes
6.2 Análisis de cada una de las entidades nosológicas propuestas
6.3 Toma de decisión sobre la entidad nosológica más probable (Segundo nivel de hipótesis diagnóstica)
6.4 Formulación de una lista de exámenes complementarios específicos para el caso, y análisis de los mismos
6.5 Toma de decisión sobre el diagnóstico nosológico definitivo

Aplicación de la Semiología y la Nosología

7. Formulación de un esquema terapéutico:

7.1 Elaboración de una lista de medidas generales y análisis del por qué de las mismas
7.2 Elaboración de una lista de medicamentos a usarse y análisis del por qué de la misma.

Aplicación de las Buenas Prácticas de Prescripción

8. Criterios para el establecimiento del pronóstico y evolución

9. Elaboración de una lista de criterios educativos, profilácticos y de otros órdenes, debidamente justificados por el análisis

Aplicación de conceptos nutricionales, higiénicos, éticos y otros

10. Bibliografía

NOTA: A lo largo de todo el proceso debe aplicarse las conductas recomendadas por la Medicina Basada en Evidencias

Otro fundamento del MRMOP es un enfoque sistematizado cuyos principales elementos de acuerdo a la descripción original de Weed y añadidos a la misma son:

Tabla I

Fases del Manejo del RMOP
(Modificado de Weed)

Fase I

1. Recolección y registro de la información:
   1.1. Base de datos
   1.2. Lista inicial de problemas

Fase II

2. Análisis
   2.1. Lista complementaria de problemas
   2.2. Hipótesis
   2.3. Planes
   2.4. Notas de evolución

Fase III

3. Síntesis
   3.1. Lista condensada de diagnósticos y manejo
   3.2. Informe médico final (Epicrisis)

Fase I

1. Recolección de la información para formar la base de datos

Weed, creó el concepto de *base de datos* en respuesta al siguiente cuestionamiento: ¿Qué información exacta puede descubrirse en forma más productiva para beneficio del paciente que recibe atención médica? La información exacta significa una anamnesis y un examen físico completo y debidamente registrado, lo que se favorece con los formularios que se proponen. Por ejemplo:

Tabla II

Base de Datos del RMOP

1. Datos de filiación
2. Motivo de consulta o ingreso
3. Perfil del paciente (hábitos, factores epidemiológicos de riesgo, personalidad, situación sociofamiliar, etc.)
4. Antecedentes familiares y personales relevantes
5. Historia del problema actual
6. Anamnesis por aparatos o sistemas
7. Exploración física
8. Datos complementarios disponibles

Fase II

2. Análisis

2.1. Lista de problemas

Consiste en la elaboración correcta de un listado de los problemas extraídos de la Base de Datos (Formulario 001-A), que van a ser los que requieran la atención continua del médico o de otros miembros del equipo sanitario. Deberá consignar los problemas de cualquier tipo: sicológicos, sociales, factores de riesgo, síntomas, signos, hallazgos de pruebas complementarias de laboratorio o imagen o situaciones potencialmente peligrosas (tratamientos, alergias, etc.), todos ellos, partiendo del nivel más elemental (como síntomas o signos) y/o expresados en un mayor nivel de comprensión, es decir, agrupados como síndromes, si fuera posible, o sustituidos por un diagnóstico etiológico cuando éste haya sido confirmado. En ningún caso, sin embargo, debe considerarse como una lista de diagnóstico diferencial o de posibilidades que expliquen el cuadro clínico del paciente.

Su correcta elaboración exige ciertos requisitos:

1. Debería contener siempre la edad y el sexo del paciente en mención, siempre como un parámetro de referencia y análisis. Los mismos se deberán registrar en el apartado y columna respectivos creados para el efecto.
2. El listado de problemas deberá ser completo y extraído imprescindiblemente de una adecuada base de datos.
3. Cada problema deberá ser consignado con su respectivo número, que permita su identificación a través del RMOP en su análisis inicial y en las notas de evolución.
4. Cada problema tendrá su fecha de aparición o detección, lo más precisa posible.
5. Los problemas deberán ser ordenados, de manera secuencial por cronología (antecedentes, hábitos, factores de riesgo, síntomas, signos y exámenes complementarios, en ese orden).
6. Cada problema deberá registrarse en forma concreta y resumida (no se trata de trasladar la enfermedad actual a la lista de problemas).
7. Se acepta asociar problemas cuya causalidad y explicación fisiopatológica sea la misma, ejemplo: náusea-vómito o escalofrío-fiebre, etc.
8. Cada problema deberá consignarse en la lista usando terminología semiológica y médica, ejemplo: cefalea y no dolor de cabeza.
9. Cada problema deberá constar en la forma más definida posible, ejemplo: será mejor epigastralgia, que dolor abdominal y mejor aún ardor epigástrico, pues se está delimitando en dos palabras el lugar y el tipo de dolor abdominal.
10. Se deberán diferenciar los problemas activos de los problemas pasivos, lo cual permitirá priorizar aquellos problemas que requieren atención y análisis inmediatos, ejemplo: una apendicectomía pasada debe consignarse como problema pasivo en el contexto de una cefalea. Sin embargo, cabe mencionar que la designación no es rígida y puede cambiar, ejemplo: la misma apendicectomía en el contexto de un dolor abdominal relacionado a un abdomen agudo obstructivo, debería consignarse como un problema activo en relación probable con adherencias. La catalogación en activos o pasivos se la hace con las letras A y P respectivamente en la columna creada para el efecto. Se excluyen los antecedentes familiares.

La *lista de problemas* es por esencia misma, dinámica. Puede estar sujeta a corrección, cuando no se confirman los problemas o están mal consignados. La aparición o detección de nuevos síntomas o signos, de resultados anormales de laboratorio o imagen y la conclusión de diagnósticos, obtenidos con su fecha correspondiente, se constituyen sucesivamente en nuevos problemas, que se registrarán secuencialmente en la misma *(complementación de la lista de problemas).*

De esta forma, la *lista de problemas* deberá ser completada continuamente en la medida que evolucione la enfermedad del paciente, o que se disponga de datos adicionales o aparezcan nuevas situaciones. La Lista de Problemas deberá ser, finalmente, cerrada o *resuelta* una vez que todos los problemas hayan sido explicados a través de uno o varios diagnósticos, que pasarían ese momento a constituirse en los problemas finales y a futuro en antecedentes. Esto, facilitará su seguimiento posterior en consulta ambulatoria o en una nueva internación hospitalaria.

Su correcta implementación exige una permanente actitud crítica ante su elaboración y una estrecha supervisión por un sistema asistencial y docente piramidal.

La *lista de problemas* debe estar situada al principio de la historia y sirve como un resumen valioso y actualizado, como un índice de estudio y lista de cotejo de justificación o exclusión de posibles diagnósticos, que permite al médico responsable y al estudiante un enfoque completo del paciente o del caso problema y a otros profesionales (médicos consultores, residentes de guardia, enfermeras, entre otros) el acceso rápido y sin prejuicios a la información.

2.2. Hipótesis

En el planteamiento original de Weed este paso está implícito, pero debe estar francamente explicitado y consignado en las hojas de evolución y prescripciones médicas (Formulario 005). De manera concreta se propone la aplicación de la Guía para el Análisis.

Con fines académicos, la síntesis y la integración de los problemas permiten mediante análisis probabilístico la formulación de una o, mejor aún, varias hipótesis. Este paso también exige el cumplimiento de ciertos requisitos:

1. Deberían ser lo más amplias posibles (la hipótesis única no es aconsejable).
2. En lo posible, se debería partir de una hipótesis general "marco" seguidas de las más específicas, ejemplo: Sangrado Digestivo Alto - Síndrome de Mallory-Weiss.
3. Se debe procurar que las hipótesis guarden una lógica correlación y concatenación causa-efecto, ejemplo: Disentería por *Entamoeba histolytica*, proceso primario a secundario, ejemplo: Doble lesión mitral secundaria a Fiebre reumática, y enfermedad-complicación, ejemplo: Neumonía complicada con Empiema.
4. Toda hipótesis debe estar justificada sobre la base de un análisis lógico, sustentado en el estudio y conocimiento, utilizando la base de datos disponible del caso, cotejado con la lista de problemas. Este razonamiento debe quedar registrado en forma escrita y concreta. Con la realización de este ejercicio es posible apreciar la influencia que un problema puede tener sobre otro y, a veces, de inicio llegar a una clara comprensión de la enfermedad del paciente. Ejemplo: ante un caso de fiebre y soplo cardíaco, quien no siga este proceso es posible que en principio, no piense en una Endocarditis Bacteriana subaguda; sin embargo, la experiencia adquirida con el uso de la lista de problemas y el planteamiento de hipótesis le exigirá recordar que cualquier ítem no resuelto debe obligarlo a *detenerse y pensar* para preguntarse si los problemas tienen o no relación entre sí.

La lista de problemas, necesariamente obliga al médico, estudiante y al equipo de salud a percibir al paciente como un todo y a construir la hipótesis basada en la totalidad de los problemas.

2.3. Planes: diagnósticos, terapéuticos y educacionales

Otro elemento esencial del MRMOP es la descripción de los planes que el médico establece para la confirmación-exclusión de las respectivas hipótesis. Los mismos deberán ser consignados en forma separada para cada una de las hipótesis. Dichos planes pueden incluir: procedimientos diagnósticos, medidas terapéuticas y educacionales.

En cuanto a los **planes diagnósticos**, si el problema está aclarado es muy poco lo que se debe hacer para llegar al diagnóstico. De hecho, existen entidades nosológicas cuyo diagnóstico es puramente clínico, ejemplo: Síndrome gripal. Al contrario, si él o las hipótesis no están confirmadas es conveniente hacer una lista de estudios consignando y priorizando la investigación que se va a efectuar para cada posibilidad.

Este ejercicio obliga el empleo razonado de las técnicas o pruebas diagnósticas evitando su realización indiscriminada o en serie. Una práctica inteligente con una buena relación riesgo-coste-eficacia, consiste en seleccionar las pruebas diagnósticas más apropiadas para cada paciente en particular tomando en cuenta además la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de cada prueba en función de la patología. No existe nada más costoso e improductivo que la realización de “pruebas de rutina”. Esta sistematización quizás sea una de las mayores ventajas del método propuesto, tanto en el aprendizaje de los futuros médicos como en la práctica asistencial ambulatoria u hospitalaria pública o privada, con la finalidad última de optimizar recursos y mejorar el acceso y calidad de atención.

Por otra parte, como queda dicho, se deben realizar **planes terapéuticos**. Para ello es preciso que el médico determine cuál es el tratamiento necesario en ese momento. A las órdenes iniciales seguirán otras de acuerdo con la evolución de los problemas. Aun sin un diagnóstico final definido existen medidas terapéuticas temporales o sintomáticas universalmente aceptadas que deben indicarse, ejemplo: antitérmicos en caso de fiebre elevada, hidratación oral o parenteral en caso de deshidratación y analgésicos en caso de dolor, entre otros.

En el caso de pacientes hospitalizados que pueden requerir tratamientos complejos, las indicaciones o instrucciones de diagnóstico y tratamiento deben estar redactadas de forma clara y ordenada y cubrir todos los aspectos de atención al enfermo.

Es necesario seguir siempre un mismo orden para evitar errores u omisiones, para lo cual se plantea:

1. Prescripciones generales
2. Prescripciones de fármacos e insumos médicos
3. Procedimientos específicos
4. Recomendaciones para cada caso
5. Establecimiento del criterio pronóstico utilizando códigos de alarma rojo, amarillo y verde

Cuando el paciente ingresa por consulta externa o emergencias, en el Expediente Único para la Historia Clínica constará el servicio que deberá continuar con la atención.

En otro orden, es útil consignar los **planes educacionales** que incluyen los derechos y deberes de los pacientes y sus familiares, durante todo el proceso desde su primera consulta hasta el ingreso o alta. En ellos, se indicará si se advirtió al paciente acerca del riesgo de algún procedimiento y si se le explicó por qué y para qué se realizó el mismo *(Consentimiento Informado).*

Además, al momento del alta se deben incluir las indicaciones educativas y preventivas que reforzarán el tratamiento.

2.4. Notas de Evolución

También conocidas como *notas de progreso*. Su objetivo es reflejar la evolución de la enfermedad, durante el ingreso o en sucesivas revisiones ambulatorias, con especial interés en la aparición de complicaciones o nuevos datos y su interpretación, la respuesta terapéutica y la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales.

Resulta muy útil seguir un modelo propuesto que ha sido consignado con las siglas **SOAP** y que permite el registro sistemático y ordenado de la información:

(S) de subjetivo: referido a los síntomas manifestados por el paciente durante su evaluación o la variabilidad de los mismos;

(O) de objetivo: referido a los signos que se evidencia al examinar al paciente;

(A) de análisis: referido al análisis lógico de la nueva información en el contexto de la previa, con una finalidad diagnóstica y pronostica; y,

(P) de planes: como corolario dinámico y lógico en las tres esferas previamente comentadas.

Es recomendable realizar esto, con cierta periodicidad, una especie de resumen o valoración global de la situación del enfermo y de los planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales. Esto dependerá en cada caso, de la gravedad o de la relevancia de la nueva información y se elaborarán cuantas veces sean necesarias.

Fase III

3. Síntesis

3.1. Lista condensada de diagnósticos y manejo

3.2. Epicrisis, referencia y contrarreferencia

La lista condensada de diagnósticos y manejo (Formulario 006 reverso) se constituye en un complemento necesario de la Lista de Problemas, que solo consigna los problemas y los diagnósticos, las explicaciones o resoluciones de los mismos, pero no como se manejaron. Evita tener que revisar múltiples notas de evolución e indicaciones médicas de fechas distintas donde estaría dispersa esta información.

La Epicrisis (Formulario 006 anverso) constituye el resumen condensado de la evaluación del paciente, que refleja los antecedentes y factores de riesgo, un cuadro clínico condensado, los diagnósticos y pronósticos establecidos, el tratamiento recibido, el plan de manejo, su control a futuro y las medidas educativas así como preventivas.

La referencia y contra-referencia (Formulario 006 anverso) facilita en forma breve y resumida el conocer de manera secuencial en el tiempo (¿a qué edad y en qué fecha?) todos los diagnósticos confirmados de un paciente con su respectivo código de asignación internacional (CIE) y el tratamiento respectivo recibido, información muy útil cuando el paciente es valorado luego de algún tiempo, por otros actores y en otros centros asistenciales.

Bibliografía

1. American Board of Internal Medicine. Clinical competence in Internal Medicine. Ann Intern Med 1979; 90: 402-11.
2. Campbell EJ. El pensamiento diagnóstico. Lancet (Edición. esp.) 1987; 11: 132-4.
3. Castillo C, Suárez JJ, Hidalgo R. Historia Clínica Orientada por Problemas. En Hidalgo R. Medicina Basada en Evidencias. Cuadernos Académicos de la Facultad de Medicina. PUCE. Quito, 1999.
4. Foz G, Prieto A, Fábrega S. Historia clínica y sistema de registro. En: Martín-Zurro A, Cano F, editores. Manual de atención primaria, 2a edición. Barcelona: Doyma, 1988.
5. Griner PF, Mayewski RJ, Mushlin AI, Grunland P. Selection and interpretation of diagnostic tests and procedures. Ann Intern Med 1981; 94: 553-600.
6. Guarderas C. Guía para el análisis y discusión de un caso clínico. En: Reforma de la Escuela de Medicina de la Universidad Central. Editorial Casa del Estudiante. Quito. 2003.
7. Hurst JW, Walker H. The problem-oriented system. Baltimore: Williams Wilkins, 1972.
8. Hurst JW, Walker HK, Hall WD. More reasons why Weed is right. N Engl J Med 1973; 288: 629-30.
9. Hurst JW. El ejercicio de la medicina. En Hurst JW, ed. Medicina Interna. Tratado para la práctica médica. Madrid: Panamericana, 1984.
10. Kassirer JP. Diagnostic reasoning. Ann Intern Med 1989; 110: 893-900.
11. Lalama M, Terán R. Buenas prácticas de prescripción. Editorial Color Offsett. Quito. 2000.
12. Pozo Rodríguez F. La eficacia de las pruebas diagnósticas (I y II). Med Clin (Barc) 1988; 90: 779-89 y 91: 177-83.
13. Quill TE. Recognizing and adjusting to barriers in Doctor- Patient communication. Ann Intern Med 1989; 111: 51-7.
14. Reiser SJ. The clinical record in medicine (part I). Learning from cases. Ann Intern Med 1991; 114: 902-7.
15. Reiser SJ. The clinical record in medicine (part II). Reforming content and purpose. Ann Intern Med 1991; 114: 980-5.
16. Suárez JJ. Registro Médico Orientado por Problemas. En Carrillo E. Problemas en Medicina Interna-SOAP. Abya-Yala. Quito. 2001.
17. Suárez JJ, Hidalgo R. Registro Médico Orientado por Problemas. En Hidalgo R. Medicina Basada en Evidencias. Libro Universitario Regional. Costa Rica. 2002.
18. Walker HK, Hall WD, Hurst JW. Clinical Methods: The history, physical, and laboratory examinations. 2d edición. Boston: Butterworths, 1980.
19. Weed IL. Medical records, patient care, and medical education. Brish J M Sc 1964; 6: 271-282.
20. Weed IL. New approach to medical teaching. Resident Physician. Brish J M Sc 1967; 13: 77-93
21. Weed IL. Patient record as extension of basic science training of physician. Syllabus, case presented at Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio, 1967.
22. Weed IL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med 1968; 278: 593-600, 652-657.
23. Weed IL. Medical Records, Medical Education, and Patient Care: The problem-oriented record as basic tool. Cleveland. The Press of Case Western Reserve University, 1969.
24. Weed IL. Medical records, medical education, and patient care. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1969.

Lista de formularios básicos rediseñados

Formulario SNS MSP	Denominación	Anverso	Reverso
002	Consulta externa	Anamnesis y examen físico	Evolución
003	Anamnesis y examen físico	Anamnesis (hospitalización)	Examen físico (hospitalización)
004	Signos vitales	Signos vitales (1)	Signos vitales (2)
005	Evolución y prescripciones	Evolución y prescripciones (1)	Evolución y prescripciones (2)
006	Epicrisis	Epicrisis (1)	Epicrisis (2)
007	Interconsulta	Interconsulta–solicitud	Interconsulta-informe
008	Emergencia	Emergencia (1)	Emergencia (2)
010	Laboratorio clínico	Solicitud	Informe
011	Referencia	Referencia	Contrareferencia
012	Imagenología	Solicitud	Informe
013	Histopatología	Solicitud	Informe
014	Odontología	Odontología (1)	Odontología (2)
015	Administración de Medicamentos	Administración de medicamentos (1)	Administración de Medicamentos (2)
016	Trabajo social	Evaluación	Evolución

Modificaciones en la nomenclatura de los formularios básicos

1. **Los formularios 003**

   (Anamnesis) y 004 (Examen Físico) vigentes, se unificarán en el nuevo formulario 003 (Anamnesis y Examen Físico)

2. **El formulario 006**

   (Epicrisis y Transferencia) vigente, se desagregará en los nuevos formulario 006 (Epicrisis) y formulario 011 (Referencia)

3. **El formulario 021**

   (Signos Vitales) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 004 (Signos Vitales)

4. **El formulario 017**

   (Administración de Medicamentos) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 015 (Administración de Medicamentos)

5. **El formulario 033**

   (Odontología) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 014

6. **El formulario 038**

   (Servicio Social) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 016 (Trabajo Social)

Formularios básicos rediseñados

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

1 MOTIVO DE CONSULTA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

5 REVISION ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS

6 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO **X min**								
TEMPERATURA **°C**								

7 EXAMEN FISICO

8 DIAGNOSTICOS		**CIE**	**PRE**	**DEF**	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		**CIE**	**PRE**	**DEF**
1					3				
2					4				

9 PLANES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES

FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO		CODIGO	FIRMA	

SNS-MSP / HCU-form.002 / 2007

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EF

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	EVOLUCION	PRESCRIPCIONES	MEDICAMENTOS
		FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE EVOLUCION	FIRMAR AL PIE DE CADA CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES	REGISTRAR ADMINISTR.

SNS-MSP / HCU-form.002 / 2007

CONSULTA EXTERNA - EVOLUCION

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

1 MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE

A		C	
B		D	

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DESCRIBIR ABAJO, ANOTANDO EL NUMERO CORRESPONDIENTE

FUM= FECHA ULTIMA MENSTRUACION FUP= FECHA ULTIMO PARTO FUC= FECHA ULTIMA CITOLOGIA

1. VACUNAS	5. ENF. ALERGICA	9. ENF. NEUROLOGICA	13. ENF. TRAUMATICA	17. TENDENCIA SEXUAL	21. ACTIVIDAD FISICA
2. ENF. PERINATAL	6. ENF. CARDIACA	10. ENF. METABOLICA	14. ENF. QUIRURGICA	18. RIESGO SOCIAL	22. DIETA Y HABITOS
3. ENF. INFANCIA	7. ENF. RESPIRATORIA	11. ENF. HEMO LINF.	15. ENF. MENTAL	19. RIESGO LABORAL	23. RELIGION Y CULTURA
4. ENF. ADOLESCENCIA	8. ENF. DIGESTIVA	12. ENF. URINARIA	16. ENF. TRANSM. SEX.	20. RIESGO FAMILIAR	24. OTRO

MENARQUIA -EDAD-		MENOPAUSIA -EDAD-		CICLOS		VIDA SEXUAL ACTIVA			
GESTA		PARTOS		ABORTOS		CESAREAS		HIJOS VIVOS	
FUM		FUP		FUC		BIOPSIA			
METODO DE P. FAMILIAR		TERAPIA HORMONAL		COLPOS COPIA		MAMO-GRAFIA			

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO.

1. CARDIOPAT		2. DIABETES		3. ENF. C. VASCULAR		4. HIPER TENSION		5. CANCER		6.TUBERCU LOSIS		7. ENF. MENTAL		8. ENF. INFECCIOSA		9. MALFORMACION		10. OTRO	

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, FACTORES QUE AGRAVAN O MEJORAN, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, RESULTADOS DE EXAMENES ANTERIORES, CONDICION ACTUAL.

5 REVISION ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES

SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP
1 ORGANOS DE LOS SENTIDOS			4 ARDIO VASCULAR			7 GENITAL			10 MUSCULO ESQUELETICO			13 EMO LINFATICO		
2 RESPIRATORIO			5 DIGESTIVO			8 URINARIO			11 ENDOCRINO			14 ERVIOSO		

6 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES

PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA min		FRECUENCIA RESPIRA. min		TEMPERATUR BUCAL °C		TEMPERATUR AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m		I. MASA CORPORAL	
														PERIMETRO CEFALIC cm	

7 EXAMEN FISICO

R= REGIONAL S= SISTEMICO

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES

SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	C P	S P		C P	S P		C P	S P		C P	S P		CP	SP
1R PIEL Y FANERAS			6R BOCA			11R ABDOMEN			1S ORGANOS DE LOS SENTIDOS			6S URINARIO		
2R CABEZA			7R ORO FARINGE			12R COLUMNA VERTEBRAL			2S RESPIRATORIO			7S MUSCULO ESQUÉLETICO		
3R OJOS			8R CUELLO			13R INGLE-PERINE			3S CARDIO VASCULAR			8S ENDOCRINO		
4R OIDOS			9R AXILAS - MAMAS			14R MIEMBROS SUPERIORES			4S DIGESTIVO			9S HEMO LINFÁTICO		
5R NARIZ			10R TORAX			15R MIEMBROS INFERIORES			5S GENITAL			10S NEUROLÓGICO		

8 DIAGNOSTICOS

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1					4				
2					5				
3					6				

9 PLANES

DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES

		HORA FIN		MEDICO		CODIGO	FIRMA	

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

FECHA									
DIA DE INTERNACION									
DIA POSTQUIRÚRGICO									

1 SIGNOS VITALES

TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA

PULSO O / TEMP ▲	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
140																		
130																		
120 42																		
110 41																		
100 40																		
90 39																		
80 38																		
70 37																		
60 36																		
50 35																		
40																		
FRECUENCIA RESPIRATORIA																		
PRESION ARTERIAL																		

2 BALANCE HIDRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL								
	VIA ORAL								
	TOTAL								
ELIMINACIONES CC	ORINA								
	DRENAJE								
	OTROS								
	TOTAL								

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO																		
PESO Kg																		
DIETA ADMINISTRADA																		
NUMERO DE COMIDAS																		
NUMERO DE MICCIONES																		
NUMERO DE DEPOSICIONES																		
ACTIVIDAD FISICA																		
CAMBIO DE SONDA																		
RECANALIZACION VIA																		
RESPONSABLE																		

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

FECHA									
DIA DE INTERNACION									
DIA POSTQUIRÚRGICO									

1 SIGNOS VITALES

TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA

PULSO / TEMP	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
O ▲																		
140																		
130																		
120 42																		
110 41																		
100 40																		
90 39																		
80 38																		
70 37																		
60 36																		
50 35																		
40																		
FRECUENCIA RESPIRATORIA																		
PRESION ARTERIAL																		

2 BALANCE HIDRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL								
	VIA ORAL								
	TOTAL								
ELIMINACIONES CC	ORINA								
	DRENAJE								
	OTROS								
	TOTAL								

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO																		
PESO Kg																		
DIETA ADMINISTRADA																		
NUMERO DE COMIDAS																		
NUMERO DE MICCIONES																		
NUMERO DE DEPOSICIONES																		
ACTIVIDAD FISICA																		
CAMBIO DE SONDA																		
RECANALIZACION VIA																		
RESPONSABLE																		

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	EVOLUCION	PRESCRIPCIONES	MEDICAMENTOS
		FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE EVOLUCION	FIRMAR AL PIE DE CADA CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES	REGISTRAR ADMINISTRACION

SNS-MSP / HCU-form.005 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (1)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	**HISTORIA CLINICA**
			M	F		

FECHA (DIA/MES/AÑO)	**HORA**	**EVOLUCION**	**PRESCRIPCIONES**	**MEDICA MENTOS**
		FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE EVOLUCION	FIRMAR AL PIE DE CADA CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES	REGISTRAR ADMINIS TRACION

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (2)

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD
			M	F	S	C	D	V	UL	SIN	BAS	BACH	SUP	ESP		

1 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

2 RESUMEN DE EVOLUCION Y COMPLICACIONES

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

5 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

4 DIAGNOSTICOS

	DE INGRESO	CIE	PRE	DEF		DE EGRESO	CIE	PRE	DEF
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

8 MEDICOS TRATANTES

	NOMBRE	ESPOECIALIDAD	CODIGO	FECHAS
1				
2				
3				
4				

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA		ASINTOMATICO		DISCAPACIDAD MODERADA		RETIRO VOLUNTARIO		DEFUNCION ANTES 48 HORAS		DIAS ESTADA	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO INVOLUNTARIO		DEFUNCION DESPUES 48 HORAS		DIAS INCAPACIDAD	

CODIGO

		MÉDICO		FIRMA		

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD
			M	F	S	C	D	V	UL	SIN	BAS	BACH	SUP	ESP		

1 MOTIVO Y DESTINO DE SOLICITUD

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO		SERVICIO CONSULTADO		SERVICIO QUE SOLICITA		SALA		CAMA	
NORMAL		URGENTE		MEDICO INTER CONSULTADO					

2 CUADRO CLINICO ACTUAL

3 RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

4 DIAGNÓSTICOS PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1					4				
2					5				
3					6				

5 PLAN TERAPEUTICO REALIZADO

6 PLAN EDUCACIONAL REALIZADO

CODIGO

SERVICIO		MÉDICO		FIRMA		

SNS-MSP / HCU-form.007 / 2007

INTERCONSULTA - SOLICITUD

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

7 CUADRO CLINICO DE INTERCONSULTA

8 PRUEBAS DIAGNOSTICAS PROPUESTAS

9 DIAGNÓSTICOS PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1					4				
2					5				
3					6				

11 PLAN TERAPEUTICO PROPUESTO

12 PLAN EDUCACIONAL PROPUESTO

13 RESUMEN DEL CRITERIO CLINICO

CODIGO

SERVICIO		MÉDICO		FIRMA		

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			Nº HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISION

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIONALIDAD	Nº CÉDULA DE CIUDADANIA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	CANTON	PROVINCIA	Nº TELÉFONO

FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH	SUPE	ESPE		IESS		OTRO	

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	DIRECCION	Nº TELEFONO

FORMA DE LLEGADA						FUENTE DE INFORMACION	INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELEFONO
AMBULATORIO		SILLA DE RUEDAS		CAMILLLA				

MAS= MASCULINO FEM= FEMENINO SOL= SOLTERO CAS= CASADO DIV= DIVORCIADO VIU= VIUDO UL= UNION LIBRE SIN= SIN INSTRUCCION BASI= BASICA BACH= BACHILLERATO SUPE= SUPERIOR ESPE= ESPECIAL

2 INICIO DE ATENCION

HORA		VIA AEREA LIBRE		VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - Rh		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	
MOTIVO DE LLEGADA														

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACION

NO APLICA

LUGAR DEL EVENTO	DIRECCION DEL EVENTO	FECHA	HORA	VEHICULO O ARMA

TIPO DE EVENTO						AUTORIDAD COMPETENTE			
ACCIDENTE		ENVENENA MIENTO		VIOLENCIA		OTRO		HORA DENUNCIA		CUSTODIA POLICIAL	
OBSERVACIONES									

INTOXICACION								VIOLENCIA							
ALIENTO ETILICO		VALOR ALCOCHECK		HORA EXAMEN		SE HACE ALCOHOLEMIA		OTRAS SUSTANCIAS		SOSPECHA		ABUSO FÍSICO		ABUSO PSICOLÓGICO		ABUSO SEXUAL	
OBSERVACIONES															

QUEMADURA							PICADURA	MORDEDURA
GRADO I		GRADO II		GRADO III		PORCENTAJE SUPERFICIE		

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE P= PERSONAL, F= FAMILIAR

NO APLICA

1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS		4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISION DE SISTEMAS

CRONOLOGIA - LOCALIZACION - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES

NO APLICA

6 CARACTERISTICAS DEL DOLOR

		EVOLUCION			TIPO			MODIFICACIONES					ALIVIA CON				NO APLICA
REGION ANATOMICA	PUNTO DOLOROSO	AGUDO	SUB AGUDO	CRONICO	EPISODICO	CONTINUO	COLICO	POSICION	INGESTA	ESFUERZO	DIGITO PRESIÓN	SE IRRADIA	ANTIES PASMODICO	OPIACEO	A I N E	NO ALIVIA	INTENSIDAD LEVE MODERADO O GRAVE

7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA min		FRECUENCIA RESPIRAT. min		TEMPERATUR BUCAL °C		TEMPERATUR AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m		PERIMET. CEFALIC cm	
GLASGOW INICIAL	OCULAR		VERBAL		MOTORA		TOTAL		REACCION PUPILAR DER		REACCION PUPILAR IZQ		T. LLENADO CAPILAR		

8 EXAMEN FISICO

R= REGIONAL S= SISTEMICO

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES

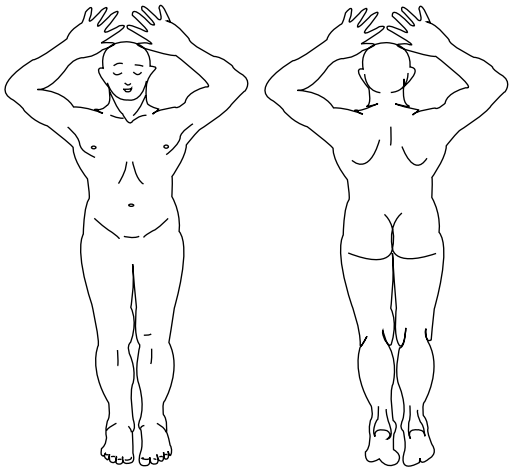
SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP
1R PIEL Y FANERAS			6R BOCA			11R ABDOMEN			1S ORGANOS DE LOS SENTIDOS			6S URINARIO		
2R CABEZA			7R ORO FARINGE			12R COLUMNA VERTEBRAL			2S RESPIRATORIO			7S MUSCULO ESQUÉLETICO		
3R OJOS			8R CUELLO			13R INGLE-PERINE			3S CARDIO VASCULAR			8S ENDOCRINO		
4R OIDOS			9R AXILAS - MAMAS			14R MIEMBROS SUPERIORES			4S DIGESTIVO			9S HEMO LINFÁTICO		
5R NARIZ			10R TORAX			15R MIEMBROS INFERIORES			5S GENITAL			10S NEUROLÓGICO		

9 DIAGRAMA TOPOGRÁFICO

ANOTAR EL NUMERO SOBRE EL LUGAR DE LA LESION

NO APLICA



1	HERIDA PENETRANTE
2	HERIDA NO PENETRANTE
3	FRACTURA EXPUESTA
4	FRACTURA CERRADA
5	AMPUTACION
6	HEMORRAGIA
7	MORDEDURA
8	PICADURA
9	EXCORIACION
10	DEFORMIDAD O MASA
11	HEMATOMA
12	QUEMADURA G-I
13	QUEMADURA G-II
14	QUEMADURA G-III
15	
16	

10 EMBARAZO - PARTO

NO APLICA

GESTAS		PARTOS		ABORTOS		CESAREAS	
FECHA ULTIMA MENSTRUACION		SEMANAS GESTACION		MOVIMIENTO FETAL			
FRECUENCIA C. FETAL		MEMBRANAS ROTAS		TIEMPO			
ALTURA UTERINA		PRESENTACION					
DILATACION		BORRAMIENTO		PLANO			
PELVIS UTIL		SANGRADO VAGINAL		CONTRACCIONES			

11 ANALISIS DE PROBLEMAS

NO APLICA

12 PLAN DIAGNOSTICO

REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO

NO APLICA

1. BIOMETRIA		3. QUIMICA SANGUINEA		5. GASOMETRIA		7. ENDOSCOPIA		9. R-X ABDOMEN		11. TOMOGRAFIA		13. ECOGRAFIA PELVICA		15. INTERCONSULTA	
2. UROANALISIS		4. ELECTROLITOS		6. ELECTRO CARDIOGRAMA		8. R-X TORAX		10. R-X OSEA		12. RESONANCIA		14. ECOGRAFIA ABDOMEN		16. OTROS	

13 DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS

		CIE
1		
2		
3		

14 DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

		CIE
1		
2		
3		

15 PLAN DE TRATAMIENTO

DESCRIBIR ABAJO, ANOTANDO EL NUMERO

	MEDICAMENTO GENÉRICO	VIA	DOSIS	POSOLOGIA	DíAS
1					
2					
3					
4					

1. INDICACIONES GENERALES		2. PROCEDIMIENTOS		3. CONSENTIMIENTO INFORMADO		4. OTROS	

16 SALIDA

DOMICILIO		CONSULTA EXTERNA		OBSERVACION		INTERNACION		REFERENCIA	
SERVICIO			ESTABLECIMIENTO						

VIVO		ESTABLE		INESTABLE		DIAS DE INCAPACIDAD	
MUERTO EN EMERGENCIA		CAUSA					

CODIGO

FECHA DE SALIDA		HORA DE SALIDA		MEDICO		FIRMA		

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE	PRIORIDAD						FECHA TOMA
						URGENTE		NORMAL		CONTROL		

1 HEMATOLOGIA			
BIOMETRIA HEMÁTICA		INDICES HEMÁTICOS	
PLAQUETAS		T. PROTROMBINA	
GRUPO / Rh		TIEMPO T. PARCIAL	
RETICULOCITOS		DREPANOCITOS	
HEMATOZOARIO		COOMBS DIRECTO	
CÉLULA L.E.		COOMBS INDIRECTO	

2 QUIMICA SANGUINEA			
GLUCOSA EN AYUNAS		TRANSAMINADA PIRÚVICA	
GLUCOSA 2 HORAS		TRANSAMINASA OXALACETICA	
UREA		FOSFATASA ALCALINA	
CREATININA		COLESTEROL TOTAL	
ACIDO URICO		COLESTEROL HDL	
BILIRRUBINAS		COLESTEROL LDL	
PROTEINAS		TRIGLICERIDOS	

3 COPROLOGICO	
COPROPARASITARIO	
SANGRE OCULTA	
INV. POLIMORFO NUCLEARES	
ROTAVIRUS	

6 OTROS

4 UROANALISIS			
ELEMENTAL Y MICROSCOPICO		PRUEBA DE EMBARAZO	
GOTA FRESCA		CULTIVO-ANTIBIOGRAMA	
GRAM			

5 BACTERIOLOGIA			
GRAM		FRESCO	
ZIEHL		CULTIVO - ANTIBIOGRAMA	
HONGOS		MUESTRA DE	

SNS-MSP / HCU-form.010 / 2007

LABORATORIO CLINICO - SOLICITUD

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA RECIBO	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE	PRIORIDAD						FECHA ENTREGA
						URGENTE		NORMAL		CONTROL		

1 HEMATOLOGICO

HCT	%	HGB	g / dl	VCM		RETICULOCITOS	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	mmh			HCM		DREPANOCITOS	
PLAQUETAS	mmc			CHCM		GRUPO - FACTOR Rh	
LEUCOCITOS	mmc			HIPOCROMIA			
METAM	%	BASOF	%	ANISOCITOSIS		COOMBS DIRECTO	
CAYAD	%	MONOC	%	POIQUILOCIT.		COOMBS INDIR.	
SEGME	%	LINFO	%	MICROCITOSIS		T.PROTROMBINA	seg
EOSIN	%	ATIPI	%	POLICROMAT.		T T P	seg

3 COPROLOGICO

COLOR		HEMOGLOBINA		ESPORAS		FIBRAS	
CONSIST.		GLOBULOS ROJOS		MICELIOS		ALMIDON	
pH		POLIMORFOS		MOCO		GRASA	

PROTOZOARIOS	QUISTE	TROFO	HELMINTOS	HUEVO	LARVA

2 QUIMICA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA		RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUNAS				TRANSAMINASA PIRUVICA			
GLUCOSA 2 HORAS				TRANSAMINASA OXALACETICA			
UREA				FOSFATASA ALCALINA			
CREATININA				COLESTEROL TOTAL			
ACIDO URICO				COLESTEROL HDL			
BILIRRUBINA TOTAL				COLESTEROL LDL			
BILIRRUBINA DIRECTA				TRIGLICERIDOS			
PROTEINA TOTAL							
ALBUMINA							
GLOBULINA							

4 UROANALISIS

DENSIDAD		LEUCOCITOS PC	
pH		PIOCITOS PC	
PROTEINA		ERITROCITOS PC	
GLUCOSA		CELULAS ALTAS	
CETONA		BACTERIAS	
HEMOGLOBINA		HONGOS	
BILIRRUBINA		MOCO	
UROBILINOGENO		CRISTALES	
NITRITO		CILINDROS	

5 BACTERIOLOGIA

6 VARIOS

PROFESIONAL		
FIRMA		
TECNOLOGO		
FIRMA		

SNS-MSP / HCU-form.010 / 2007

LABORATORIO CLINICO - INFORME

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD
			M	F	S	C	D	V	UL	SIN	BAS	BACH	SUP	ESP		

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE HACE LA REFERENCIA		SERVICIO QUE REFIERE					

1 MOTIVO DE REFERENCIA

2 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4 TRATAMIENTO REALIZADO

5 DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA DE CONTRARREFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN					EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD
			M	F	S	C	D	V	UL	SIN	BAS	BACH	SUP	ESP		

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE CONTRARREFIERE		SERVICIO QUE CONTRARREFIERE					

1 CUADRO CLINICO

2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

4 TRATAMIENTO RECOMENDADO

5 DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

6

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE	PRIORIDAD						FECHA TOMA
						URGENTE		NORMAL		CONTROL		

1 ESTUDIO SOLICITADO

R-X CONVENCIONAL		TOMOGRAFIA		RESONANCIA		ECOGRAFIA		PROCEDIMIENTOS		OTROS		

DESCRIBIR ⇨

PUEDE MOVILIZARSE		PUEDE RETIRARSE VENDAS, APOSITOS O YESOS		EL MEDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN		TOMA DE RADIOGRAFÍA EN LA CAMA	

2 MOTIVO DE LA SOLICITUD

3 DIAGNOSTICOS

	CIE= CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1				
2				
3				
4				
5				

4 RESUMEN CLINICO

				MEDICO			FIRMA	

SNS-MSP / HCU-form.012 / 2007

IMAGENOLOGIA - SOLICITUD

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA INFORME	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE	PRIORIDAD						FECHA ENTREGA
						URGENTE		NORMAL		CONTROL		

1 ESTUDIO DE IMAGENOLOGIA REALIZADO

R-X CONVENCIONAL		TOMOGRAFIA		RESONANCIA		ECOGRAFIA		PROCEDIMIENTOS		OTROS		
DESCRIBIR												

2 INFORME DE IMAGENOLOGIA

3 DATOS BASICOS DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

MEDIDA	VALOR	EDAD GEST.	PESO	PLACENTA	
DIAMETRO BIPARIETAL				FUNDICA	
LONGITUD FEMUR				MARGINAL	
PERIMETRO ABDOMIN AL				PREVIA	

MASCULINO		FEMENINO		MULTIPLE		GRADO DE MADUREZ	

4 DATOS BASICOS DE ECOGRAFIA GINECOLOGICA

UTERO				ANEXOS			
ANTEVERSION		FIBROMA		HIDROSALPIX		QUISTE	
RETROVERSION		MIOMA		CAVIDAD UTERINA			
DIU		AUSENTE		VACIA		OCUPADA	
FONDO DE SACO DOUGLAS							

5 DIAGNOSTICOS DE IMAGENOLOGIA

		CIE
1		
2		
3		
4		
5		

6 RECOMENDACIONES

PLACAS ENVIADAS	10	30 X 40	4	8 X 10	1	14 X 14		14 X 17		18 X 24		ODONT		PALACAS DAÑADAS		CON MEDIO DE CONTRASTE	

TECNICO R-X			MD RADIOLOGO		
FIRMA			FIRMA		

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE IDENTIDAD

FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE	PRIORIDAD						FECHA TOMA
						URGENTE		NORMAL		CONTROL		

1 ESTUDIO SOLICITADO

HISTOPATOLOGIA		CITOLOGIA		OTRO		

2 DIAGNÓSTICOS

		CIE
1		
2		
3		
4		

3 RESUMEN CLINICO

4 TRATAMIENTO QUE RECIBE

5 MUESTRA O PIEZA

DESCRIBIR EL PROCEDIMIENTO, ORIGEN, NUMERO Y ZONA

6 DATOS BASICOS PARA LA CITOLOGIA VAGINAL

MATERIAL						ANTICONCEPCION					EDADES DE			PARIDAD				FECHAS		
ENDOCERVIX	EXOCERVIX	PARED VAGINAL	UNIÓN ESCAMO COLUMNAR	MUÑON CERVICAL	OTRO	ORAL O INYECTABLE	DIU	LIGADURA	OTRO	TERAPIA HORMONAL	MENARQUIA	MENOPAUSIA	INICIO DE RELACIONES SEXUALES	GESTACIONES	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS	ULTIMA MENSTRUACIÓN	ULTIMO PARTO	ULTIMA CITOLOGIA

		CODIGO
SOLICITANTE		
FIRMA		

FECHA	
HORA	

		CODIGO
RECIBIDO POR		
FIRMA		

SNS-MSP / HCU-form.013 / 2007

HISTOPATOLOGIA - SOLICITUD

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	SOLICITANTE	FECHA RECEPCION	FECHA ENTREGA	NUMERO DE LA PIEZA	NUMERO DEL INFORME

1 DESCRIPCION MACROSCOPICA

2 DESCRIPCION MICROSCOPICA

3 DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

		CIE
1		
2		
3		
4		
5		

4 RECOMENDACIONES

5 INFORME DE CITOLOGIA

PAPANICOLAOU	I	II	III-A	III-B	III-C	IV	V-A	V-B
OMS - DPH	NORMAL	INFLAMATORIO	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA SEVERA	CA. IN SITU	CA. ESCAMO CELULAR	CA. INVASOR
NIC			I	II	III	III		
BETHESDA			LIE. BAJO	LIE. ALTO	LIE. ALTO	LIE. ALTO	CA	CA
DIAGNOSTICO								

CONTROL		MUESTRA INADECUADA		BIOPSIA		CAUTERIZACION		COLPOSCOPIA		GRADO DE MADURACION		FECHA PROCESO	
HISTIOCITOS		FLORA BACTERIANA		ERITROCITOS		PATOGENOS		HONGOS		NUMERO DE MUESTRA		FECHA ENTREGA	

COMENTARIOS ADICIONALES

TECNOLOGO		MEDICO PATOLOGO		CODIGO	FIRMA	

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

MENOR DE 1AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 9 AÑOS PROGRAMADO		5-14 AÑOS NO PROGRAMADO		10-14 AÑOS PROGRAMADO		15 -19 AÑOS		MAYOR DE 20 AÑOS		EMBARAZADA	

1 MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

SINTOMAS: CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO		2. ALERGIA ANESTESIA		3. HEMO RRAGIAS		4. VIH/SIDA		5. TUBER CULOSIS		6. ASMA		7. DIABETES		8. HIPER TENSION		9. ENF. CARDIACA		10. OTRO	

4 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES

NO APLICA

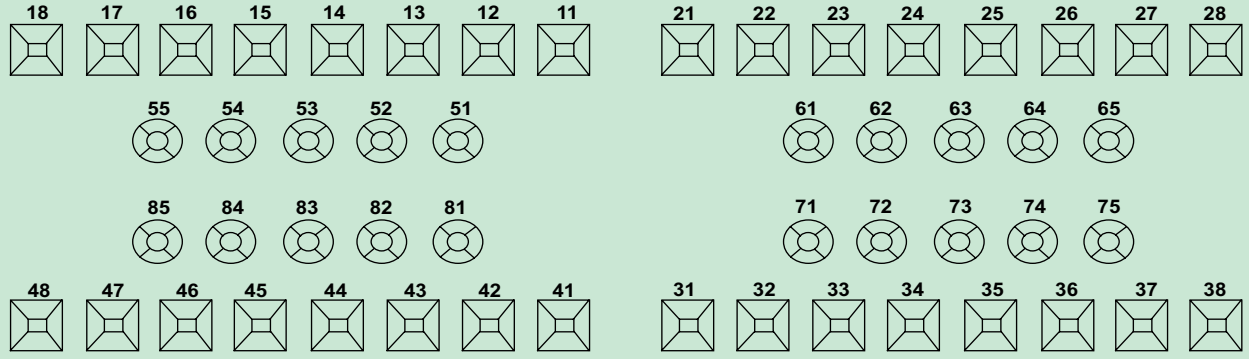
PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA min		FRECUENCIA RESPIRAT. min		TEMPERATUR BUCAL °C		TEMPERATUR AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m			

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS		2. MEJILLAS		3. MAXILAR SUPERIOR		4. MAXILAR INFERIOR		5. LENGUA		6. PALADAR		7. PISO		8. CARRILLOS	
9. GLANDULAS SALIVALES		10. ORO FARINGE		11. A T M		12. GANGLIOS									

6 ODONTOGRAMA



SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

Caries	O	Restaurac.	/	Retos radic.	F	Corona	C	Prótesis remov.	Prótesis total
Sellante	*	Estracción	X	Ausente	A	Trat. endodon.	I	Prótesis fiia.	0-0

Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA PIEZAS						PLACA 0-1-2-3-9	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16		17		55				
11		21		51				
26		27		65				
36		37		75				
31		41		71				
46		47		85				
TOTALES								

ENF. PERIODONTAL		MALOCLUSION		FLUOROSIS	
LEVE		ANGLE I		LEVE	
MODERADA		ANGLE II		MODERADA	
SEVERA		ANGLE III		SEVERA	

CARIES

	C	P	O	TOTAL
D				

	c	e	o	TOTAL
d				

9 PLAN DIAGNOSTICO

DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO, SI APLICA

1. BIOMETRIA		2. QUIMICA SANGUINEA		3. RAYOS-X		4. OTRO	

10 DIAGNOSTICOS

DESCRIBIR ABAJO

	CIE= CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO FOM= FOMENTO	CIE	PRE	DEF	FOM
1					
2					
3					
4					

11 PLAN DE TRATAMIENTO

DESCRIBIR ABAJO LA CAUSA Y DETALLES DE LA ACTIVIDAD SENALADA

Nº	MEDICAMENTO GENÉRICO	CONCENTRACION	PRESENTACION	VIA	DOSIS	FRECUENCA	DíAS
1							
2							
3							
4							

INTER CONSULTA		PROCEDIMIENTO		INTERNACION		CONSULTA EXTERNA		DIAS DE INCAPACIDAD	
TOPICACION FLUOR		SELLANTES		REFERENCIA		SERVICIO			

FECHA PROX. SESION				ODONTOLOGO		CODIGO	FIRMA	

12 NOTAS DE EVOLUCION

ANOTAR: NUMERO DE SESION, FECHA, ANAMNESIS, EXAMEN DENTAL, RESULTADO DE EXAMENES, ANALISIS, DIAGNOSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO, FIRMAS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

1 MEDICAMENTOS INI= INICIALES DEL RESPONSABLE FUN= SUMILLA

PRESENTACION, VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA	DIA Y MES														
	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

1 MEDICAMENTOS INI= INICIALES DEL RESPONSABLE FUN= SUMILLA

PRESENTACION, VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA	DIA Y MES														
	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NUMERO - MANZANA Y CASA)	BARRIO	ZONA	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	TELÉFONO

NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION	PARENTESCO O AFINIDAD	DIRECCION	TELEFONO

CATEGORIAS					DIAGNOSTICO DEL RIESGO SOCIAL			
PUNTAJE (1 + 2)	10 -14	15 - 19	20 - 24	25 - 30				
	A	B	C	D	SELBEN	FECHA	HORA	LUGAR
0								

TRABAJADORA SOCIAL	CODIGO	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE, MULTIPLICAR POR EL NUMERO DE COLUMNA Y SUMAR

1	VIVIENDA Y SERVICIOS		1		2		3
1	CALIDAD DE LA VIVIENDA	MALA		REGULAR		BUENA	
2	PERSONAS X DORMITORIO	CUATRO o MÁS		TRES		UNA O DOS	
3	AGUA PARA CONSUMO	CONTAMINADA		FILTRADA		SEGURA	
4	LUZ ELECTRICA	NO TIENE		CONSUMO BAJO		CONSUMO NORMAL	
5	SERVICIO HIGIÉNICO	NO TIENE		LETRINA		TAZA SANITARIA	
	TOTAL PUNTOS (A)	0	SUBTOTAL (1)	0	SUBTOTAL (2)	0	SUBTOTAL (3) 0

MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE, MULTIPLICAR POR EL NÚMERO DE COLUMNA Y SUMAR

2	CONDICIONES SOCIO ECONOMICAS		1		2		3
1	HIJOS QUE SE EDUCAN	NO PUEDEN IR		VAN A ESCUELA PÚBLICA		VAN A ESCUELA PRIVADA	
2	ALIMENTACION	1 VEZ X DIA		2 VECES X DIA		SUFICIENTE	
3	DEPENDEN DEL JEFE FAMILIAR	CINCO O MÁS		TRES O CUATRO		UNO O DOS	
4	MIEMBROS CON ENFERMEDADES CRONICAS	DOS O MÁS		UNO		NINGUNO	
5	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	MENOS DE 200		ENTRE 200 Y 300		MAS DE 300	
	TOTAL PUNTOS (B)	0	SUBTOTAL (1)	0	SUBTOTAL (2)	0	SUBTOTAL (3) 0

3	RIESGO FAMILIAR	
	DESORGANIZACION FAMILIAR	
	VIOLENCIA	
	MIGRACION	
	DISCAPACITADOS	
	ENFERMOS CRONICOS	
	ADULTOS MAYORES	

MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE Y SUMAR

4	ESTRUCTURA DEL GRUPO FAMILIAR				GENERO		ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN				PARENTESCO					ACTIVIDAD ECONÒMICA							INGRESO MENSUAL				SEGURO SOCIAL		
NUMERO DE MIEMBROS	ORDEN = PADRE - MADRE - HIJOS DE MAYOR A MENOR - ABUELOS - OTROS PARIENTES - NO PARIENTES MARQUE UNA SOLA _ X PARA CADA GRUPO DE RESPUESTAS →				FEMENINO	MASCULINO	CASADO	SOLTERO	DIVORCIADO	VIUDO	UNION LIBRE	NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	PADRE O MADRE	HIJO	ABUELO	OTRO PARIENTE	NO PARIENTE	EMPLEADO PÚBLICO	EMPLEADO PRIVADO	OBRERO O JORNALERO	TRABAJO INDEPENDIENTE	AMA DE CASA	ESTUDIANTE	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	MENOS DE 100	100 - 150	151 - 200	MAS DE 200	SEGURO PÚBLICO	SEGURO PRIVADO	SIN SEGURO
	APELLIDOS PATERNO Y MATERNO	NOMBRES PRIMERO Y SEGUNDO	NUMERO DE CÈDULA	AÑOS CUMPLIDOS																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18	19	20	21	13	14	15	16	17	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
	JEFE																																	
0	TOTALES	SI EL NIÑO ES MENOR DE 1 AÑO, REGISTRE - 0- LA SUMA DE CADA GRUPO DE RESPUESTAS SERÁ IGUAL AL NÙMERO DE MIEMBROS		? →	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SNS-MSP / HCU-form.016 / 2007

TRABAJO SOCIAL - EVALUACION

5 EVOLUCION DEL CASO	1. ENTREVISTA 2. VISITA DOMICILIARIA 3. TRAMITES INTERNOS Y EXTERNOS 4. PRESTACION DE SERVICIOS 5. REFERENCIAS	
FECHA	TRATAMIENTO Y EVOLUCION SOCIAL	T. SOCIAL

Lista de formularios del Registro Médico Orientado por Problemas

Lista de formularios del Registro Médico Orientado por Problemas

Estos formularios deberán ser utilizados en forma inicial por los profesionales formados en el manejo del Registro Médico Orientado por Problemas; para posteriormente de **manera progresiva** difundir su utilización por todos los profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Formulario SNS MSP	Denominación	Anverso	Reverso
031	Lista de problemas	Lista de problemas (1)	Lista de problemas (2)
032	Notas de evolución	Notas de evolución SOAP (1)	Notas de evolución SOAP (2)
033	Prescripciones médicas	Prescripciones médicas (1)	Prescripciones médicas (2)
034	Lista de diagnósticos	Lista de diagnósticos	Lista de diagnósticos
035	Concentración de laboratorio	Concentración de laboratorio (1)	Concentración de laboratorio (2)
036	Concentración de exámenes especiales	Concentración de exámenes especiales (1)	Concentración de exámenes especiales (2)

Formularios del Registro Médico Orientado por Problemas

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

		PROBLEMAS					RESUELTO A:	
NUM	EDAD	FECHA DE INICIO (DIA/MES/AÑO)	FECHA DE DETECCIÓN (DIA/MES/AÑO)	ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS, DIAGNOSTICOS PREVIOS, FACTORES DE RIESGO, SINTOMAS, SIGNOS	ACTIVO	PASIVO	SINDROMES, DIAGNOSTICOS PROBABLES O DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS	FECHA (DIA/MES/AÑO)

SNS-MSP / HCU-form.031 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

LISTA DE PROBLEMAS (1)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

		PROBLEMAS					RESUELTO A:	
NUM	EDAD	FECHA DE INICIO (DIA/MES/AÑO)	FECHA DE DETECCIÓN (DIA/MES/AÑO)	ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS, DIAGNOSTICOS PREVIOS, FACTORES DE RIESGO, SINTOMAS, SIGNOS	ACTIVO	PASIVO	SINDROMES, DIAGNOSTICOS PROBABLES O DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS	FECHA (DIA/MES/AÑO)

SNS-MSP / HCU-form.031 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

LISTA DE PROBLEMAS (2)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

S: SUBJETIVO **O**: OBJETIVO **A**: ANALISIS **P**: PLANES DIAGNOSTICO (Dg), TERAPEUTICO (Tp), EDUCACIONAL (Ed)

FECHA (DIA/MES/ AÑO)	HORA	PROBLEMAS	S O A P	COMENTARIO INICIAL Y NOTAS DE EVOLUCION	CODIGO MEDICO
		ANOTAR EL NÙMERO DE LA LISTA DE PROBLEMAS		ANOTAR LOS HALLAZGOS EN FORMA CONCRETA Y RESUMIDA	

SNS-MSP / HCU-form.032 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

NOTAS DE EVOLUCION (1)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

S: SUBJETIVO **O**: OBJETIVO **A**: ANALISIS **P**: PLANES DIAGNOSTICO (Dg), TERAPEUTICO (Tp), EDUCACIONAL (Ed)

FECHA (DIA/MES/ AÑO)	HORA	PROBLEMAS	S O A P	COMENTARIO INICIAL Y NOTAS DE EVOLUCION	CODIGO MEDICO
		ANOTAR EL NÚMERO DE LA LISTA DE PROBLEMAS		ANOTAR LOS HALLAZGOS EN FORMA CONCRETA Y RESUMIDA	

SNS-MSP / HCU-form.032 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

NOTAS DE EVOLUCION (2)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	PROBLEMAS	PRESCRIPCIONES	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
		ANOTAR LOS NUMEROS	FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE PRESCRIPCION	REGISTRAR

SNS-MSP / HCU-form.033 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

PRESCRIPCIONES MEDICAS (1)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	PROBLEMAS	PRESCRIPCIONES	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
		ANOTAR LOS NUMEROS	FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE PRESCRIPCION	REGISTRAR

SNS-MSP / HCU-form.033 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

PRESCRIPCIONES MEDICAS (2)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

RESULTADOS: CURADO, MEJOR, PEOR, MUERTO

EDAD	FECHA (DIA/MES/AÑO)	PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y CONFIRMADO		TRATAMIENTO	RESULTADO
		ANOTAR EL NÙMERO DE LA LISTA DE PROBLEMAS	ENTIDAD NOSOLOGICA, AGENTE ETIOLOGICO, COMPLICACION	C I E	MEDIDAS GENERALES, MEDICAMENTO GENERICO (DOSIS, VIA, POSOLOGIA, DURACION), INTERVENCIONES	

SNS-MSP / HCU-form.034 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

LISTA DE DIAGNOSTICOS Y MANEJO (1)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

RESULTADOS: CURADO, MEJOR, PEOR, MUERTO

EDAD	FECHA (DIA/MES/AÑO)	PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y CONFIRMADO		TRATAMIENTO	RESULTADO
		ANOTAR EL NÙMERO DE LA LISTA DE PROBLEMAS	ENTIDAD NOSOLOGICA, AGENTE ETIOLOGICO, COMPLICACION	C I E	MEDIDAS GENERALES, MEDICAMENTO GENERICO (DOSIS, VIA, POSOLOGIA, DURACION), INTERVENCIONES	

SNS-MSP / HCU-form.034 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

LISTA DE DIAGNOSTICOS Y MANEJO (2)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

LLENADO POR ENFERMERIA

		1	2	3	4	5	6	7
	FECHA							
	RESPONSABLE							
	REPORTADO POR							
1 HEMATOLOGICO	HCT - HGB							
	PLAQUETAS							
	LEUCOCITOS							
	FORMULA LEUCOCITARIA	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN
	VSG							
	TP / TTP							
	GRUPO / Rh							
	HEMATOZOARIO / INR							
	HCM / CMHC							
	HIERRO SERICO / TRANSFERRINA							
2 QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA AYUNAS / 2 HORAS							
	UREA / CREATININA							
	BILIRRUBINA TOTAL / DIRECTA							
	ALT (TGP) / AST (TGO)							
	FOSFATASA ALCALINA / ACIDA							
	HDL / LDL							
	COLESTEROL T. / TRIGLICERIDOS							
	ALBUMINA / GLOBULINA							
	AMILASA / LIPASA							
	HEMATOZOARIO / RETICULOCITOS							
	ACIDO URICO / APE							
	CPK / MIO							
	CK-MD / TROPONINA							
	LDH /DIMERO-D							
	HbGLICOSILADA / FRUCTOSAMINA							
	SODIO / POTASIO							
	CALCIO / FOSFORO							
3 COPRO	POLIMORFOS / HEMOGLOBINA							
	MOCO / GRASA							
	PARASITOS							
4 UROANALISIS	DENSIDAD / pH							
	PROTEINA / GLUCOSA							
	CETONA / HEMOGLOBINA							
	BOLIRRUBINA / UROBILINOGENO							
	NITRITO / LEUCOCITOS							
	PIOCITOS / ERITROCITOS							
	CRISTALES							
	CILINDROS							
5 GASOMETRIA	pH							
	PAO2 / PACO2							
	SATO2 /							
	HCO3 / BE							
6 VARIOS	VDRL / FTA							
	HBsAg / antiHVC							
	PCR / LATEX							
	VIH							

CONCENTRADO DE LABORATORIO (1)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M	SEXO F	NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA

LLENADO POR ENFERMERIA

		8	9	10	11	12	13	14
	FECHA							
	RESPONSABLE							
	REPORTADO POR							
1 HEMATOLOGICO	HCT - HGB							
	PLAQUETAS							
	LEUCOCITOS							
	FORMULA LEUCOCITARIA	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN
	VSG							
	TP / TTP							
	GRUPO / Rh							
	HEMATOZOARIO / INR							
	HCM / CMHC							
	HIERRO SERICO / TRANSFERRINA							
2 QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA AYUNAS / 2 HORAS							
	UREA / CREATININA							
	BILIRRUBINA TOTAL / DIRECTA							
	ALT (TGP) / AST (TGO)							
	FOSFATASA ALCALINA / ACIDA							
	HDL / LDL							
	COLESTEROL T. / TRIGLICERIDOS							
	ALBUMINA / GLOBULINA							
	AMILASA / LIPASA							
	HEMATOZOARIO / RETICULOCITOS							
	ACIDO URICO / APE							
	CPK / MIO							
	CK-MD / TROPONINA							
	LDH /DIMERO-D							
	HbGLICOSILADA / FRUCTOSAMINA							
	SODIO / POTASIO							
	CALCIO / FOSFORO							
3 COPRO	POLIMORFOS / HEMOGLOBINA							
	MOCO / GRASA							
	PARASITOS							
4 UROANALISIS	DENSIDAD / pH							
	PROTEINA / GLUCOSA							
	CETONA / HEMOGLOBINA							
	BOLIRRUBINA / UROBILINOGENO							
	NITRITO / LEUCOCITOS							
	PIOCITOS / ERITROCITOS							
	CRISTALES							
	CILINDROS							
5 GASOMETRIA	pH							
	PAO2 / PACO2							
	SATO2 /							
	HCO3 / BE							
6 VARIOS	VDRL / FTA							
	HBsAg / antiHVC							
	PCR / LATEX							
	VIH							

CONCENTRADO DE LABORATORIO (2)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

LLENADO POR ENFERMERIA

Nº	FECHA	EXAMEN ESPECIAL SOLICITADO	RESULTADO	RESPONSABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

SNS-MSP / HCU-form.036 / 2007

CONCENTRADO DE EXAMENES ESPECIALES (1)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

LLENADO POR ENFERMERIA

Nº	FECHA	EXAMEN ESPECIAL SOLICITADO	RESULTADO	RESPONSABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

CONCENTRADO DE EXAMENES ESPECIALES (2)

Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Salud Pública - Ministerio de Bienestar Social
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina del Ecuador
Gremios Profesionales - Junta de Beneficencia de Guayaquil - Sociedad de Lucha contra el Cáncer - Fuerza Pública - Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador Asociación de Municipalidades del Ecuador
Entidades de Salud Privada - Organizaciones No Gubernamentales - Trabajadores de la Salud

IESS

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Agosto 2007