



Resolución Ministerial

Lima, 13... de... Mayo..... del 2018.



A. SALINAS



R. ESPINO



H. REBAZA



D. HIDALGO



C. VIRÚ

Visto, el Expediente N° 17-075782-002, que contiene la Nota Informativa N° 264-2017-DGAIN/MINSA y el Informe N° 094-2017-DIPOS-DGAIN/MINSA, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 29 de la Ley N° 26842, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado y que la historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos y compartida por profesionales, establecimientos de salud y niveles de atención;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la Ley precitada, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la acotada Ley, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a

DIRESA JUNIN

todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;

Que, el artículo 98 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA establece que la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud responsable de proponer normatividad en materia de organización y gestión de servicios en salud. Asimismo, propone la normatividad para implementar el intercambio prestacional con la finalidad de generar mayor cobertura de los servicios y utilizar la oferta pública de forma eficiente. Supervisa la política en materia de aseguramiento en salud a nivel nacional;

Que, por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, se aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada mediante Resoluciones Ministeriales N°s 204-2015/MINSA y 078-2016/MINSA;



Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, en el marco de sus competencias funcionales ha elaborado la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, con el objetivo de establecer los procesos y procedimientos para la administración y gestión de la historia clínica a nivel del Sector Salud, así como estandarizar el contenido básico de la historia clínica para registrar apropiadamente la atención del usuario en salud y asegurar el manejo, conservación y eliminación de la historia clínica en correspondencia con el actual contexto sanitario, legal, administrativo y tecnológico, en virtud a la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación, en el ámbito de la salud de conformidad con la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y su modificatoria;



Estando a lo propuesto por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional;

Que, mediante el Informe N° 043-2018-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, el Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y sus modificatorias aprobadas por Resoluciones Ministeriales N°s 204-2015/MINSA y la Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA.





Resolución Ministerial

Lima, 13 de Mayo del 2018

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del D. HIDALGO Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

ABEL HERNAN JORGE SALINAS RIVAS
Ministro de Salud



DIRESA JUNIN

NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA
CLÍNICA

I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

La Norma Técnica de Salud que regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del Sector Salud.

La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica tiene como objetivos:

- 1) Establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud.
- 2) Establecer el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud; respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud, en correspondencia con el actual contexto sanitario, y de desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud.

II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos del Sector Salud, y según corresponda a los servicios médicos de apoyo.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 25323, que crea el Sistema Nacional de Archivos.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales.
- Ley N° 27604, que modifica la Ley General de Salud, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE.
- Decreto Ley N° 19414, que declara de utilidad pública la defensa, conservación e incremento del Patrimonio Documental de la Nación.
- Decreto Legislativo N° 681, que regula el uso de Tecnologías Avanzadas en materia de Archivo.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.



NTS N° 134 – MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Decreto Supremo N° 008-92-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 25323, sobre creación del Sistema Nacional de Archivos.
- Decreto Supremo N° 009-92-JUS, Reglamento del Decreto Legislativo N° 681, sobre el uso de tecnologías de avanzada en materia de archivos de las empresas.
- Decreto Supremo N° 039-93-PCM, que aprueba el Reglamento de Prevención y Control de Cáncer Profesional.
- Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las identificaciones Estándar de Datos en Salud.
- Decreto Supremo N° 028-2005-MTC, que aprueba el Plan Nacional de Telesalud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 014-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.
- Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Resolución Ministerial N° 751-2004-SA/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de salud de las Personas Adultas Mayores".
- Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 046-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón".
- Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud en Telesalud".
- Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, que modifican documento aprobado por R.M. N° 729-2003-SA/DM en la clasificación de los Grupos Objetivo para los Programas de Atención Integral.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N° 576-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI-V.01" Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica".
- Resolución Ministerial N° 944-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 100-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven".



NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, que aprueban la NTS N° 034-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente".
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna".
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal".
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 669-2015/MINSA, que modifica el Anexo 1: Factores de Riesgo Neonatal del documento normativo NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada por Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 701-2015/MINSA, Modificar la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño" aprobada por Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES. V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, Aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 981-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP: Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación, y Certificación de la Persona con Discapacidad.
- Resolución Jefatural N° 073-85-AGN-J, que aprueba las normas generales del Sistema Nacional de Archivos para el Sector Público Nacional: SNA 01 Administrador de Archivos; SNA 02 Organización de Documentos, SNA 03 Descripción Documental y SNA 04 Selección.
- Resolución Jefatural N° 346-2008-AGN/J, que aprueba la Directiva N° 03-2008-AGN/DNDDAI "Normas para la Formulación y Aprobación del Plan Anual de Trabajo el Órgano de Administración de Archivos de las Entidades de la Administración Pública".
- Resolución Jefatural N° 375-2008-AGN-J, que aprueba la Directiva N° 005-2008-AGN/DNDAAI denominada "Foliación de documentos archivísticos en los Archivos integrantes del Sistema Nacional de Archivos".
- Resolución Jefatural N° 442-2014-AGN/J, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Aplicación de Sanciones del Sistema Nacional de Archivos.
- Resolución Jefatural N° 012-2018-AGN/J, que aprueba la Directiva N° 001-2018-AGN/DNDAAI "Norma para la Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público".



IV. DISPOSICIONES GENERALES

4.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Acto de salud.-** Es toda acción o actividad que realizan los otros profesionales de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda, que se brinda al paciente, familia y comunidad.
- **Acto médico.-** Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- **Alta.-** Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS, cuando culmina el periodo de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud del paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- **APGAR.-** Es una escala de puntuación utilizada para comprobar el estado de salud del recién nacido, evalúa la condición física del neonato inmediatamente después de nacidos, utilizando cinco parámetros fácilmente identificables como: 1) Frecuencia Cardíaca, 2) Esfuerzo Respiratorio, 3) Tono Muscular, 4) Respuesta a estímulos; y 5) Color de la piel.
- **Archivo activo de historias clínicas.-** Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que son requeridas con frecuencia por los pacientes, y que se mantiene allí hasta por 5 años después de la última atención recibida por el paciente.
- **Archivo común de historias clínicas.-** Es el archivo que integra a las historias clínicas clasificadas y organizadas según frecuencia de su uso, denominándose: archivo activo y archivo pasivo.
- **Archivo especial.-** Es el archivo asignado para las historias clínicas de casos médico-legales y de interés científico o histórico; asimismo se incorporan las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional.
- **Archivo pasivo de historias clínicas.-** Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que no han sido requeridas por más de 5 años por los pacientes desde su última atención. En este archivo también están consideradas las historias clínicas parcialmente eliminadas, las que contiene los formatos no eliminados (por ejemplo: formato de consentimiento informado, formato de anestesia, epicrisis, informes de alta y otros según pertinencia).
- **Atención de salud. -** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Auditoría informática.-** Es la actividad programada o inopinada que consiste en recolectar, consolidar y evaluar evidencia para comprobar si la entidad ha implementado controles, protección de los activos, mantenimiento de la integridad de los datos, seguridad informática y uso eficaz y eficiente de los recursos.
- **Carpeta familiar.-** Es aquella que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y a la vivienda en la que ésta reside. En esta carpeta se archivan la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de dicha familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.
- **Centro consultante.-** Es la IPRESS localizada en un área con limitaciones de acceso o de capacidad resolutoria y que cuenta con tecnologías de información y comunicación que le permite enviar y recibir información para ser apoyado por otra institución de mayor complejidad a la suya, en la solución de las necesidades de salud, tanto de gestión,



información, educación y comunicación y de la prestación de servicios de salud a la población que atiende¹.

- **Centro consultor.-** Es la IPRESS que cuenta con los recursos asistenciales especializados, y con las tecnologías de información y comunicación suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en los componentes de gestión, información, educación y comunicación y la prestación de servicios de salud, requerido por uno o más Centros Consultantes en condiciones de oportunidad y seguridad².
- **Comité Evaluador de Documentos-CED.-** Es el designado por la más alta autoridad institucional, encargada de conducir el proceso de formulación del Programa de Control de Documentos, de eliminación de documentos y de transferencia documental.
- **Comité Institucional de Historia Clínica.-** Es el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa, designados por la dirección o jefatura de la IPRESS o red de salud/red integrada de salud. Tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad.
- **Consentimiento informado.-** Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios³, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención.
- **Datos personales.-** Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.
- **Datos sensibles.-** Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.
- **Diagnóstico definitivo.-** Es aquel diagnóstico final, que se realiza a un paciente, aportados por medios clínicos y respaldados por los resultados de los exámenes auxiliares, de corresponder.
- **Diagnóstico presuntivo.-** Es aquel posible diagnóstico que se sustenta en los antecedentes del paciente y que se deriva de un análisis clínico. Una vez formuladas las hipótesis diagnósticas iniciales, el médico insiste en áreas del interrogatorio, en el examen físico y las investigaciones para confirmar una de las hipótesis y excluir las demás.
- **Diagnóstico repetitivo.-** Es aquel dado al paciente que recibe una prestación como parte del seguimiento o control por un diagnóstico ya identificado y reportado previamente.
- **Egreso.-** Es la salida de la IPRESS de un paciente que estuvo hospitalizado o internado. Pudiendo ser por: alta, retiro voluntario, fallecimiento, traslado a otra IPRESS o fuga. Debe incluirse el formato de Acta de Entrega en el caso de pacientes menores de edad.



¹ R.M. N° 365-2008/MINSA que aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud en Telesalud".

² Ib.

³ Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

- **Eliminación de documentos.-** Es el procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos autorizados expresamente por el Archivo General de la Nación.
- **Epicrisis.-** Es el documento médico legal, en el que se registra el resumen de la Historia Clínica que se originó por el ingreso del paciente a la IPRESS, que debe de realizarse según el procedimiento establecido en los Formatos de la Historia Clínica, referido a la Epicrisis, contenido en la presente Norma Técnica de Salud. Se entrega obligatoriamente a la solicitud del paciente o su representante legal dentro del plazo máximo de cinco (5) días. En caso de Defunción, la oportunidad de la entrega es con el egreso del difunto de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y se realiza en forma obligatoria al representante legal del difunto.
- **Establecimiento de salud.-** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Etapas de vida.-** Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, como grupos objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, estos son; etapa del niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más).
- **Episodio de Atención de Salud.-** Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.
- **Firma digital.-** Es la firma electrónica que utiliza una técnica de criptografía asimétrica, basada en el uso de un par de claves único; asociadas una clave privada y una clave pública relacionadas matemáticamente entre sí, de tal forma que las personas que conocen la clave pública no pueden derivar de ella la clave privada.
- **Firma electrónica.-** Es cualquier símbolo basado en medios electrónicos utilizados o adoptado por una parte con la intención precisa de vincularse, autenticar y garantizar la integridad de un documento electrónico o un mensaje de datos cumpliendo todas o algunas de las funciones características de una firma manuscrita. Se incluye dentro de esta definición a la firma o signatura informática.
- **Historia Clínica.-** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.
- **Historia Clínica Electrónica.-** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.
- **Historia Clínica Informatizada.-** Es la historia clínica soportada en medios electrónicos que permiten su almacenamiento, actualización y recuperación, en una amplia gama de posibilidades para el uso de la información clínica, procesos y metodologías estandarizadas. Dicha historia clínica no utiliza la firma digital para refrendar su contenido.
- **Hoja de Retiro Voluntario.-** Es el documento en el cual el paciente o su representante legal, ejerciendo su derecho deja constancia de su decisión de abandonar la IPRESS



donde permaneció hospitalizado, internado o en observación, para el caso de emergencias, en contra de la opinión médica, asumiendo él la responsabilidad de las consecuencias que por tal decisión pudieran derivarse, en caso que esté en peligro la vida se debe comunicar al Ministerio Público.

- **Información clínica.-** Es toda información contenida en una historia clínica electrónica o física, que registra el profesional de la salud que atiende al paciente, concerniente a la salud pasada, presente o pronosticada, física o mental, de una persona, incluida la información complementaria (resultados de exámenes auxiliares y otros). No incluye los datos de filiación contenidos en la historia clínica. De acuerdo con lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la información clínica constituye datos sensibles.
- **Información clínica básica.-** Es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente referida a los antecedentes generales, patológicos y familiares más importantes, como alergias, diagnósticos anteriores, medicación, cirugías previas, grupo sanguíneo, que proporcionen información básica para la atención de salud ante una situación de emergencia, la misma a la que el profesional de la salud podrá acceder a través del RENHICE, desde un terminal en el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, sin la autorización de acceso del paciente o usuario de salud, únicamente en casos de grave riesgo para la vida o la salud de una persona cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a sus historias clínicas electrónicas.
- **Información clínica sensible.-** Es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente o usuario de salud y que éste haya determinado como tal, la misma que puede estar referida a su genética, sexualidad, paridad, cirugías, enfermedades infecciosas como VIH, de transmisión sexual; y, otras que por su naturaleza son temas sensibles para el paciente por las características físicas, morales o emocionales que pudieran presentar, así como los hechos o circunstancias que se pudieran generar en su vida afectiva, familiar o esfera íntima; y a la que solamente, se debe acceder con su autorización expresa. La información clínica es información sensible. El paciente define lo que es información confidencial
- **Informe de Alta.-** Es el documento que bajo responsabilidad e mite el médico tratante de la IPRESS, entregado, en forma gratuita y obligatoria a un paciente al egreso de la IPRESS, que especifica los datos del paciente, el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta, pronóstico y recomendaciones.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.-** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
- **Médico tratante.-** Es el profesional médico que siendo competente en el manejo del problema de salud del paciente o usuario, conduce el diagnóstico y tratamiento. En la IPRESS que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico Jefe del Servicio o quien haga sus veces, asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar, estos profesionales en fase de formación de la especialidad.
- **Microforma.-** Es el proceso por el cual se condensa y reduce (de manera compacta) la imagen de un documento, que se encuentra grabada en un medio físico técnicamente idóneo que le sirve de soporte material portador, mediante un proceso foto químico, electrónico o que emplee alguna otra tecnología de efectos equivalentes. De modo que



tal imagen se conserve y pueda ser vista y leída con ayuda de equipos visores, pantallas de video o métodos análogos; y pueda ser reproducida en copias impresas, esencialmente iguales al documento original.

- **Organización de documentos.-** Es un proceso archivístico que consiste en el desarrollo de un conjunto de acciones orientadas a clasificar, ordenar y signar los documentos en cada entidad.
- **Paciente.-** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- **Personal de la Salud.-** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Personal autorizado.-** Se refiere al personal responsable del archivo de las historias clínicas asignado formalmente, y al personal de la salud que brinda la atención al usuario de salud.
- **Principio de veracidad.-** Es aquel que está referido a que la información consignada en la historia clínica (manuscrita o electrónica), debe corresponder a la realidad y a lo declarado o encontrado en la atención del paciente o usuario de salud.
- **Procedimiento de disociación.-** Es el tratamiento de los datos personales que impide la identificación o que no hace identificable al titular de estos. Este procedimiento es reversible.
- **Procedimiento de anonimización.-** Es el tratamiento de datos personales que impide la identificación o que no hace identificable al titular de estos, dicho procedimiento es irreversible.
- **Programa de Control de Documentos.-** Es un documento de gestión archivística que establece las series documentales que produce o recibe una entidad pública como resultado de sus actividades, precisando el número de años que deben conservarse y los periodos de retención en cada nivel de archivo hasta su transferencia al Archivo General de la Nación o su eliminación. Está a cargo del responsable del Órgano de Administración de Archivos.
- **Reacción Adversa a Medicamentos – RAM.-** Es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece en el ser humano, tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.
- **Sectorización.-** Es el proceso de demarcación territorial y poblacional que le corresponde atender a la IPRESS, con el propósito fundamental de organizar la vigilancia familiar y comunal, con un enfoque integral y de riesgo.
- **Series documentales.-** Es el conjunto de documentos que poseen características comunes, el mismo tipo documental o el mismo asunto y, por consiguiente, son archivados, usados y pueden ser transferidos, conservados o eliminados como unidad. En correspondencia a la relevancia de su contenido se identifican dos series documentales: 1. Historias Clínicas del Archivo Común y 2. Historias Clínicas del Archivo Especial.
- **Sospecha de Reacción Adversa.-** Es cualquier manifestación clínica no deseada que dé indicio o apariencia de tener una relación causal con el uso de uno o más productos farmacéuticos.
- **Teleconsultor.-** Es el médico especialista, médico cirujano, u otro profesional de la salud, que labora en un IPRESS consultora y brinda un servicio de Telesalud a uno o más teleconsultantes.
- **Tratamiento de datos personales.-** Es cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo,



supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procedimiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

- **Transferencia documental.-** Es un procedimiento archivístico que consiste en el traslado de los documentos de un archivo a otro, luego del vencimiento de los periodos de retención establecidos en el Programa de Control de Documentos.
- **Usuario de salud.-** Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud⁴.

LISTA DE ACRÓNIMOS

- AGN: Archivo General de la Nación.
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.
- DNI: Documento Nacional de Identidad.
- DIRESA: Dirección Regional de Salud.
- ESSALUD: Seguro Social de Salud.
- GERESA: Gerencia Regional de Salud.
- HC: Historia Clínica.
- HIS: Sistema de Información en Salud.
- IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- OGTI: Oficina General de Tecnologías de la Información.
- RENHICE: Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- RENIEC: Registro Nacional de Identificación y Estado Civil.
- SHICE: Sistemas de Historias Clínicas Electrónicas.
- SFFAA: Sanidad de las Fuerzas Armadas.
- SIS: Seguro Integral de Salud
- SPNP: Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
- SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
- UPS: Unidad Productora de Servicios.

4.2 DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

- 4.2.1. Las atenciones de salud brindadas a los usuarios de salud en las IPRESS públicas privadas, y mixtas deben registrarse obligatoriamente en una historia clínica, debiendo consignarse: fecha, hora, nombre (s) apellidos completos, firma y número de colegiatura, registro de especialidad (de corresponder) del profesional que brinda la atención, independientemente de la modalidad de atención. En el caso de menores de edad debe consignar los nombres y apellidos del padre, madre, tutor o apoderado del menor y su número de D.N.I., antes de la atención a ser prestada.
- 4.2.2. Los recursos requeridos para todo el proceso de la gestión de historia clínica deben estar programados en el plan operativo institucional, desde su apertura hasta su eliminación; correspondiente a la historia clínica manuscrita o electrónica.
- 4.2.3. Toda IPRESS deberá proveer los recursos necesarios para asegurar la confidencialidad de los datos registrados en la Historia Clínica y el acceso sólo al personal debidamente autorizado.



⁴ Decreto Supremo N° 024-2005-SA, Aprueban Identificaciones Estándar de Datos en Salud.

- 4.2.4.** Todas las atenciones de salud prestadas fuera de la IPRESS como actividades de esta (por ejemplo: visitas domiciliarias, campañas de atención de salud, vacunaciones, resultados positivos de exámenes, entre otros) deben ser incorporadas en la historia clínica del usuario de salud correspondiente, en el respectivo formato a la prestación brindada.
- 4.2.5.** El médico tratante, es el encargado de firmar la copia de la historia clínica, epicrisis, informe de alta e informes médicos y consentimiento informado que le soliciten; ante su ausencia y dentro del plazo previsto, lo hará en sustitución el Médico Jefe del Servicio.
- 4.2.6.** Los formatos de atención que forman parte de la historia clínica deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad, en el caso de hospitalización debe registrarse también el servicio, el número de cama y el episodio de hospitalización, en cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente⁵.
- 4.2.7.** Todas las anotaciones registradas en la historia clínica deben ser objetivas, con letra legible y sin enmendaduras, utilizando sólo las abreviaturas o siglas que figuren en la lista de abreviaturas de la presente Norma Técnica de Salud. En ningún caso se permitirá el uso de siglas en los diagnósticos.
- 4.2.8.** El personal de la salud es responsable de la veracidad y legibilidad de los datos e información que se registren en los diferentes formatos que integran la historia clínica, así como de la custodia y conservación de estas, cuando les sean entregadas para las actividades de atención, docencia e investigación.
- 4.2.9.** Los diagnósticos consignados corresponderán a la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE, debiendo estar codificados por quien realizó la atención, de acuerdo al CIE 10 o la versión que estuviere vigente. Deberá registrarse también si corresponde a un diagnóstico: Presuntivo (P), Definitivo (D) o Repetitivo (R), según sea el caso.
- 4.2.10.** Las sospechas de reacciones adversas que puedan presentar los pacientes con el uso de los medicamentos o productos farmacéuticos deben ser registradas de forma obligatoria en la historia clínica, y reportadas en el formato de notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos por los profesionales de la salud responsables de la atención; y, finalmente remitida al responsable de farmacovigilancia y tecnovigilancia o al Comité de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de la IPRESS en los plazos establecidos en la normatividad vigente. También se debe realizar el registro de los eventos adversos en la historia clínica y el reporte respectivo a la instancia correspondiente, según lo establecido por la normatividad.
- 4.2.11.** Las IPRESS están obligadas a organizar, mantener, custodiar y administrar el archivo de las Historias Clínicas en medios convencionales o electrónicos o en ambos, según corresponda el caso.
- 4.2.12.** Es obligatoria la conformación del Comité Institucional de Historias Clínicas; en el primer nivel de atención estará a cargo de la Red de Salud de las DIRESA/GERESA y las Redes Integradas de Salud del ámbito de Lima Metropolitana. En los Hospitales e Institutos Especializados está a cargo de cada IPRESS. La formalización del comité se realizará a través de acto resolutivo de la autoridad correspondiente y estará conformado por un mínimo de cinco integrantes (personal de las áreas de administración o de gestión y personal asistencial relacionado con los procesos de la gestión de la historia clínica). El responsable del Área de Registro Médicos será integrante permanente de este comité. Son funciones del Comité las siguientes:



⁵ Decreto Supremo N° 024-2005-SA.

NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Vigilar el cumplimiento e implementación de la presente norma técnica de salud.
 - Supervisar la calidad del registro de la historia clínica en la IPRESS.
 - Supervisar el correcto archivamiento, conservación, custodia y eliminación de las historias clínicas.
 - Analizar periódicamente la gestión, administración y mejora de la historia clínica manuscrita o electrónica, y alcanzar aportes al equipo de gestión de la IPRESS para la toma de decisiones.
 - Coordinar con el Comité Evaluador de Documentos-CED el proceso de eliminación de las historias clínicas.
 - Emitir opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica.
 - Monitorear el cumplimiento de la conservación de un resumen de información mínima y básica de las historias clínicas eliminadas.
 - Servir de enlace entre el Área / Unidad de archivo y el equipo de salud.
 - Mantenerse informado de las transferencias de historias clínicas desde el archivo de historias clínicas de la IPRESS hacia el Órgano de Administración de Archivos.
 - Emitir opinión favorable sobre la historia clínica y los documentos propuestos a eliminar, antes de ser presentados al Comité Evaluador de Documentos-CED de la institución.
 - Entre otras relacionadas a la implementación de la presente norma técnica de salud.
- 4.2.13.** Las historias clínicas deben estar accesibles al personal de archivo autorizado y a los profesionales de la salud que brindan la atención, durante el horario de atención de la IPRESS.
- 4.2.14.** Cuando el usuario de salud o su representante legal lo solicite, las IPRESS están obligadas a entregar copia autenticada de la historia clínica y epicrisis, el costo de reproducción será asumido por el interesado (artículo 44 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud). El plazo máximo de entrega es de cinco (5) días; en situaciones en los cuales se requiere en un plazo menor a cuarenta y ocho (48) horas, deberá sustentarse en el documento de solicitud.
- 4.2.15.** La entrega del Informe de Alta al egreso del paciente es de carácter obligatorio y gratuito.
- 4.2.16.** El director médico o responsable de la atención de salud en las IPRESS deben disponer de las acciones convenientes para asegurar que, al egreso del paciente, se le entregue a él o a su representante legal, el informe de alta.
- 4.2.17.** Las IPRESS del primer nivel de atención con población asignada, utilizan la carpeta familiar, la que incluirá la ficha familiar y los formatos de atención, según etapa de vida: Niño, Adolescente, Joven, Adulto y Adulto Mayor contenidos en la presente Norma Técnica de Salud, entre otros formatos de atenciones brindadas según la modalidad de atención.
- 4.2.18.** Los hospitales, que excepcionalmente tengan población asignada, podrán utilizar la carpeta familiar y los formatos según etapa de vida, entre otros de acuerdo a su realidad.
- 4.2.19.** Los formatos básicos y formatos especiales de la Historia Clínica se detallan en los apartados 5.2.1 y 5.2.2 del subnumeral 5.2 de la presente Norma Técnica de Salud. En el caso de prestaciones especializadas o altamente especializadas que requieran del diseño de formatos adicionales a los establecidos previamente o



incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos previamente establecidos, deberán formalizarse a través de un acto resolutivo para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en la presente norma.

- 4.2.20.** Las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional y las Direcciones de Redes Integradas de Salud del ámbito de Lima Metropolitana o las que hagan sus veces, están obligadas a conformar y mantener activo el Comité Institucional de Historias Clínicas, así como también a nivel de Redes de Salud y en Hospitales e Institutos Especializados de su jurisdicción.
- 4.2.21.** El ordenamiento de los formatos de atención en la historia clínica debe realizarse cronológicamente considerando primero las últimas atenciones realizadas y las más antiguas al final de la carpeta, en concordancia con las fechas de atención, las cuales deben estar foliadas de manera correcta⁶. La foliación se inicia con la apertura de la historia clínica y se realiza de atrás hacia adelante (desde la fecha más antigua a la más reciente), de tal manera que la primera hoja de escrito (cuando se apertura la historia clínica) y demás hojas son foliadas en forma correlativa, es decir, sin omitir ni repetir números.
- 4.2.22.** En caso de no haber seguido la pauta de la foliación, como: omisión, repetición de folios, entre otros, se deberá rectificar la foliación tachando la anterior con dos líneas oblicuas cruzadas y a continuación se efectuará la foliación correcta, además de colocarle el término "VALE", firma, nombres, apellidos y el cargo de la persona encargada del archivo o a quien se designe para tales fines. La corrección realizada debe comunicarse al jefe de la IPRESS, bajo responsabilidad.
- 4.2.23.** El número de identificación de la historia clínica será el número del Documento Nacional de Identidad – DNI, emitido por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil – RENIEC, para el caso de las personas de nacionalidad peruana y el carnet de extranjería que emite el Ministerio del Interior para el caso de extranjeros residentes, y el pasaporte o el documento de identidad extranjera para el caso de personas extranjeras en tránsito. Para el caso de pacientes sin documento de identidad, las IPRESS asignan un número correlativo de historia clínica provisional, en tanto se determine y confirme la identidad del usuario de salud.
- 4.2.24.** El personal encargado del archivo de las historias clínicas deberá ser capacitado de forma periódica (mínimo una vez al año) en los aspectos relacionados al correcto manejo, organización, conservación, custodia y eliminación de las historias clínicas, entre otros aspectos relacionados al cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud.
- 4.2.25.** Las IPRESS deben asegurar los recursos necesarios para implementar las medidas de protección y vigilancia sanitaria (evaluación del estado de salud, mínimo dos veces al año) del personal encargado del archivo de las historias clínicas.
- 4.2.26.** La Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional a través de la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud o la que haga sus veces, es responsable de la programación de las actividades supervisión, monitoreo y evaluación de la implementación de la presente norma técnica de salud, involucrando a otras oficinas y dependencias del Ministerio de Salud, según corresponda la competencia.

4.3. DEL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Para el archivo de las historias clínicas, se debe tener en cuenta lo siguiente:



⁶ Resolución Jefatural N° 375-2008-AGN/J, que aprueba la Directiva N° 005-2008-AGN/DNDAAI "Normas para la foliación de documentos archivísticos en los archivos integrantes del Sistema Nacional de Archivos".

4.3.1. El contenido, relevancia legal, científica o histórica, y riesgo ocupacional por agentes cancerígenos, determina su ubicación en el:

▪ **Archivo Común de Historias Clínicas**

En este archivo se encuentran todas las demás historias clínicas, previamente clasificadas según la frecuencia de uso (activo o pasivo).

▪ **Archivo Especial de Historias Clínicas**

En este archivo se encuentran las historias clínicas de casos médico-legales y de interés científico o histórico; así como de los pacientes con cáncer ocupacional⁷. Estas historias deben ser custodiadas bajo medidas de mayor seguridad, por la relevancia previamente detallada.

4.3.2. La ubicación de las historias clínicas tiene en cuenta los siguientes aspectos:

a) La Frecuencia de Uso, determina la ubicación de las historias clínicas en el:

▪ **Archivo Activo**

Es el archivo donde se encuentran las historias clínicas que son constantemente solicitadas por los usuarios de salud, en relación que están recibiendo o han recibido una prestación de salud en la IPRESS, durante los últimos cinco (5) años.

Una vez que la historia clínica no ha sido solicitada por más de cinco (5) años, el cual es contabilizado desde la última prestación recibida por el usuario en salud, esta será transferida al Archivo Pasivo.

▪ **Archivo Pasivo**

El archivo pasivo está conformado por las historias clínicas de los pacientes que han fallecido y las historias de pacientes que no han concurrido a la IPRESS, por más de cinco (5) años; estas historias permanecerán por un periodo de quince (15) años, debiendo luego ser transferido al Órgano de Administración de Archivos para ser propuesto a eliminar ante el Archivo General de la Nación o Archivos Regionales, o para su conservación.

Si por alguna circunstancia el usuario de salud hace uso nuevamente de los servicios de la IPRESS, la Historia Clínica a pesar de encontrarse en el Archivo Pasivo, debe retornar al Archivo Activo, conservando su misma identificación.

4.3.3. Aquellas IPRESS que cuenten con un Sistema de Información de Historias Clínicas, deben cumplir mínimamente con los aspectos de seguridad, confidencialidad, disponibilidad, integridad y autenticidad, conforme a lo establecido en la normatividad⁸ y con el uso de la firma de los profesionales de la salud⁹ para el registro de los actos médicos y actos de salud; y, la firma digital (incluyendo a la firma electrónica) para los usuarios de salud; éstos podrán estar exonerados de imprimir los formatos de atención y de mantener la historia clínica manuscrita. Igualmente es necesario el cumplimiento de los siguientes aspectos:

a. El registro de la atención debe realizarse en el sistema informático de las historias clínicas, por el profesional de la salud en el momento que brinda la atención.

b. La IPRESS debe garantizar que los profesionales de la salud se autenticuen en la Historia Clínica Electrónica con sus credenciales de acceso, y aseguren la trazabilidad de los datos registrados, los mismos que se realizan por única vez.



⁷ Artículo 19° y 20° del Decreto Supremo N° 039-93-PCM, que aprueba el Reglamento de Prevención y Control de Cáncer Profesional, mantener la custodia por un mínimo de 40 años.

⁸ Directiva de Seguridad de la Información Administrada por los Bancos de Datos Personales, aprobada con Resolución Directoral N° 019-2013-JUS/DGPDP.

⁹ Directiva Administrativa N° 221-MINSA/2016/OGTI "Directiva Administrativa que autoriza el uso de firma digital en los actos médicos y actos de salud", aprobado con Resolución Ministerial N° 978-2016/MINSA.

- c. La firma electrónica del paciente no podrá ser usada para brindar el consentimiento informado. El consentimiento informado debe seguir el proceso señalado en la normatividad de la materia y en el numeral 16 del 5.2.2 Formatos Especiales de la presente Norma Técnica de Salud.
 - d. En el caso de menores de edad o personas que requieran de un apoderado, tutor o representante legal, serán ellos quienes firmarán electrónicamente los formatos de atención.
- 4.3.4.** Las historias clínicas son retiradas del archivo conforme a las disposiciones establecidas en la presente normatividad.
- 4.3.5.** Cuando se identifique la ausencia o se reporte el extravío de una historia clínica, el responsable del Archivo de Historias Clínicas o el Órgano de Administración de Archivos pone inmediatamente en conocimiento a la Dirección /Jefatura de la IPRESS, en referencia a la pérdida para el deslinde de responsabilidades y para las acciones legales y administrativas pertinentes, según los procedimientos administrativos que corresponda. En estos casos, si el o los usuarios de salud solicitan los servicios de salud en las IPRESS, el responsable de admisión activará la historia clínica con los formatos de atención en referencia a las nuevas atenciones de salud solicitadas que permita realizar el registro de las prestaciones a recibir, manteniendo el número de historia clínica con el cual se inició su apertura.

5. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1. ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

5.1.1 ESTRUCTURA BÁSICA

- 1) Identificación del paciente.
- 2) Registro de la atención.
- 3) Información complementaria.

1) Identificación del paciente

Es la sección de la Historia Clínica que contiene los datos de identificación única del paciente o usuario de salud, mediante el número de su DNI, carné de extranjería, o pasaporte según corresponda, y los datos de la IPRESS. Dicha información corresponde a los datos personales regulados por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

2) Registro de la atención

En esta sección se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente o usuario de salud.

3) Información complementaria

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

El registro de la atención y la información complementaria corresponde a los datos sensibles regulados por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.



5.2. FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

El contenido mínimo de variables que deben estar incluidas en cada formato se especifica a continuación:

5.2.1. Formatos Básicos

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

1) Formatos en Consulta Externa

1.1 En el Primer Nivel de Atención

- a) En la consulta externa de IPRESS del primer nivel de atención con población asignada, se utilizan los formatos por etapa de vida.
- b) En las IPRESS, que únicamente cuenten con técnicos o auxiliares de enfermería, se registra en los formatos por etapa de vida, la información general, antecedentes, seguimiento de riesgos, lista de problemas identificados y el plan de atención integral correspondiente según normatividad vigente.
- c) En el caso de realizar algún procedimiento, se incluye el formato de riesgo quirúrgico.
- d) **Formato de Atención Integral de la Niña y el Niño (ver Anexo N° 2)**

En la primera atención, se incluye como mínimo, la siguiente información:

- Fecha y hora de la atención.
- N° de Historia Clínica.
- Datos Generales: Apellidos y Nombres del paciente o usuario de salud, sexo, edad, pertenencia étnica, fecha y lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, grupo sanguíneo y factor Rh, Nombre, edad y DNI de la madre, padre o acompañante.
- Antecedentes personales (antecedentes patológicos. Quirúrgicos, laborales, uso de terapias alternativas/ complementarias, estilos de vida).
- Antecedentes familiares.
- Esquema de vacunación.
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
- Datos en triaje; signos vitales descartar de signos de alarma.
- Anamnesis: motivo de consulta, forma de inicio, tiempo de enfermedad.
- Preguntas sobre problemas frecuentes en la infancia.
- Evaluación de la alimentación actual.
- Examen físico.
- Diagnóstico (CIE 10), incluyendo diagnóstico nutricional.
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

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

Las siguientes consultas deben considerar:

- Fecha y hora de la atención.
- Edad.
- Motivo de consulta.
- Tiempo de enfermedad.
- Funciones biológicas.
- Examen físico.
- Diagnóstico (CIE 10).
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.
- Referencia si fuera el caso.
- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Hoja de Lista de Problemas y Plan de Atención Integral.

e) **Formato de Atención Integral del Adolescente (ver Anexo N° 3)**

En la primera atención, se incluye como mínimo:

- Fecha y hora de la atención.
- N° de Historia Clínica.
- Datos Generales: apellidos y nombres del paciente o usuario de salud, sexo, pertinencia étnica, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre o acompañante.
- Antecedentes personales (antecedentes patológicos. Quirúrgicos. laborales, uso de terapias alternativas/ complementarias, estilos de vida).
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes psicosociales.
- Salud sexual y reproductiva.
- Salud bucal.
- Motivo de consulta.
- Tiempo de enfermedad.
- Funciones biológicas.
- Evaluación antropométrica.



- Evaluación de Riesgo cardiovascular.
- Funciones Vitales.
- Examen físico.
- Diagnóstico (CIE 10).
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.
- Referencias si fuera el caso.
- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Hoja de Lista de Problemas y Plan de Atención Integral.

- Hoja de Cuidados Preventivos y Seguimiento de Riesgo.
- Tamizajes.
- Cuestionario de Habilidades Sociales.
- Gráfica del crecimiento corporal OMS 2007 e Índice de Masa Corporal.

Hoja de Cuidados Preventivos y Seguimiento de Riesgo.

f) Formato de Atención Integral del Joven (ver Anexo N° 4)

En la primera atención, se incluye como mínimo:

- Fecha y hora de la atención.
- N° de Historia Clínica.
- Datos Generales: apellidos y nombres, sexo del paciente o usuario de salud, pertinencia étnica, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre o acompañante.
- Antecedentes personales (antecedentes patológicos. Quirúrgicos. laborales, uso de terapias alternativas/ complementarias, estilos de vida).
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes psicosociales.
- Salud sexual y reproductiva.
- Salud bucal.
- Motivo de consulta.
- Tiempo de enfermedad.
- Funciones biológicas.
- Evaluación antropométrica.
- Evaluación de Riesgo cardiovascular.
- Funciones Vitales.



NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Examen físico.
- Diagnóstico (CIE 10).
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.
- Referencias si fuera el caso.
- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Hoja de Lista de Problemas y Plan de Atención Integral.

Hoja de Cuidados Preventivos y Seguimiento de Riesgo.

g) **Formato de Atención Integral del Adulto (ver Anexo N° 5)**

En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención.
- N° de Historia Clínica.
- Datos Generales: apellidos y nombres del paciente o usuario de salud, sexo, pertinencia étnica, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh.
- Antecedentes personales (antecedentes patológicos. Quirúrgicos. laborales, uso de terapias alternativas/ complementarias, estilos de vida).
- Antecedentes familiares.
- Alergia a medicamentos.
- Sexualidad.
- Salud bucal.
- Motivo de consulta.
- Tiempo de enfermedad.
- Funciones biológicas.
- Examen físico.
- Diagnóstico (CIE 10).
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.
- Referencias si fuera el caso.
- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Hoja de Lista de Problemas y Plan de Atención Integral.

Hoja de Cuidados Preventivos y Seguimiento de Riesgo.



h) **Formato de Atención Integral del Adulto Mayor (ver Anexo N° 6)**

En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención.
- N° de Historia Clínica.
- Datos Generales: apellidos y nombres del paciente o usuario de salud, sexo, pertinencia étnica, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI y parentesco del familiar o cuidador responsable.
- Antecedentes personales (antecedentes patológicos. Quirúrgicos. laborales, uso de terapias alternativas/ complementarias, estilos de vida)
- Antecedentes familiares.
- Alergia a medicamentos.
- Medicamentos de uso frecuente.
- Reacción adversa a medicamentos.
- Valoración clínica del adulto mayor VACAM: valoración funcional, valoración mental, valoración socio familiar.
- Categorías del adulto mayor.
- Salud bucal.
- Motivo de consulta.
- Tiempo de enfermedad.
- Funciones biológicas.
- Examen físico.
- Diagnóstico: funcional, mental, socio familiar, físico.
- Tratamiento.
- Exámenes auxiliares.
- Referencias si fuera el caso.
- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Hoja de Lista de Problemas y Plan de Atención Integral.

Hoja de Cuidados Preventivos y Seguimiento de Riesgo.

1.2 En Hospitales e Institutos Especializados

En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención.
- Nombres y apellidos del paciente o usuario de salud.
- Valoración clínica del adulto mayor VACAM: valoración funcional, valoración mental, valoración socio familiar.
- Enfermedad Actual: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas y signos principales, funciones biológicas.



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Antecedentes: personales y familiares.
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional.
- Diagnósticos (CIE 10 o versión vigente)
- Plan de Trabajo:
 - Exámenes de ayuda diagnóstica.
 - Procedimientos especiales.
 - Interconsultas.
 - Referencia a otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.
 - Tratamiento.
- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Las siguientes consultas deben contener:

- Fecha y hora de la atención.
- Motivo de consulta.
- Síntomas y signos más importantes.
- Tratamiento recibido, cumplimiento y resultado del mismo (de ser el caso).
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional.
- Diagnósticos (CIE 10 o versión vigente).
- Tratamiento.
- Próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

2) Formatos en Emergencia

Para las atenciones de emergencia se debe elaborar una Historia Clínica breve, en la que se registra una información mínima. Toda atención de emergencia debe ser registrada en la Historia Clínica, siendo de responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en la normatividad¹⁰. En el Anexo N° 7 del presente documento normativo se detalla el contenido mínimo a considerar en el formato de atención de emergencias.

La admisión por emergencia será registrada en el libro de emergencias correspondiente, debiendo asignarse la numeración correlativa y en el formato que permita generar las respectivas estadísticas institucionales y según lo determinado por la Autoridad Nacional de Salud.

El libro de registro de atención de emergencias debe contener como mínimo, según lo establecido en la normatividad¹¹, lo siguiente:

- Fecha y hora de ingreso.



¹⁰ Artículo 9 del Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Reglamento de la Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Casos de Emergencia y Partos.

¹¹ Artículo 10 del Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Reglamento de la Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Casos de Emergencia y Partos.

- Nombre del paciente.
- Edad y sexo.
- Dirección domiciliaria.
- Diagnóstico de ingreso.
- Diagnóstico final de emergencia.
- Destino y hora de terminada la atención.
- Observaciones.
- Nombre y firma del médico tratante; y
- Nombre y Firma del Acompañante o persona responsable.

En el caso de que el registro de la información se haga mediante un medio magnético, se realiza un reporte impreso al final del turno, que contenga la firma del profesional responsable.

3) Formatos en Hospitalización

La atención en hospitalización debe registrarse en un conjunto de formatos específicos que se detallan:

3.1 Anamnesis

Se consigna los siguientes datos:

- Fecha y hora de atención.
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso, relato de la enfermedad y funciones biológicas.
- Antecedentes personales: generales (incluir antecedentes pre y postnatales cuando corresponda el caso), fisiológicos y patológicos.
- Antecedentes familiares.

3.2 Examen clínico

- Controles de las funciones vitales.
- Examen clínico general.
- Examen clínico regional.

3.3 Diagnóstico

- Diagnóstico (s) presuntivo (s) o definitivo (s) de acuerdo con el CIE -10 o la versión vigente.
- Firma, sello y colegiatura del profesional de la salud que brinda la atención.

3.4 Tratamiento

- Indicaciones terapéuticas: dieta, cuidados de enfermería y de otros profesionales que sean considerados necesarios, medicamentos (consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración).
- Nombres y apellidos, sello, firma y colegiatura del médico que prescribe.

3.5 Plan de trabajo

- Exámenes de ayuda diagnóstica.



- Procedimientos médico – quirúrgicos.
- Interconsultas.

3.6 Evolución

La frecuencia de las evoluciones se realiza, como mínimo, una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente.

Contiene como mínimo:

- Fecha y hora de la evolución atención.
- Apreciación subjetiva.
- Apreciación objetiva.
- Verificación del tratamiento y dieta.
- Interpretación de exámenes y comentario.
- Terapéutica y plan de trabajo.
- Firma, sello y colegiatura del médico que brinda la atención.

3.7 Epicrisis

Debe ser elaborada por el médico tratante al egreso del paciente.

Contiene como mínimo:

- Fecha y hora de ingreso.
- Servicio, número de cama.
- Diagnóstico de ingreso.
- Resumen de la enfermedad actual, examen físico, exámenes auxiliares, evolución y tratamiento.
- Procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos.
- Complicaciones.
- Fecha y hora del egreso, estadía total (días).
- Tipo de alta, condición de egreso.
- Diagnóstico principal y secundario (CIE -10, o versión vigente).
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso); indicar si se realizará necropsia y causas de muerte.
- Nombre y Apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante en la hospitalización.

En caso de parto, la epicrisis materno perinatal, contiene además de lo descrito, información sobre el nacimiento o muerte perinatal si fuera el caso.

4) Ficha Familiar

Es el formato que permite la identificación del grupo familiar, así como la definición de riesgos familiares y el seguimiento correspondiente (ver Anexo N° 1).

El contenido mínimo de la ficha es el siguiente:

- I. Datos generales.



- II. Localización de la vivienda y datos sociodemográficos.
- III. Visita de salud familiar.
- IV. Características de los miembros de la familia.
- V. Instrumentos de evaluación familiar.
- VI. Riesgos que identificar, de acuerdo con la etapa de vida y como familia.
- VII. Características de la familia y la vivienda.
- VIII. Riesgos del entorno.
- IX. Paquete de Atención Integral de la Familia – PAIFAM.

5.2.2. Formatos Especiales

Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación / Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros.

Entre estos formatos tenemos:

1) Formato de Filiación

Contiene como mínimo:

- Identificación Estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Categoría de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Número de Historia Clínica.
- Nombres y Apellidos del paciente o usuario de salud.
- Lugar y fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Grupo Sanguíneo.
- Factor Rh.
- Domicilio actual.
- Domicilio de procedencia.
- Teléfono.
- Documento de identificación (DNI, Carné de extranjería).
- N° de Seguro Social, SIS, SOAT, otros.
- Estado Civil.
- Grado de Instrucción.
- Ocupación.
- Religión.
- Nombre y DNI de la persona acompañante o responsable.
- Domicilio de la persona acompañante o responsable.



2) Notas de Enfermería

Contiene como mínimo:

- Nota de ingreso: fecha, hora, forma en que el paciente ingresa. Breve descripción de la condición del paciente: funciones vitales, funciones biológicas, estado general.
- Evolución durante la hospitalización: anotar los signos y síntomas significativos, consignando fecha y hora.
- Tratamiento aplicado.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.

3) Hoja de Control de Medicamentos u Hoja de Control Visible

Contiene como mínimo:

- Nombres y Apellidos del paciente.
- N° de Historia Clínica.
- Denominación Común Internacional del producto farmacéutico.
- Horario de administración.
- Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó el medicamento.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.

4) Gráfica de Signos Vitales

Contiene como mínimo:

- Nombres y Apellidos del paciente.
- N° de Historia Clínica.
- Departamento, Servicio, N° de cama.
- Registro de: Temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente.
- Peso.
- Número de deposiciones, orina, total de balance hídrico.

5) Hojas de Balance Hidro-Electrolítico

Contiene como mínimo:

- Nombres y Apellidos del paciente.
- Servicio, N° de cama.
- Fecha y hora de registro.
- Peso.
- Registro de ingresos y egresos, por turnos y el total del día.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.

6) Formato de Interconsulta

Consta de dos secciones:



6.1 Solicitud de Interconsulta

Contiene como mínimo:

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

6.2 Informe de Interconsulta

Contiene como mínimo:

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

7) Orden de Intervención Quirúrgica

Contiene como mínimo:

- Fecha y hora de solicitud.
- Identificación del paciente: nombres y apellidos, N° de H.C., edad, sexo, servicio, N° cama.
- Diagnóstico.
- Procedimiento quirúrgico.
- Fecha de programación.
- Nombres y apellidos del médico cirujano o médico especialista.
- Nombres y apellidos del primer ayudante.
- Grupo sanguíneo, Hemoglobina, otros según caso.
- Tipo de anestesia prevista.
- Firma y sello del médico cirujano o médico especialista.
- Firma y sello del jefe del servicio o del departamento.

8) Reporte Operatorio

Es el formato donde se registra la información referente al procedimiento quirúrgico obstétrico.

Contiene como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, N° de H.C., edad, sexo.



- Servicio, N° de cama.
- Tipo de anestesia empleada.
- Fecha, hora de inicio y término de la intervención, tiempo operatorio.
- Intervención quirúrgica programada y efectuada.
- Diagnóstico pre y post operatorio.
- Descripción de la técnica o procedimiento realizado.
- Hallazgos operatorios.
- Complicaciones durante la intervención quirúrgica.
- Nombres y apellidos del cirujano, del primer y segundo ayudante, anesthesiologists y enfermera instrumentista.
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano.
- Indicación de si se ha solicitado o no examen anatómico patológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención.
- Nombre, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.

9) Formatos de Anestesia

Debe incluir el resumen del reconocimiento pre operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté bajo responsabilidad del anesthesiologist.

9.1 Hoja de Evaluación Pre Anestésica

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama.
- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia.
- Resumen de la enfermedad actual, tratamiento y otros datos que pudieran influir en la elección de la anestesia.
- Datos importantes del examen físico.
- Tipo de anestesia prevista.
- Riesgo anestesiológico. Definir el ASA (American Society of Anesthesiologists).
- Conclusiones.
- Fecha y hora.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiologist.

9.2 Hoja de Anestesia

Es el formato donde se registra la actividad realizada por el anesthesiologist en el que deberá incluir el resumen del reconocimiento pre operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el post operatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del anesthesiologist.

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama.



- Diagnóstico pre y post operatorio e intervención quirúrgica.
- Medicación pre anestésica utilizada.
- Resumen de la valoración pre operatoria.
- Hora de inicio y fin de la anestesia.
- Descripción de la técnica anestésica.
- Medicación administrada, indicando presentación, dosis, frecuencia vía y momento de administración.
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere.
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención.
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente.
- Balance hídrico.
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención.
- Fecha y hora.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiologist.

9.3 Hoja Post Anestésica

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama.
- Fecha, hora de ingreso y hora de egreso.
- Registro del monitoreo de funciones vitales.
- Condición de ingreso a recuperación.
- Anotaciones de la evolución: estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas.
- Balance hídrico.
- Tratamiento administrado.
- Condición de egreso.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiologist.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera del servicio o unidad de recuperación post - anestésica.

10) Formato de la Historia Clínica Materno Perinatal

Para el registro de la atención materna perinatal se utilizará el Formato de la Historia Clínica Materno Perinatal según lo señalado en la normatividad específica¹², pudiendo usarse los demás formatos complementarios según corresponda al nivel de complejidad de la IPRESS.

11) Notas de Obstetricia

Contiene como mínimo:



¹² Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", correspondiente al Anexo N° 3.

- Nota de ingreso: consignar fecha, hora y el estado en que la paciente ingresa y breve descripción de la condición de la paciente: Funciones vitales, funciones biológicas, estado general.
- Evolución en el transcurso de la hospitalización, anotar fecha, hora, los signos y síntomas significativos y el tratamiento realizado. El número de anotaciones será en cada turno, o más según el caso.
- Tratamiento aplicado.
- Nombre, firma, sello y colegiatura del profesional de obstetricia.

12) Fichas Odonto-Estomatológicas

12.1 Ficha del Niño

- Edad.
- Evaluación Odontológica.
- Odontograma inicial y final.
- Índice de caries.
- Estado clínico de higiene dental.
- Riesgo estomatológico.
- Diagnóstico.
- Tratamiento efectuado.
- Firma y sello del profesional.

12.2 Ficha del Adolescente, Joven, Adulto y Adulto Mayor.

- Edad.
- Evaluación Odontológica.
- Odontograma.
- Índice de caries.
- Índice de higiene oral simplificado.
- Índice de Placa Blanda y Placa Calcificada.
- Estado clínico de higiene dental.
- Riesgo estomatológico.
- Diagnóstico.
- Tratamiento efectuado.
- Alta básica odontológica con fecha.
- Firma y sello del profesional.

12.3 Ficha de la Gestante.

Además de los datos que contiene la ficha del adulto, se agrega las semanas de gestación.



13) Formatos de Patología Clínica

Se consideran los formatos de solicitud y de informe del examen.

13.1 Solicitud del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de HC, consultorio o N° de cama y servicio.
- Breve Historia Clínica en el caso de estudios especiales y cultivos.
- Diagnóstico presuntivo.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico solicitante.
- Fecha y hora de toma de muestra.

El formato de solicitud debe contener todos los procedimientos que se realizan en el servicio, para marcar el examen requerido.

13.2 Informe del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad sexo, N° H.C, consultorio o N° de cama y servicio.
- Resultado.
- Fecha y hora de emisión de resultado.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional que elabora el informe.

14) Formatos de Diagnóstico por Imágenes

14.1 Solicitud del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de HC, consultorio o N° de cama y servicio.
- Breve Historia Clínica en el caso de estudios especiales y cultivos.
- Diagnóstico presuntivo.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico solicitante.
- Fecha y hora de toma de muestra.

El formato de solicitud debe contener todos los procedimientos que se realizan en el servicio, para marcar el examen requerido.

14.2 Informe del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad sexo, N° H.C, consultorio o N° de cama y servicio.
- N° de informe del examen.
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico.



NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional que elabora el informe.
- Fecha y hora de ejecución del informe.

15) Formatos de Anatomía Patológica

15.1 Solicitud del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de HC, consultorio o N° de cama y servicio.
- Breve Historia Clínica en el caso de estudios especiales y cultivos.
- Diagnóstico presuntivo.
- Fecha y hora de solicitud.
- Fecha y hora de toma de muestra.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico solicitante.

El formato de solicitud debe contener todos los procedimientos que se realizan en el servicio, para marcar el examen requerido.

15.2 Informe del Examen

Contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad sexo, N° HC, consultorio o N° de cama y servicio.
- N° de informe del examen.
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico.
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional que elabora el informe.
- Fecha y hora de ejecución del informe.

16) Formato de Consentimiento Informado

En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, practica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia (ver Anexo N° 12), debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.

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

Para el caso de pacientes, de cualquier etapa de vida, en condición de discapacidad se requiere contar con el consentimiento para compartir la información de su historia clínica (ver Anexo N° 8), con la finalidad de ser considerados en los programas de inclusión y protección social del Estado.

El consentimiento informado deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones:



- a. Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona.
- b. Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes.
- c. Cuando la persona vaya a ser incluida en un estudio de investigación científica.
- d. Cuando la persona reciba la aplicación de productos o procedimientos en investigación, según la legislación especial de la materia y la Declaración de Helsinki y el marco legal vigente sobre la materia.
- e. Cuando el paciente haya tomado la decisión de negarse a recibir o continuar un tratamiento, de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 del presente Reglamento¹³.
- f. Cuando el paciente reciba cuidados paliativos.

Toda persona debe ser informada por el médico tratante sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa. El médico tratante debe registrar en la historia clínica del paciente que lo informó sobre este derecho, las consecuencias de su decisión, así como su aceptación o negativa en relación con el tratamiento, consignando además la firma o huella digital del paciente o de su representante, según corresponda.

En caso se requiera conocer los aspectos excepcionales relacionados al derecho a negarse a recibir o continuar un tratamiento se deberá considerar los aspectos regulados en el artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

El uso del formato de consentimiento informado debe contener lo siguiente:

- Identificación estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- N° de Historia Clínica.
- Fecha, hora.
- Nombres y apellidos del paciente.
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención.
- Descripción de este en términos sencillos.
- Riesgos reales y potenciales del procedimiento, o intervención quirúrgica o modalidad de atención.
- Efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar.
- Pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.
- Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención, o procedimiento o modalidad de atención.
- Pronóstico y recomendaciones.
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso consignando: nombres y apellidos,



¹³ Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso. También debe registrarse la negativa al procedimiento, o si en algún momento retira el consentimiento.

El paciente o representante legal del mismo, otorga el consentimiento con la firma manuscrita en el formato oficial respectivo, para los casos de los consentimientos contenidos en un sistema de información, este se realiza, mediante el uso de la firma digital en el formato establecido para tal fin. Estos y otros aspectos relacionados al formato están detallados en la normatividad específica¹⁴.

Se exceptúa del consentimiento informado en caso de intervenciones de emergencia o la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente, según lo dispuesto en los artículos 4 y 40 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, respectivamente.

17) Formato de Retiro Voluntario

Contiene como mínimo:

- Identificación estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Fecha y hora.
- El texto debe expresar que se informó al paciente o su representante legal de los riesgos que implica la decisión de retirarse de la institución contra la indicación de médico y se precise el descargo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y a la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico que dio información sobre los riesgos que implica el retiro del paciente.
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el alta en caso que no fuera paciente: se registraran nombres y apellidos y número de DNI.
- Condición de salud del paciente al momento de firmar el formato de retiro voluntario.
- Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y número de DNI.

El formato de retiro voluntario, en el caso de emergencia o cuando esté en peligro la vida del paciente, aun en contra de la opinión médica; deja constancia de la decisión del paciente o de su representante legal del retiro de la IPRESS, deja expedita las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la salud del paciente o usuario de salud.

18) Formato de Referencia y Contrarreferencia

De acuerdo con lo señalado en la normatividad del proceso de referencia y contrarreferencia para las IPRESS.

19) Informe de Alta

El Informe de Alta se entrega a todo paciente al momento de su egreso de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, sin ningún costo; el mismo es redactado en un lenguaje claro y sin uso de abreviaturas, contiene como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, N° de H.C., edad, sexo, servicio.



¹⁴ Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA, o la que haga sus veces.

- Diagnóstico de ingreso.
- Procedimientos efectuados.
- Tratamiento.
- Diagnóstico de alta.
- Pronóstico.
- Recomendaciones para el manejo de la enfermedad, problema o condición del paciente que ameritó la hospitalización.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante.

20) Certificado de Discapacidad

El certificado de Discapacidad se emite cuando corresponda el caso. Este certificado es establecido por la normatividad vigente de evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad.

5.3. ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

5.3.1. PROCESO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO

1) Apertura de la Historia Clínica

- a. Previa consulta en el registro de usuarios de la base de datos de la IPRESS se abrirá una historia clínica única, individualizada a todo usuario de salud que solicita una prestación de salud, asegurando que no tenga historia clínica anterior.
- b. La apertura de la historia clínica individualizada se realiza mediante la identificación estándar de usuario de salud a través de su número de D.N.I. (nacional), de carné de extranjería (residente), de pasaporte o documento de identidad extranjero (extranjero en tránsito), según lo normado por Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y el Decreto Supremo N° 024-2005-SA, Decreto Supremo que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud. El número asignado identifica al usuario de salud y es de registro obligatorio en toda la documentación que se genere durante las prestaciones posteriores, intramurales o extramurales.
- c. Los pacientes atendidos bajo la modalidad de telemedicina deben contar con Historia Clínica (física o electrónica)¹⁵. El personal de la salud registra en la Historia Clínica del usuario de salud cada uno de los actos, incorporando la documentación de la información complementaria pertinente, según corresponda el caso. Se registra los hallazgos, recomendaciones y servicios utilizados bajo la modalidad de telemedicina. El Teleconsultor que es consultado a través de la telemedicina, también debe mantener un historial clínico detallado de las opiniones que entrega y de la información en que se basaron¹⁶. No debe omitirse la identificación del usuario de salud, del personal de la salud del Centro Consultante y del Teleconsultor del Centro Consultor¹⁷.
- d. La IPRESS que brinde atenciones de Telemedicina, debe asegurar el registro de las prestaciones realizadas por el Teleconsultor, detallando las opiniones que entrega y de la información en que se basaron; en el respectivo formato de



¹⁵ Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud en Telesalud".

¹⁶ NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud en Telesalud".

¹⁷ Ib.

registro, para luego ser incorporado en la historia clínica del usuario de salud, de corresponder.

- e. Todo estudio de imágenes debe contar con un informe firmado y sellado por el médico especialista en Radiología. Las imágenes serán archivadas bajo la modalidad de medio magnético o físico (placa, papel fotográfico, papel térmico, medios digitales u otros), debiendo este archivo estar supervisado y controlado por el médico responsable de la Unidad Productora de Servicios – UPS, bajo las normas que la rijan. El tiempo de archivo en medio magnético o físico (película, papel fotográfico, papel térmico u otro) deberá ser de quince años, tiempo que se estipula para las historias clínicas en el archivo pasivo, el método para la conservación en medio magnético es la de microformas.
- f. Para los recién nacidos se debe usar el documento nacional de identidad de la madre y un sufijo, para su identificación y el de su Historia Clínica, en forma temporal hasta que cuente con su Documento Nacional de Identidad, el cual debe ser comunicado por el tutor /apoderado para su correspondiente reemplazo, en referencia a lo señalado en la normatividad¹⁸.
- g. En hospitales e Institutos Especializados, sólo se apertura la Historia Clínica a los recién nacidos con patología; y la documentación e información clínica (como el peso, talla, APGAR, entre otras) de los recién nacidos normales o de los natimuecos será incluida o archivada en la Historia Clínica de la madre. Para el caso del primer nivel de atención se apertura la historia clínica a los recién nacidos de partos normales, en tanto la condición de este no requiere una referencia a otro nivel de atención.
- h. El paciente o usuario de salud debe brindar un consentimiento a través de su firma en virtud del tratamiento de sus datos sensibles contenidos en la historia clínica electrónica (ver Anexo N° 11), conforme a lo señalado en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Dicho consentimiento se exceptúa en caso de que el tratamiento de sus datos sensibles se realice en circunstancia de riesgo, para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico del paciente o usuario de salud, observando el secreto profesional, en caso de que medien razones de interés público previsto por la Ley, o cuando se realicen estudios epidemiológicos siempre que se apliquen procedimientos de disociación adecuados.

2) Organización y manejo del archivo de historias clínicas

- a. El Órgano de Administración de Archivos o el que haga sus veces en el Ministerio de Salud, establece los lineamientos y verifica la organización de las historias clínicas en los archivos de las historias clínicas, mediante la programación de asistencias técnicas y supervisiones.
- b. Los criterios y los campos para la elaboración de inventarios donde se registran las historias clínicas son formulados, uniformizados y actualizados por el Órgano de Administración de Archivos, en coordinación con los responsables de archivos de historias clínicas.
- c. De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente¹⁹, los archivos de historias clínicas son considerados archivos periféricos o desconcentrados, de acuerdo con la naturaleza de cada entidad de salud.
- d. Las historias clínicas están organizadas en el Archivo de Historias Clínicas, las que están clasificadas en Archivo Común: archivo activo y archivo pasivo; y en Archivo Especial. El responsable de archivo de historias clínicas deberá



¹⁸ Numeral 4.2.2, del Decreto Supremo N° 024-2005-SA.

¹⁹ Resolución Jefatural N° 073-85/AGN-J, Normas Generales del Sistema Nacional de Archivos, para el Sector Público Nacional o la haga sus veces.

comunicar al jefe o director de la IPRESS, la necesidad de implementar el Archivo Especial cuando lo amerite.

- e. El Archivo Especial de Historias Clínicas funciona en un ambiente físico separado y contiene Historias Clínicas de especial relevancia por su contenido de implicancia médico – legal, ya sea por el diagnóstico, por las circunstancias que motivaron la demanda de atención o por las características de los usuarios (HIV/SIDA, abortos, accidentes, suicidio o intento de homicidio, agresiones físicas, asaltos, violencia familiar, usuarios con antecedentes penales, entre otros), y que por lo tanto requieren de un manejo especial. Se incorpora a este archivo, las historias que hayan sido solicitadas por la Policía Nacional del Perú, el Ministerio Público o el Poder Judicial y aquellas que tengan interés histórico.
- f. Es responsabilidad de la unidad de registros médicos y estadística o la que haga sus veces, implementar el Archivo Especial de Historias Clínicas, para evitar que se deterioren, manipulen y/o alteren, las mismas que deben estar estrictamente foliadas.
- g. En el caso de las historias clínicas del archivo común (archivo activo y pasivo) y archivo especial, el método para su organización deberá considerar la numeración del DNI, procediendo a ordenarlas de forma correlativa de menor a mayor.
- h. En el primer nivel de atención en las IPRESS con población asignada, las historias clínicas se archivan teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido por la IPRESS; manteniéndose para la organización de las carpetas familiares, el correlativo de menor a mayor. El ordenamiento de las historias clínicas de los integrantes de la familia al interior de la carpeta familiar se realizará igualmente teniendo en consideración el número del D.N.I., ordenados de forma correlativa de menor a mayor.
- i. La historia clínica que circula por las áreas de atención: trámite administrativo, atención del paciente, investigación, docencia, entre otras áreas; debe contar con el registro del nombre de la persona autorizada que solicita la historia clínica, la fecha, hora y los plazos de préstamos y devolución al archivo de la historia clínica, después de concluida la atención o trámite respectivo.
- j. La historia clínica y los formatos que la integran deben estar completos, en orden cronológico y ordenado, según uso racional y pertinente de los formularios y documentos de hospitalización, en el folder o carpeta de la historia clínica.
- k. El personal del archivo de historias clínicas es responsable de dar mantenimiento a las carpetas deterioradas y de mantener su conservación (folder, broches etiquetas) y/o recuperar su estado en situaciones de deterioro y de separar los documentos deteriorados por agentes biológicos (insectos, hongos, bacterias, etc.) de la documentación en buen estado para evitar su contaminación.
- l. Los documentos deteriorados que mantienen legible la información contenida en los mismos deberán ser evaluados por el Comité Institucional de Historias Clínicas para conservar el resumen de la información mínima y básica con el propósito de ser registradas permanentemente en medios magnéticos.
- m. La carpeta de historia clínica puede contar con código de barra para su mejor identificación, movimiento y control.

3) Sistema de Información de las Historias Clínicas.

- a. La IPRESS debe contar con un sistema informático de registro, control, monitoreo y archivo de historias clínicas, con información periódicamente



actualizada y acceso a recuperación por el número de identificación única del usuario, nombre y apellido, código de identificación de ubicación física de las historias clínicas; que cuente con los siguientes campos de ingreso:

- Número de identificación única del usuario de historia clínica: DNI o carné de extranjería, pasaporte²⁰.
- Organización de archivos: Ambientes, estantes, divisiones; Activo Común: archivo activo y archivo pasivo; Archivo Especial, Eliminado.
- Ubicación de la historia clínica en el archivo.
- Historia clínica: manuscrita, informatizada, electrónica.
- Áreas de circulación o préstamo de historia clínica: atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia, usuario, autoridad judicial o Ministerio Público.
- Control de préstamos, devoluciones, e Historia Clínica pendientes de devolución.
- Datos de persona autorizada para el préstamo de Historia Clínica.
- Resumen de información.
- Registro en medios magnéticos.
- Sistema de código de barras para las carpetas
- Opción de impresión de etiqueta de datos para pegar en las carpetas de Historia Clínica, con el código y documento de identidad respectivo.

4) Custodia y conservación de la Historia Clínica

- a. Los funcionarios de las IPRESS, en el marco de sus competencias, desarrollan las gestiones necesarias para brindar al archivo de Historias Clínicas y al Órgano de Administración de Archivos los recursos humanos, infraestructura y equipos óptimos para realizar las actividades de archivo, que garanticen su correcto tratamiento, seguridad y conservación.
- b. El responsable del Archivo de Historias Clínicas, del Órgano de Administración de Archivos y el personal encargado de su gestión, son responsables de la custodia, preservación y conservación de la Historia Clínica. La custodia final se realiza por el Órgano de Administración de Archivos y su disposición final también es responsabilidad de éste.
- c. Está prohibido guardar historias clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal.
- d. El Órgano de Administración de Archivos es responsable de la verificación del estado de implementación de las disposiciones del Plan de Prevención y Atención de Sinistros en Archivos y del Manual de Bioseguridad, en relación con la situación de los ambientes, sistemas de protección, equipos, personal y documentación de la entidad.
- e. El Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Servicio o responsable de la atención de salud debe disponer lo conveniente para asegurar la protección de la historia clínica, así como de la información contenida en ella; a fin de evitar pérdidas, mutilación, alteraciones o uso por personas no autorizadas.
- f. Cuando las historias clínicas permanecen fuera del archivo, corresponde la



²⁰ Decreto Legislativo N° 1306.

custodia y conservación al personal de la salud que la solicitó y de forma subsidiaria al responsable del servicio asistencial o administrativo, al que pertenezca.

- g. Toda historia clínica solicitada para atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia y otra actividad o motivo, debe ser devuelta al archivo correspondiente, inmediatamente después de concluida la atención o trámite que ocasionó la solicitud.
- h. A solicitud del usuario o a petición de la Autoridad Judicial o Ministerio Público se entrega copia autenticada de la totalidad o parte de la Historia Clínica dentro de un plazo máximo de cinco (5) días. En caso extremo que el Poder Judicial exija la historia clínica original, el responsable del Área de Registros Médicos será el encargado de su custodia, así como de generar una copia fedateada como cargo de lo solicitado, previa autorización del responsable de la IPRESS.
- i. Cuando la historia clínica sale de la IPRESS por motivos de interconsulta, el encargado de su custodia será la persona que acompaña al paciente o el personal que se determine para este fin, previa autorización del responsable del Área de Registro Médicos y Director o Jefe de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- j. Cuando el paciente esté hospitalizado, la enfermera responsable del servicio es la encargada de la administración de la historia clínica.
- k. El tiempo de conservación de las historias clínicas en el archivo activo es de cinco (5) años, considerados a partir de la fecha de la última atención al paciente. Al pasar al archivo pasivo, las historias conservan su número original.
- l. El tiempo de conservación de las historias clínicas en el archivo pasivo es de quince (15) años, considerando la fecha de traslado al archivo pasivo. Este periodo es igual para el caso de Historias Clínicas de pacientes fallecidos.
- m. El personal del archivo debe separar las historias clínicas por años, por nombres y apellidos, por código u otro elemento; y proceder a inventariarlas de forma resumida en el inventario de historias clínicas.
- n. La conservación de las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional es de mínimo cuarenta (40) años, después de terminada la exposición, conforme a lo dispuesto por la normatividad²¹.
- o. Si durante el periodo de conservación de la historia clínica en el archivo pasivo, el usuario solicita una atención, al término de la atención su historia debe pasar al archivo activo.
- p. Los documentos o formatos de la Historia Clínica a ser custodiados posterior a la eliminación parcial son:
- Hojas de consentimiento informado.
 - Hojas de retiro voluntario.
 - Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
 - Informes de anestesia.
 - Informes de exámenes anatomopatológicos
 - Informes de exploraciones complementarias.
 - Epicrisis.
 - Informes de necropsia.



²¹ Artículo 19° y 20° del Decreto Supremo N° 039-93-PCM, que aprueba el Reglamento de Prevención y Control de Cáncer Profesional.

NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Hojas de evolución médica.
 - Hoja de evolución de enfermería de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos y del servicio de emergencia.
- q. En caso de historia clínica electrónica, la institución debe disponer de mecanismos que permitan garantizar la custodia, confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida. Uno de los mecanismos de seguridad es encriptar la información, en caso se requiere su transmisión y crear el mecanismo de acceso según política institucional.
- r. Es necesario referir que siendo la Historia Clínica un documento médico legal con gran impacto en la situación jurídica de una persona, para su conservación se debe evaluar la factibilidad de implementar el proceso de microformas en éstas.
- s. El proceso de Microformas debe generar las siguientes actas: 1) Acta de Apertura, 2) Acta de Cierre por cada medio técnico que recibe y conserva las microformas, c) Acta de Conformidad de Medios, y d) Testimonios del Fedatario.
- t. Para el proceso de microformas deberán basarse en lo establecido en el Decreto Legislativo N° 681, que regula el uso de Tecnologías Avanzadas en materia de archivo y su reglamento o la que haga sus veces.

4.1 Espacio, Equipamiento y Condiciones Ambientales

- a. El área recomendable, según volumen de cada archivo activo y pasivo, puede ser de: 40 metros² (4m de fondo por 10m de ancho); 80 metros² (8m de fondo por 10 de ancho); 150 m² (15m de fondo por 10 de ancho); la misma que se adecua a su realidad y según el volumen de historias clínicas que tiene en archivo (activo y pasivo).
- b. Uso de estanterías especiales para carpetas de Historias Clínicas, con dimensiones recomendables de 28 cm de profundidad y 35 cm de alto entre bandeja y bandeja. La estantería no será superior a los 2.20 m de alto, dividido en 6 alturas o niveles y distante a 15 cm del muro, y deberá estar fijada a los muros o cielo raso en caso de estantes fijos. Asimismo, la separación entre estanterías deberá considerar 1 m. para pasillos principales y 75 cm para secundarios; en correspondencia con lo establecido en la normatividad de la materia²².
- c. Los locales y ambientes de Archivo de Historias Clínicas deben ser fumigados periódicamente, contar con iluminación y señalización, ventilación adecuada natural o artificial, sistemas contra incendio, extintores, detectores de humo y extractores de aire, a fin de mantener las condiciones ambientales adecuadas.
- d. Las condiciones ambientales deben ser entre: 15° y 21° C. y una humedad relativa entre 45% y 65%, empleando un sistema de aire acondicionado incluyendo dispositivos de control de temperatura, humedad y extracción de aire viciado²³.
- e. El piso debe ser lo suficientemente consistente como para soportar el peso de las estanterías considerando una carga de 750 Kg/m² en los expedientes de estanterías fijas, y de hasta 1250kg/m², en estanterías móviles²⁴,

²² Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención o la que haga sus veces.

²³ Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".

²⁴ Ib.



recomendándose que los ambientes de archivo de Historias Clínicas se encuentren ubicados en el primer piso de las IPRESS.

- f. Los elementos físicos del Órgano de Administración de Archivos y del Archivo de Historias Clínicas (pisos, muros, techos y puertas) deben ser de materiales ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión. Las pinturas deben tener propiedades ignífugas y el tiempo de secado necesario para evitar el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación²⁵.

4.2 Seguridad de los Archivos y Medios de Registros

- a. Contar con un área en el cual el acceso esté restringido y pueda ingresar sólo el personal autorizado, y es importante que se dispongan medidas de seguridad y un sistema de videocámaras.
- b. Conservar las Historias Clínicas en condiciones que garanticen integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.
- c. Es recomendable disponer de un contenedor para conservación y archivo, de material impermeable, opaco, impenetrable a rayos solares, con cierre hermético, con recuadro que consigne los datos más importantes, y de tamaño suficiente que contenga la documentación y placas radiográficas o tomográficos.
- d. Contar con condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales.
- e. Disponer de medidas de seguridad de orden físico en el archivo especial, para evitar su manipulación o alteración.
- f. Brindar seguridad a los programas automatizados, equipos y soportes documentales de la Historia Clínica, que impidan modificarla.
- g. Disponer de un plan de prevención, seguridad y recuperación de archivos, tomando como referencia Resolución Jefatural N° 159-97-AGN/J o la que haga sus veces, que aprueba el Plan de prevención y recuperación de siniestros por inundación en archivos emitida por el Archivo General de la Nación.
- h. Implementar mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado, para evitar la destrucción de registros accidental o provocada.
- i. Implementar el o los mecanismos de identificación del responsable de los datos consignados en la historia clínica electrónica; según códigos, indicadores u otros elementos, que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, estableciendo quién o quienes realizaron el o los registros, la hora y la fecha en la cual se efectuaron.

5) Servicio Archivístico de la Historia Clínica

- a. El Órgano de Administración de Archivos uniformiza, difunde y supervisa el uso de los formatos de servicio archivístico de historias clínicas, en coordinación con los archivos de historias clínicas.
- b. Toda historia clínica que se retira de su lugar en el archivo para cualquiera de sus diferentes usos, deberá necesariamente ser registrada por la unidad de archivo en un cuaderno de registro, de ser el caso, o medio informático que indique el movimiento de préstamos y devoluciones de las historias clínicas; de manera tal, que quede consignada la salida, la recepción por los diferentes "usuarios" internos y su posterior devolución, con las firmas respectivas, debiendo verificarse la integridad del documento devuelto.
- c. Las historias clínicas entregadas a las diferentes unidades o servicios para



²⁵ Ib.

informes médicos que requieran de opinión especializada o para auditorías médicas, deberán ser devueltas al Archivo de Historias Clínicas de la Institución Prestadora de Servicios de Salud en un plazo no mayor a setenta y dos (72) horas.

- d. Toda historia clínica que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo diferenciado (color o tamaño), de manera tal que permita el seguimiento de cada historia y agilice su archivamiento cuando sea devuelta.
- e. No debe retenerse sin justificación, ninguna historia clínica.
- f. Toda retención de la historia clínica por causa absolutamente justificada deberá ser reportada por escrito el mismo día al Responsable de Archivo de historias clínicas, precisando el motivo y la fecha de devolución.

6) Transferencia de las Historias Clínicas

- a. La transferencia de historias clínicas es un procedimiento archivístico, que consiste en el traslado de las historias clínicas de un archivo a otro, al vencimiento de los períodos de retención establecidos en los programas de control de documentos.
- b. El Órgano de Administración de Archivos tiene a su cargo la regulación y supervisión del proceso de transferencia de historias clínicas, y es el que formula el cronograma anual de transferencia y lo remite al Archivo General de la Nación, conforme a la normatividad vigente²⁶.
- c. El Órgano de Administración de Archivos solicita al Archivo General de la Nación la transferencia de documentos, en la cual están incluidas las historias clínicas que están consideradas en el respectivo cronograma anual. La solicitud de transferencia se acompaña con el "inventario de transferencia de documentos", según lo señalado en la normatividad vigente²⁷.
- d. La elaboración de los inventarios de transferencia donde se registran las historias clínicas, son formulados, uniformizados y actualizados por el Órgano de Administración de Archivos, en coordinación con los responsables de los archivos de historias clínicas y hacen de conocimiento al Comité Institucional de Historias Clínicas, para la evaluación en el marco de su competencia. La coordinación entre el Órgano de Administración de Archivos y el responsable de archivo de historias clínicas es para verificar los inventarios de transferencias de las historias clínicas por series documentales procedente del archivo pasivo que forma parte del archivo común de historias clínicas, en archivo/formato Excel vía correo electrónico o de forma impresa, antes de recibir la documentación para brindar la conformidad de la recepción respectiva.
- e. El tiempo de conservación de las historias clínicas en los archivos de las Historias Clínicas de la IPRESS es de veinte (20) años, considerando la última fecha de atención del paciente; comprende la etapa activa y pasiva de la Historia Clínica que forman parte del archivo común, para posteriormente ser remitido al Órgano de Administración de Archivos para su custodia o propuesta de eliminación. Se exceptúan del tiempo antes señalado, las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional, que corresponde a un mínimo de cuarenta 40 años (considerar el tiempo de permanencia en el archivo de historias clínicas), las mismas que forman parte del archivo especial de historias clínicas. Las historias clínicas conservan su numeración original.



²⁶ Resolución Jefatural N° 173-86-AGN-J, que aprueba la "Directiva N° 005/86-AGN-DGAI "Normas para la transferencia de documentos en los archivos administrativos del Sector Público Nacional" o la que haga sus veces.

²⁷ Ib.

- f. Si durante el período de conservación en el Órgano de Administración de Archivos, el usuario de salud solicitase atención, su historia clínica se retirará de éste y se incorporará al archivo de historias clínicas de la IPRESS.

7) Eliminación de Historias Clínicas

- a. En concordancia con la normatividad vigente²⁸, la eliminación de las historias clínicas es competencia del Archivo General de la Nación-AGN, ente rector del Sistema Nacional de Archivos y los Archivos Regionales; única entidad que autoriza la eliminación de documentos, con conocimiento del Comité Evaluador de Documentos de la DIRIS, DIRESA o GERESA que corresponda.
- b. La eliminación es autorizada expresamente por el Archivo General de la Nación y los Archivos Regionales, en el ámbito de su competencia, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, previo monitoreo, verificación y seguimiento por parte de funcionarios encargados de esta función.
- c. El Órgano de Administración de Archivos o el que haga sus veces en la entidad pública elaborará el cronograma anual de eliminación de documentos, el cual se debe anexar al Plan Anual de Trabajo correspondiente, los que deberán ser remitidos al Archivo General de la Nación, en los plazos que la normatividad de la materia lo especifique²⁹.
- d. El Comité Evaluador de Documentos debe establecer los plazos de retención de las historias clínicas en el Programa de Control de Documentos, diferenciando las producidas por atenciones de consulta externa, emergencia y las consideradas como especiales.
- e. El Comité Institucional de Historias Clínicas coordinará con el Órgano de Administración de Archivos y emitirá opinión favorable de corresponder, respecto a la transferencia de historias clínicas de la IPRESS hacia ésta.
- f. El personal del Órgano de Administración de Archivos identifica y clasifica las historias clínicas a ser eliminadas (según lo especificado en el literal g. de este numeral), previamente evalúa el tipo y periodo de su custodia y asunto, revisa en su base de datos o repositorio de historias clínicas, aquellas que hayan cumplido el periodo de más de veinte años (20) años (cinco años en archivo activo y mayor a 15 años en archivo pasivo) que corresponden al archivo común, se exceptúan del tiempo antes señalado, las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional, que corresponde a un mínimo de cuarenta 40 años (considerar el tiempo de permanencia en el archivo de historias clínicas), y aquellas historias clínicas por razones judiciales o de investigación; las mismas que forman parte del archivo especial de historias clínicas. Asimismo, organiza la documentación propuesta a eliminar, ubicando las historias clínicas en unidades de instalación uniformes, rotuladas con los datos de la Oficina (o Unidad Orgánica), denominación de la serie, fechas extremas y numeración correlativa. Registrando en los inventarios de eliminación la cantidad total de los metros lineales propuestos a eliminar.
- f. El personal responsable del archivo de historias clínicas en la IPRESS debe extraer los formatos o documentos que no deben custodiarse en las historias clínicas del archivo pasivo y proponerlos para su eliminación, extrayendo una muestra para la evaluación respectiva por cada año, las cuales deben estar

²⁸ Directiva N° 001-2018-AGN/DNDAI, Norma para Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público", aprobada con Resolución Jefatural N° 012-2018-AGN/J..

²⁹ Resolución Jefatural N° 012-2018-AGN/J, que aprueba la Directiva N° 001-2018-AGN/DNDAI "Norma para la Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público".



NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

identificadas con el número de historia clínica que corresponde al Documento Nacional de Identificación del asegurado o usuario de salud.

- g. Previa a la propuesta de eliminación de la Historia Clínica, se debe conservar un resumen de información mínima y básica en forma original o en medios magnéticos (en microformas), de:
- Hojas de consentimiento informado.
 - Hojas de retiro voluntario.
 - Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
 - Informes de anestesia.
 - Informes de exámenes anatomopatológicos
 - Informes de exploraciones complementarias.
 - Epicrisis.
 - Informes de necropsia.
 - Hojas de evolución médica.
 - Hoja de evolución de enfermería de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos y del servicio de emergencia.
- h. La propuesta de eliminación de historias clínicas debe contar con la opinión favorable del Comité Institucional de Historias Clínicas, antes de ser sometida al Comité Evaluador de Documentos-CED.
- i. El Comité Evaluador de Documentos-CED se conforma por:
- Un representante de la Alta Dirección de la entidad, quien lo preside.
 - El Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica o su representante.
 - El Jefe de la Unidad Orgánica cuya documentación será evaluada.
 - El Jefe del Órgano de Administración de Archivos, quien actuará como secretario.
- j. La propuesta de eliminación de Historias Clínicas ante el Archivo General de la Nación se realiza de acuerdo a lo señalado en la normatividad vigente³⁰ establecida para la eliminación de documentos con Programa de Control de Documentos; a la solicitud de eliminación de documentos, se le adjuntan los documentos que señala la normatividad de la materia y también copia simple del Acta de la opinión favorable del Comité Institucional de Historias Clínicas (ver Anexo N° 13).
- k. En el caso que la entidad no contara con el Programa de Control de Documentos – PCD, el Comité Evaluador de Documentos-CED procede a aprobar la propuesta de eliminación de las historias clínicas, mediante un Acta (ver Anexo N° 10). El secretario previamente convoca a reunión a los integrantes del CED con el propósito de revisar los inventarios y muestras documentales; y posterior aprobación de la propuesta de eliminación de los documentos, se elabora y se procede a la firma del acta de la reunión, que evidencia la toma de decisiones del comité.
- l. La propuesta de eliminación debe utilizar los formatos establecidos por el Archivo General de la Nación, conforme a lo establecido en la Directiva N° 001-2018-AGN/DNDAAI "Norma para Eliminación de Documentos de Archivo

³⁰ Directiva N° 006/86-AGN-DGAI, Normas para la Eliminación de Documentos en los Archivos Administrativos del Sector Público Nacional, aprobado con Resolución Jefatural N° 173-86-AGN-J.



en las Entidades del Sector Público”, o la normativa que haga sus veces. Adjuntando en copia simple el Acta del Comité Institucional de Historias Clínicas.

- m. El proceso de eliminación de las Historias Clínicas en el primer nivel debe ser avalado por el Comité Institucional de Historias Clínicas de la Dirección Regional de Salud o la que haga sus veces (ámbito regional) y por las Direcciones de Redes Integradas de Salud (ámbito Lima Metropolitana); y en Hospitales e Institutos Especializados por el Comité Institucional de Historias Clínicas de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- n. Una vez se apruebe la eliminación de las Historias Clínicas por el Archivo General de la Nación, se procederá a coordinar la entrega de los documentos (ver Anexo N° 09: Modelo Referencial de Acta de Entrega de Documentos al Archivo General de la Nación).
- o. En casos en los cuales el usuario de salud demande una atención de salud posterior a la eliminación de su Historia Clínica, los formatos conservados serán los documentos que reinicien su Historia Clínica, manteniendo el número asignado inicialmente.
- p. El responsable del área de registros médicos y el responsable de Archivo de Historias Clínicas, deben actualizar el archivo común (sólo corresponde al archivo pasivo) en forma anual, así mismo, proporcionar al Comité Institucional de Historias Clínicas el listado de las historias clínicas candidatas a eliminación cada fin de año.

8) Confidencialidad y acceso a la Historia Clínica

- a. Todo usuario de los servicios de salud tiene derecho a exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su Historia Clínica, con las excepciones que establece la Ley N° 26842, Ley General de Salud, conforme lo señalado en el literal b) del artículo 15 y en el artículo 25, así como lo dispuesto en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- b. El paciente o usuario de salud tiene derecho a que se le entregue, a su solicitud, copia de su Historia Clínica o Epicrisis dentro del plazo de cinco (5) días, según lo establecido en el marco legal. Para los propósitos de proporcionar la copia referida, se debe considerar lo siguiente:
 - Consulta al momento de comunicar el alta al paciente o de ser el caso a su representante legal, si solicita copia de su Historia Clínica, informándole que los costos de dicha copia serán asumidos por el solicitante, pudiendo entregársele copia parcial o total de su Historia Clínica, según lo solicite.
 - Proceder según se establece en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud correspondiente sobre el procedimiento “Copia de la Historia Clínica”. Para el caso de la Epicrisis corresponde entregar la copia de forma gratuita, de acuerdo con la normatividad vigente.
- c. La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos de herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguido de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, debe ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento³¹.
- d. Para la entrega de información a terceros, se debe contar por escrito con la



³¹ Artículo 25° y 30° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

autorización expresa del paciente o de su representante legal según corresponda el caso. Esto no se aplica a la información que la Institución Prestadora de Servicios de Salud tiene la obligación legal y administrativa de proporcionar, la cual está referida en el artículo 25 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

- e. La autorización debe incluir la siguiente información:
 - ✓ Nombre del hospital que debe brindar la información.
 - ✓ Nombre de la persona o institución que solicita la información.
 - ✓ Nombre completo del paciente, DNI y dirección.
 - ✓ Propósito para el cual se requiere la información.
 - ✓ Naturaleza y la magnitud de la información.
 - ✓ Fecha de autorización.
 - ✓ Firma del paciente, familiar responsable o representante legal.
- f. El formato de autorización se conserva en la Historia Clínica respectiva. Cuando se trate de un paciente fallecido, la autorización para acceder a la Historia Clínica será de los familiares directos (cónyuge, hijos, padres, hermanos) y, en ausencia de éstos, los que la autoridad competente disponga.
- g. La IPRESS brinda copia o transcripción de la información de la Historia Clínica, cuando la autoridad judicial lo solicite.
- h. A solicitud del usuario o a petición de la Autoridad Judicial o Ministerio Público se entrega copia autenticada de la totalidad o parte de la Historia Clínica. En caso extremo, por el cual el Poder Judicial exija la Historia Clínica original, el responsable de archivo de la IPRESS es el encargado de su custodia, previa autorización del Director Médico o el que haga sus veces en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- i. El personal de la salud debidamente acreditado que ejerza funciones de supervisión y auditoría tiene acceso a las historias clínicas en cumplimiento de sus funciones³².

9) Propiedad de la Historia Clínica

- a. La Historia Clínica y la base de datos es de propiedad física de la IPRESS.
- b. La información clínica contenida en la historia clínica es propiedad del paciente o usuario de salud, establecido en la Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- c. En caso de cierre de una IPRESS, el titular de la Entidad en coordinación con el Órgano de Administración de Archivos; tomará la decisión sobre el destino de todas las Historias Clínicas, de ser el caso, de acuerdo con el marco legal vigente.

5.3.2. PROCESO TÉCNICO ASISTENCIAL

1) Elaboración y Registro

- a. El registro y codificación del o los diagnósticos serán de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10 o la versión vigente,

³² Ley N° 30546, Ley que Modifica la única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1289, Decreto Legislativo que Dicta Disposiciones Destinadas a Optimizar el Funcionamiento y los Servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.



según lo regulado por la Oficina General de Tecnologías de la Información – OGTI o la que haga sus veces.

- b. El registro de los procedimientos se realiza de acuerdo con la identificación estándar de los procedimientos médicos, según lo establecido en la normatividad³³.
- c. Un error en el registro de la Historia Clínica se corrige trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el término correcto por encima de la línea, anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección.
- d. Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud deben ser refrendadas con la firma y sello del profesional responsable de la atención del paciente. La atención brindada por un profesional médico cirujano que se encuentra realizando residentado médico de segunda especialización, se realizará bajo la tutela del profesional tutor de segunda especialización y quien asume la responsabilidad de atención al paciente o usuario de salud, u otro médico asistente responsable de la atención en el caso que el profesional tutor no se encuentre disponible en el momento.
- e. Toda hoja de la Historia Clínica debe ser identificada con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente o usuario de salud, en un lugar uniforme y de fácil visibilidad. En el caso de pacientes hospitalizados se registrará además el servicio y el número de cama.

2) Orden de los Formatos

En hospitalización se tiene un orden funcional, que difiere al que se sigue una vez producido el egreso.

Durante la hospitalización:

- Formato de Filiación.
- Gráfica de Funciones Vitales.
- Hoja de Balance Hidroelectrolítico (de corresponder al caso).
- Historia Clínica: Anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo.
- Hojas de evolución/Terapéutica/Interconsultas.
- Formato de Anestesia (de corresponder al caso).
- Reporte Operatorio/Registro del parto (de corresponder al caso).
- Consentimiento Informado.
- Hoja de Anotación de Enfermería/Obstetricia.
- Exámenes auxiliares.
- Otros formatos.

Al egreso, se observará la siguiente secuencia:

- Epicrisis.
- Formato de Filiación.
- Informe de alta.



³³ Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud o la que haga sus veces.

- Gráfica de Funciones Vitales.
- Anamnesis y examen físico.
- Evolución.
- Hoja de Anotación de Enfermería/Obstetricia.
- Informe de interconsultas (de corresponder al caso).
- Exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento.
- Formato de Anestesia (de corresponder al caso).
- Reporte operatorio/Registro del parto (de corresponder al caso).
- Hoja de autorización de ingreso.
- Consentimiento informado (de corresponder al caso).
- Hoja de alta voluntaria (de corresponder al caso).
- Otros formatos.

Además de estos formatos, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS podrán incluir en la Historia Clínica, aquellos que consideren necesarios.

3) Uso y Manejo de la Historia Clínica

3.1 Uso

La Historia Clínica tiene como principal uso:

- a. Proporciona evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente.
- b. Sirve como base para el estudio y evaluación de la calidad de atención prestada al paciente.
- c. Proporciona la información para investigación y docencia.
- d. Proporciona la información para la programación y evaluación de actividades de salud local, regional y nacional.
- e. Ayuda a proteger los intereses legales del paciente, de la IPRESS y del personal de la salud.

3.2 En Docencia e Investigación

- a. Las historias solicitadas para fines de docencia e investigación deberán ser revisadas en los ambientes del archivo de historias clínicas y excepcionalmente en otro ambiente autorizado para este fin, preservando la no participación de personas ajenas a estas actividades. Se establecerá y comunicará a los interesados los requisitos de solicitud, y devolución de las historias clínicas. La IPRESS debe establecer dichos requerimientos.
- b. La información obtenida de la historia clínica se consigna de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad.
- c. Los alumnos deben ser informados por sus tutores o docentes sobre la importancia de respetar la información del paciente y de asegurar su confidencialidad.

3.3 Manejo

- a. Para la atención a los usuarios, las historias clínicas deben ser solicitadas



- al personal autorizado del archivo respectivo de las mismas, según corresponda a la organización institucional.
- b. Es obligatorio el registro de los movimientos de entrada y salida de las historias clínicas (manuscritas, informatizadas o electrónicas). La Historia Clínica que circula por las áreas de: atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia u otro; debe contar con el registro de: nombre y apellido completo de la persona autorizada que solicita la Historia Clínica, la fecha, la hora y los plazos de préstamo y devolución de la carpeta Historia Clínica al archivo, después de concluida la atención o trámite respectivo.
 - c. Debe realizarse el listado detallado de las historias clínicas que pasarán del archivo activo al archivo pasivo, y de igual forma aquellas que se destinarán al archivo especial y así también de las historias clínicas que serán propuestas para su eliminación.
 - d. La historia clínica y los formatos que la integran deben estar completos y correctamente registrados, ordenados cronológicamente, que evidencien las prestaciones recibidas por el usuario de salud según etapa de vida.
 - e. En situaciones en las cuales exista dos o más historias clínicas, éstas deben migrar a la numeración única correspondiente al número del D.N.I. del usuario de salud.
 - f. Las historias clínicas de consulta ambulatoria deben ser devueltas el mismo día de la atención, con excepción de los pacientes que hayan sido hospitalizados.
 - g. Al egreso del paciente hospitalizado, en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho (48) horas, la historia clínica debe ser remitida al archivo para el procesamiento de esta (compaginación, codificación, indización, entre otros).
 - h. Las Historias Clínicas solicitadas por el servicio de emergencia deben ser devueltas dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, salvo que el paciente permanezca en sala de observación o haya sido hospitalizado.
 - i. Los formatos de atención en el servicio de emergencia deben ser incorporadas a la historia clínica.
 - j. Toda historia clínica que se retira del archivo para cualquier de sus diferentes usos, debe ser registrada en el formato que establezca el área o la unidad de registros médicos.
 - k. Todo profesional y personal en formación que requiera hacer uso de la Historia Clínica de un paciente, y no pertenezca al servicio de hospitalización donde éste se encuentre, debe solicitar verbalmente la autorización del profesional de enfermería u obstetricia, según corresponda; encargado de su administración.

3.4 Calidad de la Historia Clínica

La evaluación técnica de la historia clínica consta de dos partes: análisis cuantitativo y análisis cualitativo.

3.4.1 El Análisis Cuantitativo

- Es la revisión de la historia clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajusta a la presente norma y a lo establecido por el Comité Institucional de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Redes Integradas de Salud del ámbito de Lima Metropolitana o la Dirección Regional de Salud o el que haga sus veces a nivel regional,



según corresponda. Es responsabilidad de la unidad de archivo, velar por la custodia e integridad de la historia clínica y del Comité Institucional de Historias Clínicas que ésta se ajuste a lo establecido en la presente norma técnica de salud.

3.4.2 El Análisis Cualitativo

- Es la revisión de la Historia Clínica para asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores. Asimismo, que el registro sea con letra legible (en el caso de historias clínicas manuscritas), consignando el nombre, firma y sello del personal de salud que presta la atención. Es responsabilidad del Comité Institucional de Historia Clínica de la IPRESS, verificar el cumplimiento de las Auditorías de Calidad del Registro; en las IPRESS que tienen constituidos el Comité de Auditoría Médica o el Comité de Auditoría en Salud, se realiza a través de estos equipos, en ausencia de éstos será asumido por el Comité Institucional de Historias Clínicas.

5.3.3. DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Además de lo dispuesto en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE, y su Reglamento, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- a. La Historia Clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en una Institución Prestadoras de Servicios de Salud. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos a la que accederán los profesionales de la salud autorizados en la IPRESS de acuerdo con el marco legal vigente.
- b. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud podrán optar por el uso de la Historia Clínica Electrónica, debiendo sujetarse a las disposiciones de la presente Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, toda vez que tiene las mismas prerrogativas que la Historia Clínica manuscrita, en aspectos clínicos y legales, para todo proceso de registro y acceso a la información correspondiente a la salud de las personas³⁴.
- c. Los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, que brindan atención reiterada a los mismos usuarios de salud o pacientes, y que por la naturaleza del servicio que brindan, deben llevar el registro seriado de dichas atenciones en historias clínicas, y que para tal fin empleen historias clínicas electrónicas, están obligados a acreditar su sistema de información, según lo señalado en la normatividad de la materia³⁵.
- d. Todo registro en una Historia Clínica Electrónica es refrendada con una firma digital, por tanto, es un documento que cuenta con la misma validez y eficacia jurídica que una Historia Clínica manuscrita soportada en papel y refrendada con una firma, en concordancia con lo establecido en la Ley³⁶.
- e. La Historia Clínica Electrónica debe contar con una estructura, que separe los datos de identificación del titular, de los datos de sus atenciones, pudiendo asociarse ambas únicamente en el ámbito de prestación de atención asistencial del titular³⁷. Esta estructura debe seguir lo establecido en el apartado 5.1.1 del numeral 5.1. de la presente Norma Técnica de Salud.

³⁴ Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI V.01 "Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica", aprobada con R.M. N° 576-2011/MINSA.

³⁵ Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, su Reglamento.

³⁶ Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales.

³⁷ Ib.



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- f. Toda acción de registro en la Historia Clínica electrónica y manuscrita debe darse únicamente como consecuencia de la prestación de salud al usuario de salud y, consignar los datos necesarios para una posterior auditoría.
- g. El usuario de salud tiene el derecho de acceder a los datos contenidos en su Historia Clínica Electrónica, a que le sean presentados de manera inteligible, que le sean explicados y a solicitar su modificación en caso de estar probadamente erróneos³⁸.
- h. El paciente o usuario de salud debe proporcionar sus datos de filiación al abrir o crear una historia clínica electrónica, sujetándose al principio de veracidad.
- i. La determinación de Información Clínica Sensible la realiza el usuario de salud o paciente en el momento de la atención a través del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SHICE, en la Institución Prestadora de Servicios de Salud; en el servicio o área donde recibe la prestación de salud.
- j. Ningún dato registrado en la Historia Clínica Electrónica podrá ser eliminado, y de ser necesaria su corrección, ésta deberá realizarse como un nuevo registro, sin eliminar el que se pretende corregir, e indicando el motivo de tal corrección³⁹.
- k. El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica debe garantizar la autenticidad, confidencialidad, integridad, conservación y custodia de la Historia Clínica Electrónica.
- l. El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de una IPRESS debe estar acreditado por la Dirección de Salud, Dirección Regional de Salud o la que haga sus veces; en el marco de lo señalado en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Electrónicas – RENHICE y su Reglamento, y otros documentos normativos que apruebe la Autoridad Nacional de Salud.
- m. El diseño, desarrollo e implementación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, debe tener en consideración el uso de los datos, procesos y metodologías estandarizadas a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información – OGTI del MINSA o la que haga sus veces, según la normatividad vigente⁴⁰.
- n. El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas debe ser periódicamente auditado en el marco de lo que disponga la Autoridad Nacional de Salud. El Comité Institucional de Historias Clínicas correspondiente, verifica el cumplimiento de las Auditorías de Calidad del Registro. En las IPRESS que tienen constituidos el Comité de Auditoría Médica o el Comité de Auditoría en Salud, la auditoría se realiza a través de estos equipos, en ausencia de éstos será asumido por el Comité Institucional de Historias Clínicas.
- o. Las IPRESS públicas, privadas o mixtas, que cuentan con historias clínicas manuscritas, deberán implementar en forma progresiva la historia clínica electrónica, de acuerdo con su disponibilidad presupuestal, y su implementación deberá seguir los estándares para la acreditación de su sistema de información de historias clínicas electrónicas ante el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE.
- p. La implementación de las Historias Clínicas Electrónicas en una IPRESS no implica que las historias clínicas manuscritas pre existente en ésta tengan que ser transformadas a la versión electrónica.
- q. Las IPRESS públicas, privadas o mixtas, que cuentan con historias clínicas informatizadas, deberán implementar un sistema de información de historias clínicas electrónicas para la acreditación ante el RENHICE.

³⁸ R.M. N° 576-2011-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI V.01 "Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica.

³⁹ Ib.

⁴⁰ Directiva N° 001-2002-OGEI, aprobada con Resolución Ministerial N° 1942-2002-SA/DM.



r. La Historia Clínica Electrónica debe contar con:

- ✓ Base de datos.
- ✓ Estructura de datos estandarizada.
- ✓ Control de acceso restringido – Privilegio de accesos.
- ✓ Sistema de copias de resguardo.
- ✓ Registro informatizado de firmas de usuarios (ajustarse a lo establecido en la normatividad⁴¹).
- ✓ Simultaneidad de accesibilidad.
- ✓ Confidencialidad.
- ✓ Recuperabilidad.
- ✓ Inviolabilidad de los datos.

Además:

- ✓ Debe ser auditable.
- ✓ Debe permitir la secuencialidad de las atenciones.
- ✓ Debe permitir la impresión.

5.3.4. TRANSICIÓN A UNA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

- a) Todas las IPRESS que cuenten con Historias Clínicas Informatizadas deben implementar un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, para lo cual deben iniciar con:
- Cumplir mínimamente los aspectos de seguridad: confidencialidad, disponibilidad, integridad y autenticidad; y con lo establecido en la Directiva de Seguridad de la Información⁴² del Ministerio de Justicia.
 - Implementar la firma digital para los profesionales de la salud según lo señalado en la normatividad vigente⁴³, que autoriza el uso de firma digital en actos médicos y actos de salud.
 - Cuando se implemente la firma digital para los usuarios de salud; estará exonerado de imprimir los formatos de atención y de seguir usando la historia clínica manuscrita.
 - El registro de la atención debe ser realizado en el sistema de información antes indicado, por el profesional de la salud que brindó la prestación y en el mismo momento.
 - La Institución Prestadora de Servicios de Salud debe garantizar que los profesionales de la salud se autenticuen en el sistema de información con sus credenciales de acceso, y que se asegure la trazabilidad de los datos registrados, los mismos que se realizan por única vez.
 - Para el caso de menores de edad o personas que requieran un apoderado, tutor o representante legal, serán quienes firmarán electrónicamente los formatos de atención.
- b) Para la implementación de la Historia Clínica Electrónica, se debe tener como referencia el marco legal establecido por la ley N° 30024; Ley que crea el Registro

⁴¹ Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales y su Reglamento, o la que haga sus veces.

⁴² Se genera en el marco de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

⁴³ Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la Historia Clínica Electrónica, aprobada con R.M. N° 576-2011/MINSA o la que haga sus veces.



Nacional de Historia Clínica Electrónica y su Reglamento, y los documentos normativos que genere la Autoridad Sanitaria Nacional.

5.3.5. PROCESOS DE CONTROL GERENCIAL

Se han definido algunos indicadores orientados al monitoreo, supervisión y evaluación de los procesos establecidos en la presente norma técnica de salud, para el correcto y completo registro de los formatos de atención de la persona y su familia, para el adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas.

El nivel de reporte, la periodicidad y responsabilidad de la medición de los indicadores están establecidos en las respectivas fichas técnicas.

Entre estos indicadores se describen los siguientes:

a) En el primer nivel de atención.

a.1 Para el monitoreo de la codificación adecuada de las Historias Clínicas.

Indicador:

1. Apertura de historias clínicas con codificación del número de Documento Nacional de Identidad – DNI en la IPRESS (Ficha Técnica N° 1).

Número de historias clínicas codificación del número de DNI (en un periodo) X 100
Número de historias clínicas nuevas abiertas (en el mismo periodo)

a.2 Para el monitoreo del registro correcto y completo de las Historias Clínicas.

Indicador:

1. Calidad del registro de las historias clínicas en la IPRESS (Ficha Técnica N° 2).

Nº de historias clínicas auditadas con registro completo y correcto en la IPRESS (en un servicio y periodo determinado) X 100
Nº de historias clínicas auditadas de la IPRESS (en el mismo servicio y periodo)

a.3 Para el monitoreo de la adecuada conservación de las Historias Clínicas en el archivo institucional.

Indicador:

1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS de la Red de Salud que han implementado el archivo de historias clínicas (Ficha Técnica N° 3).

Número de IPRESS de la Red de Salud que cuentan con archivo de historias clínicas implementado de acuerdo a la NTS (en un periodo) X 100
Número de IPRESS de la Red de Salud o quien haga sus veces (en el mismo periodo)

a.4 Para el monitoreo de la adecuada eliminación de las Historias Clínicas.

Indicador:

1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS que han eliminado historias clínicas según el CEDI (Ficha Técnica N° 4).

Número de IPRESS que eliminan historias clínicas según CEDI (en un periodo) X 100
Número de IPRESS que programan eliminación de historias clínicas en el CEDI (*)
(en el mismo periodo)



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

(*) Cronograma de Eliminación de Documentos Institucionales.

b) En Hospitales e Institutos Especializados.

b.1 Para el monitoreo de la codificación adecuada de las Historias Clínicas.

Indicador:

1. Apertura de historias clínicas con codificación del número de Documento Nacional de Identidad – DNI en la IPRESS (Ficha Técnica N° 1).

$$\frac{\text{Número de historias clínicas nuevas con codificación del número de DNI (en un periodo)}}{\text{Total de historias clínicas nuevas (en el mismo periodo)}} \times 100$$

b.2 Para el monitoreo del registro correcto y completo de la Historia Clínica.

Indicador:

1. Calidad del registro de las historias clínicas en la IPRESS (Ficha Técnica N° 2).

$$\frac{\text{N° de historias clínicas auditadas con registro completo y correcto en la IPRESS (en un servicio y periodo determinado)}}{\text{N° de historias clínicas auditadas de la IPRESS (en el mismo servicio y periodo)}} \times 100$$

b.3 Para el monitoreo del adecuado manejo y conservación de las Historias Clínicas en el archivo institucional.

Indicadores:

1. Archivamiento Oportuno de formatos de hospitalización al alta médica, en las historias clínicas de los usuarios en salud (Ficha Técnica N° 5)

$$\frac{\text{Número de historias clínicas con archivamiento oportuno (≤48 horas) de los formatos de hospitalización en la IPRESS (en un periodo y servicio seleccionado)}}{\text{Número de historias clínicas de pacientes egresados de hospitalización en la IPRESS (en el mismo periodo y servicio seleccionado)}} \times 100$$

2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS con Internamiento que han implementado el archivo de historias clínicas (Ficha Técnica N° 7).

$$\frac{\text{Número de IPRESS con internamiento que cuentan con archivo de historias clínicas implementado (en un ámbito y periodo)}}{\text{Número de IPRESS con internamiento (en un ámbito y periodo)}} \times 100$$

b.4 Para el monitoreo de la adecuada eliminación de las Historias Clínicas.

Indicador:

1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS que han eliminado adecuadamente historias clínicas (Ficha Técnica N° 4).

$$\frac{\text{Número de IPRESS que eliminan historias clínicas según CEDI (en un periodo)}}{\text{Número de IPRESS que programan eliminación de historias clínicas en el CEDI (*) (en el mismo periodo)}} \times 100$$

(*) Cronograma de Eliminación de Documentos Institucionales.

DIRESA JUNIN



c) Para todas las IPRESS.

Indicador:

1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS que reportan historias clínicas extraviadas y/o destruidas accidentalmente (Ficha Técnica N° 6).

Número de IPRESS que reportan historias clínicas extraviadas y/o destruidas de forma fortuita y/o accidental (en un periodo) X 100
Número de IPRESS de un ámbito determinado ** (en el mismo periodo)

(**) Puede corresponder a DIRIS/DIRESA/GERESA.

Las fichas técnicas de los indicadores antes descritos se encuentran en el Anexo N° 14: Fichas Técnicas de Indicadores de Control Gerencial.

6. RESPONSABILIDADES

6.1 A NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional es responsable de la difundir la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, de brindar asistencia técnica para su implementación, de supervisar y monitorear su aplicación y cumplimiento.

6.2 A NIVEL REGIONAL

Las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, así como las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana; son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud en su jurisdicción; así como de su implementación, supervisión, monitoreo y evaluación en lo que corresponda a su competencia.

6.3 A NIVEL LOCAL

Las IPRESS del primer nivel de atención, los hospitales e Institutos Especializados (según corresponda) del ámbito de las Direcciones Regionales de Salud / Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en la región y las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana; son responsables de aplicar las disposiciones contenidas en la presente Norma Técnica de Salud, en lo que corresponda a su competencia.

7. DISPOSICIONES FINALES

- 7.1** Las IPRESS públicas, privadas o mixtas, con historias clínicas manuscritas de forma progresiva deberán implementar la historia clínica electrónica, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal y su implementación debe seguir los estándares para la acreditación de su sistema de información de Historias Clínicas Electrónicas ante el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE, según lo establecido en la normatividad vigente⁴⁴.
- 7.2** Las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, las Direcciones de Redes Integradas de Salud del ámbito de Lima Metropolitana, son las encargadas de elaborar el plan de implementación de la presente norma en las IPRESS de su jurisdicción, el que se incorpora en los planes operativos institucionales. Las IPRESS

⁴⁴ Artículo 27 del Decreto Supremo N° 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.



privadas presentarán de manera individual a la Diresa/GERESA/DIRIS del ámbito de su jurisdicción, el plan de implementación de la norma técnica de salud.

- 7.3** El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma técnica de salud, será sancionado de acuerdo a las disposiciones administrativas existentes, a la Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias, al Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA o el que haga sus veces, y al Código de Ética y Deontología de los respectivos Colegios Profesionales, sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.

VIII. ANEXOS

- Anexo N° 1: Ficha Familiar.
- Anexo N° 2: Formato de Atención Integral del Niño.
- Anexo N° 3: Formato de Atención Integral del Adolescente.
- Anexo N° 4: Formato de Atención Integral del Joven.
- Anexo N° 5: Formato de Atención Integral del Adulto.
- Anexo N° 6: Formato de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Anexo N° 7: Elementos a considerar en el formato de Atención de Emergencias.
- Anexo N° 8: Formato de consentimiento para compartir información, en personas con discapacidad.
- Anexo N° 9: Modelo Referencial de Acta de Entrega de Documentos al Archivo General de la Nación.
- Anexo N° 10: Modelo Referencial de Acta de Sesión del Comité de Evaluación de Documentos.
- Anexo N° 11: Formato de Consentimiento de Tratamiento de Datos Personales en la Historia Clínica.
- Anexo N° 12: Formato de Consentimiento de Informado para las Actividades de Docencia durante la Atención de Salud.
- Anexo N° 13: Modelo Referencial de Acta del Comité Institucional de Historias Clínicas.
- Anexo N° 14: Fichas Técnicas de Indicadores de Control Gerencial.



NTS N° 139- MINSa/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

ANEXO N° 1: FICHA FAMILIAR															
I. DATOS GENERALES							FAMILIA:								
IGSS/DIRESA/ GERESA	MR de Salud		N° Integrantes de la familia	Niñas y Niños	Adolescentes	Jóvenes	Adultos	Adultos mayores	TOTAL						
RED	E.E.S.S.														
II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS							III. VISITA DE SALUD FAMILIAR								
Provincia:		Tiempo que demora en llegar al E.E.S.S.:			Fecha	Responsable de la visita		Resultado de la visita		Próxima visita					
Localidad:		Medio de transporte de mayor uso:													
Distrito:		Tiempo de residencia en el domicilio actual:													
Sector:		Residencias anteriores:													
Área de residencia:		Disponibilidad para prox. visitas:													
Teléfono o celular:		Correo electrónico:													
Dirección de la Vivienda:															
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA(S) O LOS(S) INFORMANTE(S):															
IV. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA															
Etnia / Raza:				Idioma predominante de la familia:				Religión:							
N°	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	EDAD Y SEXO		D.N.I./ Carnet de extranjería	FECHA NACIMIENTO	(a) PARENTESCO	(b) ESTADO CIVIL	(c) GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	(d) CONDICIÓN DE LA OCUPACIÓN	SEGURO DE SALUD			
			M	F								SIS	ESSALUD/FFAA/ PNP	Privado	Sin seguro
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															

(a) PARENTESCO: Padre (P), Madre (M), Hija/o (H), Hija/o Adoptiva/o (HA), Abuela/o (A), Tía/o (T), Nieta/o (N), Padrastro (PA), Madrastra (MA), Sobrina/o (S), Prima/o (PR), Bis-abuela/o (BA), Amiga/o (AMG), Hermana/o (HM), Yerno (Y), Nuera (N). (b) ESTADO CIVIL: Soltera/o (S), Conviviente (CO), Casada/o (C), Separada/a (SP), Divorciada/o (D), Viuda/o (V), Otros (O). (c) GRADO DE INSTRUCCIÓN: Sin Instrucción (SI), Inicial (I), Primaria Completa (PC), Primaria Incompleta (PI), Secundaria Completa (SC), Secundaria Incompleta (SI) y Superior Completo (SUC), Superior Incompleto (SUI). (d) CONDICIÓN DE LA OCUPACIÓN: Trabajador/a Estable (S), Eventual (V), Sin ocupación (SO) Jubilado/a (J), Estudiante (E).



NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR									
CICLO VITAL FAMILIAR		ECOMAPA		FAMILIOGRAMA (estructural y de relaciones familiares)					
Familia en formación				FECHA(S) DE ELABORACIÓN					
Familia en expansión									
Con nacimiento del primer hijo/a									
Con hijo/a en edad pre-escolar				REALIZADO POR					
Con hijo/a en edad escolar									
Con hijo/a adolescente									
Con hijo/a en edad adulta									
Familia en disolución		TIPO DE FAMILIA	Nuclear		Monoparental				
Familia en contracción			Extendida		Reconstituida				
			Ampliada		Equivalente familiar				

VI. RIESGOS A IDENTIFICAR DE ACUERDO A LA ETAPA DE VIDA Y COMO FAMILIA									
ETAPA NIÑO (0 – 11 años)		ETAPA ADOLESCENTE (12 a 17 años)		ETAPA JOVEN (18 a 29 años)		ETAPA ADULTO (30 a 59 años)		ETAPA ADULTO MAYOR (> de 60 años)	
RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°
Niño nacido prematuro.		Sin evaluación nutricional.		Sin evaluación nutricional.		Sin evaluación nutricional.		Sin evaluación nutricional.	
Recién nacido (< 28 días).		Sin evaluación de riesgo cardiovascular.		Joven con vacunas incompletas.		Adulto con vacunas incompletas.		Sin evaluación mental.	
Sin identificación de problemas visuales y auditivos.		Sin evaluación del desarrollo psicosocial.		Sin evaluación del desarrollo psicosocial.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.	
Recién nacido sin documento nacional de identidad.		Sin evaluación de la agudeza visual y auditiva.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles.	
Niño con vacunas incompletas.		Sin evaluación del desarrollo sexual.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles.		Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades ocupacionales.		Mujer sexualmente activa sin Papanicolaou anual (hasta los 65 años).	
Niño < 6 meses sin lactancia materna exclusiva.								Sin evaluación funcional.	
Sin evaluación de la cavidad bucal.		Sin evaluación de la cavidad bucal.		Sin evaluación de la cavidad bucal.		Sin evaluación de la cavidad bucal.		Sin evaluación de la cavidad bucal.	
Sin sesiones de estimulación temprana.		Sin evaluación física postural.		Sin identificación de problemas renales.		Mujer sexualmente activa sin Papanicolaou anual.		Déficit visual y/o auditivo.	
Niño sin exámenes: Parásitos, RPR, Hb, Gc, TSH.		Adolescente con vacunas incompletas.		Sin evaluación de riesgo cardiovascular.		Adulto con conducta sexual de riesgo.		Adulto mayor con vacunas incompletas.	
Niño ≤ de 36 meses sin suplemento de Multivitaminas y hierro.		Participación en pandillas/delinuencia.		Mujer sexualmente activa sin Papanicolaou anual.		Mujer ≥ 45 (Hombre ≥ 35 sin examen de colesterol).		Mujer sin mamografía bianual (hasta los 69 años).	
Niño sin control de crecimiento y desarrollo.		Problemas de conducta y/o alimentación.		Mujer/Hombre en edad reproductiva sin planificación familiar.		Mujer/Hombre en edad reproductiva sin planificación familiar.		Mujer/Hombre sin examen de colesterol.	
Deserción escolar/bajo rendimiento escolar.		Deserción escolar/bajo rendimiento escolar.		Participación en pandillas/delinuencia.		Mamografía bianual a partir de los 50 años.		Mujer/Hombre sin prueba sangre oculta en heces.	
Recién nacido de parto domiciliario.		Adolescente con conducta sexual de riesgo.		Joven con conducta sexual de riesgo.		Hombre >50 sin evaluación de próstata.		Hombre sin evaluación de próstata.	

OBSERVACIONES:



NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

DISCAPACIDAD		GESTANTE		Colocar N°	FAMILIA							
En sus actividades diarias tiene limitaciones de forma permanente para...	Colocar N°	Sin plan de parto			RIESGOS		SI	NO	RIESGOS		SI	NO
		Vacunas incompletas			¿Ud. y su pareja han recibido información sobre cómo educar a sus hijos/as?				¿Las costumbres, relaciones, normas pueden modificarse ante determinadas situaciones?			
Moverse o caminar, para usar brazos o piernas		Sin psicoprofilaxis			¿Su hijo/a le hace preguntas o pide ayuda cuando lo necesita?				¿Se acostumbra en la familia que los varones ayuden en las labores de la casa?			
		Sin vigilancia nutricional										
Entender o aprender		Sin / Incompleto CPN										
Ver, aun usando anteojos		Sin evaluación de la cavidad bucal			En los últimos 12 meses ¿Ud. o algún miembro de su familia comió menos o dejó de comer porque no había suficiente dinero para la comida?				Alguna vez a Ud. o algún miembros de su familia le han hecho sentir como quien no encaja por causa de su vestido, lengua, etnicidad o cultura?			
Oír, aun usando audífonos		Sin administración de suplemento (hierro, ácido fólico)										
Hablar, o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otros		PUERPERA	Colocar N°		¿Ud. y su pareja han recibido consejería de suplementación con micronutrientes y hierro?				¿En su familia se promueve la disciplina y el cumplimiento de las tareas asignadas?			
Relacionarse con los demás x sus pensamientos, sentimientos o conductas		Sangrado vaginal abundante			¿Su hijo/a tiene metas, objetivos claros y sabe cómo lograrlos?				¿Su familia cuenta con espacios en la vivienda que garanticen la privacidad y la intimidad en las expresiones sexuales?			
		Sangrado vaginal con mal olor										
¿Cuál es el origen de esta(s) limitación(es)?	Colocar N°	Fiebre, escalofríos			Los intereses y necesidades de cada miembro son respetados por la familia							
		Molestias para orinar										
Enfermedad laboral		Dolor y calor en mamas										
Genético / congénito / de nacimiento		OTROS RIESGOS	Colocar N°		En su familia, ¿Se promueve la transmisión de experiencias y conocimientos en forma clara y directa?				¿En su familia se resuelven los conflictos con participación de sus miembros?			
Enfermedad crónica		Riesgo de exposición solar			En su familia ¿Se hace difícil demostrar cariño los uno a los otros?				¿Algún miembro de su familia ha sido víctima de violencia (física, psicológica, de género)?			
Accidente laboral		Riesgos en el trabajo			¿En su familia se promueve la unión entre sus miembros?				¿Algún miembro de su familia ha intentado suicidarse?			
Accidente de tránsito		Riesgo de consumo de tabaco			Ante situaciones difíciles su familia busca ayuda en otras personas o instituciones.				En su familia, el padre o la madre hablan libremente de la sexualidad con los hijos(as)?			
Violencia familiar o política		Tos y flema más de 14 días										
Accidente común en el o fuera del hogar		Riesgo de sedentarismo										
		Alergia a medicamentos:										

OBSERVACIONES:

VII. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y LA VIVIENDA													
INGRESO FAMILIAR		MATERIAL DEL PISO	Marcar con X	MATERIAL DE LAS PAREDES	Marcar con X	MATERIAL DE TECHO	Marcar con X	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	Marcar con X	DISPOSICIÓN DE BASURA	Marcar con X	SERVICIOS EN EL DOMICILIO	Marcar con X
S/. (mensual)		Madera		Madera, estera		Calamina		Aire libre		Carro recolector		Teléfono	
		Parquet		Adobe o tapia		Madera, tejas		Acequia, canal		¿Frecuencia?		Internet	
		Losetas		Cemento/ladrillo		Noble		Red pública (*)		A campo abierto		Cable	
AGUA DE CONSUMO	Marcar con X	Cemento/ladrillo		Quincha (caña con barro), piedra con barro		Eternit o fibra de cemento		Letrina		Al río		Electricidad	
		Tierra		Otros		Paja, hojas		Pozo séptico		Se entierra, quema		Agua, desagüe	
Agua con tratamiento (*)		Otros								En un pozo		Otros	
Agua sin tratamiento (*)		COMBUSTIBLE PARA COCINAR	Marcar con X	CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS	Marcar con X	VIVIENDA CON INFRAESTRUCTURA EN RIESGO	SI NO	DESCRIBIR:		VIII. RIESGO DEL ENTORNO			Marcar con X
ABASTECIMIENTO DE AGUA	Marcar con X	Leña		A temperatura ambiente		PRESENCIA DE VECTORES EN LA VIVIENDA	SI NO	DESCRIBIR		Lluvias, inundaciones			
		Carbón		Refrigeradora			Basural junto a la vivienda.						
Red pública dentro de la vivienda		Bosta		En recipiente sin tapa		TENENCIA DE ANIMALES			Inservibles junto a la vivienda.				
		Gas, electricidad		En recipiente con tapa					Humos o vapores de productos químicos de fábricas, industrias o minería.				
Red pública fuera de la vivienda (*)		N° DE PERS X HABITACIÓN	Marcar con X	DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE PROPIO	Marcar con X	TIPO DE ANIMAL	Marcar con X	VACUNAS	Riesgo de derrumbes, huaycos				
		De 1 a 3 miembros		Automóvil		Mascota: perro, gato		SI NO	Pandillaje, delincuencia.				
Pozo, cisterna		De 4 miembros a mas		Bicicleta		De importancia económica: cabras, cameros, cerdos, vaca, aves de corral		SI NO	Alcoholismo, drogadicción.				
Río, acequia				Motocicleta		Convive con los animales dentro de la vivienda		SI NO	Sin alumbrado público.				
Familia cuenta con mochila de emergencia		SI	NO	Su vivienda ¿cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos?				SI	NO	Pistas no asfaltadas.			
Familia cuenta con botiquín de emergencia		SI	NO	Su cocina ¿cuenta con sistema de eliminación del humo de cocina o ventilación?				SI	NO	Vectores (mosquitos, zancudo roedores, etc).			



NTS N° 138- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA FAMILIA (PAIFAM) – INTERVENCIONES

EJE DE INTERVENCIÓN	I.- SALUD INDIVIDUAL (comprende los paquetes de atención integral por etapas de vida)								
NOMBRES Y APELLIDOS	RIESGO/PROBLEMA IDENTIFICADO		ACUERDOS	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	VISITA DE SALUD FAMILIAR				OBSERVACIONES
	EDAD	PROBLEMA			/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
EJE DE INTERVENCIÓN	II.- FUNCIONES DE LA FAMILIA (comprende las funciones básicas: cuidado, afecto, expresión de la sexualidad, socialización estatus social, y las funciones según sus relaciones internas: comunicación, cohesión, permeabilidad, rol, adaptabilidad y armonía)								
EJE DE INTERVENCIÓN	III.- CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y ENTORNOS (comprende las características de la vivienda, eliminación de excretas, tenencia de animales, aguas estancadas, vectores, pandillaje y otros alrededor de la vivienda)								



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

ANEXO N° 2
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD									
N° de Historia Clínica		¿Es SBL u otro Seguro :		CURSIM					
Apellidos				F. de Nac.					
Nombres				Sexo:		☐ M ☐ F			
Problemas y Necesidades									
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL			EDAD NIO	GRUPOS DE EDADES					
N°	PRESTACIÓN DE SALUD	DESCRIPCIÓN		0 - 28d	1m - 11m	1 año	2 años	3 años	4 años
				FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	Valoración 1ra Consulta : Antecedentes - Tamizaje - Identificación de factores de riesgo.	C9902 Dx = D, Lab = N						
2	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	Considerar si el niño ha sido atendido en ESESS, del Nivel y Hospitales	Dx = D						
3	TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL	Hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilketonuria y fibrosis quística.	90009 Muestra / 2 SBL Resultado de						
4	TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL	Descarte de sordera en etapa neonatal							
5	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	A partir del 1° mes	Z001 Dx = D, Lab = N						
6	INMUNIZACIONES	A partir del nacimiento							
7	TAMIZAJE DE ANEMIA (Examen de Laboratorio)	A partir de los 4 meses	Z010, Dx = P						
8	DESCARTE DE PARASITOSIS	A partir del año	Z 100, Dx = P						
9	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	Detectar Riesgo de Violencia intrafamiliar y/o maltrato infantil.	U100, Dx = D, Lab = N		*				
10	ORIENTACIÓN INTEGRAL	Lactancia Materna, Signos de Alarma y Cuidados del Recién Nacido.	99401 Dx = R, Lab = N						
11	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	Según norma técnica y de acuerdo a la necesidad.	99403 Dx = D, Lab = N						
12	TRATAMIENTO	Anemia.	Z 299						
13	ATENCIÓN TEMPRANA	Parasitosis.	Z 293						
14	SESIONES DEMOSTRATIVAS	Potenciar habilidades en el niño y niña.	99411						
15	ADMINISTRACIÓN DE HIERRO (SULFATO FERROSO / MICRONUTRIENTES)	Actividad educativa en la que los participantes aprenden a combinar los alimentos en forma adecuada.	C 6010						
16		Hierro	Z 299, Dx = D, Lab = SF 1, SF 2, SF 3, SF 4, SF 5						
17		Vitamina A							
18		Micronutrientes							
19	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Examen odontológico							
20		Instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades de la cavidad bucal							
21		Profilaxis y Aplicación de fluor barniz							
22	EVALUACIÓN PSICOSOCIAL	Evaluación de las habilidades sociales y cognitivas. Identifica problemas de aprendizaje y de conducta riesgo.	U100, Dx = D, Lab = OM						
23	EVALUACIÓN AGUDEZA VISUAL	Se realiza la evaluación a partir de los 03 años	Z 010, Dx = D						
24	VISITA FAMILIAR INTEGRAL - SEGUIMIENTO	Actividad extramural que se realiza el seguimiento y control del niño.	99544, Dx = D						



DIRESA JUNIN

NTS N° 139- MINSa/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO																																																																																																
N° de Historia Clínica																																																																																																
Estab. de Salud:						Cód. Afiliación SIS u otro Seguro																																																																																										
DATOS GENERALES																																																																																																
Apellidos		Nombres				Sexo: M ☐ F ☐		Edad:																																																																																								
Lugar de Nacimiento:		Domicilio/Referencia				F Nac:		CUI/DNI		G.S. Rh																																																																																						
Nombre y Apellidos de la Madre		Edad		Identificación (DNI)		Teléfono, Domicilio/Movil																																																																																										
Grado de Instrucción		Ocupación		Estado civil		Religión																																																																																										
Nombre y Apellidos del Padre		Edad		Identificación (DNI)		Teléfono, Domicilio/Movil																																																																																										
Grado de Instrucción		Ocupación		Estado civil		Religión																																																																																										
Antecedentes Personales: 1. Embarazo Normal ☐ Complicado ☐ Patología(s) durante la gestación: *Embarazo de riesgo *Infecciones intrauterinas, vaginales, ITU *Diabetes gestacional *Hipertensión arterial *Anemia Control Prenatal: Si ☐ No ☐ N° CN ☐ N° de embarazo ☐ 1.3 Nacimiento Edad Gest. al nacer (seem): A término (37 a 40) Pretérmino (<36) Peso al nacer (gr): Talla al nacer (cm): Perímetro cefálico: Sufrimiento fetal 2. Antec. Patológicos Si No TBC SOBA / Asma Transfusiones sang. Neurológico Alergia a medic. Otros:																																																																																																
1.2 Parto: Parto Eutócico ☐ Complicado ☐ Complicaciones del parto: Lugar del parto: EEES ☐ Domicilio ☐ Atendido por: Profesional de Salud ACS ☐ Técnico Familiar ☐ Otro (especificar): Corte tardío del cordón umbilical: <3min ☐ 3min a 4 ☐ Contacto piel a piel: Si ☐ No ☐ Lactancia precoz: No ☐ Si ☐																																																																																																
1.4 Después del nacimiento Patologías: Hipoglucemia Infección Hiperbilirrubinemia Grupos Retinopatía Otros:																																																																																																
3. Antecedente familiares Quién Si No Tuberculosis VIH-SIDA Diabetes Epilepsia Alergia a medicamentos Violencia familiar Alcoholismo Drogadicción Hepat. B Padre(P), Madre(M), Hno(H) Abuelo(A)																																																																																																
4. Factores de riesgo social Cuidador del niño(a): Apoyo de familiares: Si ☐ No ☐ Embarazo adolescente: Si ☐ No ☐ Número de hijos: 2 a 3 ☐ >3 ☐ Últimos embarazos espaciados: <2 ☐ 2 a 5 ☐ >5 ☐																																																																																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">VACUNAS</th> <th>DOSIS</th> <th>FECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">RN</td> <td>BCG</td> <td>Única</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HVB</td> <td>Única</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PENTAVALENTE (2 MESES, 4 MESES y 6 MESES)</td> <td>1° 2° 3°</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="6"><DE 1 AÑO</td> <td>ANTIPOLIO (2M (IPV), 4M (IPV) y 6M (OPV))</td> <td>1° 2° 3°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ROTAVIRUS (2 MESES, 4 MESES)</td> <td>1° 2°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NEUMOCOCO (2 MESES, 4 MESES)</td> <td>1° 2°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INFLUENZA (7 MESES Y 8 MESES)</td> <td>1° 2°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SPR (12 MESES)</td> <td>1°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NEUMOCOCO (12 MESES)</td> <td>3°</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">1 AÑO</td> <td>ANTIAMARILICA (15 MESES)</td> <td>Única</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1ER. REF. DPT (18 MESES)</td> <td>1°R</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1ER. REF. SPR (18 MESES)</td> <td>1°R</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1ER. REF. APO (18 MESES)</td> <td>1°R</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">4 Años</td> <td>2DO. REF. DPT (4 AÑOS)</td> <td>2°R</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2DO. REF. APO (4 AÑOS)</td> <td>2°R</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												VACUNAS		DOSIS	FECHA	RN	BCG	Única		HVB	Única		PENTAVALENTE (2 MESES, 4 MESES y 6 MESES)	1° 2° 3°		<DE 1 AÑO	ANTIPOLIO (2M (IPV), 4M (IPV) y 6M (OPV))	1° 2° 3°		ROTAVIRUS (2 MESES, 4 MESES)	1° 2°		NEUMOCOCO (2 MESES, 4 MESES)	1° 2°		INFLUENZA (7 MESES Y 8 MESES)	1° 2°		SPR (12 MESES)	1°		NEUMOCOCO (12 MESES)	3°		1 AÑO	ANTIAMARILICA (15 MESES)	Única		1ER. REF. DPT (18 MESES)	1°R		1ER. REF. SPR (18 MESES)	1°R		1ER. REF. APO (18 MESES)	1°R		4 Años	2DO. REF. DPT (4 AÑOS)	2°R		2DO. REF. APO (4 AÑOS)	2°R																																	
VACUNAS		DOSIS	FECHA																																																																																													
RN	BCG	Única																																																																																														
	HVB	Única																																																																																														
	PENTAVALENTE (2 MESES, 4 MESES y 6 MESES)	1° 2° 3°																																																																																														
<DE 1 AÑO	ANTIPOLIO (2M (IPV), 4M (IPV) y 6M (OPV))	1° 2° 3°																																																																																														
	ROTAVIRUS (2 MESES, 4 MESES)	1° 2°																																																																																														
	NEUMOCOCO (2 MESES, 4 MESES)	1° 2°																																																																																														
	INFLUENZA (7 MESES Y 8 MESES)	1° 2°																																																																																														
	SPR (12 MESES)	1°																																																																																														
	NEUMOCOCO (12 MESES)	3°																																																																																														
1 AÑO	ANTIAMARILICA (15 MESES)	Única																																																																																														
	1ER. REF. DPT (18 MESES)	1°R																																																																																														
	1ER. REF. SPR (18 MESES)	1°R																																																																																														
	1ER. REF. APO (18 MESES)	1°R																																																																																														
4 Años	2DO. REF. DPT (4 AÑOS)	2°R																																																																																														
	2DO. REF. APO (4 AÑOS)	2°R																																																																																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>CONTROL</th> <th>CRED</th> <th>EDAD</th> <th>FECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">RN</td> <td>1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="7"><DE 1 AÑO</td> <td>1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">1 AÑO</td> <td>1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">2 AÑOS</td> <td>1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												EDAD	CONTROL	CRED	EDAD	FECHA	RN	1°				2°				3°				4°				<DE 1 AÑO	1°				2°				3°				4°				5°				6°				7°				1 AÑO	1°				2°				3°				4°				2 AÑOS	1°				2°				1°				2°			
EDAD	CONTROL	CRED	EDAD	FECHA																																																																																												
RN	1°																																																																																															
	2°																																																																																															
	3°																																																																																															
	4°																																																																																															
<DE 1 AÑO	1°																																																																																															
	2°																																																																																															
	3°																																																																																															
	4°																																																																																															
	5°																																																																																															
	6°																																																																																															
	7°																																																																																															
1 AÑO	1°																																																																																															
	2°																																																																																															
	3°																																																																																															
	4°																																																																																															
2 AÑOS	1°																																																																																															
	2°																																																																																															
	1°																																																																																															
	2°																																																																																															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">TAMIZAJE</th> <th><1 Año</th> <th>1 Año</th> <th>2 Años</th> <th>3 Años</th> <th>4 Años</th> <th>5 Años</th> <th>6 Años</th> <th>7 Años</th> <th>8 Años</th> <th>9 Años</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Descarte de Anemia</td> <td>Dosaje de Hb o Hto</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Descarte de Parasitosis</td> <td>Examen seriado Test de Graham</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												TAMIZAJE		<1 Año	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	5 Años	6 Años	7 Años	8 Años	9 Años	Descarte de Anemia	Dosaje de Hb o Hto											Descarte de Parasitosis	Examen seriado Test de Graham																																																											
TAMIZAJE		<1 Año	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	5 Años	6 Años	7 Años	8 Años	9 Años																																																																																					
Descarte de Anemia	Dosaje de Hb o Hto																																																																																															
Descarte de Parasitosis	Examen seriado Test de Graham																																																																																															



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

EVALUACION DE LA ALIMENTACION DE LA NIÑA Y EL NIÑO																															
FECHA (escribir la fecha sobre la edad del niño/niña):																															
EDAD:	RM	RM	RM	RM	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	14m	16m	18m	20m	22m	24m	27m	30m							
1. ¿La niña e niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar)																															
2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar)																															
3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar)																															
4. ¿La niña e niño recibe Leche no Materna? (Explorar)																															
5. ¿La niña o niño recibe aguitas? (Explorar)																															
6. ¿La niña o niño recibe algún otro alimento? (Explorar)																															
7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según edad? (Explorar)																															
8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explorar)																															
9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según edad? (Explorar)																															
10. ¿Consumo alimentos de origen animal? (Explorar)																															
11. ¿Consumo frutas y verduras? (Explorar)																															
12. ¿Añade aceite, mantequilla o margarina a la comida del niño?																															
13. ¿El niño recibe los alimentos en su propio plato?																															
14. ¿Añade sal de yodada a la comida familiar?																															
15. ¿Su niña o niño está tomando suplemento de hierro?																															
16. ¿Su niña o niño ha recibido suplemento de vitamina "A"?																															
17. ¿Su niña e niño está recibiendo multimicronutriente?																															
18. ¿Es la niña o niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social?																															
Si () No () Especificar:																															
OBSERVACIONES:																															
NOTA: Si alguna respuesta es negativa (NO), amerita una CONSEJERÍA NUTRICIONAL.																															

CONSULTA			
Fecha:	Hora:	Edad:	
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)			IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO
MEJOR DE 2 MESES: No quiere mamar, ni succiona: ☐ Convulsiones: ☐ Fontanela abombada: ☐ Enrojecimiento del ombligo e se extiende a la piel: ☐ Fiebre e temperatura febril: ☐ Rigidez de la nuca: ☐ Pústulas muchas y extensas: ☐ Letárgico e comatoso: ☐			¿Quién cuida al niño? Participa el padre en el cuidado del niño? Si ☐ No ☐ El niño recibe muestras de afecto? Si ☐ No ☐ Especifique: _____
DE 2 MESES A 4 AÑOS: No puede beber e tomar el pecho: ☐ Convulsiones: ☐ Letárgico e comatoso: ☐ Vomita todo: ☐ Estridor en reposo/raja subcostal: ☐			PARA TODAS LAS EDADES: Emaciación visible grave: ☐ Piel muere muy lentamente: ☐ Traumatismo/Quemaduras: ☐ Palidez palmar intensa: ☐ No presenta signos: ☐
ANAMNESIS			
1. Motivo de consulta:			
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio: Curso:			
Examen físico	Signos vitales	T°	PA
	FC	FR	Peso
	Talla	PC	
Diagnóstico	A. Diagnóstico Nosológico e Sintomático		2. Condición de crecimiento y estado nutricional
	1		Crecimiento adecuado
	2		Crecimiento inadecuado
	3		Riesgo nutricional Ganancia inadecuada
	B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo		P/E T/E P/T
1		Desnutrición	
2		Sobrepeso	
3		Obesidad	
Tratamiento	Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño		
Exámenes Auxiliares	Referencia (lugar y motivo)		
Proxima cita: Atendido por:			
Observación:	Firma y sello	Colegio profesional	DN
APELLIDOS Y NOMBRES: R.C.			

DIRESA JUNIN



NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

CONSULTA									
Fecha:			Hora:			Edad:			
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) MEJOR DE 2 MESES: No quiere mamar, ni succiona ☐ Convulsiones ☐ Fontanelas abombadas ☐ Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel ☐ Fiebre a temperatura baja ☐ Rigidez de la nuca ☐ Pústulas muchas y extensas ☐ Letárgico o comatoso ☐ DE 2 MESES A 4 AÑOS: No puede beber o tomar el pecho ☐ Convulsiones ☐ Letárgico o comatoso ☐ Vomita todo ☐ Estridor en reposo/tiraje subcostal ☐ PARA TODAS LAS EDADES: Emaciación visible grave ☐ Piel vuelve muy lentamente ☐ Traumatismo/Quemaduras ☐ Palidez palmar intensa ☐ No presenta signos ☐ IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO Quién cuida al niño? Participe el padre en el cuidado del niño? ☐ SI ☐ NO El niño recibe muestras de afecto? ☐ SI ☐ NO Especifique: _____									
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio: Curso:									
Examen físico	Signos vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC	
Diagnóstico	A. Diagnóstico Nosológico e Sintómico				2. Condición de crecimiento y estado nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor	
	1				Crecimiento adecuado			Riesgo para el desarrollo	
	2				Crecimiento inadecuado			Normal	
	3				Riesgo nutricional			Trastorno del desarrollo	
B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo				Genencia inadecuada de peso o talla			Observaciones:		
1				Desnutrición					
2				Sobrepeso					
3				Obesidad					
Tratamiento					Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño				
Exámenes Auxiliares					Referencia (lugar y motivo)				
Próxima cita: Atendido por:									
Observación: Firma y sello Colegio profesional ON									

CONSULTA									
Fecha:			Hora:			Edad:			
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) MEJOR DE 2 MESES: No quiere mamar, ni succiona ☐ Convulsiones ☐ Fontanelas abombadas ☐ Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel ☐ Fiebre a temperatura baja ☐ Rigidez de la nuca ☐ Pústulas muchas y extensas ☐ Letárgico o comatoso ☐ DE 2 MESES A 4 AÑOS: No puede beber o tomar el pecho ☐ Convulsiones ☐ Letárgico o comatoso ☐ Vomita todo ☐ Estridor en reposo/tiraje subcostal ☐ PARA TODAS LAS EDADES: Emaciación visible grave ☐ Piel vuelve muy lentamente ☐ Traumatismo/Quemaduras ☐ Palidez palmar intensa ☐ No presenta signos ☐ IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO Quién cuida al niño? Participe el padre en el cuidado del niño? ☐ SI ☐ NO El niño recibe muestras de afecto? ☐ SI ☐ NO Especifique: _____									
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio: Curso:									
Examen físico	Signos vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC	
Diagnóstico	A. Diagnóstico Nosológico e Sintómico				2. Condición de crecimiento y estado nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor	
	1				Crecimiento adecuado			Riesgo para el desarrollo	
	2				Crecimiento inadecuado			Normal	
	3				Riesgo nutricional			Trastorno del desarrollo	
B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo				Genencia inadecuada de peso o talla			Observaciones:		
1				Desnutrición					
2				Sobrepeso					
3				Obesidad					
Tratamiento					Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño				
Exámenes Auxiliares					Referencia (lugar y motivo)				
Próxima cita: Atendido por:									
Observación: Firma y sello Colegio profesional ON									
APELLIDOS Y NOMBRES N° DE HISTORIA CLÍNICA									



DIRESA JUNIN

DIRESA JUNIN

NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRAFICOS DE EVALUACION CRECIMIENTO < 5 AÑOS		GRAFICOS DE EVALUACION CRECIMIENTO < 5 AÑOS	
Longitud/estatura para la edad Niñas Parámetro Z (Nacimiento a 5 años) Patrones de crecimiento infantil de la OMS		Peso para la edad Niñas Parámetro Z (Nacimiento a 5 años) Patrones de crecimiento infantil de la OMS	
Peso para la longitud Niñas Parámetro Z (Nacimiento a 5 años) Patrones de crecimiento infantil de la OMS		Peso para la estatura Niñas Percentiles (2 a 5 años) Patrones de crecimiento infantil de la OMS	
NOMBRE Y APELLIDO DEL RESP. DE LA ATENCIÓN NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE Y APELLIDO DEL RESP. DE LA ATENCIÓN NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	



DIRESA JUNIN

GRAFICOS DE EVALUACION CRECIMIENTO < 5 AÑOS		GRAFICOS DE EVALUACION CRECIMIENTO < 5 AÑOS	
Longitud/estatura para la edad Niños Postulante Z (Nacimiento a 5 años) Patrones de crecimiento infantil de la OMS		Peso para la edad Niños Postulante Z (Nacimiento a 5 años) Patrones de crecimiento infantil de la OMS	
Peso para la longitud Niños Postulante Z (Nacimiento a 2 años) Patrones de crecimiento infantil de la OMS		Peso para la estatura Niños Percentiles (2 a 5 años) Patrones de crecimiento infantil de la OMS	
NOMBRE Y APELLIDO DEL RESP. DE LA ATENCIÓN: NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:		NOMBRE Y APELLIDO DEL RESP. DE LA ATENCIÓN: NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:	



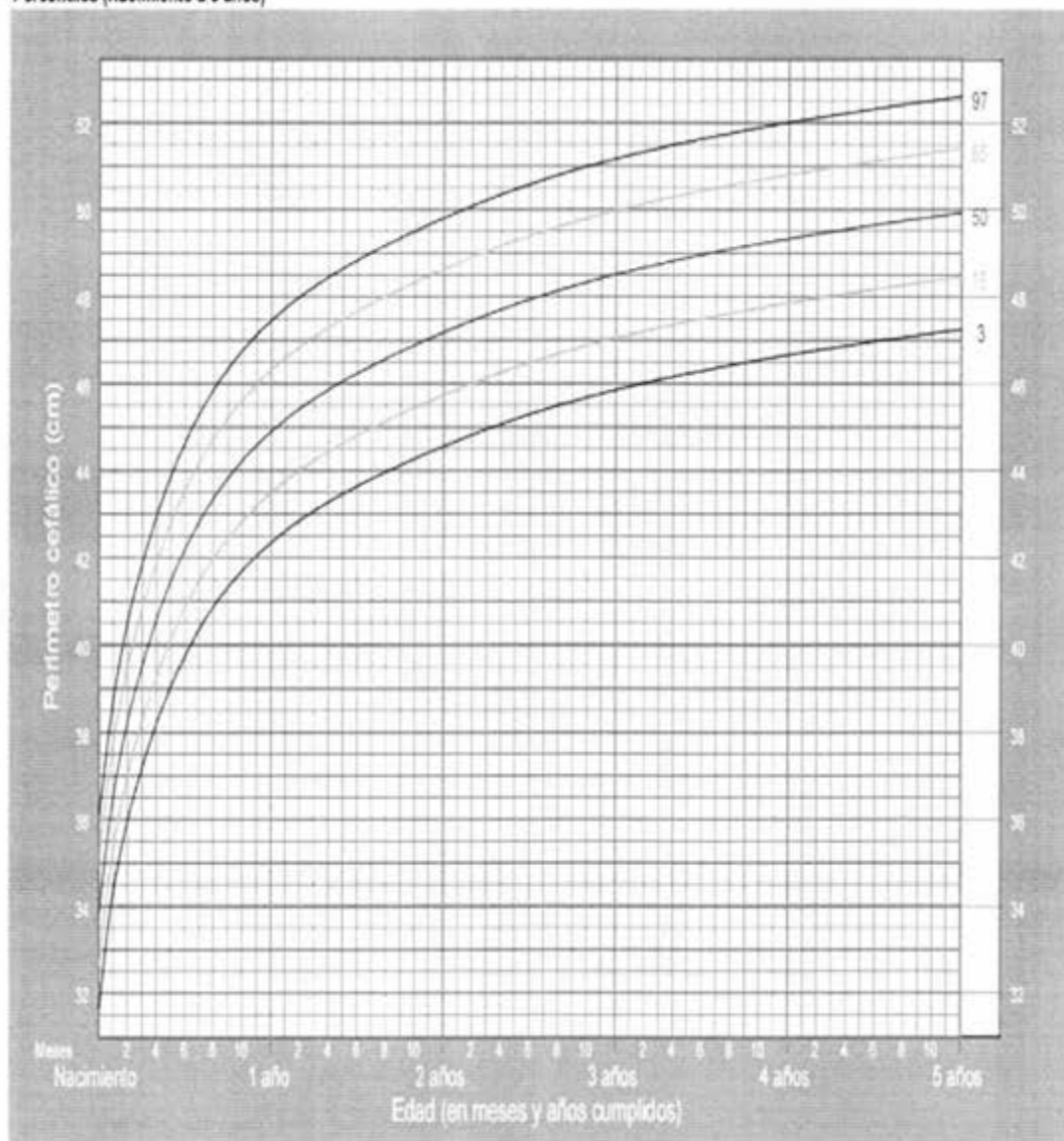
DIRESA JUNIN

Instrumento para medición de Perímetro Cefálico – Niñas

Perímetro cefálico para la edad Niñas



Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



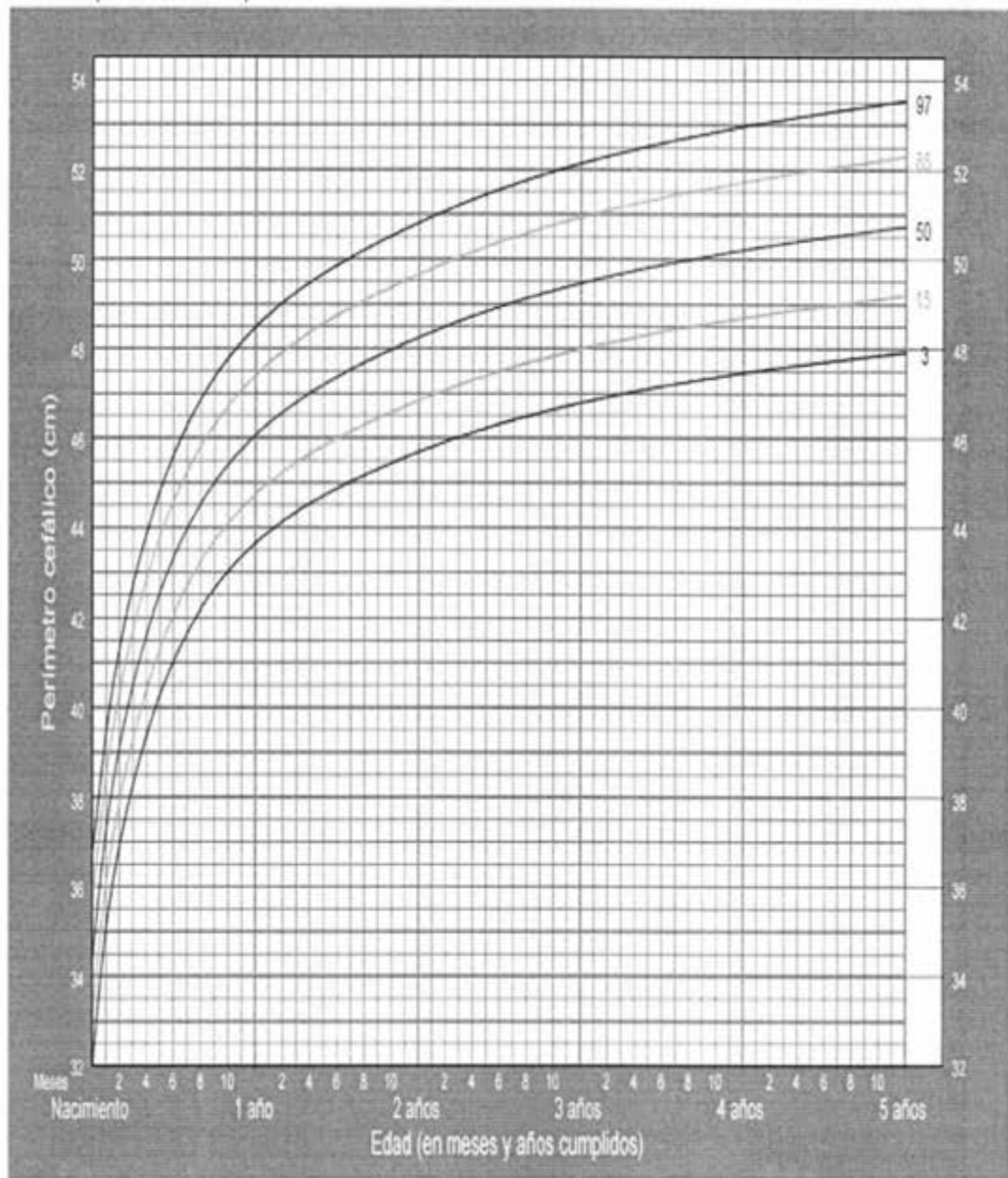
DIRESA JUNIN

Instrumento para medición de Perímetro Cefálico – Niños

Perímetro cefálico para la edad Niños



Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



DIRESA JUNIN

ANEXO N° 3
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD							
N° de Historia Clínica				N° Afiliación SIS u otro Seguro :			
Apellidos				CUI			
Nombres				Sexo: ☐ M ☐ F		F. de Nac.:	
Dirección /Referencia				Edad		DNI	
Madre, Padre o adulto referente							
N°	FECHA	PROBLEMAS CRONICOS			OBSERVACIONES		
N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIONES	
N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y ESTADO NUTRICIONAL						
2	EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA						
3	EVALUACIÓN FÍSICO POSTURAL						
4	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES (CIA)						
5	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN						
6	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL (TAMIER)						
7	TAMIZAJE DE VIOLENCIA						
8	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
9	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA						
10	IMUNIZACIONES						
11	CONSEJERÍA INTEGRAL						
12	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD						
13	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
14	VISITA FAMILIAR INTEGRAL						
15	TALLERES						
16	TEJAS EDUCATIVOS						



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE																																																	
FECHA		Día	Mes	Año																																													
DATOS GENERALES																																																	
Apellidos			Nombres			Sexo: M ☐ F ☐		Edad																																									
								Fec. Nac.																																									
Lugar de Nacimiento:			Procedencia:			Grupo Sanguíneo:		Rh																																									
G° de Instrucción:		Centro Educativo:		Estado Civil:		Religion:		Ocupación:																																									
Acompañante:				G° de Parentesco del acompañante:				Dirección																																									
ANTECEDENTE PERSONALES																																																	
PERNATALES ☐ SI ☐ NO ☐ NA CRECIMIENTO ☐ SI ☐ NO ☐ NA DESARROLLO ☐ SI ☐ NO ☐ NA					REC ☐ SI ☐ NO ☐ NA DIAB / ASMA ☐ SI ☐ NO ☐ NA TRANSF. SANGUÍNEAS ☐ SI ☐ NO ☐ NA USO DE MEDICINAS ☐ SI ☐ NO ☐ NA CONSUMO DE DROGAS ☐ SI ☐ NO ☐ NA INTERVEN. QUIRÚRGICAS ☐ SI ☐ NO ☐ NA ALERGIAS ☐ SI ☐ NO ☐ NA ACCIDENTES ☐ SI ☐ NO ☐ NA TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ☐ SI ☐ NO ☐ NA HOSPITALIZACIONES ☐ SI ☐ NO ☐ NA					TBC ☐ SI ☐ NO ☐ NA OBESIDAD ☐ SI ☐ NO ☐ NA VH / SIDA ☐ SI ☐ NO ☐ NA HIPERTENSION ARTERIAL ☐ SI ☐ NO ☐ NA DIABETES ☐ SI ☐ NO ☐ NA HIPERLIPIDEMIA ☐ SI ☐ NO ☐ NA INFARTO ☐ SI ☐ NO ☐ NA TRASTORNO PSICOLÓGICO ☐ SI ☐ NO ☐ NA DROGAS ☐ SI ☐ NO ☐ NA VIOLENCIA INTERFAMILIAR ☐ SI ☐ NO ☐ NA MADRE ADOLESCENTE ☐ SI ☐ NO ☐ NA WALTRATO ☐ SI ☐ NO ☐ NA OTROS ☐ SI ☐ NO ☐ NA					VIVE CON ☐ SI ☐ NO ☐ NA MADRE ☐ SI ☐ NO ☐ NA PADRE ☐ SI ☐ NO ☐ NA HERMANOS ☐ SI ☐ NO ☐ NA HIJOS ☐ SI ☐ NO ☐ NA PARIENTES ☐ SI ☐ NO ☐ NA OTROS ☐ SI ☐ NO ☐ NA REFERENTE ADULTO _____ GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PADRES O REFERENTES ADULTOS ANALFABETO ☐ SI ☐ NO ☐ NA PRIMARIA ☐ SI ☐ NO ☐ NA SECUNDARIA ☐ SI ☐ NO ☐ NA SUPERIOR ☐ SI ☐ NO ☐ NA																																		
IMUNIZACIONES <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">VACUNAS</th> <th colspan="5">Dosis / Fecha</th> </tr> <tr> <th>1°</th> <th>2°</th> <th>3°</th> <th>4°</th> <th>5°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HB</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					VACUNAS	Dosis / Fecha					1°	2°	3°	4°	5°	DT						SR						HB						PA						TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD ☐ SI ☐ NO ☐ NA ESPECIFIQUE _____									
VACUNAS	Dosis / Fecha																																																
	1°	2°	3°	4°	5°																																												
DT																																																	
SR																																																	
HB																																																	
PA																																																	
ANTECEDENTE PSICOSOCIALES																																																	
EDUCATIVOS ☐ SI ☐ NO ☐ NA ESTUDIA? ☐ SI ☐ NO ☐ NA DE ACUERDO A LA EDAD? ☐ SI ☐ NO ☐ NA NIVEL NO ESCOLARIZADO ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ SUPERIOR ☐ BAJO RENDIMIENTO ☐ SI ☐ NO ☐ NA DESERCIÓN ☐ SI ☐ NO ☐ NA REPETENCIA ☐ SI ☐ NO ☐ NA					LABORALES ☐ SI ☐ NO ☐ NA TRABAJAST ☐ SI ☐ NO ☐ NA REMUNERADO ☐ SI ☐ NO ☐ NA ESTABLE ☐ SI ☐ NO ☐ NA TIEMPO COMPLETO ☐ SI ☐ NO ☐ NA EDAD INICIO TRABAJO _____ TIPO DE TRABAJO _____					VIDA SOCIAL ☐ SI ☐ NO ☐ NA SI ES ACEPTADO ☐ SI ☐ NO ☐ NA SI ES IGNORADO ☐ SI ☐ NO ☐ NA TIENES AMIGOS ☐ SI ☐ NO ☐ NA TIENES PAREJA ☐ SI ☐ NO ☐ NA HACE DEPORTES ☐ SI ☐ NO ☐ NA ORGANIZAC. JUVENILES ☐ SI ☐ NO ☐ NA					HABITOS ☐ SI ☐ NO ☐ NA Frecuencia EJERCICIO ☐ SI ☐ NO ☐ NA TABACO ☐ SI ☐ NO ☐ NA ALCOHOL ☐ SI ☐ NO ☐ NA DROGAS ☐ SI ☐ NO ☐ NA CONDUCE VEHIC. ☐ SI ☐ NO ☐ NA TELEVISION (horas/día) _____ VIDEO JUEGO (horas/día) _____ INTERNET (horas/día) _____																																		
SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA																																																	
MINORQUÍA - ESPERMAQUIA ☐ SI ☐ NO ☐ NA EDAD INICIO RELACION SEXUAL _____					ABUSO SEXUAL ☐ SI ☐ NO ☐ NA EMBARAZOS ☐ SI ☐ NO ☐ NA HIJOS ☐ SI ☐ NO ☐ NA ABORTOS ☐ SI ☐ NO ☐ NA					USO ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ☐ SI ☐ NO ☐ NA Especifica _____ ¿SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO? ☐ SI ☐ NO ☐ NA ¿SABE COMO PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA? ☐ SI ☐ NO ☐ NA																																							
OBSERVACIONES _____ _____ _____ _____																																																	



DIRESA JUNIN

NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVO PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACION NUTRICIONAL	FECHA			
	Perimetro Abdominal			
	Talla/ Edad			
	Indice de Masa Corporal (IMC)			
	Alimentación			
EVALUACION DEL DESARROLLO SEXUAL SEGÚN TANNER	FECHA			
	Desarrollo de la mama			
	Desarrollo del pene			
	Desarrollo del vello pubiano			
EVALUACION POSTURAL	FECHA			
	Columna			
	Rodilla			
	Pie			
EVALUACION DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA	FECHA			
	Agudeza visual OD			
	Agudeza visual OI			
	Agudeza auditiva OD			
DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	FECHA			
	Determinación de Hematocrito			
	Dosaje de Colesterol			
	Dosaje de Glucosa			
	Examen de orina completo (determinación de proteína en orina)			
EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES	FECHA			
	Previniendo la violencia			
	Comunicación			
	Control de ira			
	Autoestima			
	Toma de decisiones			
	Valores			
	Asertividad			
	Calificación total			
	APELLIDOS Y NOMBRE:			Nº

FORMATO 3



DIRESA JUNIN

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES-SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACION DE COLERA IRRITABILIDAD Y AGRESION	FECHA			
	Cólera			
	Irritabilidad			
	Agresión			
	Calificación total			
TAMIZAJE DE VIOLENCIA	FECHA			
	Violencia familiar			
	Violencia sexual			
	Violencia política			
ESCOLARIDAD	FECHA			
	Asistencia a la escuela/colegio			
	Rendimiento escolar			
	Deserción escolar			
HABITOS	FECHA			
	Uso del tiempo libre			
	Sedentarismo			
	Uso de alcohol			
	Uso de tabaco			
	Uso de drogas			
	Pertenencia a Pandillas			
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	FECHA			
	Pareja / enamorado(a)			
	Relaciones sexuales			
	Conducta sexual de riesgo			
	Dos o más parejas			
	Sexo sin protección			
	RS con personas del mismo sexo			
	RS con personas del otro sexo			
	Uso de método anticonceptivo			
	Conocimiento para prevenir embarazo no deseado			
	Conocimiento para prevenir la transmisión de ITS-VIH/SIDA			
APELLIDOS Y NOMBRES				IF



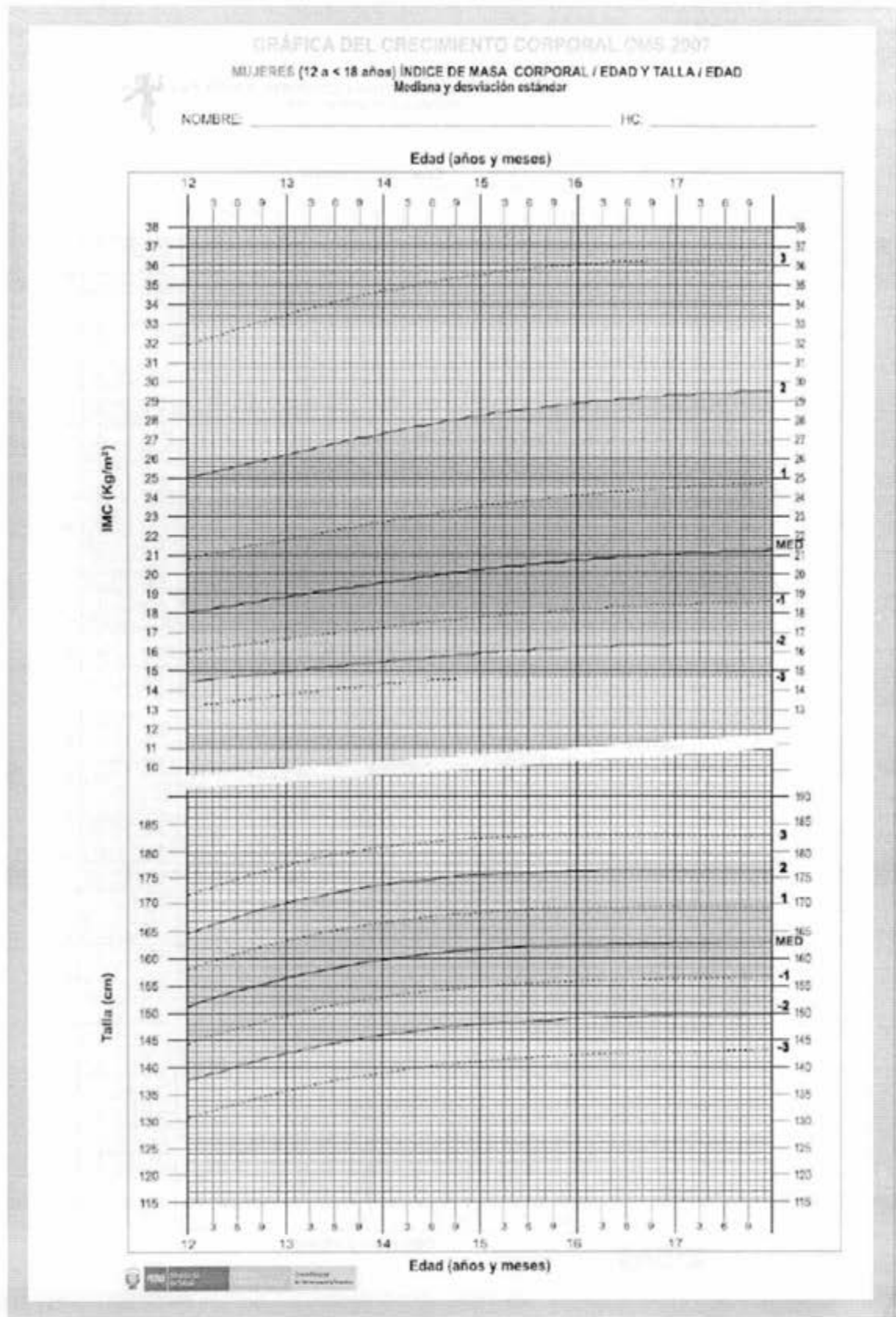
NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL																																																																								
CONSULTA																																																																								
FECHA:		HORA:		EDAD:																																																																				
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:																																																																				
Signos y Síntomas:																																																																								
Relato cronológico:																																																																								
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:																																																																								
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:																																																																
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI NO		VIAJE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO		LUGAR:																																																																
TDS HACE 15 DÍAS:		SI NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO																																																																				
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:																																																																						
Ex. Físico	T:	P A:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	P.ABD:																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DIAGNÓSTICO (síndrome, nutrición, desarrollo psicosocial y otros)</th> <th colspan="3">TIPO DE DX</th> <th>CIE X</th> <th>TRATAMIENTO D:</th> <th>VIA</th> <th>DOSIS</th> <th>FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>										DIAGNÓSTICO (síndrome, nutrición, desarrollo psicosocial y otros)	TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO D:	VIA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN		P	D	R							P	D	R							P	D	R							P	D	R							P	D	R							P	D	R					
DIAGNÓSTICO (síndrome, nutrición, desarrollo psicosocial y otros)	TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO D:	VIA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN																																																																
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
EXÁMENES AUXILIARES:					MEDIDAS PREVENTIVAS:																																																																			
					REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):																																																																			
Próxima Cita:					Firma y Sello (Colegio Profesional)																																																																			
Observación:																																																																								
CONSULTA																																																																								
FECHA:		HORA:		EDAD:																																																																				
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:																																																																				
Signos y Síntomas:																																																																								
Relato cronológico:																																																																								
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:																																																																								
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:																																																																
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI NO		VIAJE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO		LUGAR:																																																																
TDS HACE 15 DÍAS:		SI NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO																																																																				
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:																																																																						
Ex. Físico	T:	P A:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	P.ABD:																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DIAGNÓSTICO (síndrome, nutrición, desarrollo psicosocial y otros)</th> <th colspan="3">TIPO DE DX</th> <th>CIE X</th> <th>TRATAMIENTO O:</th> <th>VIA</th> <th>DOSIS</th> <th>FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>										DIAGNÓSTICO (síndrome, nutrición, desarrollo psicosocial y otros)	TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO O:	VIA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN		P	D	R							P	D	R							P	D	R							P	D	R							P	D	R							P	D	R					
DIAGNÓSTICO (síndrome, nutrición, desarrollo psicosocial y otros)	TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO O:	VIA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN																																																																
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
	P	D	R																																																																					
EXÁMENES AUXILIARES:					MEDIDAS PREVENTIVAS:																																																																			
					REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):																																																																			
Próxima Cita:					Firma y Sello (Colegio Profesional)																																																																			
Observación:																																																																								
APELLIDOS Y NOMBRES:							N° HCl:																																																																	



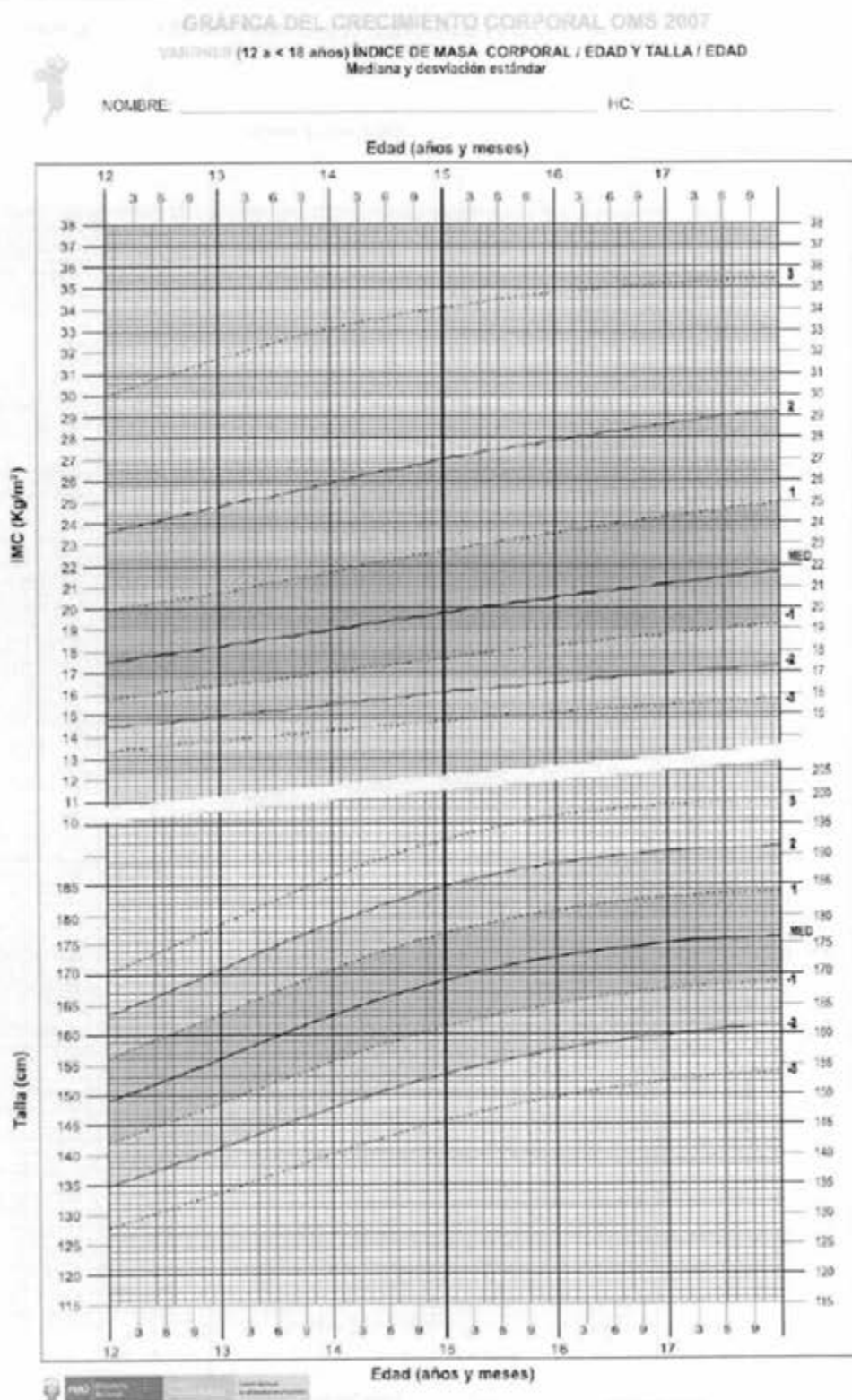
DIRESA JUNIN

NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA



DIRESA JUNIN

NTS N° 134 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA



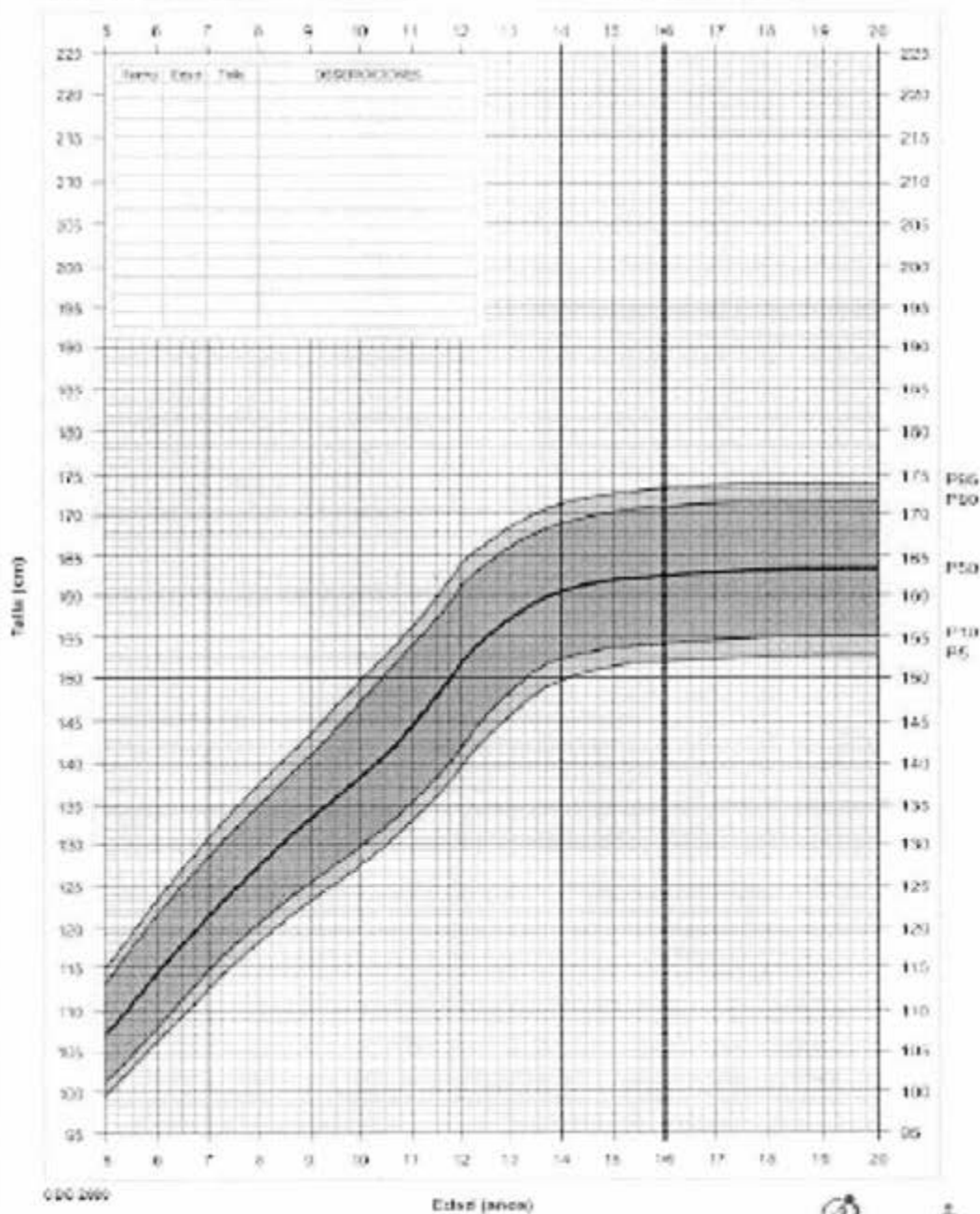
DIRESA JUNIN



MUJERES: TALLA/EDAD (5 a < 20 años) Por Percentiles

Nombre: _____

HQ: _____



CDC 2000

Edad (años)



Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud
Area de Normas, EDAI

27



DIRESA JUNIN



21



ANEXO N° 4
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL JOVEN

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DE LA JOVEN							0
PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD							
N° de Historia Clínica		N° de Afiliación SIS u otro Seguro					
Apellidos		DNI O CUI					
Nombres		Sexo: ☐ M ☐ F		Fec. Nac.			
Dirección/ Referencia				Edad		DNI	
Acompañante							
N°	FECHA	PROBLEMAS CRONICOS			INACTIVO	OBSERVACIONES	
N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS			FECHA	OBSERVACIONES	
N°	Prestaciones de Salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL						
2	IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO						
3	TAMPAJE DE VIOLENCIA						
4	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
5	EVALUACION BUCAL						
6	EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES						
7	INMUNIZACIONES						
8	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS						
9	ADMINISTRACION DE MICRONUTRIENTES						
10	CONSEJERIA INTEGRAL						
11	ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
12	VISITA FAMILIAR INTEGRAL						
13	TEMAS EDUCATIVOS						
14	ATENCION DE PRIORIDADES SANTARIAS						

NTS N° 139- MINSa/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JÓVENES

LISTA DE PROBLEMAS					
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	INACTIVO		OBSERVACIÓN
N°	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN
DDDD					

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL					
	DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL				
2	INMUNIZACIONES				
3	EVALUACIÓN BUCAL				
4	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS				
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES				
6	CONSEJERÍA INTEGRAL				
7	VISTA DOMICILIARIA				
8	TEMAS EDUCATIVOS				
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS				
APELLIDOS Y NOMBRE:				N°	



DIRESA JUNIN

NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JÓVENES

FECHA día mes año 			N°																														
DATOS GENERALES																																	
Apellidos		Nombres		Sexo: M ☐ F ☐	Edad:																												
Lugar de Nacimiento:		Procedencia:		F. Nac. ☐	Rh																												
Grado de Instrucción		Estado civil		Ocupación																													
Acompañante		Edad	Identificación (DNI)	Dirección																													
ANTECEDENTES																																	
Personales Tuberculosis ☐ Si ☐ No ☐ No se IRA ☐ Si ☐ No ☐ No se Inf. Transmisión Sexual ☐ Si ☐ No ☐ No se VIH-SIDA ☐ Si ☐ No ☐ No se ITU ☐ Si ☐ No ☐ No se Hepatitis ☐ Si ☐ No ☐ No se Diabetes ☐ Si ☐ No ☐ No se HTA ☐ Si ☐ No ☐ No se Sobrepeso ☐ Si ☐ No ☐ No se Dislipidemia (colesterol) ☐ Si ☐ No ☐ No se		Personales Convulsiones ☐ Si ☐ No ☐ No se Alergias ☐ Si ☐ No ☐ No se Hospitalización ☐ Si ☐ No ☐ No se Interv. Quirúrgica ☐ Si ☐ No ☐ No se Transfusiones ☐ Si ☐ No ☐ No se Accidentes ☐ Si ☐ No ☐ No se Cáncer de cérvix ☐ Si ☐ No ☐ No se Patología prostática ☐ Si ☐ No ☐ No se Discapacidad ☐ Si ☐ No ☐ No se Riesgo ocupacional ☐ Si ☐ No ☐ No se		Familiares Tuberculosis ☐ Si ☐ No ☐ No se Hepatitis ☐ Si ☐ No ☐ No se DBM ☐ Si ☐ No ☐ No se HTA ☐ Si ☐ No ☐ No se Infarto ☐ Si ☐ No ☐ No se Cáncer ☐ Si ☐ No ☐ No se Depresión ☐ Si ☐ No ☐ No se Prob. Psiquiátricos ☐ Si ☐ No ☐ No se Alcoholismo ☐ Si ☐ No ☐ No se Otros ☐ Si ☐ No ☐ No se																													
Medicamento de uso frecuente No ☐ Si ☐ (dosis, tiempo de uso u otra observación) _____																																	
ANTECEDENTES PSICOSOCIALES ESTUDIO Estudias? ☐ Si ☐ No ☐ No se NIVEL No escolarizado ☐ Si ☐ No ☐ No se Primaria ☐ Si ☐ No ☐ No se Secundaria ☐ Si ☐ No ☐ No se Superior ☐ Si ☐ No ☐ No se LABORALES Trabajas? ☐ Si ☐ No ☐ No se Remunerado ☐ Si ☐ No ☐ No se T. Completo ☐ Si ☐ No ☐ No se		PSICOSOCIAL Tienes amigos ☐ Si ☐ No ☐ No se Tienes Pareja ☐ Si ☐ No ☐ No se Te ejercitas ☐ Si ☐ No ☐ No se Participas en Grupos Juveniles ☐ Si ☐ No ☐ No se Estas ansioso (a) ☐ Si ☐ No ☐ No se Estas deprimido (a) ☐ Si ☐ No ☐ No se Conducta suicida ☐ Si ☐ No ☐ No se Esquizofrenia ☐ Si ☐ No ☐ No se		Consumes tabaco ☐ Si ☐ No ☐ No se Consumes alcohol ☐ Si ☐ No ☐ No se Consumes drogas ☐ Si ☐ No ☐ No se Sufres violencia ☐ Si ☐ No ☐ No se Sufiste abuso sexual ☐ Si ☐ No ☐ No se Viviste violencia política ☐ Si ☐ No ☐ No se Otros..... ☐ Si ☐ No ☐ No se																													
SEXUALIDAD: Edad de inicio de relación sexual Número de parejas sexuales en el último año																																	
Uso sistemático de condón ☐ Si ☐ No ☐ No se Eyaculación precoz ☐ Si ☐ No ☐ No se		Dolor coital ☐ Si ☐ No ☐ No se Anorgasmia ☐ Si ☐ No ☐ No se																															
Menarquia:		Fecha de última regla:		R/C /																													
Embarazo: ☐		Parto: ☐		Prematuro: ☐																													
Hijos Vivos: ☐		Aborto: ☐		Nati-muertos ☐																													
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Año</th> <th>CPN</th> <th>Complicación</th> <th>Parto</th> <th>Peso RN</th> <th>Complicaciones del Puerperio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		N°	Año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Complicaciones del Puerperio	Gestación							Gestación							Gestación								
N°	Año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Complicaciones del Puerperio																											
Gestación																																	
Gestación																																	
Gestación																																	
APELLIDOS Y NOMBRE:																																	

DIRESA JUNIN



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

CUIDADOS PREVENTIVOS – SEGUIMIENTO DE RIESGO – MUJER JOVEN

FICHA DE EXAMEN MÉDICO PARA CONTROL ANUAL PREVENTIVO

Colocar Si o check, NO o aspa.

CADA CONSULTA	Fecha																			COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días.																				
Tos más de 15 días.																				
Secreción o lesión en genitales.																				
Fecha de última regla.																				
PERIÓDICAMENTE	Fecha																			
Examen Físico:																				
Talla/Peso.																				
Perímetro de cintura.																				
Índice de masa corporal IMC.																				
Presión arterial.																				
Vacunas:																				
Antitetánica (3 dosis).																				
Antiamarílica (zona de riesgo).																				
Antihepatitis B (3 dosis).																				
Anti rubéola.																				
Examen Bucal:																				
Capacidad masticatoria %.																				
Encías.																				
Caries dental.																				
Edentulismo parcial o total.																				
Portador de prótesis dental.																				
Estado de higiene bucal.																				
Urgencia de tratamiento.																				
Fluorización.																				
Destartraje.																				
Examen Visual:																				
Ojo derecho.																				
Ojo izquierdo.																				
Presión ocular.																				
Examen preferencial.																				
Aparato respiratorio.																				
Aparato cardiovascular.																				
Aparato digestivo.																				
Aparato Genitourinario:																				
- Papanicolaou.																				
- Ex. Mama.																				
Aparato Locomotor.																				
EX. LABORATORIO:																				
Serología (VDRL y ELISA).																				
BK.																				
Hemograma/Hb.																				
Examen de Orina.																				
Colesterol.																				
Glucosa.																				

DIRESA JUNIN



DIRESA JUNIN

Colocar Si o check, NO o aspa.

DIRESA JUNIN

NTS N°139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JOVENES

CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de consulta:				Tiempo de enfermedad:	
Apetito:		Sed:		Sueño:	
Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:	
Ex. Físico	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:
					Talla:
					IMC:
DIAGNÓSTICO			TRATAMIENTO:		
			Exámenes auxiliares:		
			Referencia (lugar y motivo):		
Próxima cita:			Firma y sello:		
Atendido por:			(colegio prof.)		
Observación:					

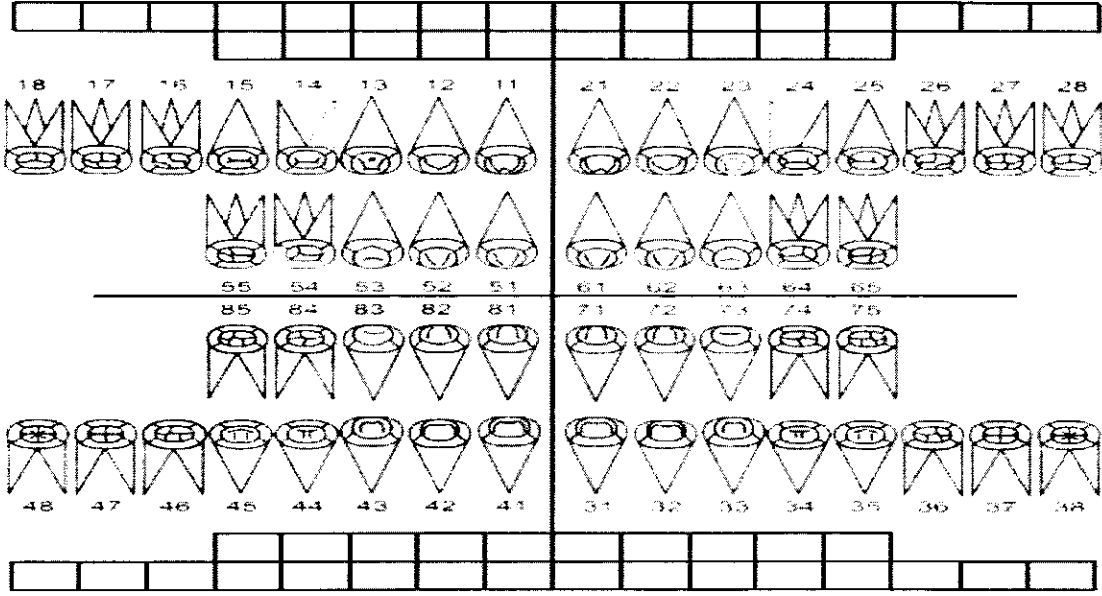
CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:	
Apetito:		Sed:		Sueño:	
Orina:		Deposiciones:		Estado de ánimo:	
Ex. Físico	T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:
					Talla:
					IMC:
DIAGNÓSTICO			TRATAMIENTO:		
			Exámenes auxiliares:		
			Referencia (lugar y motivo):		
Próxima cita:			Firma y Sello:		
Atendido por:			(colegio prof.)		
Observación:					



DIRESA JUNIN

NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

	PERÚ Ministerio de Salud	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública	N°: _____ Fecha: _____
FICHA EVALUACION ODONTOLÓGICA			
NOMBRES Y APELLIDOS:		GRADO Y SECCION:	
INSTITUCION EDUCATIVA:		PROFESOR:	
EDAD:			
EXAMEN ODONTOLÓGICO			
ODONTOGRAMA INICIAL			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28			

NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

ESCALA DE SALUD PERSONAL

NOMBRE:..... **EDAD:**.....

SEXO:..... **GRADO:**.....

DOMICILIO:..... **FECHA:**.....

Indique con un aspa la frecuencia con la cual ha experimentado lo siguiente durante el **MES PASADO** (desde hace 4 semanas hasta hoy)

	Nunca	A veces	Siempre
1.- ¿Ha tenido dificultades para dormir?.			
2.- ¿Se ha asustado o alarmado con facilidad?.			
3.- ¿Se ha sentido nervioso o tenso?.			
4.- ¿Se ha sentido triste?.			
5.- ¿Le ha sido difícil disfrutar de sus actividades diarias?.			
6.- ¿Se ha sentido cansado?.			
7.- ¿Ha dejado de asistir o hacer su trabajo? (Como trabajador remunerado, estudiante o en casa).			
8.- ¿Ha dejado de relacionarse o llevar a cabo actividades con sus familiares?.			
9.- ¿Ha dejado de relacionarse con gente de su comunidad?.			
10.- ¿Ha sentido que tiene problemas emocionales y que requiere atención profesional?.			
PUNTAJE TOTAL			

Determinación de la Puntuación: Un puntaje > 8 significa que es un caso de depresión



Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos
Symptoms Report Questionnaire - SRQ

FECHA DE ENTREVISTA:.....
ESTABLECIMIENTO:.....

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE:.....
FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD: SEXO:.....
DIRECCION:.....

MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....
.....

- 1.- ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?.
- 2.- ¿Tiene mal apetito?.
- 3.- ¿Duerme mal?.
- 4.- ¿Se asusta con facilidad?.
- 5.- ¿Sufre temblor en las manos?.
- 6.- ¿Se siente nervioso o tenso?.
- 7.- ¿Sufre de mala digestión?.
- 8.- Es incapaz de pensar con claridad?.
- 9.- ¿Se siente triste?.
- 10.- ¿Llora usted. Con mucha frecuencia?.
- 11.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?.
- 12.-¿Tiene dificultad para tomar decisiones?.
- 13.- ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?.
- 14.- ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?.
- 15.- ¿Ha perdido interés en las cosas?.
- 16.- ¿Se siente aburrido?.
- 17.- ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?.
- 18.- ¿Se siente cansado todo el tiempo?.

SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI
SI

NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL 1 AL 18:



NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- 19.- ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?.
- 20.- ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?.
- 21.- ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?.
- 22.- ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?.
- 23.- ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?.
- 24.- ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado?.
- 25.- ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?.
- 26.- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo, o colegio o faltar a ellos?.
- 27.- ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?.
- 28.- ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?.
- 11.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?.

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

- Las primeras dieciocho (18) preguntas se refieren a trastornos de leve a moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos, nueve (9) o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un "caso".
- Las preguntas del diecinueve (19) al veintidós (22) son indicativas de un trastorno psicótico, una sola respuesta positiva entre estas cuatro determinan un "caso".
- La respuesta positiva a la pregunta veintitrés (23) indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.
- Las preguntas del veinticuatro (24) al veintiocho (28) indican problemas relacionados con el consumo de alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.
- Cualquiera de estas posibilidades o la combinación de las tres indica que efectivamente se trata de un "caso".



DIRESA JUNIN

PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA OMS
TEST AUDIT PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Items	Criterios de Valoración
1.- ¿Con cuánta frecuencia toma Ud. bebidas alcohólicas?.	0. Nunca. 1. Una o menos veces al mes. 2. De 2 a 4 veces al mes. 3. De 3 a 4 veces a la semana. 4. Cuatro o más veces a la semana.
2.- Cuando usted se encuentra tomando ¿Cuántos tragos bebe usted?.	0. Uno o dos. 1. Tres o cuatro. 2. Cinco o seis. 3. Siete u ocho. 4. Diez o más.
3.- ¿Cuántas veces toma usted seis o más tragos en una ocasión de consumo?.	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una vez al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
4.- ¿Cuántas veces durante el último año se ha encontrado que no podía parar de tomar una vez que había empezado?.	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una vez al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
5.- ¿Cuántas veces durante el último año no ha podido hacer lo que esperaba de usted, debido a la bebida?.	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una vez al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
6.- ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana, para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?.	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una vez al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
7.- ¿Cuántas veces durante el último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento después de beber?.	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una vez al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
8.- ¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior por que estuvo bebiendo?.	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una vez al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
9.- ¿Ud. o alguna otra persona ha sido herida como resultado de haber bebido?	0. No. 1. Si pero no durante el año pasado (2). 2. Si durante el año pasado (4).
10.- ¿Algún familiar, amigo, médico u otras personas de salud, le ha preocupado que usted esté bebiendo mucho, le ha sugerido que Ud. debiera dejar de beber?.	0. No. 1. Si pero no durante el año pasado (2). 2. Si durante el año pasado (4).

J. Bobes, M. Portilla, M. Bascaran, P. Zais, M. Bouzoño. Banco de instrumentos Básicos para la práctica clínica Psiquiátrica. 2da Edición ARS Médica. Barcelona España, 2002.



NTS N°134 - MINSA/2018/DGAIN
NDRMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

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

DISA: Establecimiento:

Servicio: ☐ Emergencia ☐ Pediatría ☐ Gineco- obstetricia ☐ CRED ☐ Otros.....

Nombre y Apellido del Usuario:

Edad: Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección:

Ministerio de Salud, Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil, Lima-Julio, 2001

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor conteste a estas preguntas:		
Pregunte:		
A la joven o el joven:		
¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?.	SI	NO
	☐	☐
¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:		
	SI	NO
¿Su hijo es muy desobediente?.	☐	☐
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?.	☐	☐
Marque con aspa (x) todos los indicadores de maltrato que observe		
Físico ☐ Hematomas, contusiones inexplicables. ☐ Cicatrices, quemaduras. ☐ Fracturas inexplicables. ☐ Marca de mordeduras. ☐ Lesiones de vulva, perineo, etc. ☐ Laceraciones en boca, mejilla, ojos, entre otros. ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño) ☐ Problemas con el apetito. ☐ Enuresis en niños. Psicológico ☐ Extrema falta de confianza en si mismo. ☐ Tristeza, depresión o angustia.	☐ Retraimiento. ☐ Llanto frecuente. ☐ Exageradas ganas de ganar o sobresalir. ☐ Demandas excesivas de atención. ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños. ☐ Tartamudeo. ☐ Temor a los padres o a llegar al hogar. ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. ☐ Ausentismo en centro de estudios/escuela. ☐ Llegar temprano al centro de estudios/escuela y retirarse tarde. ☐ Bajo rendimiento académico. ☐ Aislarse de las personas.	☐ Intento de suicidio. ☐ Uso de alcohol u otras drogas, tranquilizantes y analgésicos. Sexuales ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños). ☐ Imitación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital. ☐ Embarazo precoz. ☐ Aborto o amenaza de abortos. ☐ Enfermedades de transmisión sexual. ☐ Negligencia. ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. ☐ No vacunas o atención de salud. ☐ Accidentes o enfermedades muy frecuentes. ☐ Descuido en higiene y aliño. ☐ Falta de estimulación del desarrollo. ☐ Fatiga, sueño y hambre.
Fecha:/...../..... Derivado por: Firma:		
Nombre del personal de la salud que atendió el caso:		



FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Fecha:..... Departamento:..... Provincia:.....
Distrito:.....
DIRESA/DISA: RED:Microrred: EESS:

Servicios: Obstetricia ☐ Ginecología ☐ Pediatría ☐ CRED/Inmunizaciones ☐ Emergencia ☐ Otro:.....

Nombres y apellidos de usuaria/o:

DNI:..... SIS: SI ☐ NO ☐ Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐
Dirección:..... Teléfono:.....

Nombre del agresor/a: Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Para dar lectura a usuaria/o: La violencia familiar es dañina para la salud de las personas y su familia, por ello en todos los establecimientos de salud estamos preguntando, para saber si actualmente están en esta situación. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

N°	PREGUNTAS DE EXPLORACION INICIAL	RESPUESTAS	
		SI	NO
Si es adulto			
¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?		☐	☐
¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente?		☐	☐
¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?		☐	☐
Si la respuesta es sí especificar			
¿Quién es?			
¿Desde cuándo?			
¿Cuándo fue la última vez?			
Si es niña o adolescente			
¿Te castiga tu papá o mamá?			
¿Cómo te castigan?			
¿Alguna persona extraña o de tu propia familia, te ha tocado de manera desagradable? ¿Quién es?			
¿Desde cuándo?			
¿Cuándo fue la última vez?			
Marque con aspa (X) todos indicadores de maltrato que observe, en todos los casos de niña(o), adolescente, Adulta(o), adulto(a) mayor.			
FISICAS	Retraimiento.	SEXUALES	
Hematomas o contusiones inexplicables	Llanto frecuente.	Conocimiento y conducta sexual inapropiada	
Cicatrices	Exagerada necesidad de ganar, Sobresalir.	Irritación, dolor, hemorragia en genitales	
Quemaduras	Demandas excesivas de atención.	Embarazo precoz	
Fractura inexplicables	Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.	Abortos o amenaza de infección de transmisión sexual.	
Marca de mordeduras	Tartamudeo.	NEGLIGENCIA	
Lesiones de vulva, perineo,	Temor a los padres o de llegar al lugar.	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.	
Laceraciones en la mejilla, boca, ojos	Robo, mentira, fatiga, Desobediencia, agresividad.	No tiene vacunas o atención de salud.	
Quejas crónicas sin causa físicas, cefaleas, problemas de sueño (mucho sueño)	Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde.	Accidente o enfermedades muy	
Enuresis (niños)	Bajo rendimiento académico y Aislamiento de personas.	Descuido en la higiene y estimulación del desarrollo.	
PSICOLÓGICO	Intento de suicidio.	Falta de sueño y hambre.	
Extrema falta de confianza en sí mismo	Uso de alcohol, drogas.		
Tristeza, depresión o angustia	Uso de tranquilizantes o analgésicos		

Fuente: Protocolo de Atención de la Violencia Basada en Género – MINSA 2007



ANEXO N° 5

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

LISTA DE PROBLEMAS

[illegible][illegible]

PLAN DE ATENCION GENERAL

		DESCRIPCION	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACION GENERAL					
2	INMUNIZACIONES					
3	EVALUACION BUCAL					
4	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					

NOMBRES Y APELLIDOS

Nº	
HC	



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO																																																				
FECHA										da mes año					N° HC																																					
DATOS GENERALES																																																				
Apellidos										Nombres Sexo: M ☐ F ☐					Edad:																																					
										F. Nac.:																																										
Lugar de Nacimiento										Procedencia					Grupo Sanguíneo					Rh																																
Grado de Instrucción										Estado Civil					Ocupación																																					
Acompañante de cuidados										Edad Identificación (DNI)					Dirección																																					
ANTECEDENTES																																																				
Personales Tuberculosis ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Inf. Transmisión Sexual ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ VIH - SIDA Hepatitis ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Diabetes ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ HTA ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Sobrepeso ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Infarto cardíaco ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Dislipemia (Colesterol) ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Enf. renal Glaucoma Convulsiones ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Depresión Esquizofrenia ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Descripción de antecedentes										Personales Hospitalización Transfusiones ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Patología Discapacidad ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Consumo de tabaco ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Consumo de alcohol ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ de otras drogas ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Interv. quirúrgica ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Cáncer ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ de cérvix/ mama ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ prostática ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Riesgo ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Violencia ocupacional familiar política ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Violencia ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐										Familiares ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Tuberculosis ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ VIH - SIDA ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ ITS ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Hepatitis ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ DBM ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ HTA ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Infarto ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Cáncer ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Depresión ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Prob. Psiquiátricos ☐ si ☐ No ☐ ign. ☐ Otros																																
Reacción Alérgica a Medicamentos ☐ No ☐ Si ☐																																																				
Medicamento de uso frecuente No ☐ Si ☐ (dosis, tiempo de uso, otra observación)																																																				
Sexualidad Edad de inicio de relación sexual Número de parejas sexuales últimos 3 meses																																																				
Hijos vivos RS con personas del mismo sexo SI ☐ NO ☐																																																				
Menarquia Ferla ☐ de última regla R/C: NO ☐																																																				
Flujo vaginal patológica No ☐ Si ☐																																																				
Embarazo: ☐ Parto: ☐ Prematuro ☐ Aborto ☐																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Año</th> <th>CPN</th> <th>Complicación</th> <th>Parto</th> <th>Peso RN</th> <th>Puerperio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																									N°	Año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Puerperio	Gestación							Gestación							Gestación						
N°	Año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Puerperio																																														
Gestación																																																				
Gestación																																																				
Gestación																																																				
NOMBRES Y APELLIDOS																				N° HC																																



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO							
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO MUJER							
<i>Nota: se puede colocar SI ó Check, No ó Aspa, ni (normal) ó ani (anormal) ó valores.</i>							
CADA CONSULTA Fecha							
Fiebre en los últimos 15 días Tós más de 15 días Secreción o lesión genitales Fecha de última regla							
PERIODICAMENTE Fecha							
Físico:							
Índice de masa corporal Presión arterial							
Vacunas:							
Antitetánica (3 dosis)							
Antiamarilica (zona de riesgos) Antihepatitis B (3 dosis)							
Exámen bucal							
Encías							
Carie bucal							
Edentulismo parcial o total Portador de prótesis dental Estado de higiene bucal Urgencia de tratamiento							
Exámen:							
Visual (> 40 años)							
De colesterol (> 45 años)							
De glucosa							
De mamas							
Pélvico y PAP (C/año, C/3 a)							
Mamografía (> 50 años, C/n a)							
Psicosocial							
Ansiedad - depresión Violencia familiar Violencia política							
Hábitos:							
Actividad física Uso de alcohol Uso de tabaco Uso de otras drogas							
Sexualidad:							
Actividad sexual Planificación familiar							
NOMBRES Y APELLIDOS							N° HC



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO							
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO VARÓN							
Nota: se puede enlazar SI ó Check, No ó Aspa, ni (normal) ó an (anormal) ó valores.							
CADA CONSULTA Fecha							
Fiebre en los últimos 15 días Tós más de 15 días							
Secreción o lesión genitales							
PERIODICAMENTE Fecha							
Físico:							
Índice de masa corporal Presión arterial							
Vacunas:							
Antitetánica (3 dosis)							
Antiamarilla (zona de riesgos) Antihepatitis B (3 dosis)							
Exámen bucal							
Encías							
Carié bucal							
Edentulismo parcial o total Portador de prótesis dental Estado de higiene bucal							
Urgencia de tratamiento							
Exámenes:							
Visual (> 40 años)							
De colesterol (> 45 años)							
De glucosa							
De próstata							
Psicosocial							
Ansiedad - depresión Violencia familiar							
Violencia política							
Hábitos:							
Sedentarismo Uso de alcohol Uso de tabaco							
Uso de otras drogas							
Sexualidad:							
Actividad sexual Planificación familiar							
NOMBRES Y APELLIDOS							N° HC



DIRESA JUNIN

NTS N° 134 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

CONSULTA	
FECHA HORA:	EDAD:
Motivo de la consulta:	Tiempo de Enfermedad:
Apetito: Sed:	Sueño: Estado de ánimo:
Orina:	Deposiciones:
Ex. Físico T°:	PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC:
DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
	Exámenes auxiliares
	Referencia (lugar y motivo):
Próxima Cita: Atendido por:	Firma y Sello: (Colegio prof.)
Observación:	

CONSULTA	
FECHA HORA:	EDAD:
Motivo de la consulta:	Tiempo de Enfermedad:
Apetito: Sed:	Sueño: Estado de ánimo:
Orina:	Deposiciones:
Ex. Físico T°:	PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC:
DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
	Exámenes auxiliares
	Referencia (lugar y motivo):
Próxima Cita: Atendido por:	Firma y Sello: (Colegio prof.)
Observación:	

NOMBRES Y APELLIDOS
N° HC



ANEXO N° 6
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

Plan de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor:
Clasificación por Categorías

El Plan de Atención Integral de Salud para persona Adulto Mayor deberá ser individualizado, y realizado de acuerdo a cada una de las cuatro categorías y según cuidados esenciales.

CATEGORÍA	INTERVENCIÓN	NIVEL DE ACTUACIÓN	VALORACIÓN CLÍNICA VACAM
1. Adulto Mayor Activo Saludable	Actividades de promoción y educación para la salud: Se debe de actuar prioritariamente sobre los siguientes aspectos: 1. Autocuidado 2. Estilos de Vida Saludables 2.1 Actividad física 2.2 Prácticas y hábitos alimentarios 2.3 Prácticas y hábitos de higiene 2.4 Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol) 3. Uso del tiempo libre 4. Sexualidad 5. Fomento de la integración social 5.1 Proceso de envejecimiento 5.2 Promoción de integración social: evitar aislamiento 6. Deberes y derechos ciudadanos 7. Uso racional de medicamentos 8. Medicina alternativa y tradicional Actividades de prevención Protección específica 1.1 Químico profiláctico 1.2 Inmunizaciones: Antitetánica, anti-meningocócica 2. Salud Bucal: Destartraje y Profilaxis bucal 3. Prevención de caídas y accidentes 4. Prevención de deterioro cognitivo, y otros.	PRIMER PRIMARIO DE ATENCIÓN	UNA VEZ AL AÑO
2. Adulto Mayor Enfermo	Actividades de promoción y educación para la salud: Las mismas actividades que se brindan al adulto mayor sano. Actividades de prevención Protección específica 1.1 Químico profiláctico 1.2 Inmunizaciones: Antitetánica, anti-meningocócica Sistematizar al recibir en la ficha de atención integral para su intervención de la siguiente información: Tabaco-alcohol: Abandono de hábitos tóxicos Ejercicio físico: programación de ejercicio físico, evitar sedentarismo, inmovilidad Nutrición: Abandono de malos hábitos dietéticos, alimentación según daño Polifarmacia: evitar iatrogenia y eutimización Estado funcional Antecedentes de caídas Presión arterial Peso/Talla Agudeza visual Agudeza auditiva Colesterol Glicemia Actividad atención al daño/s: Atención del daño a la demanda y/o otros identificados en el proceso de atención; si estos corresponden a las ESN se actuará de acuerdo a las guías de prácticas clínicas. Actividades de rehabilitación: Actividades orientadas a mejorar el nivel funcional de las personas tanto en la esfera física, como en la psicológica y social (Ej.: Deambulación asistida o no, ejercicios físicos, integración familiar y comunal, fisioterapia, terapia ocupacional, talleres de memoria, relajación y otros.)	PRIMER PRIMARIO DE ATENCIÓN Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.	UNA VEZ AL AÑO
3. Adulto Mayor Frágil	a) Actividades de promoción y educación para la salud: Las mismas actividades que se brindan al adulto mayor sano. b) Actividades de prevención: Las mismas actividades que se brindan al adulto mayor enfermo. Además: periodicidad en las consultas. Actividad atención al daño/s: Atención del daño a la demanda y/o otros identificados en el proceso de atención; si estos corresponden a las ESN se actuará de acuerdo a las guías de prácticas clínicas. Actividades de rehabilitación: Actividades orientadas a mejorar el nivel funcional de las personas tanto en la esfera física, como en la psicológica y social (Ej.: Deambulación asistida o no, ejercicios físicos, integración familiar y comunal, fisioterapia, terapia ocupacional, talleres de memoria, relajación y otros.)	PRIMER PRIMARIO DE ATENCIÓN Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.	Des veces al año a realizarse siempre que se modifiquen significativamente las circunstancias biológicas o socio-familiares del adulto mayor.
4. Paciente Geriátrico Complejo	Actividad de atención: Atención del daño a la demanda Dependiendo de las características y complejidad del daño, será atendido en el nivel primario, o referido Referencia: Al establecimiento de mayor complejidad para la atención de las necesidades de salud. Actividades de rehabilitación: Actividades orientadas a mejorar el nivel funcional de las personas tanto en la esfera física, como en la psicológica y social (Ej.: Deambulación asistida o no, ejercicios físicos, integración familiar y comunal, fisioterapia, terapia ocupacional, talleres de memoria, relajación y otros.)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Realizar siempre que se modifiquen significativamente las circunstancias biológicas o socio-familiares del adulto mayor.



DIRESA JUNIN

DIRESA JUNIN

NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR																									
II.- VALORACION MENTAL																									
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error																									
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año) NORMAL día de la ¿Qué semana ¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar) ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa? ¿Cuántos años tiene? ¿Dónde nació? ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú? Digame el primer apellido de su madre Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	☐ 	VALORACION COGNITIVA DC LEVE DC MODERADO DC SEVERO	☐ 																						
Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total. DC = Deterioro cognitivo, E= errores. - No Deterioro Cognitivo : = 2 E - Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E - Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E - Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E																									
2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yasevage)																									
¿Está satisfecho con su vida? ¿Se siente impotente o indefenso? de ¿Tiene problemas memoria? ¿Siente desgarro o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	NO SI SI SI	Colocar una marca (X) si corresponde	"SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS(0 - 1 marca)" CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)																						
III.- VALORACION SOCIO FAMILIAR																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;">Pts</th> <th style="width:95%;">1.- SITUACION FAMILIAR</th> </tr> <tr><td>1</td><td>Vive con familia, sin conflicto familiar</td></tr> <tr><td>2</td><td>Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</td></tr> <tr><td>3</td><td>Vive con cónyuge de similar edad</td></tr> <tr><td>4</td><td>Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima</td></tr> <tr><td>5</td><td>Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</td></tr> </table>	Pts	1.- SITUACION FAMILIAR	1	Vive con familia, sin conflicto familiar	2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	3	Vive con cónyuge de similar edad	4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;">Pts</th> <th style="width:95%;">2.- SITUACION ECONOMICA</th> </tr> <tr><td>1</td><td>Dos veces el salario mínimo vital</td></tr> <tr><td>2</td><td>Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</td></tr> <tr><td>3</td><td>Un salario mínimo vital</td></tr> <tr><td>4</td><td>Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</td></tr> <tr><td>5</td><td>Sin pensión, sin otros ingresos</td></tr> </table>	Pts	2.- SITUACION ECONOMICA	1	Dos veces el salario mínimo vital	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	3	Un salario mínimo vital	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
Pts	1.- SITUACION FAMILIAR																								
1	Vive con familia, sin conflicto familiar																								
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica																								
3	Vive con cónyuge de similar edad																								
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima																								
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)																								
Pts	2.- SITUACION ECONOMICA																								
1	Dos veces el salario mínimo vital																								
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales																								
3	Un salario mínimo vital																								
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)																								
5	Sin pensión, sin otros ingresos																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;">Pts</th> <th style="width:95%;">3.- VIVIENDA</th> </tr> <tr><td>1</td><td>Adecuada a las necesidades</td></tr> <tr><td>2</td><td>Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, puertas estrechas.)</td></tr> <tr><td>3</td><td>Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).</td></tr> <tr><td>4</td><td>Vivienda semi construida o de material rústico</td></tr> <tr><td>5</td><td>Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda</td></tr> </table>	Pts	3.- VIVIENDA	1	Adecuada a las necesidades	2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, puertas estrechas.)	3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	4	Vivienda semi construida o de material rústico	5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;">Pts</th> <th style="width:95%;">4.- RELACIONES SOCIALES</th> </tr> <tr><td>1</td><td>Mantiene relaciones sociales en la comunidad</td></tr> <tr><td>2</td><td>Relación social sólo con familia y vecinos</td></tr> <tr><td>3</td><td>Relación social solo con la familia</td></tr> <tr><td>4</td><td>No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</td></tr> <tr><td>5</td><td>No del domicilio sale y no recibe visitas</td></tr> </table>	Pts	4.- RELACIONES SOCIALES	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad	2	Relación social sólo con familia y vecinos	3	Relación social solo con la familia	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	5	No del domicilio sale y no recibe visitas
Pts	3.- VIVIENDA																								
1	Adecuada a las necesidades																								
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, puertas estrechas.)																								
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).																								
4	Vivienda semi construida o de material rústico																								
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda																								
Pts	4.- RELACIONES SOCIALES																								
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad																								
2	Relación social sólo con familia y vecinos																								
3	Relación social solo con la familia																								
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia																								
5	No del domicilio sale y no recibe visitas																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;">Pts</th> <th style="width:95%;">5.- APOYO DE LA RES SOCIAL(MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)</th> </tr> <tr><td>1</td><td>No necesita apoyo</td></tr> <tr><td>2</td><td>Requiere apoyo familiar o vecinal</td></tr> <tr><td>3</td><td>Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social</td></tr> <tr><td>4</td><td>No cuenta con Seguro Social</td></tr> <tr><td>5</td><td>Situación de abandono familiar</td></tr> </table>	Pts	5.- APOYO DE LA RES SOCIAL(MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)	1	No necesita apoyo	2	Requiere apoyo familiar o vecinal	3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social	4	No cuenta con Seguro Social	5	Situación de abandono familiar	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR</th> </tr> <tr> <td style="width:10%; text-align: center;">☐</td> <td>Buena/aceptable situación social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐</td> <td>Existe riesgo social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☐</td> <td>Existe problema social</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, = 15 pts : Existe problema social </td> </tr> </table>	VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR		☐	Buena/aceptable situación social	☐	Existe riesgo social	☐	Existe problema social	5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, = 15 pts : Existe problema social			
Pts	5.- APOYO DE LA RES SOCIAL(MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)																								
1	No necesita apoyo																								
2	Requiere apoyo familiar o vecinal																								
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social																								
4	No cuenta con Seguro Social																								
5	Situación de abandono familiar																								
VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR																									
☐	Buena/aceptable situación social																								
☐	Existe riesgo social																								
☐	Existe problema social																								
5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, = 15 pts : Existe problema social																									
NOMBRES Y APELLIDOS		N° HC																							



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR									
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR									
CADA CONSULTA		FECHA:							COMENTARIOS
Fiebre en los últimos 15 días		Tos por más de 15 días							
PERIÓDICAMENTE (Anual)		FECHA:							
Vacunas: Antitetánica (3 dosis)									
Antiamarílica (zona de riesgo) Antihepatitis B (3 dosis)									
Antinfluenza (anual) Antineumocócica (Cada 5 años)									
Hábitos y (Colocar Sí o No)									
Estilos de Consumo de alcohol									
Vida Consumo de tabaco									
Actividad Física									
Salud bucal:									
(Colocar Sí o No)									
Control de Salud Bucal en el último año									
Otros exámenes		Mamas							
		Pélvico y PAP (c/año, c/3 años)							
		Mamografía (c/ 2 años)							
		Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA							
		Densitometría							
Laboratorio Hemograma completo									
Básico Glucosa									
Urea									
Creatinina Colesterol Triglicéridos Examen de orina									
Síndromes y Problemas Geriátricos (Colocar SI o NO)									COMENTARIOS
Vértigo-mareo									
Delirio									
Síncope									
Dolor crónico									
Deprivación Auditiva									
Deprivación Visual									
Insomnio									
Incontinencia urinaria									
Prostatismo (síntomas prostáticos)									
Estreñimiento									
Úlceras de presión									
Inmovilización									
Caídas:									
Caídas en el último año									
Caídas (Número de caídas: _____)									
Fracturas									
NOMBRES Y APELLIDOS								N° HC	



DIRESA JUNIN

NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR			
CONSULTA			
ENFERMEDAD ACTUAL			
FECHA: HORA: Edad:		Tiempo de Enfermedad:	
Motivo de consulta:			
Apetito: Sed: Sueño:		Estado de	
Orina; Depositiones:		Pérdida de peso:	
Ex Físico T° PA: FC:		FR: Peso:	Tala: IMC:
Piel:			
TCSC: Edemas			
Cabeza y Cuello:			
Cavidad oral:			
Tórax y Pulmones:			
Aparato Cardiovascular:			
Abdomen:			
Aparato Génitourinario:		Tacto Rectal:	
Sistema Nervioso			
Aparato Locomotor			
DIAGNÓSTICOS:			
Dependiente		Dependent	
IFUNCIONAL: Independiente Parcial		Total	
ILMENTAL		DC Moderado DC Severo	
2.1 Estado cognitivo Normal DC Leve		Con manifestaciones depresivas	
2.2 Estado Afectivo Sin manifestaciones depresivas		Problema	
IIISOCIO-FAMILIAR Buena Riesgo Social		2.-	
IV.FÍSICO: 1.-		4.-	
3.-			
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:			
(al final de la consulta)			
SALUDABLE		FRAGIL	
ENFERMO		GERIÁTRICO COMPLEJO	
TRATAMIENTO		Exámenes auxiliares	
Referencia		Próximo Cita:	
Observaciones:		Firma y Sello	
Atendido por:		(Colegio prof.)	
NOMBRES Y APELLIDOS			
N° HC			

DIRESA JUNIN



ANEXO N° 7
ELEMENTOS A CONSIDERAR EN EL FORMATO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

- a) N° de Historia Clínica.
- b) Fecha y hora de atención.
- c) Filiación.
- d) Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta.
- e) Antecedentes.
- f) Examen físico.
- g) Hoja de consentimiento informado de ser el caso.
- h) Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso.
- i) Exámenes auxiliares.
- j) Diagnóstico presuntivo.
- k) Plan de trabajo.
- l) Terapéutica y seguimiento.
- m) Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica.
- n) En caso de parto llenar la Historia Clínica Perinatal y el Partograma.
- o) Firma y sello del médico tratante.



ANEXO N° 8
FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN, EN
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

YO, _____, IDENTIFICADA
(O)

CON DNI / CARNET EXTRANJERIA N° _____;

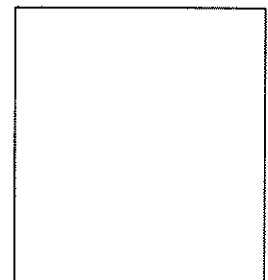
TITULAR O /PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE:

AUTORIZO A LA JEFATURA DE LA IPRESS:

Nombre establecimiento y código ubigeo

A COMPARTIR INFORMACION PARCIAL O TOTAL DE MI HISTORIA CLINICA PARA SER USADA POR EL MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES, CONSEJO NACIONAL DE INTEGRACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, MINISTERIO DE EDUCACION, MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL Y DEFENSORIA DEL PUEBLO CON DESTINO A LOS PROGRAMAS DE INCLUSION Y PROTECCION SOCIAL PARA TRAMITAR LOS BENEFICIOS QUE ESTOS IMPLEMENTEN Y ME CORRESPONDAN SEGÚN LEY.

_____, _____
Lugar Fecha



huella digital

Firma



ANEXO N° 9
MODELO REFERENCIAL DE ACTA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS AL
ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN

En la ciudad de, siendo las..... horas del día del mes de de 20....., en las instalaciones del Archivo Central de la (NOMBRE DE LA ENTIDAD DE SALUD), ubicado en....., se dio inicio a la entrega de documentos para su eliminación al Archivo General de la Nación, contando con la asistencia de las siguientes personas:

El Sr. (a) (ita)por el Órgano de Administración de Archivos, identificado con DNI N° el Sr. (a) (ita)Presidente del Comité de Evaluación de Documentos, identificado con DNI N°en representación del (NOMBRE DE LA ENTIDAD DE SALUD) y el Sr. (a) (ita) identificado con DNI N° en representación del Archivo General de la Nación, acto que se desarrolla en cumplimiento a la Resolución Jefatural del Archivo General de la Nación N°de fecha de de 20, que resuelve aprobar la eliminación de los documentos, cuya solicitud de eliminación tramitó el (NOMBRE DE LA ENTIDAD DE SALUD) con el expediente N°del díade.....de 20.....

A continuación se describe la documentación que es materia de entrega:

Nombre de la Serie Documental	Unidad Orgánica	Unidad de Archivamiento	Cantidad de Unidades de Archivamiento	Cantidad de M.L.
TOTAL				

Después de efectuarse la entrega de la documentación al representante del Archivo General de la Nación, no habiendo mas asuntos que tratar y siendo las..... horas del día.....dede 20 Se da por concluida la entrega de documentos para su eliminación.

En señal de conformidad suscriben la presente acta en original y tres copias, las siguientes personas:

Sr. Presidente del Comité de Evaluación
de Documentos

Sr. Órgano de Administración de
Archivos

Sr. Representante del Archivo General
de la Nación

Sr. Representante del Archivo
General de la Nación



ANEXO N° 10
MODELO REFERENCIAL DE ACTA DE SESIÓN DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN
DE DOCUMENTOS

En la ciudad de Lima, siendo las..... horas del día.... del mes de de dos mil, en la Sala de Reuniones de la sede central, ubicada en del distrito de, se dio inicio a la Sesión del Comité de Evaluación de Documentos, designado mediante Resolución de (NOMBRE DE LA ENTIDAD DE SALUD) N° de fecha de de 20....., con la asistencia de los siguientes miembros del Comité:

- Sr....., representante de la Alta Dirección quien actúa como Presidente.
- Sr....., representante de la Oficina de Asesoría Jurídica.
- Sr....., representante de la unidad orgánica cuya documentación será evaluada.
- Sr....., representante del Órgano de Administración de Archivos quien actúa como Secretario.

Agenda:

.....
.....

Acuerdos:

.....
.....

No habiendo más asuntos que tratar y siendo las horas, se da por concluida la sesión del Comité.

En señal de conformidad suscriben la presente acta en original y copia, las siguientes personas.

.....
Presidente
Representante de la Alta Dirección

.....
Representante de la Oficina de
Asesoría Jurídica

.....
Jefe de la unidad orgánica
cuya documentación se evalúa

.....
Jefe del Órgano de Administración de
Archivos



ANEXO N° 11

**CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN LA
HISTORIA CLÍNICA**

(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de datos N° 29733 y normas complementarias)

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad:		Edad:	Fecha:
N° de Historia Clínica:			

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento, que mis datos personales en especial los referidos a mis datos sensibles o datos de salud (registro de la atención e información complementaria) y que se encuentren en la historia clínica de esta Institución Prestadora de Servicio de Salud - IPRESS, sean accedidos por:

- ☐ El profesional de la salud de quien recibo una atención de salud.
☐ Por el (los) profesional(es) de la salud identificado con el siguiente código de usuario:

Los fines de uso de mis datos personales y sensibles son para las atenciones de las prestaciones de servicios de salud que me brinde la IPRESS y para la realización de actos médicos y administrativos que sean necesarios para la continuidad de la atención del servicio de salud. El acceso a los datos personales y sensibles son los estrictamente pertinentes y necesarios para el cumplimiento de los fines expuestos.

La IPRESS podrá tratar mis datos personales en el marco del cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley N° 26842 – Ley General de la Salud y en las contempladas en otras normativas legales vigentes.

En caso de querer ejercer algún derecho de protección de datos personales (derecho de acceso, derecho de información, derecho de rectificación, derecho de cancelación y derecho de oposición), serán dirigidas a la Institución Prestadora de Servicio de Salud – IPRESS a la siguiente dirección:

IPRESS	Domicilio	Correo Electrónico



--	--

Firma y Huella digital

ANEXO N° 12

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE
DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Establecimiento de Salud: _____

Señor (a) _____ Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes debieran aprender sobre la enfermedad que usted tiene; sólo observarán, tal vez podrán entrevistarlo (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para REVOCAR o DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____ de _____ del 201____ Hora: _____
Yo, _____ con DNI. N° _____ e Historia Clínica N° _____, declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resuelto todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si () No () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado identificado (a);

Si consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()
NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()

Firma o huella digital del paciente o representante legal.
D. N. I. _____

Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento.
D. N. I. _____

REVOCATORIA/ DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: _____ de _____ del 201____

Firma o huella digital del paciente o representante legal.
D. N. I. _____

Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria.
D. N. I. _____
Nota: Cualquier profesional de la salud.



.....Continuación del Anexo N° 12

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

El objetivo del presente Instructivo, es orientar el correcto llenado del Formulario de Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención de salud a las personas usuarias de los servicios de salud, sea consulta externa, hospitalización, procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de manera informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.
- El profesional de la salud docente, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consulta para el consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria de los servicios de salud.
- El formato debe ser entregado y explicado a la persona usuaria por el profesional de las ciencias de la salud (Que es también docente); la información brindada debe ser expuesta en lenguaje sencillo, conciso y claro, que permita a la persona interesada a participar en la toma de una decisión acerca de su atención de salud. Se debe considerar un tiempo adicional prudencial no inferior a cinco minutos, para resolver las preguntas que surjan a fin que no queden dudas.
- Este formato debe ser aplicado antes de brindar cada atención en donde participe un profesional de la salud docente y sus alumnos asignados:
- En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad.
- El monitoreo de su implementación corresponde a la Unidad de Docencia e Investigación de cada Institución Prestadora de Servicios de Salud, o la que haga sus veces.

DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Consentimiento Informado:** Es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia ya sea en consulta externa, hospitalización, o durante el desarrollo de procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención.
- **Actividad de Docencia en Servicio:** Actividad vinculada entre la universidad y los establecimientos de salud, que permite la prestación del servicio asociada a la enseñanza e interacción docente – alumno en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el fin de garantizar la excelencia académica en el proceso de formación o de capacitación en el campo de las ciencias de la salud.
- **Revocar:** Dejar sin valor o efecto el consentimiento previamente brindado.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Considerar la fecha del día y la hora en que se brinda la información al paciente y éste firma y otorga su consentimiento.
- Consignar el nombre y apellidos de la persona usuaria de los servicios de salud, Número de Documento Nacional de Identidad (DNI) y el Número de su Historia Clínica (HCI).
- Colocar una "X" entre los paréntesis, si la persona usuaria da o no su consentimiento, según sea el caso.



- Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, es importante señalarle a la persona usuaria de los servicios de salud que no será identificado (a); colocará una "X" entre los paréntesis, si la persona usuaria da o no su consentimiento, según sea el caso para video, audio o toma fotográfica.
- La persona usuaria de los servicios salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o cuando el paciente está imposibilitado; debe firmar en el casillero correspondiente al consentimiento informado.
- Se debe colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital en el recuadro correspondiente.
- El profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento, debe firmar y colocar el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI) en el casillero correspondiente.
- El formato de consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud es anexo a la historia clínica.

REVOCATORIA O DESAUTORIZACIÓN

- El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado.
- Se debe informar a la persona usuaria, que aun cuando haya firmado el consentimiento informado, puede cambiar de opinión y revocar dicho consentimiento, cuando lo desee y por su propia decisión.
- Considerar la fecha exacta del día en que la persona usuaria de los servicios de salud realiza la revocatoria o desautoriza el uso o vigencia del consentimiento informado brindado anteriormente, y no está condicionado a justificarlo.
- Firma la persona usuaria de los servicios de salud, o su representante legal en caso de ser menor de edad o tener alguna discapacidad.
- Colocar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona usuaria.
- Si la persona usuaria o su representante legal no sabe leer ni escribir, colocará su huella digital.
- El profesional de la salud que recibe la revocatoria, firma y coloca su sello, dejando constancia del acto de revocación. Es importante, señalar que en aplicación de las normas legales vigentes cualquier profesional de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, podrá a solicitud expresa del usuario de los servicios de salud y/o sus representantes legales, acceder al Consentimiento Informado obrante en la historia clínica, con la finalidad de formalizar la revocatoria del documento. Ambos documentos en original deben conservarse en la Historia Clínica de la persona usuaria.



ANEXO N° 13
MODELO REFERENCIAL DE ACTA DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE HISTORIAS CLÍNICAS.

ACTA N°

COMITÉ INSTITUCIONAL DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA IPRESS

Siendo las horas del día del mes del año reunidos en la sala de reuniones de la IPRESS el equipo del Comité Institucional de Historias Clínicas se trataron los siguientes aspectos:

AGENDA

1.
2.
3.

DESARROLLO DE LA AGENDA:

1.
2.
3.
4.
5.

COMPROMISOS

Concluyéndose en los siguientes compromisos, según los problemas priorizados:

1.
2.
3.
4.
5.

Siendo las hrs. Se da por concluida la sesión y en señal de conformidad firman los presentes:

FIRMAS



DIRESA JUNIN

ANEXO N° 14
FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES PARA EL CONTROL GERENCIAL DE LAS
HISTORIAS CLÍNICAS

Ficha Técnica N° 1

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
NOMBRE DEL INDICADOR	APERTURA DE HISTORIAS CLÍNICAS CON CODIFICACIÓN DEL NÚMERO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD – DNI EN LA IPRESS		
DEFINICIÓN	Es el procedimiento administrativo a través del cual se apertura la codificación de la historia clínica al usuario de salud denominado "nuevo", utilizando el número de su Documento Nacional de Identidad – DNI. Los usuarios en salud nuevos son aquellos que por primera vez acuden a la IPRESS para hacer uso de un servicio de salud, confirmando que nunca antes hicieron uso de ningún servicio.		
TIPO DE INDICADOR	Estructura ☒	Proceso ☐	Resultado ☐
OBJETIVO	Es asegurar la apertura de la historia clínica individualizada mediante la identificación estándar de usuario de salud a través de su número de D.N.I., que corresponde a una persona nacida en territorio peruano o a una persona nacionalidad en el país.		
JUSTIFICACIÓN	La propuesta del indicador está orientado a medir la implementación progresiva de lo señalado en la Segunda Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.		
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de historias clínicas nuevas con codificación del número de DNI (en un periodo)}}{\text{Total de historias clínicas nuevas abiertas (en el mismo periodo)}} \times 100$		
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el: Numerador: Es el número de historias clínicas nuevas que fueron aperturado con la codificación correspondiente al número de DNI, las cuales se seleccionarán en correspondencia al periodo de medición. Si se aplica al primer semestre, corresponden a las historias aperturado entre enero y junio; en el caso del segundo semestre son las historias aperturado entre julio a diciembre del año de medición. Denominador: Es número total de historias clínicas nuevas abiertas de las IPRESS que corresponden al mismo periodo de medición. El periodo de medición corresponde al primer y segundo semestre del año medición.		
FUENTE	Primaria: El registro de usuarios de la base de datos de la IPRESS.		
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral. Dos (02) mediciones al año.		
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a todo tipo de historias clínicas (manuscritas, electrónicas u otros).		
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, en cumplimiento de la normatividad vigente. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.		
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	Área de admisión, o la que haga sus veces en la IPRESS.		
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de ésta a la DIRIS/DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud o la que haga sus veces.		
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	El presente indicador fue diseñado en concordancia con lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, que dispone que a partir del 01 de enero de 2017, los establecimientos de salud del país y los servicios médicos de apoyo (IPRESS) implementarán de manera progresiva la identificación única de los usuarios en las historias clínicas manuscritas y electrónicas (número de historia clínica). El número de historia clínica será el número del Documento Nacional de Identidad – DNI, emitido por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil – RENIEC para el caso de nacionales, el carnet de extranjería que emite el Ministerio del Interior para el caso de extranjeros residentes, y el pasaporte o el documento de identidad extranjero para el caso de extranjeros en tránsito.		



Ficha Técnica N° 2

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPRESS
DEFINICIÓN	Es el grado en la cual la historia clínica cumple con los requisitos establecidos para el registro completo y correcto, según los ítems relacionados a su contenido (estructura), identificando igualmente la coherencia y consistencia del registro de las prestaciones o servicios ofertados y recibidos por el usuario de salud, los cuales están avalados de manera formal por la firma y sello del profesional de salud que brindaron la atención. La calidad del registro correcto y completo de las historias clínicas se evalúa a través de la auditoría, el cual le es aplicable para el caso de historias clínicas manuscritas y electrónicas, según corresponda. Se aplica en las UPSS: consulta externa, hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, entre otros; priorizar aquellos servicios en los cuales tienen son significativos los problemas de registro.
TIPO DE INDICADOR	Estructura ☐ Proceso ☒ Resultado ☐
OBJETIVO	Determinar la calidad del registro de las historias clínicas, en correspondencia a las prestaciones o servicios ofertados y recibidos por los usuarios de salud en las IPRESS, en el marco de lo establecido en la norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.
JUSTIFICACIÓN	Permite realizar el monitoreo periódico de la calidad del registro de las prestaciones ofertadas y brindadas por los profesionales de salud al usuario de salud; verificando igualmente la coherencia y consiste del mismo.
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N° de historias clínicas auditadas con registro completo y correcto en la IPRESS (en un servicio y periodo determinado)} \times 100}{\text{N° de historias clínicas auditadas de la IPRESS (en el mismo servicio y periodo)}}$
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el: Numerador: Es el número de historias clínicas que luego de la revisión sistemática cumplen con el registro completo de todos los ítems considerados en los formatos de atención según tipo de prestaciones o servicios ofertados y brindados a los usuarios en salud, la cual se realizada a través de la auditoría. Este proceso se realiza a partir de la selección de las historias clínicas auditadas comprendidas en un periodo específico (los últimos seis meses) para evaluar el registro de las prestaciones o servicios ofertados y brindados al usuario de salud en un determinado servicio de la IPRESS. (Ej.: Consulta externa, hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, entre otros, priorizar aquellos servicios en los cuales tienen problemas significativos de registro). Denominador: Es número de historias clínicas auditadas del servicio seleccionado para la medición en la IPRESS, que corresponden al mismo periodo de medición. El periodo de comprobación corresponde a los seis (06) últimos meses previos a la medición.
FUENTE	Primaria: Formatos de registros de prestaciones de salud, según servicio (Por ejemplo: consulta externa, hospitalización, emergencia, u otros), que integran la historia clínica.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral. Cuatro (04) mediciones al año. Anual
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a todo tipo de historias clínicas (manuscritas, electrónicas u otros).
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, según lo establecido en la presente norma técnica de salud. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	Área de calidad en salud y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en la IPRESS.
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de ésta a la DIRIS/DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud.
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	Para la medición de este indicador se seleccionará el servicio en el cual se aplicará el instrumento, se sugiere priorizar los servicios de mayor demanda de las prestaciones de salud y aquellos en los cuales se identifican mayores reclamos o inconformidades en el servicio o aquellos servicios en los cuales las prestaciones son de alto costo. Se sugiere priorizar e iniciar la medición en los servicios de consulta externa o en los servicios que presentan problemas significativos de registro. En las IPRESS hospitalarias incluir: emergencia, unidad de cuidados intensivos, hospitalización; entre otras según necesidades identificadas. Al término del año en el caso de la IPRESS hospitalarias mínimamente debe haber realizado la medición en la UPSS de Consulta Externa y en la UPSS de Hospitalización.



Ficha Técnica N° 3

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPRESS DE LA RED DE SALUD QUE HAN IMPLEMENTADO EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS
DEFINICIÓN	En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS el Archivo de Historias Clínicas, es el archivo en el cual se encuentran contenidas y clasificadas las historias clínicas del archivo común, denominadas como "archivo activo" y "archivo pasivo"; y también la correspondiente al Archivo Especial. El área del archivo de historias clínicas debe reunir condiciones para el correcto almacenamiento, custodia, y seguridad; en referencia a lo establecido en la normatividad, la cual se medirá con el "Instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas". El responsable del archivo, tiene el encargo del mantenimiento, conservación, custodia, y la administración del uso de las historias, en el marco de su competencia y la normatividad vigente; asimismo de proponer su eliminación y realizar la transferencia de las historias clínicas al Órgano de Administración de Archivos, cuando corresponda.
TIPO DE INDICADOR	Estructura ☐ Proceso ☒ Resultado ☐
OBJETIVO	Es garantizar que las IPRESS dispongan e implemente el Archivo de Historias Clínicas, área en la cual las historias clínicas del usuario de salud están correctamente archivadas, conservadas, custodiadas y cumplen con las condiciones de seguridad de la información contenida en la misma, según lo establecido en la normatividad.
JUSTIFICACIÓN	La prioridad del indicador está relacionada a la situación de inadecuada implementación de los archivos de historias clínicas en el país y a asegurar las condiciones adecuadas almacenamiento, conservación, custodia y seguridad de las historias clínicas en cumplimiento de la normatividad del proceso archivístico definido por el Archivo General de la Nación y en correspondencia a lo establecido en la presente norma técnica de salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de IPRESS de la Red de Salud que cuentan con archivo de historias clínicas implementado de acuerdo a la NTS (en un periodo)} \times 100}{\text{Número de IPRESS de la Red de Salud o quien haga sus veces (en el mismo periodo)}}$
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el: Numerador: Es el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS de la Red de Salud que cuentan con archivo de historias clínicas implementado, en un periodo determinado (I o II semestre) del año de medición. Se considera implementado cuando cumple al 100% los ítems considerados en el "Instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas". Denominador: Es el número total de IPRESS del ámbito de la Red de Salud, correspondiente al periodo de medición. El periodo de medición corresponde al primer y al segundo semestre del año medición; y al concluir el año anual.
FUENTE	Primaria: Es la Dirección o Jefatura de la IPRESS.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral. Dos (02) mediciones al año. Anual
APLICABILIDAD	En todas las Redes de Salud del Sector Salud. Aplicable a las historias clínicas manuscritas.
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, según lo establecido en la presente norma técnica de salud. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	La Red de Salud para el ámbito de las DIRESA/GERESA, y la Dirección de Red Integrada de Salud-DIRIS o la que haga sus veces en el ámbito de Lima Metropolitana.
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La Red de Salud realiza el reporte a la DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada de manera formal a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional-DGAIN o la que haga sus veces en el Ministerio de Salud. Las DIRIS del ámbito de Lima Metropolitana remite directamente a la DGAIN o la que haga sus veces.
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	Los aspectos a considerar para calificar como condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad, están determinados en el instrumento elaborado para tal propósito en correspondencia con lo establecido en la normatividad. Debiendo corresponder a un cumplimiento del 100% los aspectos especificados en el "Instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas".



Ficha Técnica N° 4

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPRESS QUE HAN ELIMINADO HISTORIAS CLÍNICAS, SEGÚN CRONOGRAMA DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES
DEFINICIÓN	La eliminación de historias clínicas, corresponde al procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos autorizados expresamente por el Archivo General de la Nación, que es ente rector del Sistema Nacional de Archivos y los Archivos Regionales; con conocimiento del Comité Evaluador de Documentos –CED que establece los plazos de retención de las historias clínicas en el Programa de Control de Documentos, del cual forma parte el cronograma de eliminación de documentos institucionales.
TIPO DE INDICADOR	Estructura Proceso Resultado ☐ ☐ ☒
OBJETIVO	Asegurar que las IPRESS dispongan e implementen el procedimiento archivístico establecido según normatividad del Archivo General de la Nación y la presente norma técnica de salud, para la eliminación de las historias clínicas en las IPRESS.
JUSTIFICACIÓN	En referencia a la demanda creciente de los servicios de salud en las IPRESS, se ha identificado el incremento significativo de los usuarios de salud nuevos, a los cuales se apertura la historia clínica. Ello genera que el área destinada al archivo de historia clínica para su almacenamiento, conservación y custodia, resulten siendo insuficientes. La AGN, ente rector de los archivos ha regulado los procedimientos para la eliminación de las series documentales en las instituciones, constituyéndose la historia clínica en un tipo de serie documental; correspondiendo a las IPRESS cumplir con la normatividad establecida para la eliminación. Es así que la eliminación, es el procedimiento archivístico que debe seguir toda historia clínica que ha cumplido su periodo de permanencia en el archivo "pasivo", salvo aquellas historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional (mínimo 40 años) y aquellas inmersas en procesos judiciales o son consideradas, según lo señalado en la presente norma técnica de salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número de IPRESS que eliminan historias clínicas según CEDI* (en un periodo) X 100 Número de IPRESS que programan eliminación de historias clínicas en el CEDI* (en el mismo periodo) (*) Cronograma de Eliminación de Documentos Institucionales Se obtendrá el: Numerador: Es el número de IPRESS que eliminan historias clínicas según el cronograma de eliminación de documentos institucionales durante el año de medición, y han cumplido con el procedimiento archivístico establecido por la normatividad vigente, la misma que se ha formalizado con el acto resolutorio emitido por el Archivo General de la Nación – AGN. Denominador: Es el número total de IPRESS que programan eliminación de historias clínicas en el cronograma de eliminación de documentos institucionales – CEDI considerado en el Programa de Control de Documentos de la IPRESS, del año de medición.
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	
FUENTE	Primaria: Es el responsable del Archivo de las Historias Clínicas.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual, una medición al año.
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a todo tipo de historias clínicas.
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, según lo establecido en la presente norma técnica de salud. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	El responsable de Archivo de Historias Clínicas de la IPRESS o quien haga sus veces.
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de ésta a la DIRIS/DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud o la que haga sus veces.



NTS N° 139 - MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

ESPECIFICACIONES ADICIONALES	Previa a la propuesta de eliminación de las historias clínicas se debe contar con la opinión favorable del Comité Institucional de Historias Clínicas, antes de ser sometida al Comité Evaluador de Documentos –CED. El Comité Institucional de Historias Clínicas coordinará permanentemente con el Órgano de Administración de Archivos y tomará conocimiento de las transferencias de historias clínicas desde el archivo periférico hacia el archivo central. El Órgano de Administración de Archivos identifica y clasifica las historias clínicas a ser eliminadas, previamente evalúa el tipo y período de custodia y asunto, revisa en su base de datos o repositorio de historias clínicas, aquellas que hayan cumplido el período de más de veinte (20) años. Organiza la documentación propuesta a eliminar, ubicando a las historias clínicas en unidades de instalación uniformes, rotuladas con los datos de la oficina (o unidad orgánica), denominación de la serie, fechas extremas y numeración correlativa. Registra en los inventarios de eliminación la cantidad total de los metros lineales propuestos a eliminar. Previo a la propuesta de eliminación de las historias clínicas, se debe conservar un resumen de la información mínima y básica en forma original o en medios magnéticos de los siguientes documentos: hojas de consentimiento informado, hojas de retiro voluntario, informes quirúrgicos y/o registros de parto, informes de anestesia, informes de exámenes anatomopatológicos, informes de exploraciones complementarias, epicrisis, informes de necropsia, hoja de evolución médica y hoja de evolución de enfermería de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos y del servicio de emergencia. La propuesta de eliminación de historias clínicas se realiza de acuerdo a lo señalado en la Directiva N° 001-2018-AGN/DNDAAI "Normas para la Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público". El proceso de eliminación de las historias clínicas en el primer nivel de atención debe ser avalado por el Comité Institucional de Historias Clínicas de la DIRESA/GERESA/DIRIS.
--	--



DIRESA JUNIN

Ficha Técnica N° 5

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
NOMBRE DEL INDICADOR	ARCHIVAMIENTO OPORTUNO DE FORMATOS DE HOSPITALIZACIÓN AL ALTA MÉDICA, EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS USUARIOS EN SALUD		
DEFINICIÓN	Es el momento propicio (dentro de las cuarenta y ocho (48) horas) en los cuales se incorporan los formatos específicos de hospitalización al alta de pacientes de los servicios de hospitalización de la IPRESS, al archivo de historias clínicas de la institución.		
TIPO DE INDICADOR	Estructura ☐	Proceso ☒	Resultado ☐
OBJETIVO	Asegurar la oportunidad del archivamiento de los formatos específicos de hospitalización a las historias clínicas de los pacientes que fueron dados de alta médica en los servicios de hospitalización de las IPRESS, el momento propicio está comprendido dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de producido el egreso del servicio.		
JUSTIFICACIÓN	En las IPRESS, los formatos específicos de hospitalización se requieren ser incorporados en un periodo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas, a las historias clínicas de los pacientes que hicieron uso de los servicios de hospitalización, la oportunidad del archivamiento de los formatos al egreso de los servicios de la IPRESS, es de carácter obligatorio según lo señalado en la normatividad.		
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de historias clínicas con archivamiento oportuno } (\leq 48 \text{ horas}) \text{ de los formatos de hospitalización en la IPRESS (en un periodo y servicio seleccionado)}}{\text{Número de historias clínicas de pacientes egresados de hospitalización en la IPRESS (en el mismo periodo y servicio seleccionado)}} \times 100$		
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el: Numerador: Es el número de historias clínicas de pacientes hospitalizados con alta médica, en los cuales se incorporaron al archivo institucional los formatos específicos de hospitalización de forma oportuna, es decir no mayor a las cuarenta y ocho (48) horas de producido el egreso hospitalario en la IPRESS; en un periodo determinado. Denominador: Es el número total de historias clínicas de pacientes hospitalizados con alta médica y egreso hospitalario en la IPRESS; en un periodo determinado.		
FUENTE	Para el Numerador, fuente primaria es: Responsable de Archivo de la IPRESS. Para el Denominador: el Área de Caja y/o Estadística e informática de la IPRESS.		
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral, dos mediciones al año (I y II semestre).		
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a historias clínicas manuscritas.		
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, según lo establecido en la presente norma técnica de salud. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.		
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	El responsable de Archivo Periférico de la IPRESS o quien haga sus veces.		
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de ésta a la DIRIS/DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud.		
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	No se incluyen los pacientes de hospitalización que solicitaron su retiro voluntario. Los servicios en los cuales se puede realizar las mediciones corresponden a las UPSS de hospitalización y la UPSS de Servicios Críticos: UCI y Cuidados Intermedios. Los meses para las mediciones corresponden: - I-semestre: de enero a junio. - II-semestre: de julio a diciembre. Se deberán incluir mediciones en servicios variados de hospitalización.		



Ficha Técnica N° 6

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPRESS QUE REPORTAN OPORTUNAMENTE HISTORIAS CLÍNICAS EXTRAVIADAS Y/O DESTRUIDAS ACCIDENTALMENTE
DEFINICIÓN	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en situaciones fortuitas (que suceden inesperadamente y por casualidad) como en el caso de desastres naturales (sismos, inundaciones, huracanes, otros) y/o accidentes (un suceso no planeado y no deseado que provoca un daño, lesión u otra incidencia negativa sobre un objeto o sujeto); que produzcan el extravío o destrucción (parcial o total) de las historias clínicas en la IPRESS, deben ser reportadas oportunamente (plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas) a la Autoridad Sanitaria (DIRESA/GERESA/DIRIS); en el caso de IPRESS del ámbito de regiones el reporte a la DIRESA/GERESA debe realizarse a través de la Red de Salud a la cual pertenece, de corresponder.
TIPO DE INDICADOR	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado ☒
OBJETIVO	Es implementar y mantener la vigilancia del reporte de historias clínicas que por situaciones fortuitas o accidentales fueron extraviadas y/o destruidas (parcial o totalmente) a nivel de la IPRESS, orientando el mecanismo administrativo a seguir para generar la formalidad de su búsqueda o reconstrucción de corresponder o de lo contrario iniciar el procedimiento archivístico de su eliminación formal.
JUSTIFICACIÓN	Las IPRESS del Sector Salud realizan las consultas del accionar ante situaciones fortuitas o accidental de pérdidas de historias clínicas, respecto al cual aun cuando al interior se han definido he implementado los procesos o procedimientos para su custodia y conservación; se requiere establecer la vigilancia de la ocurrencia y establecer el procedimiento administrativo de su manejo.
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de IPRESS que reportan oportunamente historias clínicas extraviadas y/o destruidas de forma fortuita y/o accidental (en un periodo)} \times 100}{\text{Número de IPRESS de un ámbito determinado (en el mismo periodo)}}$
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el: Numerador: Es el número de IPRESS que reportan oportunamente a la DIRESA/GERESA/DIRIS, las historias clínicas extraviadas y/o destruidas de forma fortuita y/o accidental en la Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPRESS, las cuales deberán ser sustentadas técnica y documentariamente. Denominador: Es el número total de IPRESS de un ámbito determinado (DIRESA/GERESA/DIRIS) y en un periodo determinado (un año).
FUENTE	Primaria: Es el responsable del Archivo de las Historias Clínicas.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual, una medición al año.
APLICABILIDAD	En todas las IPRESS del Sector Salud. Aplicable a todo tipo de historias clínicas.
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: Menor al 0.01% de las historias existentes, al año. Nivel de Avance: Disminuir al año un mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	El responsable de Archivo de Historias Clínicas de la IPRESS o quien haga sus veces.
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La IPRESS realizará el reporte a la instancia inmediata superior y a través de ésta a la DIRIS/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, para posteriormente ser enviada formalmente a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud o la Dirección General que haga sus veces.
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	El responsable de archivo de las historias clínicas en la IPRESS cuando identifique la pérdida de historias clínicas (extraviadas o destruidas por causas fortuitas o accidental) en el archivo u otro servicio, debe realizar el registro en los inventarios de la institución especificando y sustentando el motivo que condicionó la misma. Esta situación debe ser informada de manera documental a la máxima autoridad de la IPRESS para ser comunicado al Comité Institucional de Historias Clínicas y realizar la consulta al Comité Evaluador de Documentos –CED, de acuerdo a lo señalado en la Directiva N° 001-2018-AGN/DNDDAAI "Normas para la Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público". En el primer nivel de atención debe ser avalado por el Comité Institucional de Historias Clínicas de la DIRESA/GERESA/DIRIS.



Ficha Técnica N° 7

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPRESS CON INTERNAMIENTO QUE HAN IMPLEMENTADO EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS
DEFINICIÓN	En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS con internamiento el Archivo de Historias Clínicas, es el archivo en el cual se encuentran contenidas y clasificadas las historias clínicas del archivo común, denominadas como "archivo activo" y "archivo pasivo"; y también la correspondiente al Archivo Especial. El área del archivo de historias clínicas debe reunir condiciones para el correcto almacenamiento, custodia, y seguridad; en referencia a lo establecido en la normatividad, la cual se medirá con el "Instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas". El responsable del archivo, tiene el encargo del mantenimiento, conservación, custodia, y la administración del uso de las historias, en el marco de su competencia y la normatividad vigente; asimismo de proponer su eliminación y realizar la transferencia de las historias clínicas al Órgano de Administración de Archivos, cuando corresponda.
TIPO DE INDICADOR	Estructura ☐ Proceso ☒ Resultado ☐
OBJETIVO	Es garantizar que las IPRESS dispongan e implemente el Archivo de Historias Clínicas, área en la cual las historias clínicas del usuario de salud están correctamente archivadas, conservadas, custodiadas y cumplen con las condiciones de seguridad de la información contenida en la misma, según lo establecido en la normatividad.
JUSTIFICACIÓN	La prioridad del indicador está relacionada a la situación de inadecuada implementación de los archivos de historias clínicas en el país y a asegurar las condiciones adecuadas almacenamiento, conservación, custodia y seguridad de las historias clínicas en cumplimiento de la normatividad del proceso archivístico definido por el Archivo General de la Nación y en correspondencia a lo establecido en la presente norma técnica de salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de IPRESS con internamiento que cuentan con archivo de historias clínicas implementado (en un ámbito y periodo)} \times 100}{\text{Número de IPRESS con internamiento (en un ámbito y periodo)}}$
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el: Numerador: Es el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS con internamiento que cuentan con archivo de historias clínicas implementado, en un ámbito (DIRESA/GERESA/DIRIS) y en un periodo determinado (I o II semestre y anual) del año de medición. Se considera implementado cuando cumple al 100% los ítems considerados en el "Instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas". Denominador: Es el número total de IPRESS con internamiento, de un ámbito determinado (DIRESA/GERESA/DIRIS) correspondiente al periodo de medición. El periodo de medición corresponde al primer y al segundo semestre del año medición; y al concluir el año anual.
FUENTE	Primaria: Es la Dirección o Jefatura de la IPRESS.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral. Dos (02) mediciones al año. Anual
APLICABILIDAD	En todas las Redes de Salud del Sector Salud. Aplicable a las historias clínicas manuscritas.
NIVEL DE AVANCE Y META ESPERADA DEL INDICADOR	Meta Esperada: 100%, según lo establecido en la presente norma técnica de salud. Nivel de Avance: Incremento anual mínimo del 10%, sobre el valor de la línea de base.
ÁREA/UNIDAD RESPONSABLE DE MEDICIÓN	La unidad orgánica que determine la DIRESA/GERESA para las IPRESS con internamiento del II y III nivel de atención, y la unidad orgánica que determine la Dirección de Red Integrada de Salud-DIRIS o la que haga sus veces para las IPRESS con internamiento del ámbito de su competencia en Lima Metropolitana.
INSTANCIA A QUIEN SE REALIZA EL REPORTE	La DIRESA/GERESA, o la que haga sus veces, remite de manera formal a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional-DGAIN o la que haga sus veces en el Ministerio de Salud. Las DIRIS del ámbito de Lima Metropolitana remiten directamente a la DGAIN o la Dirección General que haga sus veces.
ESPECIFICACIONES ADICIONALES	Los aspectos a considerar para calificar como condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad, están determinados en el instrumento elaborado para tal propósito en correspondencia con lo establecido en la normatividad. Debiendo corresponder a un cumplimiento del 100% los aspectos especificados en el "Instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas".



INSTRUMENTO PARA FICHAS TÉCNICAS N° 3 y N° 7
Instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas

N°	ÍTEMS DE MEDICIÓN	VERIFICACIÓN	
		SI	NO
1	Se ha asignado formalmente la persona responsable del Archivo Periférico y en este de las historias clínicas.		
2	Los recursos humanos que laboran en el Archivo Periférico, han sido capacitados en este último año.		
3	Cuenta con un ambiente físico en la cual se identifican las historias clínicas organizadas como: "archivo activo" y "archivo pasivo", el cual se encuentra en el primer piso.		
4	El área asignada al archivo periférico cumple con las medidas establecidas según normatividad.		
5	Las estanterías especiales para carpetas de historias clínicas cumplen con las dimensiones recomendables de profundidad (28 cm), de alto entre bandeja y bandeja (35cm), de altura (menor o igual a 2.20 m y dividido en seis niveles), de distancia del muro (15 cm) y está fijada a los muros o cielo raso (en caso de estantes fijos). La separación entre estante debe ser mínimo 1 metro para pasillos principales y 75 cm para pasillos secundarios y la longitud entre estantería de 8 metros lineales.		
6	El piso debe ser consistente para soportar el peso de estanterías de carga de 750 kg/m ² (en estantería fija) y de hasta 1,250kg/m ² en estanterías móviles.		
7	Los pisos, muros, techos y puertas son de material ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión. Las pinturas deben tener propiedades ignífugas y el tiempo de secado necesario para evitar el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.		
8	Tiene una buena iluminación, señalización, ventilación (natural o artificial), sistemas contra incendios, extintores, detectores de humo y extractores de aire.		
9	Cuenta con un área restringida, de acceso limitado con medidas de seguridad y sistema de videocámaras.		
10	Mantiene una temperatura entre 15° a 21 °C, humedad relativa entre 45% a 65%, empleando un sistema de aire acondicionado, que incluye dispositivos de control de temperatura, humedad y extracción de aire viciado.		
11	Las historias clínicas están organizadas en orden cronológico y ordenadas según uso racional y pertinencia de los formularios que la integran.		
12	Las carpetas de las historias clínicas cuentan con código de barra para su mejor identificación, movimiento y control.		
13	Cuenta con un sistema informático de registro, control y monitoreo de las historias clínicas que se encuentran en el archivo; y la información está actualizada y completa (según el literal a del numeral 3. Sistema Informático para la Gestión de las Historias Clínicas)		
14	Las historias clínicas que son solicitadas para la atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia u otra actividad o motivo, son devueltas al archivo según los plazos establecidos en la normativa.		
15	Las historias clínicas que son retiradas de su lugar en el archivo, son reemplazadas por un tarjetón de reemplazo diferenciado (color o tamaño).		
16	Cuenta con los reportes (precisando el motivo y fecha de devolución) al responsable de archivo de las historias que por causa justificada han sido retenidas.		
17	Cuenta con un inventario anual resumido de historias clínicas.		
18	Las historias clínicas cumplen con el tiempo de conservación según tipo de archivo (activo o pasivo, de pacientes con cáncer ocupacional).		
19	Se encuentran custodiados los formatos de las historias clínicas que son propuestas a eliminar o fueron eliminadas.		
20	Se han implementado el proceso de microformas según el D.L. N° 681, Uso de Tecnologías Avanzadas en materia de archivo y su Reglamento; para las historias clínicas calificadas como "archivo especial" y de los documentos o formatos de las historias clínicas eliminadas o consideradas como propuesta a eliminar.		
21	El archivo periférico se fumiga periódicamente (cada seis meses).		
22	Dispone de un plan de prevención, seguridad y recuperación de archivos, ejecutando las acciones consideradas anualmente.		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			

