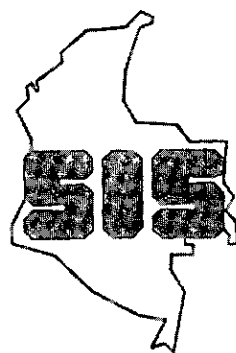


Blanco del Hoyo 17



REGISTROS MEDICOS E HISTORIA CLINICA

**REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE PLANEACION
DIVISION DE INFORMACION**

Bogotá, Enero de 1983

EDITORES

WILSON RODRIGUEZ QUIROGA
Jefe División de Información

LEONEL CASTILLO BEJARANO
Jefe Sección de Encuestas
División de Información

JAIRO BARRAGAN ESPINOSA
Jefe Sección Atención Materna
División Materno Infantil

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION SUPERIOR

JORGE GARCIA GOMEZ
Ministro de Salud

MARIA TERESA FORERO DE SAADE
Viceministro de Salud

ADALBERTO GALLARDO FLOREZ
Secretario General

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

COORDINACION TECNICA

HECTOR GOMEZ TRIVIÑO
Director de Atención Médica*

RODRIGO BUSTAMANTE ALVAREZ
Jefe Oficina de Planeación

WILSON RODRIGUEZ QUIROGA
Jefe División de Información

***EDUARDO GUERRERO SANDINO, Director de Atención Médica hasta octubre de 1982**

REGISTROS MEDICOS E HISTORIA CLINICA

RECONOCIMIENTOS

Wilson Rodríguez Quiroga	Dirección del trabajo desde 1980.
Luis Carlos Gómez Serrano	Dirección del trabajo desde su iniciación en 1975 hasta 1979.
Graciela Quijano de Zapata	Organización y preparación de todo el material preliminar presentado en Santa Marta en febrero de 1978.
María Cristina Ocampo de Herrán	Preparación del segundo borrador del documento discutido en Cartagena en febrero de 1979.
Mario Núñez Hinestroza	Asesoría inicial facilitando los modelos y el marco conceptual.
Carol A. Lewis	Asesoría OPS/OMS y colaboración en las etapas del trabajo hasta 1979.

**PARTICIPANTES EN LOS TALLERES DE CONSULTA
REALIZADOS EN SANTA MARTA EN FEBRERO DE 1978
Y EN CARTAGENA EN FEBRERO DE 1979.**

NACIONALES

Jaime Salcedo
Francisco Insignares
Graciela Quijano de Zapata
Jaime Rodríguez
Julián Gardeazábal
María P. de Bequis
Nelson Lenis
Luis Alberto Tafur
Manuel Manjarrés
Myriam Riaño P.
Carlos Gómez
Dario Zuleta
Elkin Silva
Pedro Manuel Pérez
Julio León Trejos
Oswaldo Caliz P.

Luis Fernando Rendón
Gilberto González
Hernando Medina
Jorge E. Casas C.
Luis Fernando Cruz
Nelson Contreras
Neuredin Ordóñez
Luis Carlos Gómez S.
María Cristina de Herrán
Alfredo Remolina
Carlos Retamoso
Eduardo Guerrero
Hugo Botero Castro
Antonio Moreno V.
Luz Elena Gómez
Rafael Polo Julio

INTERNACIONALES

Carlos López Ore
Hebbe Giacomini

Carol A. Lewis

**PARTICIPANTES EN LA EXPERIMENTACION DEL MODELO REALIZADO
EN LAS REGIONALES DE TUNJA (BOYACA) Y ZARZAL (VALLE)
ENTRE AGOSTO Y DICIEMBRE DE 1981.**

MINISTERIO DE SALUD

Rodrigo Bustamante A.
Jairo Barragán E.
Jaime Salcedo S.
Myriam Riaño P.
Antonio Moreno V.

Eduardo Guerrero S.
Wilson Rodríguez Q.
Guillermo Jiménez V.
Graciela Q. de Zapata

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE BOYACA

**Carlos Fuentes M.
Antonio González
Francisco Becerra
Gonzalo Duarte
Nancy de Ramírez
Roberto Chavarro Ch.**

**Hernando Gaona
Gloria M. de Bonilla
Luis Pérez
Hna. Cecilia de los Dolores
Inés Vargas**

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL VALLE

**Luis Fernando Cruz
Mireya Sánchez R.
Alvaro Valencia
Rosario Cárdenas
Luis Ballesteros**

**Alonso Arbeláez
Pio León Ortiz
Ancizar Bejarano
Rosa M. Solarte**

PREPARACION DE MATERIALES

APOYO TECNICO

**Wilson Rodríguez Q.
Jairo Barragán E.
Orlando Martínez M.
Jaime Salcedo S.
Guillermo Jiménez V.**

**Leonel Castillo B.
Hernando Guerrero M.
Amparo Leyva C.
Myriam Riaño P.
Graciela Q. de Zapata**

DIBUJO

María Carlina Uribe

Amparo Feria

SECRETARIA

**María E. de Aldana
Lyda Ocampo López**

**Nohora G. de Orbegozo
Elisa Martínez**

PRESENTACION

Tenemos el gusto de entregar a la comunidad científica del país, particularmente a la vinculada al Sector Salud, la segunda edición del Manual de Normas y Procedimientos de los Registros Médicos e Historia Clínica, el cual contiene las bases teóricas para una concepción más amplia sobre la Historia Clínica, enmarcada dentro del Sistema Nacional de Salud y las características de la prestación de servicios.

Este documento es una versión mejorada en cuanto a redacción y presentación y recoge las experiencias y observaciones de quienes participaron activamente en las fases de concepción, prueba de terreno y ajuste del Modelo.

Desde el punto de vista metodológico el documento está orientado a satisfacer los requerimientos de los servicios básicos para la atención de la morbilidad general, de los problemas orales, y de la población materno-infantil, que dan lugar al mayor volumen de servicios prestados por el Sistema Nacional de Salud.

Especiales reconocimientos hacemos a los anteriores Ministro de Salud, Doctor Alfonso Jaramillo Salazar y Secretario General, Doctora Luz Uribe Naranjo, por su decidido apoyo, al garantizar los recursos necesarios para el desarrollo de la primera fase de implantación del Modelo y a los Doctores Eduardo Guerrero Sandino, Director de Atención Médica y Rodrigo Bustamante Alvarez, Jefe de la Oficina de Planeación, quienes propiciaron la ejecución coordinada de todas las fases de prueba e implantación del Modelo, facilitando los recursos técnicos y administrativos requeridos.

LOS EDITORES

CONTENIDO

PRESENTACION	13
1. INTRODUCCION	19
Propósito, objetivos y metodología del proyecto	
Objetivos y Contenido del documento	
2. CONCEPTOS BASICOS	25
2.1 Conceptos Generales sobre la Atención Médica	
2.2 Niveles de Atención	
2.2.1 Nivel Local	
2.2.2 Nivel Regional	
2.2.3 Nivel Universitario	
2.3 Remisión de Pacientes	
2.4 Estrategias frente al riesgo	
3. CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA HISTORIA CLINICA	31
3.1 Conceptos y características	
3.1.1 Unicidad	
3.1.2 Uniformidad	
3.1.3 Estructura	
3.2 Usos	
3.3 Responsabilidad del equipo técnico respecto a la Historia Clínica	
3.3.1 Secreto Médico o Profesional	
3.3.2 Comité de Historias Clínicas	
4. MODELO DE HISTORIA CLINICA BASICA	39
4.1 Objetivos	
4.2 Ambito de aplicación	
4.3 Historia Clínica según tipo de atención	

- 4.3.1 Registros de Salud e Historia Clínica para Atención Ambulatoria.
 - 4.3.1.1 Registro de Salud para Atención Domiciliaria por la promotora de salud.
 - 4.3.1.2 Historia Clínica para Atención Ambulatoria en Puestos de Salud.
 - 4.3.1.3 Historia Clínica para Atención Ambulatoria en Centros de Salud y Hospitales.
- 4.3.2 Registros de Salud e Historia Clínica para atención intrahospitalaria.

5. CARACTERISTICAS DEL MODELO DE HISTORIA CLINICA

45

- 5.1 Características del contenido y diseño
- 5.2 Características formales

6. NORMAS GENERALES SOBRE APERTURA DE HISTORIA CLINICA Y MANEJO DE DOCUMENTOS PARA REMISION DE PACIENTES

51

- 6.1 Apertura de Historia Clínica
- 6.2 Criterios de utilización de los formularios
- 6.3 Remisión de Pacientes: Documentos y Procedimientos
 - 6.3.1 Remisión desde el nivel de atención domiciliaria por promotora.
 - 6.3.2 Remisión inter-institucional, hacia nivel superior con transferencia de responsabilidad
 - 6.3.3 Remisión inter-institucional hacia nivel inferior con transferencia de responsabilidad.
 - 6.3.4 Remisión intra-institucional sin transferencia de responsabilidad, interconsulta.
 - 6.3.5 Remisión para exámenes auxiliares de diagnóstico.

7. FORMULARIOS DE HISTORIA CLINICA E INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

65

- 7.1. Formularios
 - 7.1.1 Distribución modular de los formularios de la Historia clínica

7.2 Instructivos para el diligenciamiento de los formularios

Instrucciones generales	70
Identificación y resumen de Atenciones (SIS-400)	72
Atención de Urgencias (SIS-401)	75
Atención Infantil y Pre-escolar (SIS-402)	80
Atención Prenatal (SIS-403)	96
Atención del Parto y Post-parto Inmediato (SIS-404)	100
Atención del Puerperio en Consulta Externa (SIS-405)	106
Atención de Planificación Familiar (SIS-406)	109
Atención Odontológica Programada (SIS-407A)	114
Atención Odontológica de Urgencias (SIS-407 B)	118
Atención General (SIS-408)	120
Evolución (SIS-409)	122
Exámenes Auxiliares de diagnóstico (SIS-410)	124
Laboratorio Clínico - Hematología (SIS-410 A)	126
Laboratorio Clínico - Pruebas Serológicas (SIS-410 B)	126
Laboratorio Clínico - Química Sanguínea (SIS-410 C)	127
Laboratorio Clínico - Bacteriología. Micología (SIS-410 D)	127
Laboratorio Clínico - Orina (SIS-410 E)	128
Laboratorio Clínico - Coprológico (SIS-410 F)	122
Laboratorio Clínico - Citología (SIS-410 G)	129
Laboratorio Clínico - Otros (SIS-410 H)	130
Radiología (SIS-410 I)	131
Interconsulta (SIS-411)	132
Remisión de Pacientes - Solicitud (SIS-412 A)	135
Remisión de Pacientes - Respuesta (SIS-412 B)	138
Epicrisis (SIS-413)	141
Ordenes Médicas (SIS-414)	144
Tratamientos (SIS-415)	146
Signos Vitales (SIS-416)	148
Balance de líquidos (SIS-417)	151
Informe Quirúrgico (SIS-418)	154
Informe de Anestesia (SIS-419)	158
Informe de Anatomía Patológica (SIS-420)	162
Autorización para intervención quirúrgica y otros procedimientos especiales (Para pacientes de sala general) (SIS-430 A)	166
Autorización para intervención quirúrgica y otros procedimientos especiales (Para pacientes pensionados o particulares) (SIS-430 B)	167
Autorización para esterilización (para pacientes de sala general) (SIS-430 C)	168
Autorización para esterilización (para pacientes pensionados o particulares) (SIS-430 D)	169
Autorización para Autopsia (SIS-430 E)	170
Declaración de Retiro Voluntario (SIS-430 F)	171

8. ADMINISTRACION DE LOS REGISTROS MEDICOS

173

8.1 Organización y funcionamiento del archivo clínico

- 8.1.1 Características de la Historia Clínica para fines de archivo.
 - 8.1.1.1 Numeración
 - 8.1.1.2 Ordenamiento
 - 8.1.1.3 Uniformidad de la carpeta
 - 8.1.1.4 Identificación de funcionarios
- 8.1.2 Organización del archivo clínico
 - Normas generales
 - 8.1.2.1 Métodos de archivo
 - 8.1.2.2 Control
 - 8.1.2.3 Cuidado
 - 8.1.2.4 Conservación
 - 8.1.2.5 Archivo de registros auxiliares de diagnóstico.
 - 8.1.2.6 Cita previa

8.2 Registros Secundarios

- 8.2.1 Índice de pacientes
- 8.2.2 Registro de números
- 8.2.3 Registro de Ingresos y Egresos
- 8.2.4 Índice de Diagnósticos y Operaciones
- 8.2.5 Registro de Defunciones
- 8.2.6 Registro de Partos y Nacimientos
- 8.2.7 Registro de pacientes remitidos
- 8.2.8 Índice de Riesgo Materno Fetal
- 8.2.9 Resultado Final Madre - Recién Nacido
- 8.2.10 Índice de Riesgo Reproductivo
- 8.2.11 Registros Secundarios para programas especiales
- 8.2.12 Otros registros

8.3 Periodos de Conservación para la Historia Clínica y Registros Secundarios

- 8.3.1 Responsabilidades de la Institución

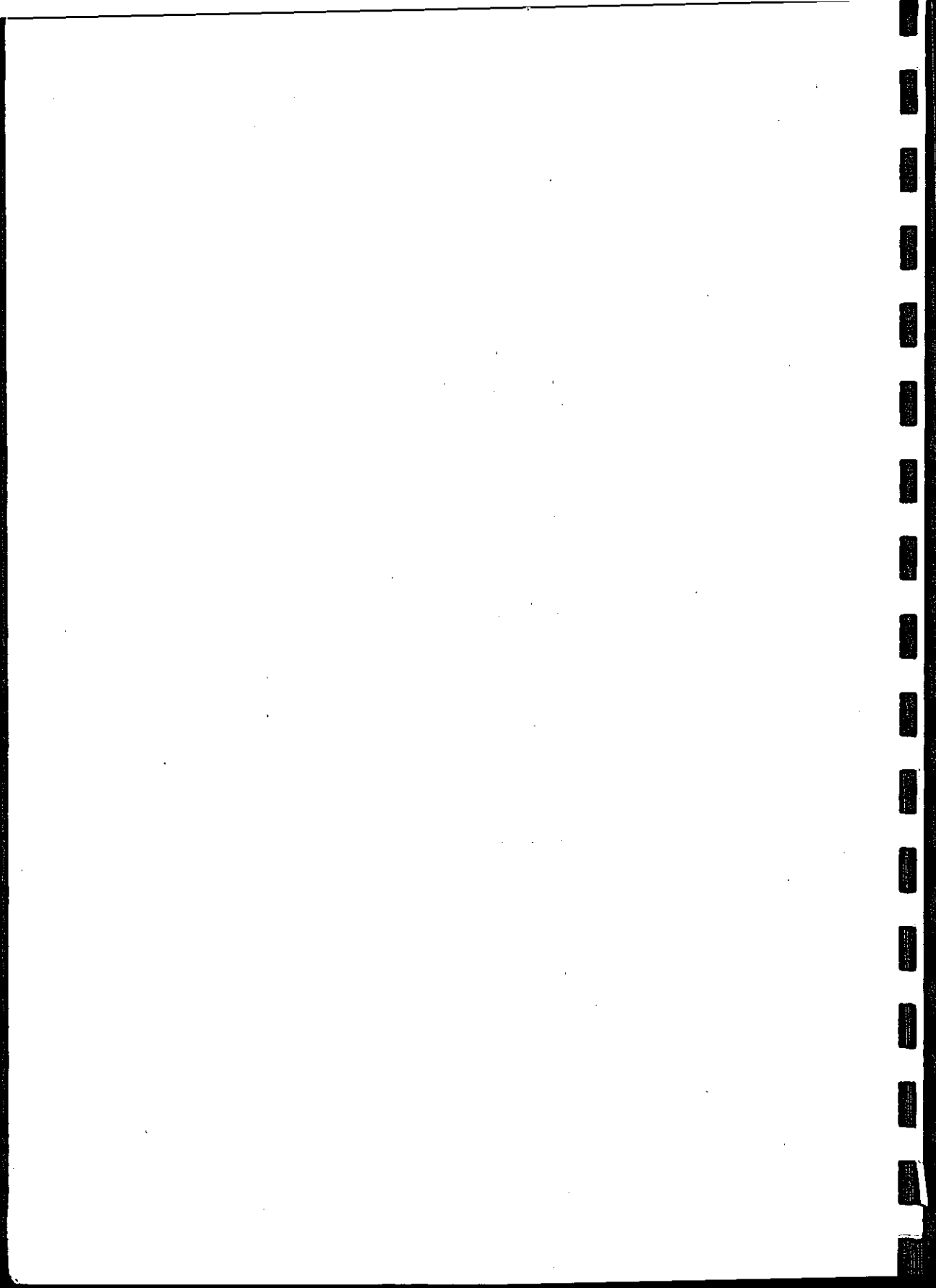
9. ANEXOS

201

ANEXO 1	Evaluación técnica de la Historia (Análisis Cuantitativo)	203
ANEXO 2	Integración y aspectos operativos del Comité de Historias Clínicas	209
ANEXO 3	Ordenamiento de los formularios	212
ANEXO 4	Métodos de archivo de Historias Clínicas	215
ANEXO 5	Microfilmación	221
ANEXO 6	Procedimiento para el manejo del Índice de Pacientes	222
ANEXO 7	Resolución de Implantación	227
GLOSARIO DE TERMINOS		231
BIBLIOGRAFIA		233

1

INTRODUCCION



1. INTRODUCCION

La disminución de los riesgos de enfermar y de morir de la población, como objetivo final del Sistema de Servicios de Salud, se cristaliza en el grado de protección y recuperación alcanzado por los individuos. Para definir la atención en salud se han tenido en cuenta dos criterios básicos: por una parte, el concepto de cuidado progresivo, que garantiza el incremento en la complejidad e intensidad de los servicios de acuerdo con el estado de salud de las personas y, por otra, el concepto de atención integral, que complementa el anterior, y que implica la participación ordenada y en equipo de todo el personal de salud de acuerdo con el riesgo que motiva la demanda de servicios y con los recursos disponibles.

Tomando como base los anteriores criterios, el Sistema Nacional de Salud (1) ha diseñado dos estrategias complementarias que se expresan en el modelo de atención a las personas y en su infraestructura de apoyo que, atiende entre otros, el Subsistema de Información en Salud (2). Relacionado con tales estrategias se destaca el papel fundamental de los registros médicos como instrumentos para la captación de datos sobre los diferentes eventos de salud de las personas, para facilitar la optimización de las decisiones y acciones de prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente, así como, las actividades de docencia e investigación, dentro del marco de aquellas.

Aunque tradicionalmente las instituciones de salud y en particular las de mayor complejidad, han venido utilizando registros médicos, hasta 1975, no se había realizado ningún esfuerzo para unificar criterios, instrumentos y sistemas administrativos al respecto, lo cual se ha reflejado en un desigual desarrollo de esta

(1) Colombia. Ministerio de Salud. **Subsistema Nacional de Información en Salud: resultados y propuestas del grupo de estudio, número 4/** por Luis Carlos Gómez Serrano y Hernán Ramírez Duque. - Bogotá: Minsalud, 1973. 103 h. (Rediseño del Sistema Nacional de Salud, documento RSSC, 15)

(2) Colombia. Ministerio de Salud. Oficina de Planeación. **El Subsistema de información en salud.** - Bogotá. Minsalud, 1975./100 p./.

área. Lo anterior, ha justificado ampliamente el proyecto denominado "Registros Médicos e Historia Clínica" cuyos aspectos básicos se presentan en este documento, considerando como premisas el modelo de prestación de servicios, sus niveles de atención y las estrategias frente a los sujetos y riesgos críticos.

Los elementos que componen y que son objeto del proyecto, son: los conceptos, instrumentos, normas y procedimientos relacionados con la Historia Clínica, y los registros secundarios.

Históricamente, el incremento en la complejidad de los servicios de salud fue incorporando progresivamente un número mayor de médicos y de especialidades, así como el recurso humano de otras disciplinas para la prestación de servicios de salud, lo cual demandó una sistematización y registro de la Historia de Salud, o Clínica, y sus registros secundarios contemplados en el presente documento, para facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y garantizar la continuidad e integridad de la atención.

Las funciones de administración y manejo de la Historia y de los registros médicos secundarios son funciones adscritas a la Unidad de Información de la Institución de Salud. Las pautas para organización y funcionamiento de estas unidades están contenidas en el "Manual de organización, funciones, normas y procedimientos del Subsistema Nacional de Información en Salud, para los niveles Regional y Local", elaborado por la División de Información del Ministerio de Salud.

PROPOSITO DEL PROYECTO

Como se desprende de lo dicho, el propósito del proyecto es revisar los criterios, normas, instrumentos y procedimientos de registros médicos e historia clínica de las instituciones de salud de Colombia, para contribuir a una mejor organización y calidad de la atención, y facilitar la investigación y docencia institucionales.

Complementariamente, se espera que tal conjunto de elementos sea sometido a evaluación sistemática para consolidar progresivamente un modelo normativo del Sistema Nacional de Salud en esta materia.

Para el logro de tal propósito se deben satisfacer dos requisitos básicos:

- Adecuación al modelo de prestación de servicios de salud, toda vez que los registros médicos deben reflejar la filosofía de la atención que se desea brindar y, por lo tanto, sus características deben ser acordes con la estructura y dinámica de tal modelo.
- Adecuación a las instituciones de salud, esto es, que permita su implantación progresiva de acuerdo con los recursos disponibles, las necesidades y complejidad de los problemas atendidos.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Dentro del marco del propósito expuesto, los objetivos específicos son los siguientes:

1. Sentar las bases teóricas para una concepción más amplia sobre la Historia Clínica y los registros médicos, en relación con el Sistema Nacional de Salud y las características de la atención médica en Colombia.
2. Diseñar formularios uniformes para la Historia Clínica y algunos registros secundarios, que puedan aplicarse modularmente de acuerdo con las características, necesidades y recursos de las diferentes instituciones de salud y con el modelo de regionalización de la atención médica en el país.
3. Definir las normas para el manejo, conservación y archivo de los registros médicos y la Historia Clínica.

METODOLOGIA

Desde el punto de vista metodológico, el proyecto se ha dividido en dos etapas: la primera, consignada en este documento, está orientada a satisfacer el propósito general mencionado, pero limitando el contenido de la Historia Clínica y sus registros secundarios, al considerado básico para la atención de morbilidad general, de problemas orales y de la población materno-infantil, que dan lugar al mayor volumen de servicios prestados por el Sistema Nacional de Salud.

Como primera fase de esta etapa, entre Agosto y Diciembre de 1981, con el decidido apoyo del Señor Ministro de Salud, Doctor Alfonso Jaramillo Salazar, y la labor conjunta de la Dirección de Atención Médica y la Oficina de Planeación, se llevó a cabo la experimentación o prueba del modelo de Registros Médicos, fase para la cual, fueron seleccionadas las Unidades Regionales de Salud de Tunja (Boyacá) y Zarzal (Valle), con sus correspondientes hospitales, centros y puestos de Salud.

El Nivel Superior del Ministerio de Salud, una vez analizados los resultados de la Prueba y efectuados los ajustes pertinentes, decidió la implantación del Modelo en todas las instituciones del sector, la cual se hizo efectiva mediante la resolución 3881 de 1982.

La segunda etapa incluirá las normas, procedimientos e instrumentos de registros, de la atención especializada en áreas tales como la tuberculosis, el cáncer, la salud mental, la rehabilitación física, etc., y los formularios especiales requeridos por las instituciones de máxima tecnología, no contemplados en la primera; esta etapa se desarrollará teniendo en cuenta las necesidades de las instituciones respectivas.

OBJETIVOS Y CONTENIDO DEL DOCUMENTO

El presente documento sirve de guía básica, no exhaustiva, para el diseño, montaje, administración y utilización de los sistemas de registros médicos e Historia Clínica, de las instituciones de salud del país, particularmente para la prestación de servicios de atención primaria y secundaria.

El documento se estructura en tres partes, a saber:

- La primera considera algunos conceptos básicos relacionados con las características de la atención médica en Colombia, el concepto de cuidado progresivo del paciente a nivel intrainstitucional, los niveles de atención médica y la estrategia de servicios de acuerdo con el sujeto y el riesgo. También contempla esta parte, la definición de Historia Clínica, sus usos, estructura y características, y las responsabilidades del equipo de salud en relación con ella. (Capítulos 2, 3, 4 y 5).
- La segunda incluye los formularios básicos e instrucciones generales de la Historia Clínica para atención ambulatoria y hospitalaria en las instituciones del país, desde el nivel local institucional hasta el regional; sus objetivos y características de acuerdo con los parámetros definidos en la primera parte del documento, y las normas sobre apertura de la Historia Clínica y manejo de los documentos para remisión de pacientes. (Capítulos 6 y 7).
- La tercera, se refiere a la administración y archivo de Historias Clínicas, incluye la conceptualización, diseño e indicaciones de manejo de los registros médicos secundarios. (Capítulo 8).

2

CONCEPTOS BASICOS

2. CONCEPTOS BASICOS

2.1 CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA ATENCION MEDICA

Los registros médicos deben reflejar la filosofía de la atención que se desea brindar. Su diseño, organización y funcionamiento deben orientarse de acuerdo con las características de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud, por tal motivo, resulta pertinente hacer una referencia a los conceptos que fundamentan las políticas de prestación de servicios y a sus características más relevantes.

El moderno concepto de atención médica (3) comprende no solo los servicios para la recuperación de la salud, sino también los de promoción, protección y rehabilitación, considerando tanto la naturaleza biológica del individuo, como su pertenencia a la familia y a la comunidad. Dos componentes determinan la estructura de la atención médica a saber:

- Un componente de demanda, definido por las características demográficas, sociales, económicas y culturales y por las características individuales de persona, tiempo y lugar que permiten tipificar los riesgos.
- Y un componente de servicios, compuesto por políticas, recursos y actividades, que definen la estructura de la oferta.

De la adecuada interrelación de estos componentes, dependerá la efectividad del Sistema de Salud en el logro de su objetivo, a saber: reducir la mortalidad, morbilidad e incapacidad, para mejorar el nivel de salud.

(3) Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de Salud Pública. Medellín. **Conferencia sobre Atención Médica**. Por Juan Purcallas. Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública, 1974, Mimeógrafo.

La **efectividad** de acciones del sistema, están en función de su eficiencia y eficacia (4). La **eficiencia**, determinada por el volumen de los recursos, la manera como estos se organizan, coordinan y utilizan, y por la calidad de las acciones desarrolladas a través de éstos. La **eficacia**, definida por la calificación de la forma como los servicios responden a los requerimientos de la demanda, en función de satisfacer las expectativas de los usuarios, su recuperación y rehabilitación respecto a los problemas de salud, y a la disminución de los riesgos de enfermar y de morir en el conjunto de la población.

Dentro de tal tipología están comprendidos igualmente, los conceptos de **universalidad** y **accesibilidad** de la atención médica, que han dado origen a una de las políticas de salud prioritarias en los últimos años, expresadas en los programas de extensión de cobertura, los cuales suponen los servicios de salud como un deber y derecho de la población y por lo tanto, deberán prestarse a todas las personas independientemente de sus condiciones económicas, sociales, geográficas, etc. en el lugar y tiempo adecuado y en cantidad y naturaleza acorde con las necesidades de la comunidad.

No obstante, proyectando la aplicación del concepto de cuidado progresivo intrahospitalario hacia los programas de salud de la comunidad, aparecen los niveles de atención y su componente de remisión de pacientes, como características fundamentales de la atención médica en Colombia.

2.2 NIVELES DE ATENCION

La prestación de los servicios, dentro del Sistema Nacional de Salud, se expresa con base en el concepto de que: son actividades que deben efectuarse para atender las necesidades de salud de una comunidad, de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones de salud y de la patología que deben atender.

Los recursos institucionales, humanos, tecnológicos y financieros, para responder a los requerimientos de la demanda de los servicios de salud en una determinada área, permiten la identificación del nivel de atención, cuyas características están de acuerdo con el concepto de regionalización. El Ministerio de Salud, los ha definido en tres niveles, basándose en los decretos orgánicos del Sistema Nacional de Salud Números 350 y 056 de 1975 los cuales comprenden el nivel local, el regional y el de máxima tecnología.

(4) Colombia. Ministerio de Salud. **Modelo de Evaluación para el Sistema Nacional de Salud: marco de referencia teórico y metodológico**/ por José Armando Porras N..... et al/. - Bogotá Minsalud, 1978. 78 p.

2.2.1. NIVEL LOCAL

Es el conjunto de servicios, con los cuales se pueden desarrollar acciones mínimas de salud, en el ámbito domiciliario, ambulatorio y hospitalario, con relación al fomento, prevención y recuperación de la salud de las personas; condicionado por el grado de desarrollo tecnológico, de las entidades propias de este nivel: Unidades Primarias de Atención, Puestos y Centros de Salud, y Hospitales Locales. En estas entidades se brindan servicios por personal profesional, técnico y auxiliar de salud, con funciones propias o delegadas.

2.2.2. NIVEL REGIONAL

Se caracteriza porque además de las actividades propias del nivel local, presta servicios de mayor complejidad con hospitalización en las cuatro especialidades básicas: Medicina interna, Cirugía, Pediatría, Ginecoobstetricia y el servicio de Odontología, como mínimo.

2.2.3. NIVEL DE MAXIMA TECNOLOGIA

Constituye la mayor expresión de la infraestructura y la tecnología de los servicios del Sistema Nacional de Salud. A la atención brindada por los niveles anteriores, se agrega la totalidad de las especialidades médicas y realiza además, labores de docencia y de investigación.

2.3. REMISION DE PACIENTES

Complemento indispensable de la definición de niveles de atención, es el funcionamiento de un adecuado sistema de remisión de pacientes, para garantizar su oportuno acceso al tipo de servicios requeridos y la continuidad de la atención, dentro de un contexto de cuidado progresivo; para lo cual se requiere el establecimiento de criterios mínimos de diagnóstico, tratamiento y clasificación de pacientes en cada nivel.

Como tal, el proceso de remisión comprende tres características básicas:

1. Es inter-institucional, vale decir que opera entre instituciones, o bien entre el domicilio y una institución.
2. Implica una transferencia total o parcial de la responsabilidad en el manejo del paciente.
3. Conlleva una doble dirección de la información entre las instituciones o niveles participantes.

Según sea la dirección de la remisión y la transferencia de responsabilidades, pueden distinguirse cuatro tipos de remisión:

1. Hacia el nivel superior o equivalente, con transferencia de responsabilidad en el esclarecimiento del diagnóstico y/o continuación del tratamiento.

2. Hacia un nivel inferior o equivalente con transferencia de responsabilidad en la continuidad del tratamiento.
3. Hacia un nivel superior o equivalente para esclarecimiento del diagnóstico y direcciones sobre tratamiento, sin transferencia de responsabilidad en el tratamiento; asimilable a una consulta intrainstitucional.
4. Hacia nivel superior o equivalente, para procedimientos auxiliares de diagnóstico, sin transferencia de responsabilidad en el manejo del paciente.

2.4. **ESTRATEGIAS FRENTE AL RIESGO**

Se considera riesgo la probabilidad de enfermar o de morir de un sujeto en una comunidad, el cual está condicionado por múltiples circunstancias llamadas "Factores de Riesgo".

De acuerdo con los conceptos anteriores, las políticas de salud han determinado dar prioridad a:

- Grupos de población más expuestos
- Riesgos más vulnerables
- Areas de menor desarrollo

Por lo tanto, se da prioridad en la atención del niño menor de cinco años, y en defensa de éste, a la población materna; en tanto que, el resto de la población debe ser cubierta de acuerdo con la demanda y recursos disponibles.

Para la atención materno infantil, se viene implantando el enfoque de riesgo. Este enfoque se lleva a cabo, mediante la aplicación de los formularios: "Índice de Riesgo Materno Fetal", "Resultado final Madre Recién Nacido" e "Índice de Riesgo Reproductivo", los cuales permiten la clasificación del riesgo.

En dichos formularios, se han definido y ponderado algunos factores de riesgo que permiten establecer una clasificación, la cual se registra en los formularios SIS-403, 404, 405 y 406 de la Historia Clínica. Esta clasificación selecciona a las pacientes para darles atención en el nivel correspondiente de acuerdo con los recursos y tecnología disponibles, que amerite su estado de salud.

3

**CONCEPTOS GENERALES
SOBRE
LA HISTORIA CLINICA**

3. CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA HISTORIA CLINICA

El propósito fundamental del Subsistema de Información en Salud es captar datos y transformarlos en información útil para la toma de decisiones y la ejecución de acciones, relacionadas con la salud de una persona o paciente o con un conjunto de la población.

Cuando tales decisiones y acciones se refieren a la población, el Subsistema de Información debe alimentar los procesos de programación, control y evaluación del sistema de salud, y como tal, dar énfasis a los datos que se registran, comunican, consolidan, procesan y analizan para apoyar dichas funciones.

Paralelamente, la programación, prestación y evaluación de servicios individuales, requiere de un sistema específico de información orientado hacia la salud del paciente, cuyo documento básico es la Historia Clínica, integrado al Subsistema Nacional de Información en Salud. El otorgar particular énfasis al papel de la Historia Clínica como base del sistema de información para el paciente, ha llevado a una estrecha coordinación en el área de atención a las personas, para establecer los aspectos clínicos de tal registro. En este caso, el Subsistema de Información en Salud es una fuente de datos que, agregados a los de otras personas, pueden proporcionar información para:

1. Contribuir a la identificación y cuantificación de los problemas de salud y sus factores relacionados.
2. Controlar la eficiencia de los recursos y la eficacia de las decisiones y acciones de salud.
3. Detectar la evolución de los problemas y evaluar el impacto que sobre los mismos puedan tener dichas decisiones y acciones.

Los registros médicos, además de la Historia Clínica, comprenden los registros secundarios, cuyo propósito es facilitar la utilización de la información consignada en la Historia Clínica, así como, el acceso a ésta o a ciertos datos derivados de la misma.

Igualmente se han tenido en cuenta las posibilidades de la Historia Clínica para fines de investigación y docencia, sin olvidar en ningún momento su papel fundamental, cual es facilitar la organización y calidad de la atención a las personas

3.1. CONCEPTOS Y CARACTERISTICAS

Según la Ley 23 de 1981, en lo referente a Historia Clínica, se establece lo siguiente:

Artículo 34.- La Historia Clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente.

Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

Artículo 35.- En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

Artículo 36.- En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad.

Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos, a su reemplazante. Además, como definición de "Historia Clínica, para efectos operativos se entiende como: el conjunto de formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona".

Tal definición incorpora tres conceptos críticos que merecen especial consideración:

- El primero, implica que la historia debe contener **TODOS** los datos relativos a la salud de una persona, es decir que no habrá historias separadas por programa o especialidad.
- El segundo concepto se refiere a la palabra **SALUD**, esto es, que la persona no necesariamente deberá estar enferma para contar con una Historia Clínica, ya que en este documento debe incorporarse la información correspondiente a la atención tanto preventiva como curativa y de rehabilitación brindada a una persona.
- El tercer concepto se relaciona con la palabra **PERSONA**, lo cual significa, de acuerdo con la definición, que la Historia Clínica es un documento para atención individual.

Dos características particulares deben complementar la anterior definición a saber: Los conceptos de unicidad y uniformidad de la Historia Clínica. Además, una referencia a su estructura ampliará el concepto.

3.1.1. UNICIDAD

En sentido estricto, el concepto de la Historia Clínica única implica incluir en un solo documento toda la información relativa a la salud de una persona, a lo largo de su vida, independientemente del lugar donde se brinde la atención.

Si bien, este criterio ofrece ventajas al garantizar la integridad y continuidad de la atención dentro del Sistema de Salud y disminuye la repetición innecesaria de estudios diagnósticos y datos básicos, su aplicación ofrece serias dificultades dada la movilidad de la población, las limitantes del sistema de comunicaciones y los requerimientos de un archivo y numeración centralizada para su manejo, lo cual hace poco factible su implantación en el país en un futuro inmediato. Por lo tanto, para los propósitos de este documento, se entenderá que la Historia Clínica es única en la Institución, esto es que cada paciente tendrá una historia dentro de la Institución, cualquiera que sea el servicio o especialidad que brinde la atención. A su vez, la integridad y continuidad de la atención dentro del sistema de salud, podrá alcanzarse en la medida en que se implante el sistema de remisión de pacientes y los documentos médicos diseñados para este propósito.

Sin embargo, con el fin de mejorar la continuidad de la atención en aquellas áreas donde las condiciones así lo permitan, podrá promoverse la Historia Clínica única entre varias instituciones. Ejemplo de esto podría ser la unificación de la Historia Clínica de un hospital con la de los centros y puestos de salud que de él dependan.

3.1.2. UNIFORMIDAD

El concepto de uniformidad de la historia, hace referencia al contenido y diseño de la misma, e implica que para atenciones semejantes deberá utilizarse formularios homogéneos en las diferentes instituciones del sistema de salud.

Tal homogenización de formularios, facilita el funcionamiento del sistema de remisión de pacientes y la aplicación de los mismos criterios para la evaluación de la atención brindada en todos los niveles del sistema y áreas del país.

3.1.3. ESTRUCTURA

En la actualidad, existen dos tipos de estructura básica que pueden darse a la Historia Clínica: la "Tradicional" y la "Orientada hacia los problemas del paciente".

En la historia tradicional, los datos están organizados según su fuente: informes del paciente, notas de enfermería, informes auxiliares de diagnóstico, etc.

La historia orientada hacia los problemas del paciente, incluye una hoja que permite listar los problemas del paciente y organiza la historia de tal manera que se puedan visualizar, y facilitar el razonamiento y las acciones a desarrollar para solucionarlos.

La estructura de la Historia Clínica que se presenta en este documento sigue el enfoque tradicional.

3.2. USOS

De acuerdo con las características de la atención médica, ésta debe guardar ciertas normas para que contribuyan a mejorar la calidad y la eficiencia de la atención a las personas y mejorar su estado de salud; al respecto, la Historia Clínica al proporcionar evidencia documentada sobre la evolución del estado de salud y tratamiento brindado al paciente, cumple dos papeles fundamentales a saber:

- Contribuye a mejorar la calidad de la atención brindada, al servir como "ayuda-memoria" al responsable de la atención y como instrumento de comunicación entre todos los miembros del equipo de salud e instituciones, que intervienen en la atención del paciente.
- Facilita el control y evaluación de la calidad y eficacia de la atención brindada al paciente, con base en los parámetros definidos para tal evaluación y a través de la revisión periódica o sistemática de las historias.

Además de los usos relacionados con la calidad de la atención pueden identificarse los siguientes:

- Proporcionar información para fines de docencia e investigación. Al respecto, existe un consenso sobre la utilidad de la Historia Clínica, para evaluar el proceso de aprendizaje de los estudiantes de ciencias de la salud y como ayuda en la educación continua de este tipo de profesionales.

Si bien, el uso de la Historia Clínica para fines de investigación no se ha extendido considerablemente en Colombia, vale destacar sus perspectivas para investigaciones de tipo clínico, epidemiológico u operativo para los cuales deberán establecerse ciertas normas de adecuación cualitativa y cuantitativa de la historia, así como, los protocolos de investigación e instrumentos de recolección adicionales, que en ningún caso deberán afectar la historia en su objetivo primario.

- Sirve como fuente de datos para programación, control y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Para cumplir con este propósito, el Subsistema de Información debe diseñar adicionalmente un conjunto de registros estadísticos, que basados en la historia, faciliten el enlace con los niveles administrativos del sistema y permitan la consolidación de los datos individuales.

3.3. RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO TECNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLINICA

Todo el personal que participa en la atención de un paciente es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la Historia Clínica y porque ésta cumpla con los propósitos para los cuales ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de las otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos, especialmente si los resultados son inesperados.

Tal responsabilidad cobra particular interés, en los puestos de salud donde la atención de los pacientes está asignada al personal auxiliar, en los cuales el médico deberá efectuar una revisión periódica de las historias, con el fin de conocer la patología de la región, evaluar los criterios de atención y dar indicaciones sobre la forma como se debe proceder en un futuro, si fuese necesario.

Por otra parte, otras disciplinas como enfermería, fisioterapia, nutrición y odontología, que contribuyen directamente a la atención del paciente, deberán tener normas escritas sobre registro y consignación de la información en la Historia Clínica, para lo cual deberán recibir información especial, acerca de sus responsabilidades al respecto.

Al personal de la unidad de información, corresponde el análisis cuantitativo de la Historia Clínica, que consiste en una revisión sistemática de las historias, para asegurar la integridad y cumplimiento de las normas en cuanto a estructura y contenido formal. En el anexo 1 se encuentran algunas instrucciones para efectuar este procedimiento.

3.3.1. SECRETO MEDICO O PROFESIONAL

De acuerdo a las disposiciones legales establecidas por la Ley 23 de 1981 "Ética Médica" se establecen algunas definiciones, así:

Artículo 37.- Entiéndese por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

Artículo 38.- Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.

- c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley.
- e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Artículo 39.- El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional.

Este debe cobijar igualmente a todas aquellas personas que por su estado o profesión, reciben o tienen acceso a esta información confidencial.

El Código Penal Colombiano establece las sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

Además de las normas generales expuestas, es recomendable la elaboración de reglamentos internos relacionados con el secreto médico que establezca, el acceso a las Historias Clínicas y el tipo de información que podrá difundirse.

3.3.2: COMITE DE HISTORIAS CLINICAS

Cada Institución Hospitalaria (Hospital local, regional y universitario) debe conformar el Comité de Historias Clínicas encargado de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para su correcto diligenciamiento y adecuado manejo.

Son funciones del Comité de Historias Clínicas, las siguientes:

- Adoptar las normas nacionales sobre el contenido de la Historia Clínica, su forma de diligenciamiento y velar porque estas se cumplan.
- Asegurar que se utilicen las técnicas más convenientes para archivar, catalogar y conservar las Historias Clínicas, con el fin de que estas se encuentren fácilmente disponibles.
- Elevar a la Dirección y al Comité Técnico, recomendaciones sobre cualquier cambio en los formularios de la Historia Clínica.
- Normar sobre la permanencia de los exámenes de laboratorio en la Historia Clínica.
- Normar sobre los exámenes de laboratorio de rutina, que se deben establecer tanto en la Consulta Externa como en la Hospitalización.
- Normar sobre la conservación de los formularios de la Historia Clínica y los Registros Secundarios en el Archivo Activo y en el Pasivo.
- Servir de enlace entre la Unidad de Información y el equipo de salud.

4

**MODELO DE
HISTORIA CLINICA
BASICA**

4. MODELO DE HISTORIA CLINICA BASICA

4.1. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta los conceptos expresados anteriormente, el modelo de Historia Clínica que se ha diseñado pretende:

1. Satisfacer los requerimientos básicos o generales del modelo de prestación de servicios, en materia de historias clínicas, que pueden implantarse progresivamente de acuerdo con las necesidades y recursos de las instituciones de atención médica en Colombia.
2. Proporcionar una Historia Clínica única por institución, así como la documentación y sistemas para una adecuada remisión de pacientes, que facilite la atención integral a las personas a nivel intra e inter-institucional.
3. Proporcionar un documento homogéneo que facilite la evaluación de la calidad de la atención médica y las funciones de administración, investigación y docencia para las cuales las Historias Clínicas son fuente de datos.
4. Proporcionar una historia clínica acorde con las normas jurídicas, que facilite la protección de los intereses del paciente, la institución y el equipo de salud que presta los servicios.

4.2. AMBITO DE APLICACION

De acuerdo con las características de la atención médica, el ámbito de aplicación de la Historia Clínica diseñada cubre los siguientes aspectos:

1. Desde el punto de vista de los niveles de atención, satisface las necesidades de registro de la atención primaria y secundaria y algunos propios de la atención terciaria, como son anatomía patológica y ciertos exámenes auxiliares de diagnóstico.

2. No se han considerado exigencias específicas de diseño, para un esquema bien definido de cuidado progresivo del paciente a nivel intrainstitucional, dado el escaso desarrollo de este modelo en el país. En general se considera que la Historia Clínica, satisface los requerimientos de registro para "cuidados intermedios" y "mínimos". Las instituciones de salud, que en la actualidad poseen unidades de cuidados intensivos o especiales pueden adoptar los formularios adicionales que requieran, incorporándolos a la Historia Básica.
3. La estrategia de prestación de servicios de acuerdo con el sujeto y el riesgo, ha sido considerada para efectos de diseño de la historia, teniendo en cuenta la estructura de la demanda y las posibilidades de prestación de servicios en todos los niveles de atención como sigue:
 - Atención a la población general: morbilidad general y salud oral.
 - Atención a las mujeres en edad fértil: prenatal, parto, puerperio y planificación familiar.
 - Atención al menor de cinco años: control de crecimiento y desarrollo y vacunaciones.

4.3. **HISTORIA CLINICA SEGUN TIPO DE ATENCION**

El diseño de la Historia Clínica ha considerado las características de la atención médica en Colombia, en cuanto a tipo de atención y niveles de prestación de servicios, de los cuales los siguientes aspectos merecen mención especial.

4.3.1. **REGISTROS DE SALUD E HISTORIA CLINICA PARA ATENCION AMBULATORIA**

Para efectos del diseño de la Historia Clínica, la atención ambulatoria ha sido dividida analíticamente en:

- Atención ambulatoria en el puesto de salud.
- Atención ambulatoria en el centro de salud y hospitales.

4.3.1.1. **Registro de Salud para Atención Domiciliaria por la Promotora de Salud**

La atención domiciliaria por promotora que caracteriza los programas de extensión de cobertura, cuenta con el registro denominado "Ficha Domiciliaria Familiar" (SI-180), asimilable en sus objetivos y funciones a una Historia Clínica simplificada; el cual permite consignar sucintamente la evolución del estado de salud y acciones desarrolladas sobre las personas como miembros de la familia y no como individuos, de acuerdo con el nivel de capacitación del recurso que presta los servicios.

Igualmente se incluye, la "Boleta de Remisión" (SIS-370) para facilitar el proceso de remisión por promotora, de la cual se hace alusión en la parte correspondiente de este documento. Este mismo formulario podrá ser utilizado por la partera adiestrada.

4.3.1.2. **Historia Clínica para Atención Ambulatoria en Puesto de Salud**

El Puesto de Salud, cuyo recurso básico es la auxiliar de enfermería con la colaboración parcial de personal profesional, constituye la segunda modalidad de la atención ambulatoria. El hecho de ser institucional, permite solucionar algunos problemas prácticos relacionados con el manejo de registros y facilita la normalización y diseño de una Historia Clínica, de acuerdo con los parámetros definidos para las demás instituciones del sistema, se deben tener en cuenta algunas características propias de este tipo de institución.

El hecho de ser la auxiliar de enfermería y no el médico el recurso permanente para la atención en este nivel, incide sobre las normas de apertura y manejo de la historia cuya responsabilidad principal recae sobre la auxiliar. Desde el punto de vista de los servicios, el mayor volumen de atenciones brindadas por el puesto de salud, se concentra en el control de la evolución normal de procesos propios de la población Materno-infantil, en la atención de Morbilidad General, de acuerdo con la demanda y en algunas acciones para el control y tratamiento de morbilidad específica como tuberculosis y desnutrición.

Por otra parte, dado que los recursos adicionales para diagnóstico y tratamiento operan en niveles de complejidad superior al puesto de salud, una de sus funciones principales es servir como eslabón, entre aquellos niveles y las personas cuyo estado de salud requiera una atención más compleja y especializada.

La estructura de la historia clínica para puesto de salud, coincide con la de la historia general; no obstante, el número y complejidad de los formularios que la componen, está condicionado por el tipo de recursos y atención brindada, dando particular énfasis a los documentos para el registro de salud de la población materno-infantil y a los formularios para la remisión y solicitud de atención, que facilitan el enlace con instituciones de mayor complejidad.

4.3.1.3. **Historia Clínica para Atención Ambulatoria en Centros de Salud y Hospitales**

El hecho de que el Centro de Salud cuente con recurso médico permanente o parcial para la atención ambulatoria de morbilidad general, control de la evolución normal de procesos, así como diagnósticos y tratamiento de cierta morbilidad específica, permite para efectos de el diseño de la historia clínica, asimilar el centro de salud a los consultorios externos de las instituciones hospitalarias no especializadas.

Por lo tanto, para la atención ambulatoria desde centro de salud hasta hospital regional, se utilizarán de acuerdo con el tipo de atención brindada, los mismos formularios de historia clínica para el ingreso de pacientes, registro de evolución normal de procesos, atención de morbilidad general y registros complementarios para la atención ambulatoria, de la cual se habla más adelante.

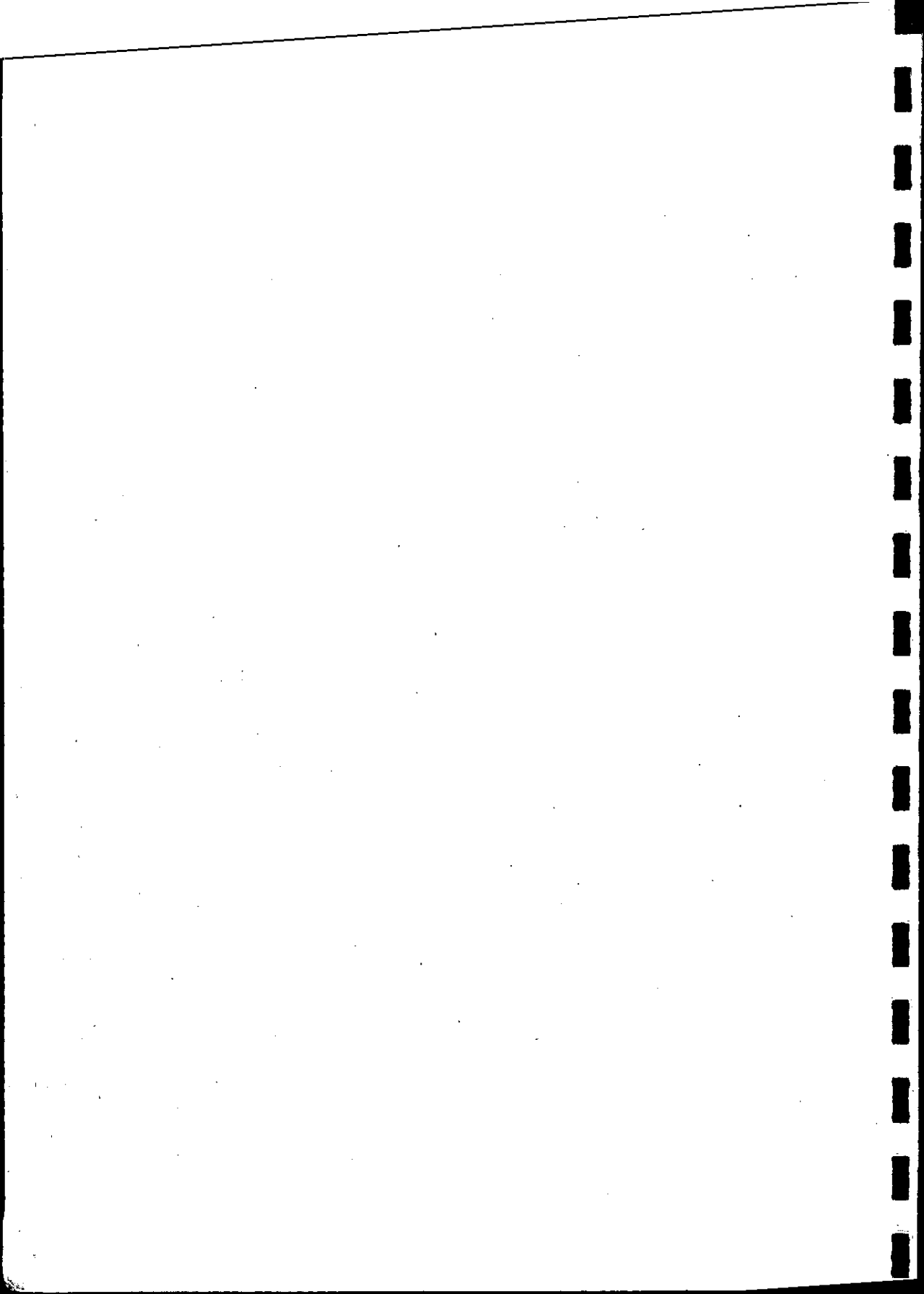
4.3.2. REGISTROS DE SALUD E HISTORIA CLINICA PARA ATENCION INTRA-HOSPITALARIA

Para la atención intra-hospitalaria en los diferentes niveles de atención médica, el modelo de Historia Clínica no ha sido objeto de diseño especial. Vale decir que para todo paciente hospitalizado, de acuerdo con los recursos disponibles y complejidad de la atención brindada, podrán utilizarse modularmente los mismos formularios de Historia Clínica, desde hospital local hasta el regional.

Los hospitales regionales, los universitarios y especializados pueden diseñar e implantar formularios adicionales, según sus necesidades y de acuerdo con las normas existentes al respecto.

5

CARACTERISTICAS DEL MODELO DE HISTORIA CLINICA



5. CARACTERISTICAS DEL MODELO DE HISTORIA CLINICA

La estructura de la historia clínica diseñada, se caracteriza por un enfoque modular, que permite configurar la historia con un número variable de formularios, de acuerdo con el estado de salud del paciente; condicionada por los recursos disponibles y el tipo de atención brindada, de tal forma que a mayor complejidad del riesgo y de la atención corresponderá un número mayor de formularios para incorporarlos en la historia.

5.1. CARACTERISTICAS DEL CONTENIDO Y DISEÑO

Respecto al contenido, la identificación constituye característica común de todos los formularios. A los datos básicos, nombres y apellidos completos del paciente y número de Historia Clínica, se añaden aquellos que faciliten la localización de pacientes hospitalizados, servicios, sala o cuarto y número de cama para los formularios de uso intra-hospitalario; por último el sexo y la edad del paciente se convierten en datos de identificación en algunos formularios especiales que así lo requieren.

Además de esta característica general, los formularios pueden agruparse en cuatro categorías, así:

1. Formularios que definen la admisión de la persona a la prestación institucional de servicios a saber:
 - El formulario de "Identificación y Resumen de Atenciones" (SIS-400), que debe ser diligenciado en todos los niveles del sistema, por personal de información y el que brinda la atención.

- El formulario de "Atención de Urgencias" (SIS-401) que incluye variables clínicas, administrativas y legales cuya responsabilidad corresponde en parte al personal de información y en parte a quienes prestan los servicios de salud directamente.

2. Formularios para la atención ambulatoria de riesgos sujetos a programas que incluyen formularios para el registro clínico de la evolución normal de procesos, tales como crecimiento y desarrollo, embarazo, puerperio, planificación familiar y la atención odontológica.

La estructura de tales formularios donde la mayoría de las variables van preimpresas, resume de acuerdo con cada riesgo específico y según las normas y manuales de procedimientos de los programas correspondientes, los siguientes componentes de la historia clínica:

- Motivo de consulta, identificado por el objetivo mismo del formulario.
- Antecedentes
- Examen físico

Los formularios SIS-407A y 407B permiten registrar tanto la atención programada, que contempla todos los componentes antes anotados, como la atención inmediata prestada por características del estado de salud oral del paciente.

Los formularios para la atención materno-infantil, que satisfacen los requerimientos básicos de todos los niveles donde se preste este tipo de servicios.

3. Los formularios básicos para la atención ambulatoria y hospitalaria de morbilidad general, incluyen elementos mínimos de una historia clínica tradicional a saber: Anamnesis y examen físico, Evolución, Epicrisis.

Por contraste con los formularios para el registro de riesgos sujetos a programa, estos formularios solo llevan impresa una propuesta de ordenamiento y algunas variables especiales, dejando el resto del formulario abierto, con el fin de dar cabida al registro de la atención de cualquier tipo de morbilidad.

Cabe advertir que el formulario de evolución podrá utilizarse igualmente para la atención de riesgos sujetos a programa, y cuando en la evolución de procesos propios de la población materno-infantil se presenten estados patológicos, o se necesite hacer cualquier aclaración.

4. Formularios clínicos complementarios, que serán utilizados solo si la atención brindada y el estado de salud del paciente lo amerita, y que comprenden:

- Formularios para el registro de exámenes auxiliares de diagnóstico, en los cuales se incluyen la solicitud y respuesta y que podrán utilizarse tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados.
- Formularios para facilitar el adecuado flujo de pacientes y la información clínica requerida para su atención a nivel intra e inter-institucional, tales como los de interconsulta y remisión.
- Formularios para la evolución y tratamiento de pacientes hospitalizados: órdenes médicas, signos vitales, tratamientos, etc.
- Formularios para el registro de procedimientos y exámenes especiales: Informes quirúrgicos, de anestesia y de anatomía patológica.
- Formularios de autorización para proteger los intereses de la institución y el equipo de salud.

El diseño de cada formulario se ha adecuado a sus objetivos y características, tratando de conservar en lo posible su similitud con los formularios vigentes en las instituciones del país y la homogeneidad respecto del conjunto de la historia clínica.

5.2 CARACTERÍSTICAS FORMALES

Desde el punto de vista formal, tanto los formularios que se han diseñado, como los que en el futuro se incorporen a la historia clínica, deben satisfacer algunas características mínimas como son:

1. Todos los formularios son de tamaño carta: 21.5 x 28 cms. exceptuando algunos informes auxiliares de diagnóstico que son de 17 x 13 cms. En todos los casos se dejará un borde de 2 cms. al lado izquierdo de cada formulario para ser incluidos en las carpetas.
2. Los formularios llevarán un nombre que identifique su contenido: Ejemplo: "Evolución", "Epicrisis", "Informe de Anestesia", etc.

Igualmente, todos los formularios llevan un código de tres o cuatro dígitos, precedidos de la sigla SIS (Subsistema de Información en Salud) asignado como sigue:

- El primer dígito, corresponde al número cuatro (4) que identifica el área de registros médicos dentro del Subsistema de Información.
- El segundo y tercer dígitos, indican el número correlativo de orden de los formularios, comenzando desde cero (00).
- El cuarto dígito, es alfabético y opcional, y se usa para identificar un formulario complementario o adicional dentro de un tema o área específica. En estos se incluyen los formularios de remisión de pacientes, informes auxiliares de diagnóstico, etc.

- Para los formularios de morbilidad especial, el segundo dígito señalará la especialidad y el tercero el número correlativo de orden que corresponde al formulario dentro de la especialidad.

Los dígitos que identifican la especialidad se han asignado como sigue:

Cáncer:	Cuatro	(4)
Lepra:	Cinco	(5)
Mental:	Seis	(6)
Rehabilitación:	Siete	(7)
Tuberculosis:	Ocho	(8)
Venéreas:	Nueve	(9)

Así por ejemplo el primer formulario para cáncer sería el SIS-440. La asignación de códigos para otros formularios de morbilidad especial deberá consultarse con la División de Información del Ministerio de Salud, para fines de unificación.

3. Las instituciones de acuerdo con sus recursos disponibles, podrán utilizar el color blanco o colores especiales para distinguir ciertos formularios como los de urgencias, remisión, informes de laboratorio, etc. Por otra parte, el papel deberá ser lo suficientemente grueso para garantizar la nitidez de la impresión, en particular para los formularios impresos por ambas caras.

Todos los formularios deberán llevar impreso en el extremo superior izquierdo de la hoja los rubros: Sistema Nacional de Salud, Subsistema de Información.

Si la Institución lo considera necesario, podrá colocar su identificación debajo de los rubros anteriores.

6

NORMAS GENERALES SOBRE APERTURA DE HISTORIA CLINICA Y MANEJO DE DOCUMENTOS PARA REMISION DE PACIENTES

6. NORMAS GENERALES SOBRE APERTURA DE HISTORIA CLINICA Y MANEJO DE DOCUMENTOS PARA REMISION DE PACIENTES

Teniendo en cuenta su estrecha relación con el contenido y diseño de la historia clínica, se ha considerado pertinente incluir en esta parte del documento las normas para la apertura de la historia y manejo de los documentos sobre remisión de pacientes. Otros aspectos relacionados con el manejo de la historia y el archivo clínico se detallan en el Capítulo 8.

6.1. APERTURA DE HISTORIA CLINICA

Se entiende por apertura de historia clínica, el proceso por el cual una institución asigna un número de historia junto con su carpeta, la cual deberá contener todos los documentos relacionados con la atención individual y el diligenciamiento de los datos administrativos del formulario de "Identificación y Resumen de Atenciones" (SIS-400) más cualquiera de los formularios para el registro clínico, de acuerdo con el estado de salud y el tipo de atención brindada:

1. Se abrirá en todo nivel donde se brinde atención institucional en salud.
2. En la apertura, la responsabilidad del diligenciamiento de los datos administrativos, corresponderá al personal de la unidad de información o al personal de enfermería del equipo de salud con el cual el paciente tenga los primeros contactos clínicos.
3. Según sea el primer contacto del paciente con la institución, la apertura de historia se hará de acuerdo con los siguientes criterios:
 - A todo paciente atendido en consulta externa médica u odontológica programada y a todo paciente atendido en consulta de enfermería en los Puestos de Salud; ejemplo control de embarazo, crecimiento y desarrollo, etc.

- A todo paciente remitido, se le abrirá historia por parte de la institución que recibe, cuando sea hospitalizado o sometido a tratamiento ambulatorio continuado en la institución receptora. No se abrirá a los pacientes remitidos únicamente para interconsulta o exámenes auxiliares de diagnóstico.
- A los pacientes atendidos por motivo de urgencia médica u odontológica, se les abrirá, cuando sean hospitalizados o para continuar su atención; también en las situaciones que el Comité de Historias Clínicas de la Institución así lo determine, por ejemplo: Para investigaciones.

6.2. CRITERIOS DE UTILIZACION DE LOS FORMULARIOS DE URGENCIAS

Los criterios de utilización de los formularios de Urgencias serán los siguientes:

1. Cuando el motivo de la urgencia sea accidente, violencia o intoxicación (por plaguicidas, alimentos y otras sustancias).
2. Cuando la persona llegue muerta o muera en el Servicio de Urgencias.
3. Cuando el estado de salud del paciente se encuentre seriamente comprometido.

NOTA: Si el caso amerita una Historia Clínica el formulario de Urgencias formará parte de la misma.

Urgencia Médica:

Una urgencia médica, es toda aquella entidad nosológica, que por sus características, deteriora en forma rápida el estado de salud del paciente, y no permite que la consulta sea diferida en el tiempo.

Urgencia Odontológica (atención inmediata)

Es aquella en la cual se le solucionan al paciente, necesidades de tratamiento urgente con posibilidad de que este no regrese para continuar el tratamiento iniciado.

6.3. REMISION DE PACIENTES: DOCUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

Se entiende como remisión de pacientes, el proceso por medio del cual, se envía un paciente para su atención de un nivel a otro dentro del mismo nivel, de una institución a otra con mayores recursos para el diagnóstico y el tratamiento, o se devuelve de ésta a su nivel de origen, con una indicación clara del diagnóstico definitivo, tratamiento realizado y conducta a seguir.

Para el proceso de remisión se utilizarán los siguientes registros:

- "Boleta de Remisión" (SIS-370), diseñada para la remisión desde la atención domiciliaria hacia el nivel institucional, para ser utilizada por las promotoras de salud y que en sentido estricto no formará parte de la Historia Clínica.
- Formulario de "Remisión; Solicitud y Respuesta" (SIS-412A) y (SIS-412B) para la remisión interinstitucional, diligenciados por el médico u odontólogo, a partir del puesto de salud.
- Las Instituciones Hospitalarias deberán asignar a la Oficina de Admisiones, la responsabilidad de la coordinación en las funciones de remisión de pacientes. Tal responsabilidad incluye el manejo de los documentos relativos a la remisión.

Se han identificado cinco tipos de procedimientos relacionados con el manejo de documentos de remisión y la Historia Clínica, los cuales se describen a continuación.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD SUBSISTEMA DE INFORMACION		SIS-370(R-82)	
BOLETA DE REMISION			
FECHA DE REMISION _____			
LOCALIDAD _____			
PARA EL ORGANISMO DE SALUD _____			
NOMBRE DEL REMITIDO _____			
SEXO	EDAD		
MASCULINO ☐	FEMENINO ☐		
MOTIVO DE REMISION			
PRENATAL ☐	DIARREA VOMITO ☐		
PARTO ☐	TOS Y FIEBRE ☐		
PUERPERIO ☐	BROTE Y FIEBRE ☐		
P. FAMILIAR ☐	CONVULSIONES ☐		
CRECIMIENTO Y DESARROLLO ☐	PARALISIS Y FIEBRE ☐		
NUTRICION ☐	OTROS (Cuales) ☐		
NOMBRE DE LA PROMOTORA O AUXILIAR _____			

Se incluye esta boleta a manera de ilustración, ya que como se ha indicado anteriormente, no forma parte de la historia clínica, pero será utilizada para la remisión de pacientes desde la atención domiciliaria hacia los puestos, centros de salud u hospitales y su diligenciamiento está a cargo de la promotora de salud, auxiliar de enfermería o persona adiestrada en el área rural, y marginal urbana.

6.3.1. REMISION DESDE EL NIVEL DE ATENCION DOMICILIARIA POR PROMOTORA

Para este tipo de remisión se utilizará la "Boleta de Remisión" (SIS-370). El propósito de este formulario es agilizar la recepción del paciente en la Institución antes que el comunicar datos de salud que determinen la atención del paciente.

La promotora deberá diligenciar la boleta, de acuerdo con las normas para registro y manejo, definidas por el Subsistema de Información. Adicionalmente, deberá anotar la remisión, en el "Registro Diario Mensual de la Promotora" (SIS-184), que corresponda al paciente.

Cuando la Institución que recibe es un puesto de salud, la auxiliar de enfermería archivará el desprendible de la boleta de acuerdo a la localidad de procedencia del paciente y consignará los datos en la historia del paciente si la tiene, o procederá a abrirla de acuerdo con su estado de salud y el tipo de atención brindada.

En aquellos casos en los cuales la entidad receptora es un hospital local, la unidad de admisiones observará las mismas normas en el manejo de la boleta para el puesto de salud y se abrirá Historia Clínica de acuerdo con las normas vigentes.

No se han diseñado documentos ni procedimientos especiales para el reflujo de información hacia el nivel de atención domiciliaria por promotora. No obstante, una vez normalizado el control y seguimiento de ciertos riesgos por parte de la promotora, podrán establecerse formularios adicionales que contengan indicaciones claras y precisas acerca del riesgo y la conducta a seguir para el control y continuidad del tratamiento del paciente.

El Diagrama 1 ilustra el flujo del paciente y de la información para este tipo de remisión.

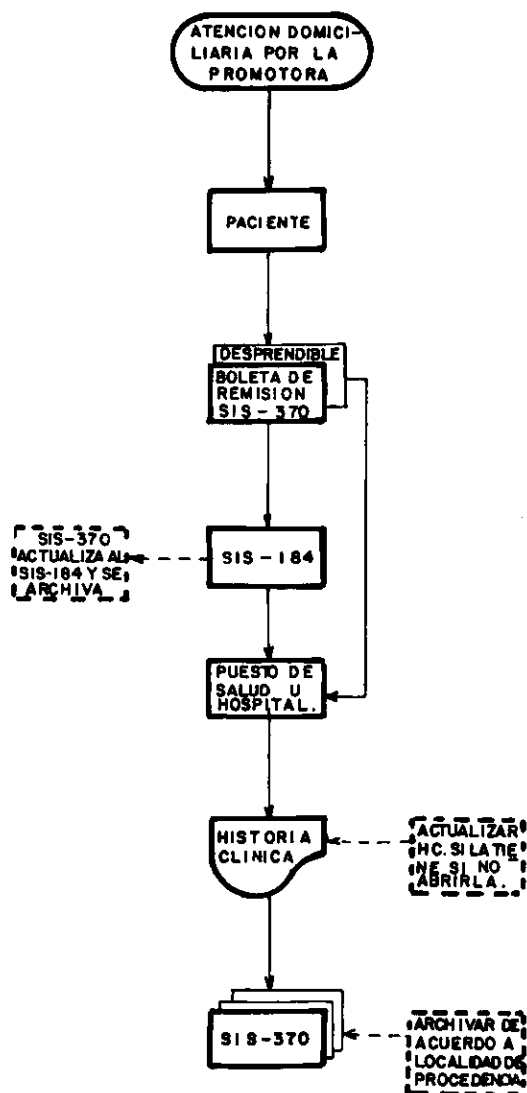
6.3.2. REMISION INTER-INSTITUCIONAL, HACIA NIVEL SUPERIOR CON TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDAD.

Este tipo de remisión implica un doble flujo de información, desde el nivel que remite hacia el que recibe y de éste hacia el nivel que efectuó la remisión original.

El proceso de solicitud de remisión requiere los siguientes pasos:

- Diligenciar el formulario "Remisión de Pacientes, Solicitud" (SIS-412A).
- Si el paciente tiene Historia Clínica, anotar en la "Hoja de Evolución" (SIS-409), la remisión.

DIAGRAMA I.
REMISION DESDE EL NIVEL DE ATENCION
DOMICILIARIA POR LA PROMOTORA DE SALUD



- Anotar la remisión en el "Registro de pacientes remitidos" (Registro secundario), llenando los datos correspondientes.
- De ser posible, obtener cita previa o reservar la cama en la institución a donde se remita el paciente.
- Entregar el original de la solicitud de remisión al chofer, paciente o familiar, dándole instrucciones sobre dónde, cuándo y cómo deberá presentarse.

El proceso de admisión de pacientes remitidos y respuesta de remisión implica por parte de la Institución que recibe, el siguiente procedimiento:

- Anotar la recepción del paciente en el Registro de pacientes remitidos llenando los datos correspondientes.
- Abrir la Historia Clínica de acuerdo con las normas vigentes.
- Anexar la solicitud de remisión a la Historia del paciente y enviarlo al servicio correspondiente.

Una vez finalizado el tratamiento, el responsable de la atención deberá diligenciar la respuesta de remisión (SIS-412B); registrar el hecho en el formulario de "Evolución" (SIS-409) de la Historia Clínica del paciente; anotar la fecha de finalización del tratamiento en el Registro de pacientes remitidos y enviar la respuesta a la entidad que efectuó la remisión original.

Al recibir la respuesta, la unidad o persona responsable en la entidad solicitante deberá completar el Registro de pacientes remitidos, archivar la respuesta en la Historia del paciente y enviar la Historia al responsable de la atención.

La entidad solicitante deberá reclamar periódicamente información sobre aquellos pacientes remitidos cuya hoja de respuesta no haya sido devuelta. (Diagrama 2)

6.3.3. REMISION INTER-INSTITUCIONAL HACIA EL NIVEL INFERIOR CON TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDAD.

Para este tipo de remisión, la entidad remitente deberá observar las mismas normas señaladas para la remisión desde el nivel inferior. A su vez la entidad que recibe, abre Historia Clínica al paciente pero no efectúa el proceso de respuesta de remisión hacia el nivel superior, pues para una futura atención en tal nivel, el paciente debe ser motivo de nueva remisión. (Diagrama 3)

DIAGRAMA 2

REMISION INTER-INSTITUCIONAL HACIA NIVEL SUPERIOR CON
TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDAD.

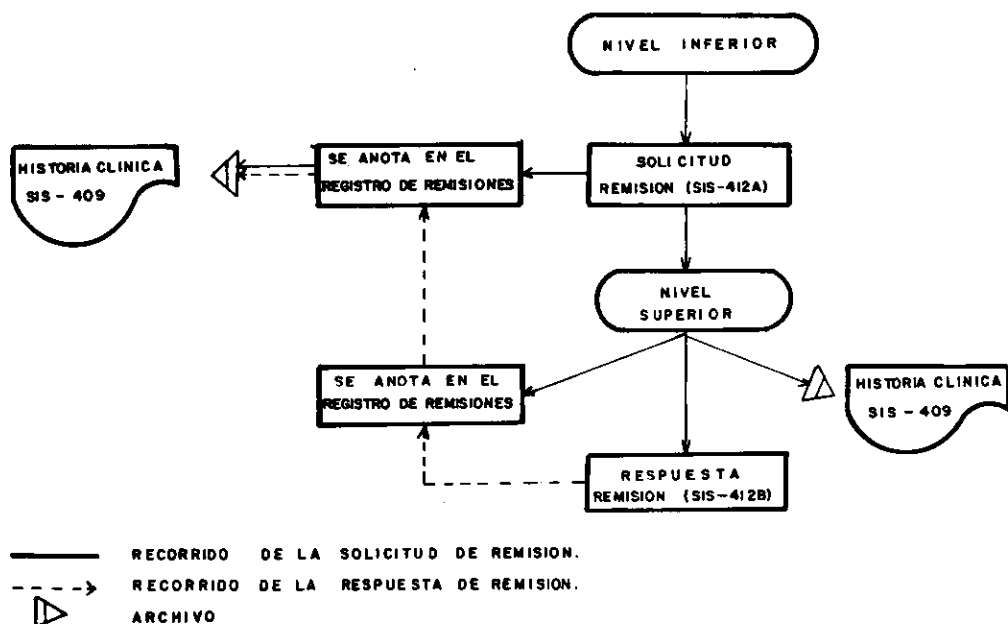
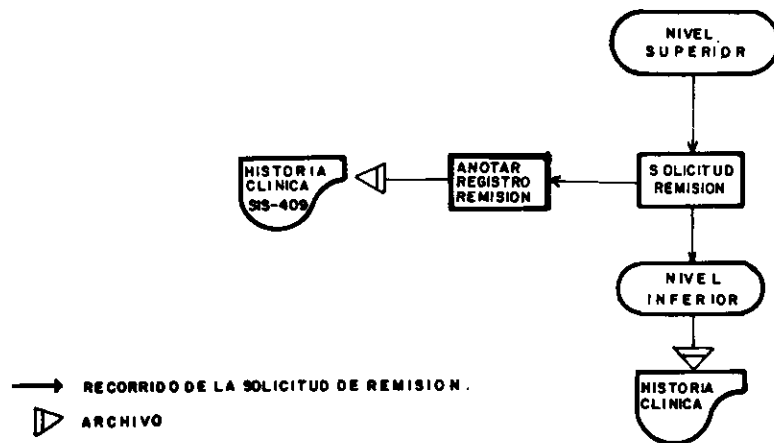


DIAGRAMA 3

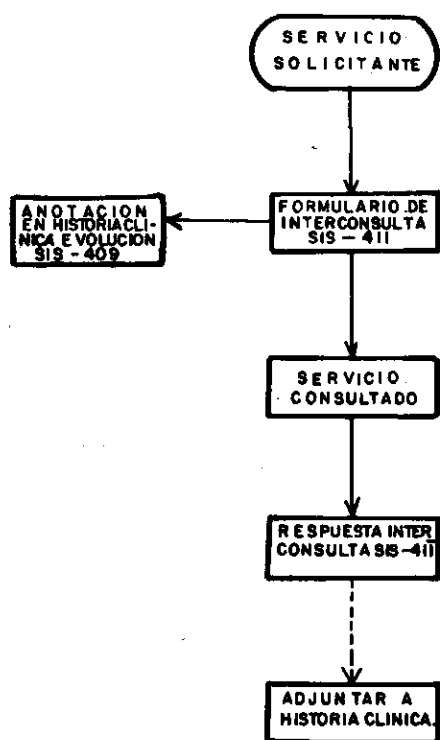
REMISION INTER-INSTITUCIONAL HACIA NIVEL INFERIOR
CON TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDAD.



6.3.4. REMISION, INTRA-INSTITUCIONAL SIN TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDAD, INTERCONSULTA.

En el servicio solicitante se diligencia la parte A del formulario de "Interconsulta" (SIS-411)- solicitud, la respuesta deberá ser diligenciada en el servicio consultado y devuelta para adjuntarse a la historia clínica, adicionalmente en este proceso se realizarán las anotaciones respectivas en el formulario de "Evolución" (SIS-409) (Diagrama 4)

DIAGRAMA 4
REMISION INTRA-INSTITUCIONAL SIN
TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDAD
INTERCONSULTA



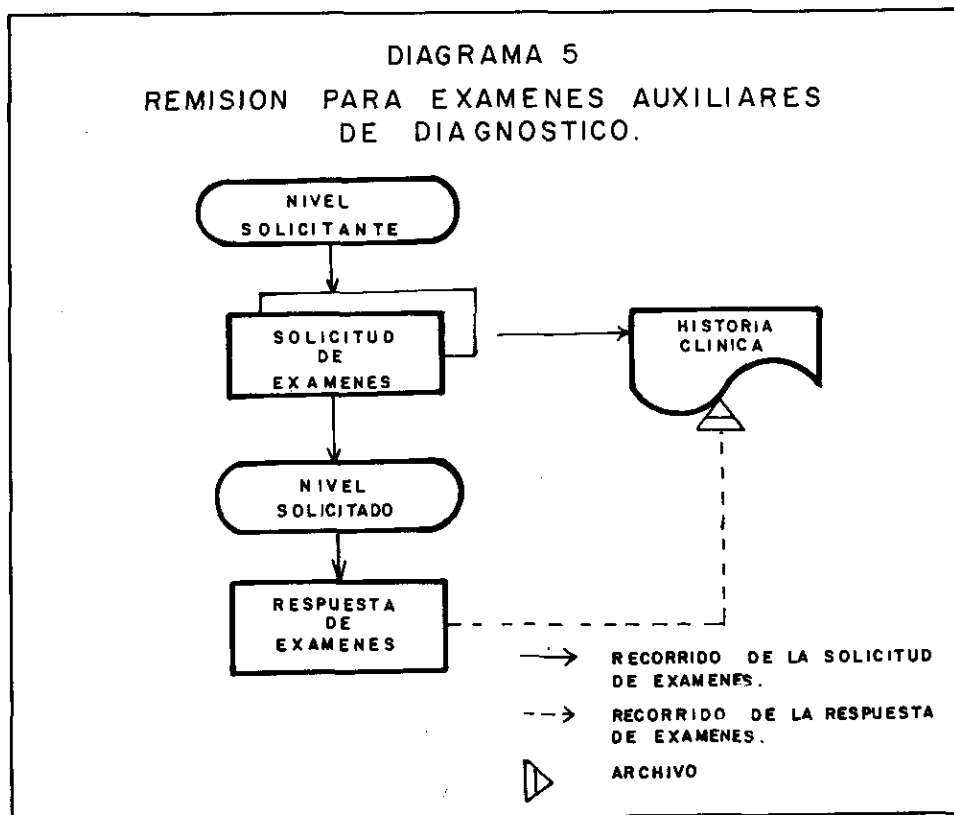
————> RECORRIDO DE LA SOLICITUD DE REMISION.
- - - -> RECORRIDO DE LA RESPUESTA DE REMISION.

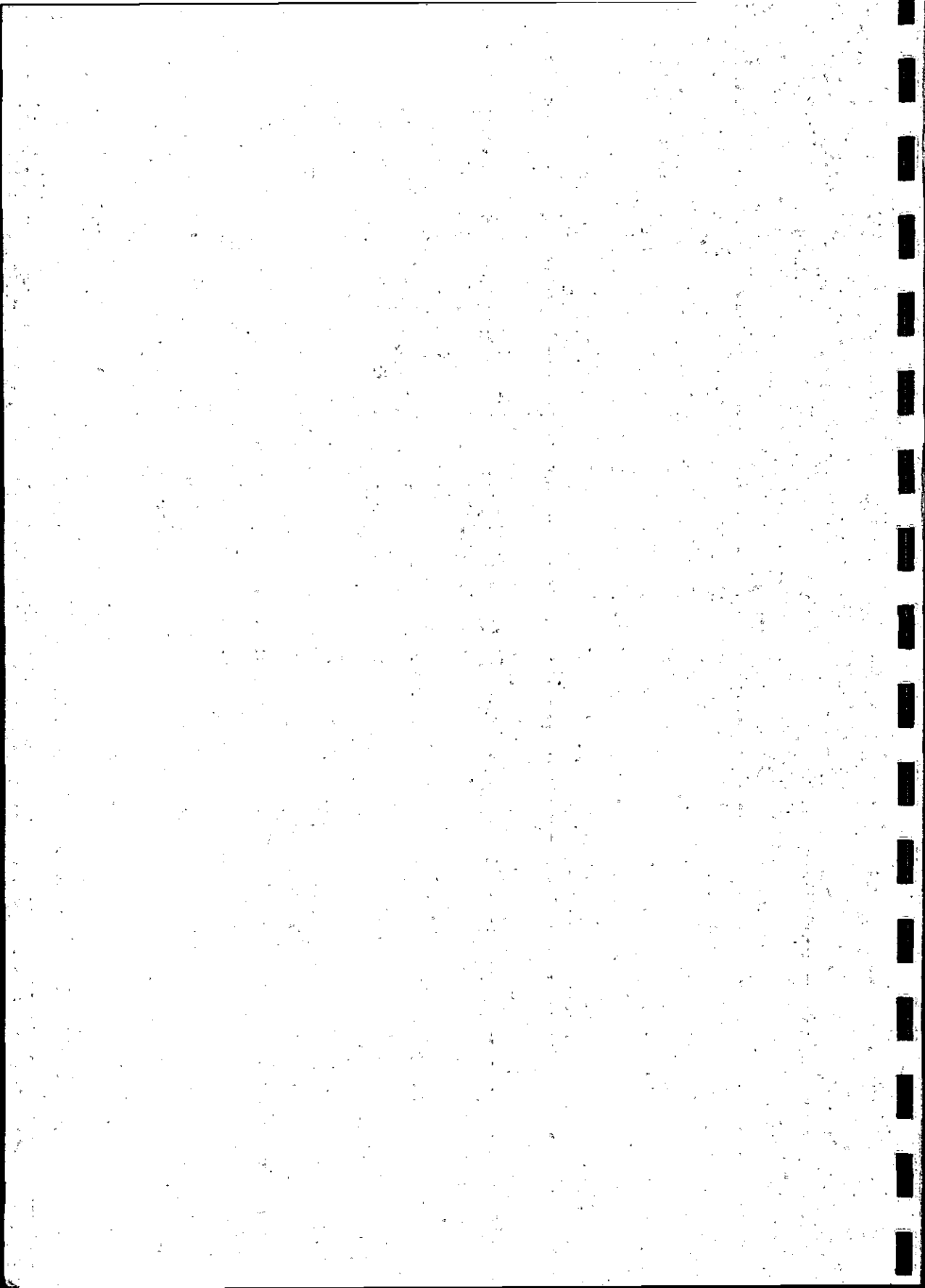
6.3.5. REMISION PARA EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

En la remisión para exámenes auxiliares de diagnóstico, se utilizarán los formularios del SIS-410A, al SIS-410I, de acuerdo al examen requerido.

La institución solicitante será responsable del manejo de la Historia Clínica del paciente y del diligenciamiento de las solicitudes de exámenes auxiliares de diagnóstico, de acuerdo con las normas y flujos que establezcan las entidades participantes. No habrá lugar a apertura de Historia Clínica por parte de la entidad que efectúa los exámenes, ni el diligenciamiento de los formularios de solicitud de respuesta de remisión, puesto que no hay transferencia de responsabilidad.

Si a criterio de la Institución consultada los resultados de los exámenes auxiliares de diagnóstico dan lugar a una transferencia de responsabilidad en el manejo del paciente, deberá enviarse una comunicación a la entidad solicitante indicando que el paciente ha quedado bajo su responsabilidad, debiendo utilizarse para tal fin un formulario de respuesta de remisión. (Diagrama 5)





NOMBRE DE LA INSTITUCION

HISTORIA CLINICA

(CONFIDENCIAL)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO
(O DE CASADA)

NOMBRES

--	--	--	--

1980	1990	
1981	1991	
1982	1992	
1983	1993	
1984	1994	
1985	1995	
1986	1996	
1987	1997	
1988	1998	
1989	1999	

MARKER CON UNA EQUIS
EN LA CASILLA DEL
AÑO EN QUE EL PACIENTE
ACUDE POR PRIMERA
VEZ A LA INSTITUCION Y
ACTUALIZADO ANUALMENTE

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

7

**FORMULARIOS
DE HISTORIA CLINICA
E INSTRUCCIONES
PARA EL DILIGENCIAMIENTO**

7. FORMULARIOS DE HISTORIA CLINICA E INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

En esta parte se presentan ordenadamente los formularios que componen la Historia Clínica Básica, así como los objetivos y normas generales para su manejo.

7.1. FORMULARIOS

En el Cuadro 1 se presenta el listado de los formularios que componen la Historia Clínica, y los registros secundarios que deben utilizarse, según el tipo de atención brindada.

7.1.1. DISTRIBUCION MODULAR DE LOS FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLINICA.

Módulo 1 Atención Infantil y Pre-escolar

SIS-400	Identificación y Resumen de atenciones
SIS-402	Atención Infantil y Pre-escolar
SIS-409	Evolución

Módulo 2. Atención Materna

SIS-400	Identificación y Resumen de Atenciones
SIS-403	Atención Prenatal
SIS-404	Atención del Parto y Post-Parto Inmediato (si el parto es institucional)
SIS-405	Atención del Puerperio en Consulta Externa
SIS-409	Evolución
	- Índice de Riesgo Materno-Fetal
	- Resultado Final Madre-Recién Nacido

Módulo 3. Atención de Planificación Familiar

SIS-400 Identificación y Resumen de Atenciones

SIS-406 Atención de Planificación Familiar

SIS-409 Evolución

- Índice de Riesgo Reproductivo

Módulo 4. Atención Odontológica

SIS-400 Identificación y Resumen de Atenciones

SIS-407A Atención Odontológica Programada

SIS-407B Atención Odontológica de Urgencias (atención inmediata); cuando el paciente es atendido por esta razón y continúa una atención programada este formulario hará parte de la Historia Clínica.

SIS-409 Evolución

Módulo 5. Morbilidad General

SIS-400 Identificación y Resumen de Atenciones

SIS-401 Atención de urgencias; cuando el paciente es atendido por esta razón y luego es hospitalizado, este formulario hará parte de la Historia Clínica.

SIS-408 Atención General

SIS-409 Evolución

NOTA. A los módulos antes anotados se agregarán, cuando sea necesario, los siguientes formularios, a saber:

1. Formularios para exámenes auxiliares de diagnóstico, cuando al paciente se le soliciten.
2. Formularios de Epicrisis, Ordenes Médicas, Tratamientos, Signos Vitales, Balance de Líquidos, Informe Quirúrgico, Informe de Anestesia, Informe de Anatomía Patológica; cuando el paciente amerite ser hospitalizado, se le realice algún procedimiento quirúrgico, o necesite de estudios anatómo-patológicos.
3. Formularios de Autorización o Remisión intra e interinstitucional cuando por razón de procedimiento especial, o envío del paciente se amerite la utilización de dichos formularios.

CUADRO I
FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLINICA Y REGISTROS
SECUNDARIOS POR INSTITUCION SEGUN TIPO DE ATENCION

TIPO DE ATENCION		NOMBRE DEL FORMULARIO	CODIGO (SIS)	REGISTROS SECUNDARIOS
AMBULATORIA	DOMICILIARIA	- BOLETA DE REMISION.	370	NO TIENE
	PUESTOS DE SALUD	- IDENTIFICACION Y RESUMEN DE ATENCIONES	400	INDICE DE PACIENTES.
		- ATENCION INFANTIL Y PRE-ESCOLAR.	402	REGISTRO DE NUMEROS.
		- ATENCION PRENATAL.	403	REGISTRO DE PACIENTES REMITIDOS.
		- ATENCION DEL PUERPERIO EN CONSULTA EXTERNA	405	REGISTRO DE PACIENTES RECIBIDOS.
		- ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR.	406	INDICE DE RIESGO MATERNO FETAL.
		- ATENCION ODONTOLÓGICA PROGRAMADA	407A	INDICE DE RIESGO REPRODUCTIVO.
		- ATENCION ODONTOLÓGICA DE URGENCIAS (ATENCION INMEDIATA)	407B	
		- ATENCION GENERAL	408	
	- EVOLUCION.	409		
- EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	410			
- REMISION DE PACIENTES, SOLICITUD	412A			
CENTROS DE SALUD Y CONSULTA EXTERNA DE LOS HOSPITALES	- IDENTIFICACION Y RESUMEN DE ATENCIONES	400	INDICE DE PACIENTES	
	- ATENCION DE URGENCIAS	401	REGISTRO DE NUMEROS	
	- ATENCION INFANTIL Y PRE-ESCOLAR	402	REGISTRO DE PACIENTES REMITIDOS	
	- ATENCION PRENATAL	403	REGISTRO DE PACIENTES RECIBIDOS	
	- ATENCION DE PARTO Y POST-PARTO INMEDIATO (PARA LOS CENTROS DE SALUD QUE ATIENDEN PARTOS)	404	INDICE DE RIESGO MATERNO FETAL	
	- ATENCION DEL PUERPERIO EN CONSULTA EXTERNA	405	INDICE DE RIESGO REPRODUCTIVO	
	- ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR.	406	RESULTADO FINAL MADRE RECIEN NACIDO PARA LOS CENTROS DE SALUD QUE ATIENDEN PARTOS)	
	- ATENCION ODONTOLÓGICA PROGRAMADA	407A		
	- ATENCION ODONTOLÓGICA DE URGENCIAS (ATENCION INMEDIATA)	407B		
	- ATENCION GENERAL.	408		
	- EVOLUCION	409		
	- EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	410		
	- INTERCONSULTA	411		
	- REMISION DE PACIENTES: SOLICITUD	412A		
- REMISION DE PACIENTES: RESPUESTA	412B			
HOSPITALARIA	- IDENTIFICACION Y RESUMEN DE ATENCIONES	400	LOS ANTERIORES, MAS EL RESULTADO FINAL	
	- ATENCION GENERAL	408	MADRE RECIEN NACIDO.	
	- EVOLUCION	409	INDICE DE DIAGNOSTICO DE OPERACIONES	
	- EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	410	REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS	
	- REMISION DE PACIENTES- SOLICITUD	412A	REGISTRO DE DEFUNCION	
	- REMISION DE PACIENTES- RESPUESTA	412B	REGISTRO DE PARTOS Y NACIMIENTOS	
	- EPICRISIS	413		
	- ORDENES MEDICAS	414		
	- TRATAMIENTOS	415		
	- SIGNOS VITALES	416		
	- BALANCE DE LIQUIDOS	417		
	- INFORME QUIRURGICO	418		
	- INFORME DE ANESTESIA	419		
	- INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA	420		
	- AUTORIZACIONES:	430		
	A) AUTORIZACION PARA INTERVENCION QUIRURGICA			
	- PACIENTES DE SALA GENERAL	430A		
	- PACIENTES PENSIONADOS O PARTICULARES	430B		
	B) AUTORIZACION PARA ESTERILIZACION			
	- PACIENTES DE SALA GENERAL	430C		
	- PACIENTES PENSIONADOS O PARTICULARES	430D		
	C) AUTORIZACION PARA AUTOPSIA	430E		
	D) DECLARACION DE RETIRO VOLUNTARIO	430F		

7.2. INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMULARIOS

Para cada formulario se ha elaborado un instructivo que contiene los siguientes aspectos:

- Objetivo del formulario,
- Normas y conceptos generales.
- Instructivos para el diligenciamiento.

A continuación se presentan los instructivos de diligenciamiento correspondientes a los formularios de la Historia Clínica, iniciando con algunas instrucciones generales correspondientes a rubros o aspectos más comunes a todos los formularios.

INSTRUCCIONES GENERALES

Las siguientes son las normas generales que se deben tener en cuenta en el diligenciamiento de los formularios de la Historia.

Estas normas van dirigidas para las variables de mayor frecuencia en dichos formularios: Nombres, número de Historia Clínica, No. de documento de identidad, sexo, edad, fecha y lugar de nacimiento, ocupación, residencia habitual y actual, código del funcionario, servicio, sala o cuarto y número de cama.

Nombres. En todos los casos anotar los apellidos y nombres completos del paciente, y/o de la persona responsable, o acompañante.

Número de Historia Clínica. Anotar en forma clara y completa el número de historia asignado al paciente, sin dejar casillas en blanco a la derecha.

Número de Documento de Identidad. Anotar frente al tipo de documento (C.C.: cédula de ciudadanía; T.I.: Tarjeta de Identidad; C. Ext.: cédula de extranjería; Pasp.: pasaporte) el número correspondiente, sin dejar casillas en blanco a la derecha. Para la T.I. anotar únicamente los cinco últimos dígitos del número.

Sexo. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a "H" si el sexo es masculino (hombre) o "M" si el sexo es femenino (mujer).

Edad. Anotar en años cumplidos la edad de las personas de 12 o más meses en la casilla "AÑOS"; en meses cumplidos la edad de los niños mayores de un mes y menores de 12 meses en la casilla "MESES" y en días la edad de los niños menores de un mes en la casilla "DÍAS", dejando siempre en blanco aquellas casillas que no apliquen en el caso.

Fecha de Nacimiento. Anotar en números arábigos el día, el mes y los dos últimos dígitos del año de la fecha de nacimiento del paciente.

Lugar de Nacimiento. Anotar el municipio y sección del país donde ocurrió el nacimiento del paciente.

Residencia Habitual. Anotar la dirección, localidad (barrio, vereda, etc.) municipio, sección del país y teléfono donde reside: el paciente, el responsable del paciente, el acompañante, la mayor parte del tiempo, en los casos donde aplique.

Residencia Actual. Anotar la dirección, localidad (barrio, vereda, etc.) municipio, sección del país y teléfono donde reside el paciente, el responsable del paciente, el acompañante, en el momento de la consulta del paciente, en los casos donde aplique.

NOTA. En los casos en donde ocurran cambios en la residencia habitual y/o actual, realizar la actualización correspondiente.

Ocupación. Anotar la profesión, oficio o tipo de trabajo en el cual se desempeñó el paciente durante la semana anterior a la consulta, o en su último empleo. Ejemplos: Ingeniero, Médico, pescador, obrero, conductor, agricultor, secretaria, etc.

Código del funcionario responsable. (de: autorizaciones, certificaciones, atenciones, etc.). Anotar el número de identificación asignado por la institución en los espacios correspondientes.

Servicio. Anotar el nombre del servicio que presta la atención al paciente, ya sea de Consulta Externa o de Hospitalización.

Sala o Cuarto. Anotar el nombre y/o número de la sala o cuarto donde se encuentra hospitalizado el paciente.

Número de cama. Anotar el número de la cama donde se encuentra el paciente.

NOTA. Por su naturaleza los formularios SIS-430A a 430F, no ameritan instrucciones específicas.

IDENTIFICACION Y RESUMEN DE ATENCIONES (SIS-400)

1. OBJETIVOS

- Registrar los datos que permitan identificar al paciente en forma inequívoca.
- Proporcionar información sobre los diagnósticos y los procedimientos quirúrgicos, a los cuales el paciente ha sido sometido.
- Proporcionar información que facilite la evaluación de la atención.

2. NORMAS GENERALES

El personal de información diligenciará la parte de identificación, y finalización para pacientes hospitalizados en el Resumen de Atenciones y hará la codificación correspondiente.

El funcionario que brinda la atención registrará la fecha de iniciación, viene remitido, diagnóstico y procedimientos correspondientes y la fecha de finalización en pacientes ambulatorios.

El diligenciamiento se iniciará en el momento de la apertura de la Historia Clínica, y se continuará cuando se presente una nueva atención o motivo de consulta, al egresar el paciente de un período de hospitalización o al concluir un tratamiento ambulatorio.

3. DILIGENCIAMIENTO

A. Identificación

Nombre del paciente. Ver instrucciones generales.

Número de Historia Clínica. Ver instrucciones generales.

Fecha de Inscripción. Anotar en números arábigos el día, el mes y los dos últimos dígitos del año de la apertura de la Historia Clínica

Tiene historia Clínica en otra Institución. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente. En caso afirmativo, anotar el nombre de la otra Institución.

Para el diligenciamiento del resto de variables de la identificación: lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, etc. se deben tener en cuenta las instrucciones generales.

B. Resumen de Atenciones

Iniciación Fecha. Anotar en números arábigos, el día, el mes y los dos últimos dígitos del año, cuando se brinda la atención o se inicia un tratamiento.

Viene Remitido. Marcar con una equis (x) en la columna correspondiente, si el paciente viene o no remitido.

Diagnóstico y Procedimientos. Anotar en el espacio correspondiente:

- Para pacientes de consulta externa: el diagnóstico más importante que justifica la atención:
- Para pacientes de consulta odontológica: los dos diagnósticos más importantes que justifican la atención.
- Para pacientes hospitalizados: el diagnóstico que justifica la mayor parte de la estancia.
- Cuando los pacientes son sujetos de Programas y de Control por morbilidad especial, el diagnóstico que justifica la inclusión del paciente en el programa o la iniciación del tratamiento y control de la morbilidad.
- Los procedimientos que se anoten en este espacio, harán relación únicamente a las intervenciones quirúrgicas.

NOTA. La fecha de iniciación se refiere a: la fecha de ingreso para los pacientes hospitalizados y la de la consulta para pacientes ambulatorios. Para pacientes sujetos a programas y de control por morbilidad especial, se considera aquella cuando se establece el diagnóstico que justifica la inclusión del paciente en el programa o la iniciación del tratamiento o control.

Código. El personal de información anotará el código correspondiente al o los diagnósticos y a los procedimientos efectuados, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a. Revisión, y la clasificación de Operaciones Quirúrgicas.

Finalización Fecha. El personal de información registrará en números arábigos el día, el mes y los dos últimos dígitos del año del egreso para pacientes hospitalizados, terminación de control de un proceso en pacientes sujetos a programa.

ATENCION DE URGENCIAS (SIS-401)

1. OBJETIVOS

- Registrar todos los datos que permitan identificar al paciente en forma inequívoca.
- Proporcionar información sobre las condiciones de llegada y salida del paciente.
- Proporcionar información sobre la descripción de la urgencia y la atención brindada en casos de accidente, intoxicación, o violencia, o en cualquier otro tipo de urgencia.
- Proporcionar información sobre la evolución del paciente y los tratamientos efectuados.

2. NORMAS GENERALES

El personal de información o de enfermería deberá diligenciar las partes de identificación, llegada del paciente, información sobre caso de accidente, intoxicación o violencia y resumen de salida del mismo; y el médico lo correspondiente a anamnesis, examen físico y evolución.

El formulario se diligenciará a todo paciente que por sus características deba ser atendido en el servicio de urgencias; si el caso amerita apertura de Historia Clínica, el formulario de Urgencias formará parte de la misma. En los puestos de salud, la atención de urgencias deberá registrarse en el formulario "Registro diario de actividades de enfermería en servicios ambulatorios" (SIS-130 h2).

El formulario no se diligenciará a las pacientes obstétricas o pacientes atendidos por el odontólogo. Este tipo de atenciones se registrará en los formularios específicos diseñados para ello.

La información de identificación deberá ser lo más completa posible ya que puede ser el único registro que el paciente tenga en el hospital.

En caso de accidente la información deberá ser detallada, porque generalmente estos llegan a ser problemas legales.

Los formularios de urgencias que no se incluyan en la historia clínica deben permanecer en la Unidad de Información, archivados en un folder A-Z, en estricto orden alfabético; y serán incorporados a la Historia Clínica cuando el paciente la tenga en la institución.

3. DILIGENCIAMIENTO

A. Identificación

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre del paciente, Número de Historia Clínica, Edad, Sexo, Documento de Identidad, Residencia Actual y Responsable, se deben tener en cuenta las instrucciones generales.

B. Llegada del Paciente

Fecha de Llegada. Anotar en números arábigos el día, el mes, los dos últimos dígitos del año y la hora (en forma continua de 00 a 24) cuando llegó el paciente al servicio de urgencias.

Paciente llegó por sus propios medios? Marcar con una equis (x) en la casilla correspondiente a "SI", si el paciente llegó caminando, y en la casilla correspondiente a "NO" si llegó por otros medios: especificar cuál. Ejemplo: (camilla, cargado, etc.)

En qué estado llegó el paciente. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente.

Acompañante. Anotar el nombre completo de la persona que dió la información y el parentesco o relación que tiene con el paciente.

Residencia Actual. Ver instrucciones generales.

C. En caso de accidente, intoxicación o violencia

Fecha de Ocurrencia. Anotar en números arábigos el día, el mes, los dos últimos dígitos del año y la hora en que ocurrió el accidente.

Sitio de Ocurrencia. Describir el sitio o anotar la dirección donde ocurrió el accidente en la forma más precisa posible.

Causa Básica que origina la Atención. Anotar el tipo y ubicación de la lesión o sintomatología más evidente que justifica la atención, así como la causa externa que la provocó.

Notificación a la Policía, Familiares o al Servicio de Salud. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente, si se notificó o no a la policía, a los familiares o al servicio de salud; en caso de haberse informado anotar, el día, el mes, los dos últimos dígitos del año y la hora de la notificación o notificaciones respectivas.

D. Anamnesis, Examen Físico y Evolución.

- Anotar la fecha y hora de inicio de la atención de la urgencia.
- Anotar la queja principal del padecimiento del paciente y los antecedentes específicos relacionados con la urgencia.
- Realizar el examen físico y anotar los hallazgos del mismo y practicar un examen específico relacionado con la urgencia.
- Anotar en la secuencia registrada la impresión diagnóstica, la conducta a seguir, la evolución y las recomendaciones.
- Firmar y anotar el código del profesional responsable de la atención.

E. Salida del Paciente (Resumen)

Fecha. Anotar en números arábigos, el día, el mes, los dos últimos dígitos del año y la hora de salida del paciente del servicio de urgencias.

Condición. Marcar con una equis (x) en la casilla correspondiente si el paciente salió vivo o muerto del servicio de urgencias.

Destino. Anotar con una equis (x) en la casilla correspondiente el destino del paciente.

Si el paciente fue hospitalizado anotar el nombre del servicio; si fue remitido a otra institución anotar el nombre de la institución y la ciudad donde está ubicada.

Si marca la casilla "OTRO" anotar cuál fue su destino.

A. IDENTIFICACION

Nº. APLICACIÓN										Nº. HISTORIA CLÍNICA									
EDAD										SEXO									
DOCUMENTO DE IDENTIDAD										PASAPORTE									
C.C.										C. Est.									
T. I.										PASAPORTE									
RESIDENCIA ACTUAL: (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del país)										Teléfono									
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Nombre, Relación de Parentesco o Amistad)																			
RESIDENCIA ACTUAL: (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del país)										Teléfono									

FECHA		EL PACIENTE LLEGA POR SUS PROPIOS MEDIOS?		EN QUE ESTADO LLEGO EL PACIENTE:		CONSCIENTE ☐	
DIA MES AÑO HORA		SI ☐ NO ☐ CUAL				INCONSCIENTE ☐	
ACOMPANANTE: Nombre y Relación de Parentesco o Amistad						MUERTO ☐	
RESIDENCIA ACTUAL: (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del país)						Teléfono	

FECHA DE OCURRENCIA				SITIO DE OCURRENCIA											
DIA	MES	AÑO	HORA												
CAUSA BASICA QUE ORIGINA LA ATENCION:															
				NOTIFICACION A LA POLICIA				NOTIFICACION A FAMILIARES				NOTIFICACION AL SERVICIO DE SALUD *			
				SI ☐				SI ☐				SI ☐			
				NO ☐				NO ☐				NO ☐			
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA

[illegible]

* Notifique al servicio de salud cuando sea indicativo de posible Epidemia (fiebre amarilla, intoxicaciones por alimentos o plaguicidas etc.)

ATENCION INFANTIL Y PRE-ESCOLAR (SIS-402)**1. OBJETIVO**

Registrar los datos que permitan conocer el estado de salud del niño y controlar su evolución en los primeros cinco años de edad, para evaluar su proceso de crecimiento y desarrollo.

2. NORMAS GENERALES

Este formulario presenta dos componentes: Hoja de Recién Nacido y Atención Infantil y Pre-escolar. El primero de ellos se diligencia cuando el parto es institucional; el segundo componente se diligencia cuando el niño es llevado a la primera consulta.

La hoja de recién nacido será entregada a la madre a su egreso de la institución, debe ser llevada por ella al organismo de su localidad cuando acuda con el niño a la primera consulta y se anexará a la Historia Clínica.

Cuando el recién nacido es remitido a otra Institución por patología o se hospitaliza en un organismo diferente al del lugar de residencia, la Historia Clínica se abrirá sin anexar la hoja de recién nacido.

El médico diligenciará el formulario en sus dos componentes con excepción del literal I, el cual será diligenciado por el personal de enfermería antes de salir el recién nacido de la institución; igualmente, los literales J, K y L cuando realice actividades de control.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación de la madre**

Para el diligenciamiento de esta parte del formulario se deben tener en cuenta las instrucciones generales.

B. Antecedentes Maternos

Semanas de Gestación. Anotar la edad de embarazo en semanas.

Embarazo. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a si el embarazo fue único o múltiple.

Gravidez. Anotar el número total de embarazos, incluyendo el de este recién nacido.

Paridad. Anotar el número de partos, excluyendo las cesáreas.

Cesárea. Anotar el número de embarazos que terminaron en cesárea.

Aborto. Anotar el número de embarazos que terminaron antes de 20 semanas de gestación.

Hijos vivos. Anotar el total de hijos nacidos vivos incluyendo este recién nacido.

Control Prenatal. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente si tuvo o no control de embarazo. En caso afirmativo, marcar con una equis (x) la (s) persona (s) que realizó (aron) el control.

Riesgo al 8o. mes. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente al riesgo clasificado al 8o. mes en la hoja "Índice de Riesgo Materno-Fetal".

Grupo Sanguíneo. Anotar, si se dispone, el tipo de sangre de la madre.

R.H. Anotar, si se dispone, el tipo de factor R.H. que tenga la madre.

Glicemia. Anotar, si se dispone, el valor en miligramos por ciento de la glicemia de la madre.

Hemoglobina. Anotar, si se dispone, el valor en gramos por ciento de la hemoglobina de la madre.

Patología durante el embarazo. Anotar la patología más importante que la madre presentó durante el embarazo.

Medicamentos recibidos relacionados con edad gestacional. Anotar todos los medicamentos que la madre recibió durante su embarazo, haciendo referencia por trimestres.

C. Trabajo de parto

Duración. Anotar el número de horas que duró el trabajo de parto.

Presentación. Anotar el tipo de presentación (cefálica, pélvica, hombro, etc.) que tuvo el producto en el trabajo de parto.

Ruptura de membranas () horas antes del trabajo de parto. Anotar en el espacio correspondiente el número de horas transcurridas entre la ruptura de membranas y el inicio de trabajo de parto, en caso de ruptura prematura de membranas.

Características del líquido amniótico. Anotar color y volumen, ejemplo: blanco, abundante, escaso, meconiado, etc.

Sufrimiento fetal. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente si hubo o no sufrimiento fetal; en caso afirmativo describir las causas del mismo en el espacio correspondiente.

Anestesia y Medicamentos. Anotar el tipo de anestesia y los medicamentos que se hayan suministrado durante el trabajo de parto.

D. Atención del parto

Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente al tipo de parto ya sea espontáneo o intervenido; en caso de utilizar otros procedimientos para intervenir el parto precisarlo en el espacio "CUALES" y explicar el motivo en el espacio correspondiente.

Nacimiento. Anotar el día, el mes, el año y hora del nacimiento del niño.

Características de la Placenta. Anotar tamaño, peso, número e integridad de los cotiledones, situación del cordón umbilical y disposición de los vasos en el mismo, así como otras características relevantes a juicio del examinador.

E. Producto del Embarazo

Vitalidad. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a vivo o muerto según el caso.

Sexo. Marce con una equis (x) la casilla correspondiente a "H" si el producto es masculino (hombre) y a "M" si el producto es femenino (mujer).

Peso. Anotar, en gramos, el peso del recién nacido.

Talla. Anotar, en centímetros, la talla del recién nacido.

Perímetro Cefálico. Anotar, en centímetros, el perímetro cefálico del recién nacido.

Perímetro Torácico. Anotar, en centímetros, el perímetro torácico del recién nacido.

Apgar. Anotar la clasificación de apgar obtenida al minuto y a los 5 minutos de nacido el niño.

Riesgo. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a la clasificación del riesgo del recién nacido tomado del formulario "Resultado Final Madre - Recién Nacido".

Reanimación. Anotar el método y todos los medicamentos utilizados en caso de reanimación del niño.

Profilaxis ocular con. Anotar la solución con la cual se hizo la profilaxis ocular al recién nacido.

Aseo general con. Anotar el tipo de solución o jabón que se utilizó en el aseo general del niño.

F. Examen Físico

Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a "normal" o "anormal" en la valoración de cada uno de los órganos o sistemas que aparecen en el listado.

En los casos donde se marque "anormal" anotar el numeral correspondiente y las respectivas aclaraciones en el espacio de observaciones.

G. Impresión Diagnóstica

Anotar los diagnósticos correspondientes de acuerdo con la valoración clínica del niño.

H. Destino

Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente al destino inmediato del recién nacido, según sea enviado: con la madre, cuando va a salas de alojamiento conjunto; a hospitalización, cuando se envía por patología a uno de los servicios de hospitalización de la institución, y remitido a otra institución, cuando se envía a otro nivel de atención. En este último caso anotar el nombre del organismo.

Al finalizar, el médico responsable deberá firmar y anotar el código asignado en la institución y la fecha de la atención.

I. Vacunación

B.C.G. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente si se aplicó o no esta vacuna.

Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año cuando fue aplicada. Finalmente, firmar y anotar el código del responsable de esta información.

J. Antecedentes

Familiares. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente frente a cada una de las enfermedades que aparecen en el listado; en caso que el responsable del niño no esté seguro que alguno de los familiares ha sufrido la (s) enfermedad (es), marcar la casilla "No sabe". En "otros", anotar y especificar otros antecedentes familiares de interés.

En los siguientes espacios, anotar en su orden el número de hermanos desnutridos menores de 5 años, el número de hermanos actualmente vivos y el número de hermanos que murieron antes de cumplir 5 años; para este último caso, anotar la (s) respectiva (s) causa (s) de muerte en el espacio "causas".

Obstétricos. Marcar con una equis (x) las casillas correspondientes si la madre tuvo o no atención durante el embarazo y si tuvo o no complicaciones durante el mismo.

Anotar en las casillas correspondientes, la edad en años cumplidos de la madre al nacer el niño y el número total de meses de gestación del embarazo.

Personales

Del Nacimiento.

Para las variables de los numerales 1 a 4 marcar con una equis (x) la casilla "SI" en los siguientes casos: cuando el parto se atendió en una institución de salud oficial o privada; cuando la expulsión del niño fue por vía vaginal, con presentación eutócica, no intervenido; cuando la presentación del niño, al momento del parto correspondió a la cabeza; cuando la gestación tuvo como resultado un solo niño. En casos diferentes marcar con una equis (x) la casilla "NO".

En las siguientes casillas anotar en gramos el peso y en centímetros la talla del niño al nacer, en su respectivo orden.

Alimentarios.

Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año, y la edad en meses cumplidos del niño, correspondientes a la fecha de la consulta.

Marcar con una equis (x) las casillas correspondientes a la fecha de la consulta si el niño recibe o no: leche materna, otras leches, u otros alimentos diferentes.

En los siguientes espacios anotar la edad en meses cumplidos cuando al niño se le suspendió la leche materna, se le empezó a suministrar otras leches, se le comenzó a suministrar otros alimentos diferentes a la leche. En el espacio "cuáles", anotar el nombre de las leches empleadas en la alimentación del niño.

Desarrollo.

Anotar en los espacios correspondientes la edad del niño en meses cumplidos cuando: sostuvo la cabeza, agarró objetos, se sonrió, se sentó, le erupcionó el primer diente, gateó, dijo su primera palabra y caminó.

Inmunizaciones.

Anotar en las casillas correspondientes las fechas de aplicación de las dosis y refuerzos de los biológicos recibidos por el niño. Este dato se tomará del carné infantil que tiene la madre o del SIS-153. En casos de haber recibido otro tipo de biológico, hacer las aclaraciones correspondientes en "OBSERVACIONES".

Patológicos.

Anotar el día, mes y los dos últimos dígitos del año de realización de la consulta, y en meses cumplidos, la edad del niño en las casillas correspondientes, cuando se confirme la presentación de cualquiera de las entidades listadas.

En "OBSERVACIONES", anotar las aclaraciones que se consideren pertinentes, registrando previamente el numeral de referencia.

K. Examen Físico

Fecha de consulta. Anotar abreviadamente el día, el mes y los dos últimos dígitos del año de realización del examen físico.

Edad. Anotar en meses cumplidos la edad del niño de acuerdo con la fecha de la consulta.

Para las variables temperatura, peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico, anotar en las casillas correspondientes el resultado de las mediciones respectivas de acuerdo a las unidades especificadas para cada variable.

Para las variables relacionadas con Exploración - Estado y Valoración del Desarrollo por Conductas anotar "N" (Normal) o "A" (Anormal) en las casillas correspondientes a la fecha de la consulta de acuerdo con la valoración de cada una de ellas. En caso de anormalidad anotar las observaciones pertinentes en el formulario de "Evolución" (SIS-409).

Crecimiento. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a satisfactorio o no satisfactorio, para peso y talla, teniendo en cuenta la columna de la consulta que se está realizando.

Estado Nutricional. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a si el estado nutricional es normal, o se presenta una desnutrición reciente o crónica.

Remitido. Anotar "SI" en la casilla correspondiente a la fecha de la consulta, cuando el niño se envía a otro nivel de atención.

Código. Anotar en el espacio correspondiente, el número de código asignado por la institución, del responsable de la atención.

L. Rejillas para Evaluación del Crecimiento y del Estado Nutricional en menores de 5 años.

De acuerdo con las variaciones encontradas por sexo se tienen dos conjuntos de Rejillas; uno para niño y otro para niña; estos conjuntos se componen de Rejillas de peso — edad y talla — edad, en ambos el eje horizontal representa la edad, y el eje vertical la talla en centímetros y el peso en kilogramos, respectivamente.

Tanto en la Rejilla peso-edad, como en la de talla-edad se encuentran cinco líneas que representan de arriba hacia abajo, los percentiles 97, 50, 20 y 3 y - 3 desviaciones estándar. Estas líneas sirven para ubicar la propia línea del crecimiento del niño.

Diligenciamiento

Rejilla Peso - Edad

Los datos básicos para el diligenciamiento son: fecha de nacimiento, fecha de la consulta y peso del niño en el momento de la consulta.

A lo largo del eje horizontal correspondiente a la edad en meses se encuentran casillas numeradas 0, 1, 2, etc. y cada una corresponde a un (1) mes más en la vida del niño.

En la columna "0" meses anotar en forma abreviada la fecha de nacimiento del niño, y en las subsiguientes (1, 2, 3, etc.) anotar las fechas de cumplimiento de edad correspondientes, hasta el mes de la próxima consulta.

Ejemplo: Un niño nace el 16 de noviembre de 1980 y su primera consulta se realiza en Febrero de 1981; esta columna se diligenciará así:

DIA -- MES -- AÑO	0	1	2	3	4	5	o	o
	16 nov. - 1980	16 Dic. - 1980	16 Ene. - 1981	16 Feb. - 1981				

Para los niños de un (1) año o más que lleguen por primera vez a consulta, diligenciar la columna DIA-MES-AÑO, iniciando en la columna "0 meses" con la fecha de nacimiento y continuar llenando las columnas correspondientes a 1, 2, 3, etc. años, hasta llegar a la edad del niño en años cumplidos y de allí en adelante mes a mes hasta coincidir con el mes de la consulta.

Ejemplo: Un niño nace el 16 de Noviembre de 1980 y su primera consulta se realiza en febrero de 1983, su diligenciamiento se realizará así:

DIA - MES - AÑO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	.
16 Nov. - 1980												16 Nov. - 1981												16 Nov. - 1982	16 Dic. - 1982	16 Ene. - 1983	16 Feb. - 1983				
	1 año												2 años																		

Cálculo de edad en meses cumplidos

De acuerdo con la última fecha registrada en la columna DIA-MES-AÑO en la Rejilla observe en la casilla el número de meses que le corresponden al niño.

- Si el día de la fecha de la consulta es igual o mayor al día de la fecha del nacimiento, la edad real en meses del niño es igual a la observada.

Ejemplo: Un niño nace el 16 de Noviembre de 1980 y la fecha de la consulta es el 20 de Febrero de 1983; la edad del niño es de 27 meses, como se observa a continuación:

DIA - MES - AÑO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	.
16 Nov. - 1980												16 Nov. - 1981												16 Nov. - 1982	16 Dic. - 1982	16 Ene. - 1983	16 Feb. - 1983				
	1 año												2 años																		

- Si el día de la fecha de la consulta es menor al día de la fecha del nacimiento restar un mes a la edad en meses observada en la Rejilla y el resultado será la edad en meses del niño.

Ejemplo: Un niño nace el 16 de Noviembre de 1980 y la fecha de la consulta es el 2 de Febrero de 1983; la edad del niño es de 26 meses, como se observa a continuación:

DIA - MES - AÑO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	.	
16 Nov. - 1980												16 Nov. - 1981													16 Nov. - 1982	16 Dic. - 1982	16 Ene. - 1983	16 Feb. - 1983				
	1 año											2 años																				

Punto de intersección PESO-EDAD en la Rejilla

Desde el punto medio de la casilla donde está ubicada la edad del niño trazar una línea vertical hacia arriba. Sobre el eje de peso en kilogramos ubicar el correspondiente del niño y trazar una línea horizontal hasta encontrarse con la línea vertical de la edad. Marcar un punto en el sitio donde se cruzan las dos líneas; este punto representa la ubicación del niño dentro de la Rejilla. Finalmente, unir con una línea recta este punto, al marcado en la consulta anterior.

Rejilla Talla - Edad

Los datos básicos para el diligenciamiento son: la edad en meses y la talla en centímetros.

Tomar la edad en meses encontrada en la Rejilla PESO-EDAD y ubicarla sobre el eje horizontal, y la talla sobre el eje vertical.

Para determinar el punto de intersección TALLA-EDAD en la Rejilla, seguir el mismo procedimiento realizado con la de PESO-EDAD. Finalmente, unir con una línea recta este punto, al marcado en la consulta anterior.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.

REGISTROS MEDICOS
SIS-402

ATENCION INFANTIL Y PRE-ESCOLAR (RECIENTE NACIDO)

A-IDENTIFICACION DE LA MADRE

1er. APELLIDO		2º APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		Nº HISTORIA CLINICA	
SERVICIO		SALA O CUARTO		Nº DE CAMA			

B- ANTECEDENTES MATERNOS

EDAD DE LA MADRE (AÑOS)	GRAVIDEZ	CESAREA	NÍJOS VIVOS	CONTROL SI	PORMEDICO
	PARIDAD	ABORTO		PRENATAL	ENFERMERA
				NO	AUX. ENF.
SEMANAS DE GESTACION	RIESGO AL 8º MES	GRUPO SANGUINEO	GLUCEMIA mg/dl %		
UNICO	ALTO	R.H.	HIDROLOBINA gms %		
MULTIPLE *	MEDIO				
	BAJO				
PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO:					
MEDICAMENTOS RECIBIDOS RELACIONADOS CON EDAD GESTACIONAL:					

C-TRABAJO DE PARTO

- DURACION	HORAS
- PRESENTACION	
- RUPTURA DE MEMBRANAS	
HORAS ANTES DEL TRABAJO DE PARTO	
- CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO	
- SUPRIMIENTO FETAL	SI ☐ NO ☐
CAUSAS	
- ANESTESIA Y MEDICAMENTOS	

D- ATENCION DEL PARTO.

- ESPONTANEO	☐
- FORCEPS	☐
- CESAREA	☐
- ESPATULAS	☐
- OTROS	☐
CUALES	
MOTIVO	
- NACIMIENTO	DIA MES AÑO HORA
- CARACTERISTICAS DE LA PLACENTA	

* Diligenciar un formulario de Recien Nacido por cada uno de ellos

E. PRODUCTO DEL EMBARAZO

VITALIDAD: vivo ☐ MUERTO ☐ PESO 3800 grms. PERIMETRO CEFALICO 34 cmsSEXO: H ☐ M ☐ TALLA 150 cms. PERIMETRO TORACICO 85 cmsAPGAR: 1 minuto 8 5 minutos 9 RIESGO: ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO ☐

REANIMACION (METODOS Y MEDICAMENTOS) _____

PROFILAXIS OCULAR CON: _____

ASEO GENERAL CON: _____

F. EXAMEN FISICO

	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL
1. Cabeza	☐	☐	6. Cuello	☐	☐	11. Ano	☐	☐
2. Ojos	☐	☐	7. Tórax	☐	☐	12. Periné	☐	☐
3. Oídos	☐	☐	8. Cardio Pulmonar	☐	☐	13. Piel	☐	☐
4. Nariz	☐	☐	9. Abdomen	☐	☐	14. Músculo Esquelético	☐	☐
5. Boca	☐	☐	10. Genitourinario	☐	☐	15. Neurológico	☐	☐

OBSERVACIONES: _____

G. IMPRESION DIAGNOSTICA

H. DESTINO

CON LA MADRE ☐ HOSPITALIZACION ☐ SERVICIO: _____ REMITIDO A OTRA INSTITUCION ☐

NOMBRE _____

FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO RESPONSABLE _____

DIA _____ MES _____ AÑO _____

I. VACUNACION

B. C. G. NO ☐ SI ☐DIA ☐MES ☐AÑO ☐

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE _____

SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.

REGISTROS MEDICOS
SIS - 402

ATENCION INFANTIL Y PRE-ESCOLAR

No. HISTORIA CLINICA		
1er. APELLIDO	2o. APELLIDO	NOMBRES

J-ANTECEDENTES.

1. FAMILIARES.

	SI	NO	NO SABE
1. Diabetes.	☐	☐	☐
2. Tuberculosis.	☐	☐	☐
3. Alergias.	☐	☐	☐
4. Mentales.	☐	☐	☐
5. Otras (Cuáles) _____			
6. Hermanos Desnutridos menores de 5 años _____			
7. Nº Hermanos Vivos _____			
8. Nº Hermanos Muertos menores de 5 años _____			
CAUSAS _____			

2. OBSTETRICOS *

	SI	NO
1. Atención Prenatal	☐	☐
2. Embarazo Normal.	☐	☐
3. Edad de la madre al nacer el hijo (En años)	☐	☐
4. Edad del embarazo al nacer el hijo (En meses)	☐	☐

3. PERSONALES

3.1 DEL NACIMIENTO *

	SI	NO
1. Parto Institucional.	☐	☐
2. Parto Espontáneo	☐	☐
3. Presentación Cefálica.	☐	☐
4. Producto Único.	☐	☐
5. P e s o	☐	☐
6. T a l l o	☐	☐

* Si se tiene el formulario de recién nacido no diligenciar este numeral

3.2 ALIMENTARIOS

FECHA DE CONSULTA (DÍA, MES, AÑO)																				
EDAD DEL NIÑO (meses)																				
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. LACTANCIA MATERNA.																				
2. OTRAS LECHES.																				
3. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA																				
4. EDAD DEL NIÑO AL DESTETE _____																				
5. EDAD DEL NIÑO AL INICIAR OTRAS LECHES _____																				
CUALES LECHES _____																				
6. EDAD DEL NIÑO AL INICIAR ALIMENTACION COMPLEMENTARIA _____																				

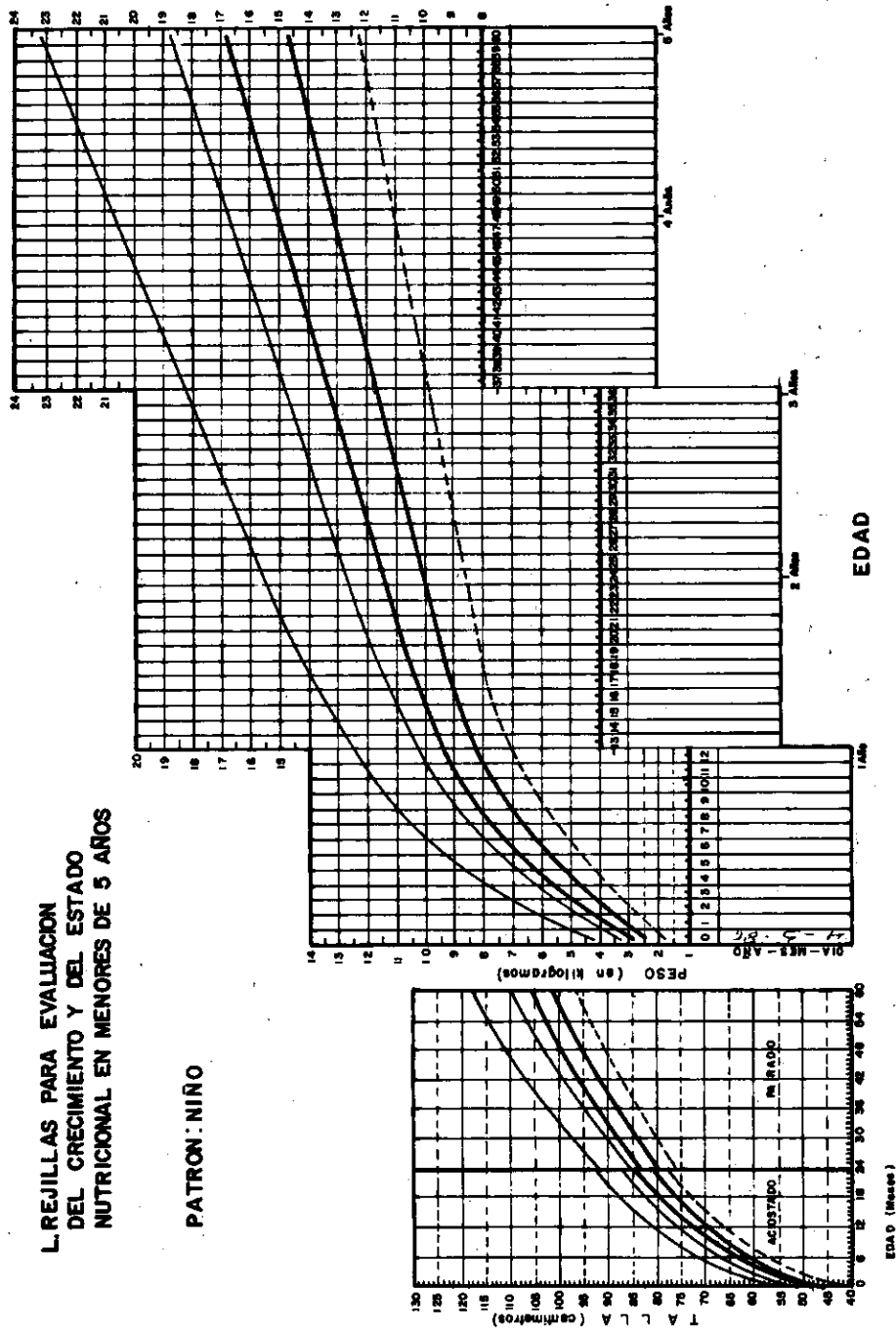
Sostuvo la Cabeza _____ Meses. Agarró Objetos _____ Meses. Se Sonrió _____ Meses.
Se Sentó _____ Meses. Primer Diente _____ Meses. Gateó _____ Meses.
Primera Palabra _____ Meses. Camina _____ Meses.

TIPO DE BIOLÓGICO	FECHA DE APLICACIÓN			
	1a. O. Unica Dosis	2a. Dosis	3a. Dosis	Refuerzo.
B. C. G				
D. P. T				
POLIO				
SARAMPION				
TOXOIDE TETANICO				

[illegible]

L. REJILLAS PARA EVALUACION
DEL CRECIMIENTO Y DEL ESTADO
NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS

PATRON: NIÑO

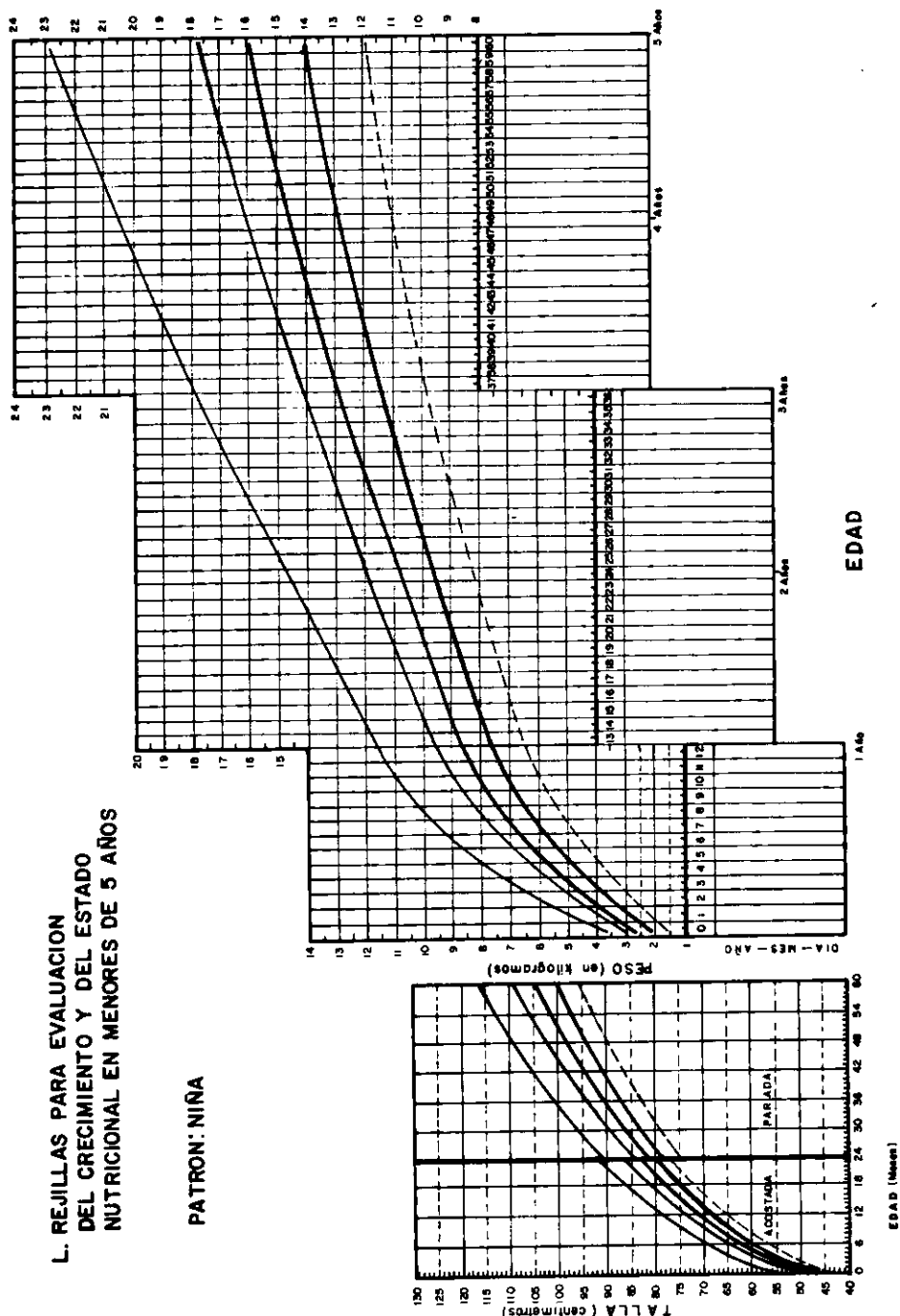


SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

REGISTROS MEDICOS
SIS - 402

L. REJILLAS PARA EVALUACION DEL CRECIMIENTO Y DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS

PATRON: NIÑA



ATENCION PRENATAL (SIS-403)**1. OBJETIVO**

Registrar los antecedentes, examen físico y evolución del embarazo, los resultados de los exámenes paraclínicos, las vacunas aplicadas, y la clasificación del riesgo de la embarazada.

2. NORMAS GENERALES

- El personal médico será el responsable de diligenciar este registro.
- El personal de enfermería diligenciará el literal C cuando le sea delegado.
- El diligenciamiento del formulario se inicia en la primera consulta del embarazo y se actualiza en cada consulta subsiguiente durante éste. Para cada embarazo deberá abrirse un formulario.
- Para el control prenatal se considera como diagnóstico de embarazo la edad de la gestación en semanas al efectuar el control, dato que se registrará en el SIS-400 y en el SIS-409; así mismo se registrarán los otros diagnósticos si los hubiere.
- Las observaciones a la evolución del embarazo, se anotarán para cada control en el SIS-409.
- Por norma se han establecido cinco Exámenes de Laboratorio para la embarazada: Serología, Hemoglobina, Grupo Sanguíneo, Factor RH y Citología vaginal. Los resultados relacionados con Serología y Hemoglobina, se registrarán en el SIS-409 y se adherirán en la hoja para Exámenes de Laboratorio SIS-410.
- El mismo procedimiento se seguirá con otros exámenes que le practiquen a la paciente.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre del paciente y Número de Historia Clínica, deben tenerse en cuenta las instrucciones generales.

B. Antecedentes

Familiares y Personales. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente frente a cada una de las enfermedades que aparecen en el listado; en caso de que la paciente no esté segura de que ella o alguno de sus familiares ha sufrido la (s) enfermedad (es) marcar la casilla "no sabe".

Historia de embarazos anteriores. Si la paciente ha tenido más de 6 embarazos, anotar prioritariamente la historia del primero y último de los que se consideren con mayor complicación.

Cuando se anote parto vaginal "Otro" anotar en OBSERVACIONES las intervenciones, tales como: Aplicación de espátulas, vacuum, o extracción podálica.

C. Embarazo actual

Datos Básicos. Anotar las fechas de la última menstruación y la probable del parto, la edad en años cumplidos y la talla de la madre.

Examen Físico. Marcar con una equis (x) al frente de cada variable, y en la casilla correspondiente, si el examen físico es "normal" o "anormal". Anotar en forma clara y precisa en "OBSERVACIONES" las anomalías encontradas en cada uno de los sistemas.

Evolución del Embarazo:

- Pérdidas vaginales tipo. Anotar los diferentes tipos de pérdidas tales como: Flujo, líquido amniótico o hemorragias.

- Riesgo. Anotar el tipo de riesgo: Alto, Medio o Bajo, de acuerdo al clasificado en la hoja "Índice de Riesgo Materno-Fetal".

- Atendida por. Se anotará la firma y código de la persona que brindó la atención.

Exámenes de Laboratorio y Vacuna Antitetánica. Registrar el resultado de la citología vaginal, el grupo sanguíneo y factor RH de la gestante y del cónyuge; el día, el mes y los dos últimos dígitos del año de la aplicación de la dosis de la vacuna antitetánica.

C. EMBARAZO ACTUAL

2. EXAMEN FISICO

NORMAL - ANORMAL		NORMAL - ANORMAL		NORMAL - ANORMAL	
1. CABEZA: OJOS	☐ ☐	3. TORAX: MAMAS	☐ ☐	4. GINECOLOGICO: GENITALES EXTERNOS	☐ ☐
NARIZ	☐ ☐	CORAZON	☐ ☐	GENITALES INTERNOS	☐ ☐
OIDOS	☐ ☐	ABDOMEN	☐ ☐	PELVIS OSEA	☐ ☐
BOCA	☐ ☐	APARATO RESPIRATORIO	☐ ☐	5. EXTREMIDADES	☐ ☐
2. CUELLO	☐ ☐				
OBSERVACIONES: _____					

3. EVOLUCION DEL EMBARAZO

CONSULTA	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE		
DIA, MES, AÑO									
PESO (kg)									
TENSION ARTERIAL mm. Hg.									
FRECUENCIA CARDIACA									
CEFALEA SEVERA									
TRASTORNOS VISUALES									
VOMITOS									
SINTOMAS URINARIOS									
PERDIDAS VAGINALES TIPO									
OTROS									
ALTURA UTERINA (cm.)									
FETOCARDIA									
PRESENTACION									
EXTREMIDADES									
EDAD DEL EMBARAZO (semanas)									
RIESGO MATERNO FETAL									
REMISION A.									
FECHA PROXIMA CITA									
LUGAR SUGERIDO PARTO									
ATENDIDA POR:									
FIRMA Y CODIGO									

4. EXAMENES DE LABORATORIO Y VACUNA ANTITETANICA

EXAMEN	RESULTADO	GRUPOS SANGUINEOS Y FACTOR RH.		VACUNA ANTITETANICA			
		GESTANTE	CONYUGE	APLICACION	DIA	MES	AÑO
CITOLOGIA VAGINAL				1a. DOSIS			
				2a. DOSIS			

ATENCION DEL PARTO Y POST-PARTO INMEDIATO (O ABORTO) SIS (404)**1. OBJETIVOS**

Registrar los antecedentes del embarazo y parto anterior, los datos relativos al parto y puerperio para conocer su evolución, los relativos al aborto y post-parto inmediato, la revisión del recién nacido en el post-parto inmediato, y el riesgo de la madre y del recién nacido.

2. NORMAS GENERALES

El formulario lo diligenciará el personal médico y el de enfermería cuando le sea delegado, al ingresar la paciente para atención de parto, hasta terminar el post-parto inmediato, cuando se da de alta a la paciente y al ingresar para atención de aborto y post-aborto inmediato.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre del paciente y Número de Historia Clínica, deben tenerse en cuenta las instrucciones generales.

B. Datos Básicos

Edad de la Madre. Ver instrucciones generales.

Embarazo No. Anotar el número de orden que le corresponde al presente embarazo, dentro de los que ha tenido la paciente. Ejemplo: si la paciente ha tenido 3 embarazos con el presente, se escribirá 03.

Fecha Última Menstruación. Anotar en las casillas correspondientes el día, el mes y los dos últimos dígitos del año, de la fecha de la última menstruación.

Semanas de Gestación. Anotar en las casillas correspondientes, el número de semanas de gestación de la paciente en el momento del ingreso.

Altura Uterina. Anotar en la casilla correspondiente el número de centímetros de altura uterina en el momento del ingreso.

Control del Embarazo por. Marcar con una equis (x), la casilla correspondiente al funcionario que controló por más tiempo la evolución del embarazo. En el rubro "Otro", se especificará qué otra persona controló la evolución del embarazo, en el caso de no ser ninguna de las que aparecen en el listado.

C. Antecedentes del Embarazo y Parto Anterior.

Edad del embarazo. Anotar en las casillas correspondientes el número de meses de gestación del embarazo anterior.

Producto del embarazo. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente, si el producto del embarazo anterior fue vivo o muerto.

Presentación. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a la presentación del parto anterior. Si ha sido otra diferente a las anotadas, esta se explicará en el espacio "Otra". Ejemplo: Hombro, mano, compuesta, etc.

Parto. Se diligenciará igual que la variable anterior, el rubro "Otro" se utilizará cuando el parto haya tenido otra modalidad. Ejemplo: Espátulas, vacuum, etc.

Complicaciones. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente, si tuvo o no alguna o algunas de las complicaciones anotadas. Si presentó otra complicación diferente, anotarla en "Otras", y especificarla.

D. Trabajo de Parto.

La primera columna de control se utilizará para el examen de admisión. Si por algún motivo la paciente es devuelta antes de iniciar el trabajo de parto, cuando regrese se utilizará la columna de control siguiente para consignar los datos del nuevo examen de admisión.

Inducido. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente, si es inducido o no.

Inicio Trabajo de Parto. Anotar en números arábigos, el día y la hora de iniciación del trabajo de parto.

Membranas. En el caso de que las membranas se encuentren íntegras, marcar con una equis (x) la casilla "Sí", y anotar el día y la hora en que se produjo la ruptura de membranas.

Fetocardia. Se sugiere tener en cuenta los ruidos fetales durante un minuto inmediatamente pase la contracción, y anotarlos en la casilla correspondiente.

Líquido amniótico. Anotar color y volumen (cualitativo) ejemplo: blanco, abundante, meconiado, escaso, etc.

G. Revisión del Niño en el Post-Parto Inmediato y al Egreso.

Respiración. Anotar la frecuencia respiratoria por minuto.

Ojos. Anotar especialmente la coloración de la conjuntiva ocular y las escleras.

Boca. Anotar el estado de la mucosa oral. Ejemplo: normal, húmeda, seca, etc.

Piel. Anotar la elasticidad y coloración de la piel.

Presentación Tipo. Anotar polo fetal que se presenta durante el trabajo de parto, ejemplo: Cefálica, pélvica, hombro, etc.

Estación. Se refiere a la altura de la presentación con relación a su encajamiento en el estrecho superior de la pelvis y se anotará así: -1, -2, -3 (0), +3, etc.

NOTA. Anotar en forma general con el día, mes y hora la prescripción de drogas o procedimientos utilizados para o en la conducción del trabajo de parto, como también otros sucesos ocurridos durante el trabajo de parto o procedimientos especiales como aplicación de anestesia conductiva, amniocentesis, etc.

Para anotar dosis, vía, etc., se utilizará el SIS-409.

E. Período Expulsivo y Alumbramiento

Apgar. Anotar el valor del Apgar tanto al minuto, como a los 5 minutos, en los espacios respectivos.

Profilaxis Ocular. Anotar en la casilla correspondiente si hubo o no profilaxis ocular al recién nacido; si la hubo anotar el tipo de solución empleada.

Alumbramiento a los. Anotar los minutos que tardó la placenta en desprenderse del útero luego de ocurrido el parto.

Observaciones. Anotar otros hallazgos o procedimientos realizados y que se consideren importantes. Ejemplo: Revisión Uterina.

F. Evolución del Puerperio

Los datos sobre evolución del puerperio se diligenciarán en el puerperio inmediato y al egreso de la paciente.

Mamas. Anotar el estado de los senos. Ejemplo: Normales, secretantes, congestivos, dolorosos, enrojecidos, etc.

Lactancia. Anotar si está dando seno al recién nacido o no.

Periné. Anotar el estado del periné. Ejemplo: Normal, con desgarrs, infectado, etc.

Hemorragia Vaginal. Anotar si hay o no hemorragia vaginal y si es abundante o escasa.

Loquios. Anotar si son hemáticos, serohemáticos, serosos, fétidos, etc.

Miembros Inferiores. Anotar su estado. Ejemplo: Normales, con edema, dolorosos, enrojecidos, etc.

Observaciones. Anotar cualquier ampliación o aclaración de las respuestas dadas a los rubros anotados.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA NACIONAL DE SALUD

REGISTROS-MEDICOS
SIS-404

ATENCION DEL PARTO Y POST-PARTO INMEDIATO (O ABORTO)

A- IDENTIFICACION

1er. Apellido		2do. Apellido (de casada)		Nombres		Nº HISTORIA CLINICA	
						☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

B- DATOS BASICOS

G. Revisión del Niño en el Post-Parto Inmediato y al Egreso.

Respiración. Anotar la frecuencia respiratoria por minuto.

Ojos. Anotar especialmente la coloración de la conjuntiva ocular y las escleras.

Boca. Anotar el estado de la mucosa oral. Ejemplo: normal, húmeda, seca, etc.

Piel. Anotar la elasticidad y coloración de la piel.

Genitales. Anotar "Normal" si su configuración y apariencia no presentan alteraciones, en caso contrario anotar "Anormal".

Ano. Anotar si se encuentra y si se halla o no perforado el orificio anal.

Extremidades. Anotar "Normal" si ellas se encuentran íntegras y sin alteración, en caso contrario anotar "Anormal".

Vacuna B.C.G. Anotar si se realizó la aplicación de la vacuna.

Clasificación del Riesgo. Anotar el Riesgo Final, tanto de la madre como del recién nacido, de acuerdo con el resultado encontrado en el formulario "Resultado Final Madre-Recién Nacido".

NOTA. Los casos de aborto deben registrarse de la siguiente manera: Se diligenciará la parte correspondiente al literal B (Datos Básicos); C (Antecedentes Embarazo y Parto Anterior); y en el D (Trabajo de Parto), lo pertinente a signos vitales, maternos, contractilidad uterina, características del cervix y membrana ovular. En observaciones, anotar las características del aborto y el o los procedimientos realizados.

El literal E se diligenciará, registrando los datos pertinentes a la evolución del post-aborto, tales como: signos vitales, maternos, hemorragia vaginal, loquios y miembros inferiores.

En caso de complicación se continúa la evolución en el formulario SIS-409.

ATENCION DEL PARTO Y POST- PARTO INMEDIATO
(O ABORTO)

1er. Apellido			2do. Apellido (s de casado)			Nombres			Nº HISTORIA CLINICA	
---------------	--	--	-----------------------------	--	--	---------	--	--	---------------------	--

EDAD DE LA MADRE (AÑOS)	EMBARAZO N°	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN DIA MES AÑO SEMANAS- DE GESTACIÓN	ALTURA UTERINA Cms.	CONTROL DEL EMBARAZO POR: MÉDICO ☐ AUX. DE ENFERMERÍA ☐ ENFERMERA ☐ PROMOTORA ☐ OTRO (pued.)
-------------------------------	-------------	--	------------------------	---

EDAD DEL EMBARAZO MESES	PRESENTACION CEFALICA ☐ PELVICA ☐ OTRA (cuál) _____	PARTO ESPONTANEO ☐ FORCEPS ☐ CESAREA ☐ OTRO (cuál) _____	COMPLICACIONES: TRABAJO PROLONGADO SI ☐ NO ☐ H EMORRAGIA DURANTE PARTO SI ☐ NO ☐ H EMORRAGIA POST- PARTO SI ☐ NO ☐ OTRAS (cuáles) _____
--	---	--	---

[illegible]

E. PERIODO EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO

FORMA DE TERMINACION			
PARTO ESPONTANEO ☐	CESAREA ELECTIVA ☐	OTRA MANIOBRA (añal) _____	
FORCEPS ☐	CESAREA INTRA PARTO ☐	_____	
VACUUM ☐	EXTRACCION PODALICA ☐	_____	
NACIMIENTO DIA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____		EPISIOTOMIA SI ☐ NO ☐	DESGARRO SI ☐ NO ☐
PRODUCTO (S) Nº 1 SEXO: H ☐ M ☐ VIVO ☐ MUERTO ☐ PESO _____ grms. TALLA _____ cm. PERIMETRO CEFALICO _____ cm.		APGAR 1 min. _____ 5 min. _____	EXAMEN FISICO NORMAL ☐ ANORMAL ☐
PRODUCTO (S) Nº 2 SEXO: H ☐ M ☐ VIVO ☐ MUERTO ☐ PESO _____ grms. TALLA _____ cm. PERIMETRO CEFALICO _____ cm.		APGAR 1 min. _____ 5 min. _____	EXAMEN FISICO NORMAL ☐ ANORMAL ☐
ALUMBRAMIENTO A LOS _____ min.		TIPO DE ALUMBRAMIENTO ESPONTANEO ☐ ARTIFICIAL: MANUAL ☐ QUIRURGICO ☐	
		PLACENTA COMPLETA ☐ INCOMPLETA ☐	
OBSERVACIONES: _____			

F. EVOLUCION DEL PUERPERIO

DATOS SOBRE:	INMEDIATO	AL EGRESO	DATOS SOBRE:	INMEDIATO	AL EGRESO
DIA - MES - AÑO			LACTANCIA		
DIAS POST - PARTO			ALTURA UTERINA		
TEMPERATURA			PERINE		
PULSO			HEMORRAGIA VAGINAL		
TENSION ARTERIAL			LOQUIOS		
MANAS			MIEMBROS INFERIORES		
OBSERVACIONES: _____					
REMITIDO A: _____ ATENDIDO POR: _____ (Firma y Cargo)					

G. REVISION DEL NIÑO EN EL POST-PARTO INMEDIATO Y AL EGRESO

DIA-MES-AÑO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACION	OJOS	BOCA	ESTADO NUTRICION FISICA	PIEL	GENITALES	ANO	EXTRE- MIDADES	VACUNA- CION BCG

CLASIFICACION DEL RIESGO:

MADRE BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐
RECEN NACIDO BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐

ATENCION DEL PUERPERIO EN CONSULTA EXTERNA (SIS-405)**1. OBJETIVOS**

Registrar los datos del parto, antecedentes del puerperio, la evolución del post-parto tardío (más de 72 horas), y la clasificación del riesgo reproductivo, de acuerdo con la hoja "Índice de Riesgo Reproductivo".

2. NORMAS GENERALES

El formulario lo diligenciará el médico y la enfermera cuando le sea delegado en la consulta del puerperio, independientemente de que el parto haya sido institucional.

En caso de puérperas que hayan tenido su parto fuera de la institución y que ingresan por morbilidad propia del puerperio, la atención a la puérpera será registrada en la parte B "Antecedentes del Parto" y C "Evolución del Puerperio".

Si la puérpera ingresa por morbilidad diferente a la del puerperio, la atención se registrará en el formulario de "Atención General" (SIS-408).

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre del paciente y Número de Historia Clínica, se deben tener en cuenta las instrucciones generales.

B. Antecedentes del Parto

Parto número. Anotar el número de orden del parto, dentro de los tenidos por la paciente. Ejemplo: Si fue el 4o. parto, se escribirá 04.

C. Evolución del Puerperio

Mamas. Anotar el estado de los senos. Ejemplo: Normales, secretantes, congestivos, dolorosos, enrojecidos, etc.

Lactancia. Anotar si la paciente está dando seno al recién nacido o no.

Hemorragia Vaginal. Anotar si hay o no hemorragia, y si es abundante o escasa.

Loquios. Anotar si son hemáticos, serohemáticos, serosos, fétidos, etc.

Miembros Inferiores. Anotar su estado. Ejemplo: Normales, con edema, doloros, enrojecidos, etc.

Riesgo Reproductivo. Se anotará el riesgo reproductivo, ya sea éste alto, medio o bajo, de acuerdo con el resultado de la hoja "Índice de Riesgo Reproductivo".

Remisión a. Anotar, en el caso de remitir el paciente, el nombre de la Institución a donde se remite y el nivel a que corresponde.

Observaciones. Anotar en este espacio cualquier ampliación, o aclaración de las respuestas a las variables anteriores.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS-405

ATENCION DEL PUERPERIO EN CONSULTA EXTERNA

A-IDENTIFICACION

Nº. AMBULOS			Zona. Ambulio (643-6510-66)			Nº. Ambulio			Nº HISTORIA CLINICA		

B- ANTECEDENTES DEL PARTO

EDAD DE LA MADRE (AÑOS) DIA MES AÑO	FECHA ULTIMA MENSTRUACION DIA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	MESES DE GESTACION 	PARTO NUMERO 	ATENDIDO EN: DOMICILIO ☐ HOSPITAL ☐ OTRO (añade) _____	ATENDIDO POR: MEDICO ☐ PROMOTORA ☐ ENFERMERA ☐ PARTERA ☐ AUX. ENF. ☐ OTRO (añade) _____						
PARTO: ESPONTANEO ☐ FORCEPS ☐ CESAREA ☐ OTRO (añade) _____		COMPLICACIONES: SI NO PARTO PROLONGADO ☐ ☐ HEMORRAGIA PARTO ☐ ☐ HEMORRAGIA POST-PARTO ☐ ☐ EPISIOTOMIA ☐ ☐ DESGARROS ☐ ☐ OTROS (añade) _____		PRODUCTO (S) <table border="1"> <tr> <td rowspan="4"> UNICO ☐ MULTIPLE ☐ </td> <td colspan="2"> Nº 1 VIVO SI ☐ NO ☐ SEXO H ☐ M ☐ PESO _____ Gms TALLA _____ Cms </td> <td colspan="2"> Nº 2 VIVO SI ☐ NO ☐ SEXO H ☐ M ☐ PESO _____ Gms TALLA _____ Cms </td> </tr> </table>				UNICO ☐ MULTIPLE ☐	Nº 1 VIVO SI ☐ NO ☐ SEXO H ☐ M ☐ PESO _____ Gms TALLA _____ Cms		Nº 2 VIVO SI ☐ NO ☐ SEXO H ☐ M ☐ PESO _____ Gms TALLA _____ Cms	
UNICO ☐ MULTIPLE ☐	Nº 1 VIVO SI ☐ NO ☐ SEXO H ☐ M ☐ PESO _____ Gms TALLA _____ Cms		Nº 2 VIVO SI ☐ NO ☐ SEXO H ☐ M ☐ PESO _____ Gms TALLA _____ Cms									

C- EVOLUCION DEL PUERPERIO

DIA / MES / AÑO		ALTURA UTERINA	
DIAS POST- PARTO		PERINE	
TEMPERATURA		HEMORRAGIA VAGINAL	
PULSO		LOQUIOS	
TENSION ARTERIAL		MIEMBROS INFERIORES	
ESTADO GENERAL		RIESGO REPRODUCTIVO	
MAMAS		FECHA PROXIMA CITA	
LACTANCIA		REMISION A	

OBSERVACIONES: _____

ATENDIDO POR: _____

FIRMA Y CODIGO

PLANIFICACION FAMILIAR (SIS-406)

1. OBJETIVOS

Registrar los antecedentes familiares, personales, historia de embarazos anteriores, historia menstrual y anticoncepcional, examen físico y exámenes practicados, el riesgo reproductivo, los métodos anticonceptivos adoptados, los cambios de los mismos y las consultas y controles de enfermería que se realicen a la paciente.

2. NORMAS GENERALES

El formulario lo diligenciará el personal médico, y el literal G, el de enfermería cuando le sea delegado, en la primera consulta de planificación. Se actualizará en las consultas subsiguientes.

3. DILIGENCIAMIENTO

A. Identificación

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre de la usuaria y Número de la Historia Clínica, se deben tener en cuenta las instrucciones generales.

B. Antecedentes

Familiares y Personales. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente frente a cada una de las enfermedades u otros antecedentes que aparecen en el listado; en caso de que la paciente no esté segura de que ella o alguno de sus familiares ha sufrido la (s) enfermedad (es), marcar la casilla "NO SABE".

Escolaridad. De acuerdo con el curso más alto aprobado marcar con una equis (x) el nivel de escolaridad correspondiente. En el espacio OTRA anotar "Ninguna" si la usuaria no ha tenido escolaridad, o especificar otro tipo de capacitación.

Historia de Embarazos Anteriores. Si la persona ha tenido más de 4 embarazos anotar prioritariamente la historia del primero y del último y de los que se consideren con mayor complicación.

Anotar el número de hijos actualmente vivos en la casilla correspondiente.

Si se encuentra algún dato adicional en la historia de embarazos, describirlo en OBSERVACIONES.

Otros Antecedentes Gineco-Obstétricos. Anotar la edad (años) de la menarquia, frecuencia y duración de los ciclos menstruales, gravidez, paridad, abortos, embarazos ectópicos, cirugías y otros.

Historia Menstrual. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente, si el ciclo menstrual es regular o no. Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año de la última menstruación.

Marcar con una equis (x) si existen o no trastornos menstruales, describiendo, en caso afirmativo, el tipo de trastorno.

Historia Anticoncepcional. Si la usuaria ha utilizado algún método anticonceptivo antes de la consulta, anotar en orden cronológico el método o métodos que haya utilizado, tiempo de uso, las fechas de iniciación y terminación, y marcar con una equis (x) el lugar donde le fue prescrito cada método.

En la casilla OTRO anotar si fue prescrito a nivel de Instituciones de la seguridad social, cajas y consultorios privados, o droguerías; en NINGUNO, marcar con una equis (x) si el método fue autoformulado.

Si la usuaria suspendió el uso de alguno de los métodos por motivos clínicos o de otro tipo, especificar el motivo en la columna PROBLEMAS.

C. Examen Físico

Peso. Anotar el peso en kilogramos.

Tensión Arterial. Anotar las cifras (Sistólica y diastólica) encontradas.

En los numerales 3 a 8, marcar con una equis (x) la casilla correspondiente.

En caso de encontrar signos de embarazo, anotar el número de semanas cumplidas. Describa en Otros Hallazgos, cualquier signo que se considere importante.

Anotar en Observaciones cualquier información adicional.

D. Exámenes Practicados

Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente, si se practicó o no el examen:

Si se realizó prueba de embarazo o citología cervico-vaginal anote el resultado correspondiente.

E. Riesgo Reproductivo

Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente al Riesgo Reproductivo de acuerdo con el resultado obtenido en la hoja "Índice de Riesgo Reproductivo".

F. Método Adoptado

Marcar con una equis (x) según corresponda, el método que ha sido formulado en esta primera consulta (así sea el mismo método que la mujer venía utilizando), especificando marcas en el caso de píldoras o inyectables, tipo en el caso de DIU, y técnica en el caso de esterilización. En la casilla OTROS, se anotará el método prescrito, diferente a los anteriormente mencionados, detallando la marca en caso de tratarse de un producto químico.

Fecha. Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año de esta prescripción.

Atendido por. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente al funcionario que brindó la atención.

G. Consultas - Controles de Enfermería

En estas columnas se anotarán los datos que se encuentren en las consultas médicas o controles de enfermería, que siguen a la primera atención.

Para las variables desde "Satisfacción con el Método" hasta "Síntomas Urinarios", anotar SI o NO según corresponda. En caso de encontrar algún síntoma o signo que se considere importante, describalo en detalle en el SIS-409.

Citología. Anotar el resultado y el día, el mes y los dos últimos dígitos del año de la última citología tomada.

Riesgo Reproductivo. Anotar "Alto, medio o bajo" de acuerdo al riesgo correspondiente.

Cambio de Método. Si durante esta consulta o control se prescribe otro método anticonceptivo diferente al formulado en la consulta anterior, anotar cuál es el nuevo método y a fecha en la cual se prescribe este cambio.

Remisión a. Si se remite a otra Institución anotar el tipo de Institución a la cual fue remitida: Hospital Local, Regional o Universitario.

Fecha próxima cita. Anotar la fecha, en la cual la usuaria debe regresar para consulta o control.

ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR

A - IDENTIFICACION

1er. Apellido _____	2do. Apellido (o de esposa) _____	Nombre _____	Nº HISTORIA CLINICA				
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>				

B. ANTECEDENTES

1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSION	☐	☐	☐	4. HEPATOPATIAS	☐	☐	☐
2. DIABETES	☐	☐	☐	5. TUMORES	☐	☐	☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	6. MENTALES	☐	☐	☐

2. PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE	ESCOLARIDAD
1. HIPERTENSION	☐	☐	☐	9. MENTALES	☐	☐	☐	
2. DIABETES	☐	☐	☐	10. INFECCION PELVICA	☐	☐	☐	PRIMARIA INCOMP. ☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	11. INFECCION CERVICAL	☐	☐	☐	PRIMARIA COMPLETA ☐
4. HEPATOPATIAS	☐	☐	☐	12. FLUJO VAGINAL	☐	☐	☐	SECUND. INCOMP. ☐
5. NEFRITIS	☐	☐	☐	13. GINECOLOGICA	☐	☐	☐	SECUND. COMPLETA ☐
6. TUMORES	☐	☐	☐	14. OTROS	☐	☐	☐	UNIVERSITARIA ☐
7. TROMBOFLEBITIS	☐	☐	☐	15. RESULTADO CITOLOGIA PREVIA	☐	☐	☐	OTRA (Cudi) _____
8. FUMA	☐	☐	☐	FECHA:				
CUANTOS DIARIOS _____				DIA MES AÑO				

3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

NUMERO DE ORDEN	TERMINACION DEL EMBARAZO						Nº DE HIJOS	
	AÑO DE EMBARAZO	MESES DE EMBARAZO	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	PRODUCTO	NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS
OTROS ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTOPICOS, CIRUGIA Y OTROS: _____								

4. HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR	SI ☐	NO ☐	FECHA ULTIMA MENSTRUACION	TRASTORNOS MENSTRUALES
			DIA MES AÑO	SI ☐ NO ☐
			TIPO: _____	

5. HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

 HA USADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI ☐ NO ☐

METODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACION		PRESCRITO EN:				PROBLEMAS
	DE:	A:	MIN SALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	

C. EXAMEN FISICO

1. PESO _____	3. MAMAS NORMALES	SI ☐ NO ☐	7. UTERO Y ANEXOS NORMALES	SI ☐ NO ☐
2. TENSION ARTERIAL _____	4. SIGNOS DE EMBARAZO	☐ ☐	8. MIEMBROS INFERIORES: EDEMA	☐ ☐
	5. N° DE SEMANAS ☐ ☐		VARICES	☐ ☐
	6. CERVIX NORMAL	☐ ☐	9. OTROS HALLAZGOS (Cuales) _____	
OBSERVACIONES: _____				

D. EXAMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO	NO ☐ SI ☐	RESULTADO _____	FROTIS DE FLUJO	SI ☐ NO ☐
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL	☐ ☐	RESULTADO _____	OTROS _____	

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO ☐	MEDIO ☐	BAJO ☐
-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

F. METODO ADOPTADO

PILDORA ☐	D. I. U. ☐	INYECTABLE ☐	ESTERILIZAC. ☐	OTROS ☐	FECHA	ATENDIDO POR:
(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(TECNICA)	(CUAL)	DIA MES AÑO	MEDICO ☐
						ENFERMERA ☐
						AUXILIAR ☐

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERIA:

DIA - MES - AÑO								
PESO (Ks.)								
TENSION ARTERIAL								
METODO UTILIZADO DESDE LA ULTIMA ATENCION								
SATISFACCION CON EL METODO								
TRASTORNOS MENSTRUALES								
CAMBIO DE COMPORTAMIENTO								
CEFALEAS								
MAREOS								
MANCHAS EN LA PIEL								
MOLESTIAS EN MAMAS								
EDEMA								
VARICES								
EXPULSION DISPOSITIVO								
DOLOR BAJO VIENTRE								
FLUJO VAGINAL								
SINTOMAS URINARIOS								
CITOLOGIA: RESULTADO								
FECHA								
RIESGO REPRODUCTIVO								
CAMBIO DE CUAL								
METODO FECHA								
REMISION A								
FECHA PROXIMA CITA								
ATENDIDO POR								

ATENCION ODONTOLOGICA PROGRAMADA (SIS-407A)**1. OBJETIVOS**

Registrar la anamnesis, examen físico-estomatológico, diagnóstico y pronóstico, y plan de tratamiento para el examen odontológico previo a una atención programada.

2. NORMAS GENERALES

El formulario será diligenciado por el odontólogo que realiza el examen, previo a la iniciación de la atención programada.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento del Nombre del paciente, Número de Historia Clínica y Fecha tener en cuenta las instrucciones generales.

Grupo de población. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente si el paciente se encuentra entre 5 y 14 años, está embarazada o pertenece a otro grupo; en el caso de embarazadas que no estén inscritas en el programa Materno-Infantil deberá remitirse al médico.

B. Anamnesis

Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a cada una de las enfermedades u otros antecedentes que aparecen en el listado; en caso de que el paciente no esté seguro de su respuesta marcar la casilla NO SABE. En cuanto a hábitos de higiene oral, marcar con una equis (x) la casilla correspondiente si el paciente acostumbra o no cepillado o seda dental; anotar el número de veces que realiza el cepillado al día.

En OTROS anotar o ampliar cualquier información relacionada con lo anterior.

C. Examen Físico Estomatológico

Temperatura, pulso, tensión arterial y respiración. Si el Odontólogo cuenta en su consultorio con el equipo necesario para realizar estos exámenes, diligenciará personalmente estos rubros. De lo contrario, enviará al paciente a la consulta externa de la Institución para que allí los practiquen y registren.

Los rubros de 1 a 12 deben ser clasificados según el caso como Normal o Anormal marcando con una equis (x) la casilla correspondiente.

Examen Dental. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente, si existe o no cada una de las condiciones que aparecen en el listado. En OTROS, anotar cualquier otra condición que presente el paciente. Anotar cualquier ampliación o aclaración a las condiciones anteriores en el espacio de Observaciones.

Evaluación del Estado Periodontal. Para la evaluación del Estado Periodontal se dividen las arcadas superiores e inferiores en tres segmentos: Lateral Derecho, Central y Lateral Izquierdo. El segmento central, comprende los caninos e incisivos. Los dos segmentos laterales derecho e izquierdo, los premolares y molares.

La clasificación de los segmentos se realiza así: sano, si en un segmento hay ausencia de enfermedad periodontal; enfermo, cuando en uno o cualquiera de sus elementos dentarios, presente y completamente erupcionado, se observa algún signo de enfermedad periodontal (inflamación, sangrado, bolsa periodontal, etc.).

El segmento sano se identifica en el formulario con el número 0 y el enfermo con el número 1, el segmento edéntulo se identifica con la letra A.

SSD	SSC	SSI
SID	SIC	SII

SSD=Segmento Superior Derecho SID=Segmento Inferior Derecho
 SSC=Segmento Superior Central SIC=Segmento Inferior Central
 SSI=Segmento Superior Izquierdo SII=Segmento Inferior Izquierdo

D. Odontograma

Utilizar la convención apropiada según la condición de cada diente.

Diagnóstico y Pronóstico. Según el caso, anotar él o los diagnósticos presuntivos o definitivos, en el orden de prioridad de acuerdo con el criterio del profesional.

E. Pronóstico

Anotar el tipo de pronóstico según el diagnóstico anotado, el cual puede expresarse como bueno, malo, reservado, etc.

Plan de tratamiento. Anotar en la casilla correspondiente el número de la prioridad de tratamiento asignada por el profesional, teniendo en cuenta que la prioridad va en orden descendente de 1 a 7.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
315 - 407A

ATENCION ODONTOLOGICA PROGRAMADA

A- IDENTIFICACION

Tar. Apellido _____		Sde. Apellido (o de esposa) _____		Nombre _____		N° HISTORIA CLINICA _____	
FECHA DIA _____ MES _____ AÑO _____		GRUPO DE POBLACION: 5 o 14 AÑOS ☐ EMBARAZADAS ☐ OTROS ☐					

B. ANAMNESIS

DATOS BASICOS SOBRE :	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. Tratamiento Médico	☐	☐	☐	11. Hepatitis	☐	☐	☐
2. Ingestión de Medicamentos	☐	☐	☐	12. Hipertensión Arterial	☐	☐	☐
3. Reacciones Alérgicas	☐	☐	☐	13. Otras Enfermedades (Cuellos)	_____		
4. Hemorragias	☐	☐	☐	14. Hábito de Higiene Oral	_____		
5. Irradiaciones	☐	☐	☐	- Cepillado	NO ☐ SI ☐	_____	
6. Sinusitis	☐	☐	☐	- Seda Dental	SI ☐ NO ☐	(Cálculos Viales)	
7. Enfermedades Respiratorias	☐	☐	☐	15. Otros	_____		
8. Cardiopatías	☐	☐	☐				
9. Diabetes	☐	☐	☐				
10. Fiebre Reumática	☐	☐	☐				

OBSERVACIONES : _____

C-EXAMEN FISICO ESTOMATOLOGICO

TEMPERATURA	PULSO		TENSION ARTERIAL	RESPIRACION	
	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL
1. Articulación Temporo - Mandibular	☐	☐	9. Senos Maxilares	☐	☐
2. Labios	☐	☐	10. Músculos Masticadores	☐	☐
3. Lengua	☐	☐	11. Sistema:		
4. Paladar	☐	☐	- Nervioso	☐	☐
5. Piso de la Boca	☐	☐	- Vascular	☐	☐
6. Carrillos	☐	☐	- Linfático Regional	☐	☐
7. Glándulas Salivales	☐	☐	12. Función de Oclusión	☐	☐
8. Maxilares	☐	☐			

OBSERVACIONES : _____

* Si no se encuentra inscrita en el Programa Materno Infantil, remitirla al médico

EXAMEN DENTAL:	SI	NO		SI	NO
1- Supernumerarios.	☐	☐	5 -Placa Blanda.	☐	☐
2- Abrasion	☐	☐	6 -Placa Calcificada.	☐	☐
3- Manchas.	☐	☐	7 -Otras. (Cual)	☐	☐
4- Patologia Pulp.	☐	☐			

OBSERVACIONES: _____

EVALUACION DE ESTADO PERIODONTAL:	OBSERVACIONES:

ODONTOGRAMA

CONVENCIONES					
	SUP. CARIADA O RECIOVA.	SUPERF. OBTURADA.	DIENTE CON EX-TRACCION INDICADA.	DIENTE EXTRAIDO	DIENTE SIN ERUPCIONAR.
 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	 48  47  46  45  44  43  42  31  32  33  34  35  36  37  38	 48  47  46  45  44  43  42  31  32  33  34  35  36  37  38		
DERECHO	LINGUALES	VESTIBULAR	CARIAS ☐ SI ☐ NO	OSTURADOS ☐ SI ☐ NO	
OTRAS OBSERVACIONES: _____					

D- DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

PRESUNTIVO _____ _____ _____	DEFINITIVO: _____ _____ _____
PRONOSTICO: _____	

E-PLAN DE TRATAMIENTO.

OPERATORIA ☐	ORTODONCIA ☐	CIRUGIA ORAL ☐	PROTESIS ☐
PERIODONCIA ☐	MEDICINA ORAL ☐	ENDODONCIA ☐	

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL: _____

**ATENCION ODONTOLOGICA DE URGENCIAS (SIS-407B)
(ATENCION INMEDIATA)**

1. OBJETIVO

Registrar la identificación, la anamnesis, diagnóstico y atención brindada correspondiente a una atención odontológica inmediata.

2. NORMAS GENERALES

El formulario lo diligenciará el odontólogo que brinda la atención cuando se efectúa el examen y el tratamiento necesario para una atención inmediata y se actualizará cada vez que el paciente solicite atención inmediata, en el año, siempre y cuando el paciente no esté inscrito para atención programada.

Este formulario se archivará en un folder A-Z en estricto orden alfabético, permanecerá en el consultorio odontológico y podrá ser utilizado más de una vez para atención inmediata; tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del año en que se efectúa la apertura. Cuando el paciente tenga Historia Clínica o ingresa a la Atención Programada el formulario hará parte de ella.

3. DILIGENCIAMIENTO

A. Identificación

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre del paciente, Número de Historia Clínica, Edad, Sexo, Documento de Identidad, Ocupación, Residencia Actual, etc. deben tenerse en cuenta las instrucciones generales.

B. Anamnesis

Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente a cada una de las enfermedades u otros antecedentes que aparecen en el listado. Este procedimiento se realizará para cada consulta de atención inmediata. En el espacio, Otras Enfermedades, anotar si el paciente presentó una enfermedad diferente de las que aparecen en el listado, especificando el número de orden de la consulta.

C. Diagnóstico y Atención brindada

Anotar el día y el mes cuando se realiza la atención, el diagnóstico y la atención brindada durante la consulta. Para cada atención inmediata deberá anotarse el código y la firma del profesional que efectúa la atención.

ATENCION GENERAL (SIS-408)**1. OBJETIVO**

Registrar los datos de la anamnesis, revisión por sistemas, examen físico, diagnóstico, pronóstico y conducta a seguir, sobre los cuales se basará la atención del paciente.

2. NORMAS GENERALES

El personal médico diligenciará el formulario al iniciar la atención ambulatoria y hospitalaria de adultos, que no se encuentran incluidos en grupos programáticos, o aquellos que estando incluidos presentan una patología diferente no relacionada con dichas actividades. Ejemplo: Embarazada con patología no relacionada con el embarazo.

Una vez concluido el proceso de la atención y para las subsiguientes consultas o controles por la misma patología, se registrará la información en el formulario "Evolución" (SIS-409).

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre del Paciente, Número de Historia Clínica, Edad, Sexo, Servicio, Sala o cuarto, Número de cama, se deben tener en cuenta las instrucciones generales.

B. Ordenamiento

Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año cuando se brinda la atención. Describir ordenadamente los hallazgos encontrados en los literales B, C y D; y para los literales E, F y G, anotar los correspondientes diagnósticos, pronóstico y conductas a seguir, ordenados según prioridad.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

ATENCION GENERAL

A - IDENTIFICACION

HOJA Nº _____

1ra. Apellido		2da. Apellido (de casado)		Nombre		N° HISTORIA CLINICA	
E D A D		SEXO					
AÑOS MESES DIAS		H ☐ M ☐		Servicio		Sala o cuarto	
						N° DE Cama	

B - ORDENAMIENTO

A-FECHA (DIA, MES, AÑO)

B-ANAMNESIS:

1. MOTIVO DE CONSULTA
2. ENFERMEDAD ACTUAL
3. ANTECEDENTES FAMILIARES
4. ANTECEDENTES PERSONALES
 - a) FISIOLOGICOS b) PATOLOGICOS c) QUIRURGICOS
 - d) GINECO-OBSTETRICOS e) MENTALES
 - f) VACUNACIONES g) TOXICO ALERGICAS
 - h) TRANSFUSIONES i) TRAUMATICOS

C-REVISION POR SISTEMAS

D-EXAMEN FISICO

1. SIGNOS VITALES: PESO, TALLA
PULSO, RESPIRACION, TEMPERATURA
- PRESION ARTERIAL
2. ESTADO GENERAL
3. PIEL Y SUBCUTANEO
4. CABEZA: OJOS, OIDOS, NARIZ Y
GARGANTA
5. CUELLO
6. APARATO RESPIRATORIO
7. APARATO CARDIO VASCULAR
8. APARATO GASTRO-INTESTINAL
9. APARATO GENITO-URINARIO

10. EXAMEN GINECOLOGICO

11. TACTO RECTAL
 12. APARATO LOCOMOTOR
 13. EXAMEN NEUROLOGICO
 14. EXAMEN GANGLIONAR
- E. IMPRESION DIAGNOSTICA
O DIAGNOSTICO DEFINITIVO
- F. PRONOSTICO
- G. CONDUCTA A SEGUIR
- H. FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO
QUE PRESTA LA ATENCION

EVOLUCION (SIS-409)

1. OBJETIVOS

Proporcionar una descripción cronológica del estado de salud y tratamiento del paciente; registrar y complementar los hallazgos patológicos importantes, que por falta de espacio no pueden anotarse en los formularios: Atención Infantil y Pre-escolar (SIS-402), Atención Prenatal (SIS-403), Atención del Parto y Post-Parto Inmediato (SIS-404), Atención del Puerperio en Consulta Externa (SIS-405), Planificación Familiar (SIS-406), Atención Odontológica (SIS-407A), y Atención General (SIS-408).

2. NORMAS GENERALES

El formulario será diligenciado por el Médico, Odontólogo, Personal de Enfermería y demás miembros del equipo de salud que tengan algún dato significativo que registrar en la evolución del paciente, con la frecuencia que sea necesaria para documentar la evolución del mismo. Este formulario lo utilizarán los miembros del equipo de salud para registrar toda la información de las diferentes disciplinas que contribuyan de una u otra forma en la atención.

Cada nota de evolución deberá ser claramente identificada y tratándose de notas integradas debe anotarse la firma y el código de la persona que presta la atención.

3. DILIGENCIAMIENTO

A. Identificación

Para el diligenciamiento de los rubros correspondientes se deben tener en cuenta las instrucciones generales.

B. Ordenamiento

Fecha. Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año.

Detalle. Anotar ordenadamente los hallazgos encontrados de acuerdo con los numerales 1 a 4; para los numerales 5 y 6, anotar los diagnósticos presuntivos y definitivos en orden de prioridad. Para los numerales 7 y 8, anotar el tratamiento aplicado y los resultados del mismo. Para el numeral 9, anotar los cambios en el manejo del paciente si ha habido necesidad de hacerlo. Para el numeral 10, anotar otras observaciones que se consideren importantes.

REGISTROS MÉDICOS
SIS- 409

EVOLUCION

HOJA No. _____

1er. APELLIDO										2o. APELLIDO(O DE CASADA)										NOMBRES										HISTORIA CLINICA																			
EDAD										SEXO																																							
AÑOS MESES DÍAS 										H ☐ M ☐										SERVICIO										SALA O CUARTO										Nº DE CAMA									

B - ORDENAMIENTO

1- Información dada por el Paciente - 2. Signos Vitales - 3. Hallazgos mas importantes - 4. Complicaciones.
5- Diagnóstico Presuntivo. 6. Diagnóstico Definitivo 7- Tratamiento.
8- Resultados del Tratamiento. 9- Cambios en el manejo del Paciente 10- Observaciones
11- Firma y Código de la Persona que presta la atención.

[illegible]

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (SIS-410)**1. OBJETIVO**

Concentrar los formatos con los resultados de los exámenes auxiliares de laboratorio desde el SIS-410A hasta el SIS-410F y el SIS-410H.

2. NORMAS GENERALES

Este formulario debe ser utilizado para adherir los formatos con los resultados de los exámenes auxiliares de diagnóstico, a excepción de los formularios de citología SIS-410G y Radiología SIS-410I, los cuales se incluirán en la historia a continuación de este formulario.

Para cada uno de los formularios desde el SIS-410A hasta el SIS-410I, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los formularios se diligenciarán en original y copia. El original será anexado al SIS-410 de la Historia Clínica y la copia se archivará en el laboratorio.
- Todo informe de laboratorio debe aparecer en la Historia Clínica y se entregará a la sala o servicio si el paciente está hospitalizado, o al archivo si el paciente es de consulta externa; además, deberá ser revisado para verificar que la identificación del paciente y el número de Historia Clínica registrado sea el correcto.
- Los informes deben tener fecha, hora, firma y código de la persona que realizó el examen. En la columna de valores normales se debe registrar dicho valor de acuerdo con la técnica utilizada en el laboratorio.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de esta parte del formulario se deberán tener en cuenta las instrucciones generales.

Orden de los Informes. Los informes de los exámenes auxiliares de diagnóstico deberán adherirse a este formulario, en orden ascendente a medida que se vayan recibiendo. Los informes de citología (SIS-410G) y el de radiología (SIS-410I) se archivarán detrás de esta hoja, cuando se hayan completado 10 informes deberá usarse otro formulario.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS-410

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

A-IDENTIFICACION

1er. APELLIDO		2o. APELLIDO (O DECABADAL)		NOMBRES		No. HISTORIA CLINICA	
SERVICIO		SALA O CUARTO		Nº DE CAMA			

B-ORDENAMIENTO

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	

PEGAR LOS INFORMES EN EL EXTREMO
SUPERIOR EN EL ORDEN DE LA
NUMERACION.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

LABORATORIO CLINICO

SOLICITADO POR: _____
(PROFESIONAL O INSTITUCION)

FIRMA Y CODIGO DEL

SOLICITANTE: _____

DIA MES AÑO HORA

URGENTE ☐

REGISTROS MEDICOS
SIS - 410A

HEMATOLOGIA

Nº HISTORIA CLINICA: _____

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES

EDAD (AÑOS)

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

SEÑALE EN LA COLUMNA DE LA IZQUIERDA EL EXAMEN SOLICITADO.

EXAMENES	RESULTADOS	VALOR NORMAL	EXAMENES	RESULTADOS	VALOR NORMAL
Hemoglobina gr. %			C.H.M %		
Hematocrito %			EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA		
Leucocitos. mm ³			Hipocromia		
Neutrófilos. %			Macrocitosis		
Linfocitos. %			Microcitosis		
Eosinófilos. %			Anisocitosis		
Monocitos. %			Poiquilocitosis		
Basófilos. %			Retiucitos. %		
Juveniles. %			PRUEBAS DE COAGULACION		
Cayados. %			R. Plasmas		
Sedimentación 1 Hora mm.			Fibrinógeno mg. %		
Grupo y R.H.			T. Sangría seg.		
V.C.M. v/s			T. Coagulación min.		
H.C.M. v/s			T. Parcial de T.P.T. seg.		
			Tiempo y Actividad de Fibrinolisis seg. %		

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE

DIA MES AÑO HORA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

LABORATORIO CLINICO

SOLICITADO POR: _____
(PROFESIONAL O INSTITUCION)

FIRMA Y CODIGO DEL

SOLICITANTE: _____

DIA MES AÑO HORA

URGENTE ☐

REGISTROS MEDICOS
SIS - 410B

PRUEBAS SEROLOGICAS

Nº HISTORIA CLINICA: _____

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES

EDAD (AÑOS)

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

SEÑALE EN LA COLUMNA DE LA IZQUIERDA EL EXAMEN SOLICITADO.

REACCIONES SEROLOGICAS	RESULTADOS	VALOR NORMAL	ANTIGENOS FEBRILES	RESULTADOS	VALOR NORMAL
V.D.R. L.		NO REACTIVA	TIFOIDEO "O"		
P.T.A : A.B.S		NO REACTIVA	TIFOIDEO "H"		
INMUNOFLUORESCENCIA R. P. C. F			PARATIFOIDEO "A"		
ANTIESTREPTOLISINAS: Unidades Todd			PARATIFOIDEO "B"		
AGLUTININAS HETEROPHAS			PARATIFOIDEO "C"		
PROTEINA C REACTIVA			PARATIFOIDEO "E"		
OTROS			BRUCELLA		
LATEX			PROTEUS OX - 19		
AGLUTININAS FRIAS					

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE

DIA MES AÑO HORA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 410C

LABORATORIO CLINICO

SOLICITADO POR: _____
(PROFESIONAL O INSTITUCION)

FIRMA Y CODIGO DEL

SOLICITANTE: _____

DIA MES AÑO HORA

URGENTE ☐

QUIMICA SANGUINEA

Nº HISTORIA CLINICA: _____

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES

EDAD (AÑOS)

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

SEÑALE EN LA COLUMNA DE LA IZQUIERDA EL EXAMEN SOLICITADO.

EXAMENES	RESULTADOS	VALOR NORMAL	EXAMENES	RESULTADOS	VALOR NORMAL
Glucosa mgr.%			Albumina gr.%		
Urea mgr.%			Globulinas gr.%		
N. Uréico mgr.%			Bilirrubina Total mgr.%		
Creatinina mgr.%			Bilirrubina Directa mgr.%		
Sodio mEq/L			Bilirrubina Indirecta mgr.%		
Cloro mEq/L			Acido Urico mgr.%		
Potasio mEq/L			Transaminasas G.P. U		
Calcio mEq/L			Transaminasas G.O. U		
R. Alcalino Vol %			Fosfatasa Alcalinas US		
Coolesterol Total mgr.%			Fosfatasa Acidas US		
Coolesterol Esteres mgr.%			Amilasas U.Samogt		
Triglicéridos mgr.%			Lipidos U		
Lípidos Totales mgr.%			Dehidrogenasa Láctica U		
Proteínas Totales gr.%			T3 µg/ml		
Otros Exámenes:			T4 µg/ml		
Resultados y Observaciones:					

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE

DIA MES AÑO HORA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 410D

LABORATORIO CLINICO

SOLICITADO POR: _____
(PROFESIONAL O INSTITUCION)

FIRMA Y CODIGO DEL

SOLICITANTE: _____

DIA MES AÑO HORA

URGENTE ☐

BACTERIOLOGIA - MICOLOGIA

Nº HISTORIA CLINICA: _____

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES

EDAD (AÑOS)

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

SEÑALE EN LA CASILLA SOMBRADA DE LA IZQUIERDA EL EXAMEN SOLICITADO

BACTERIOLOGICO		B. K		HONGOS	
DIRECTO	CULTIVO	DIRECTO	CULTIVO	DIRECTO	CULTIVO

PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

RESULTADO Y OBSERVACIONES

- DIRECTO
- CULTIVO
- RECUESTO DE COLONIAS
- ANTIBIOGRAMA

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE

DIA MES AÑO HORA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
313-410 E

LABORATORIO CLINICO

SOLICITADO POR: _____
(PROFESIONAL O INSTITUCION)

FIRMA Y CODIGO DEL

SOLICITANTE : _____

DIA MES AÑO HORA

URGENTE ☐

ORINA

Nº HISTORIA CLINICA: [] [] [] [] [] []

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO (DE CASADA)

NOMBRES

EDAD (AÑOS)

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

EXAMENES				EXAMENES			
CARACTERÍSTICAS GENERALES				SEDIMENTO	RESULTADOS	VALOR NORMAL	
Aspecto				Leucocitos	X	Comps	
Color				Piocytes	X	Comps	
				Hemocytes	X	Comps	
P. H.				Células Epiteliales			
Densidad				Cilindros	X	Comps	
Albumina				Cristales			
Glucosa				Moco			
Acetona				Bacterias			
Hemoglobina							
P. Bilirrubina							
OBSERVACIONES : _____							

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE

DIA MES AÑO HORA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
313-410 F

LABORATORIO CLINICO

SOLICITADO POR: _____
(PROFESIONAL O INSTITUCION)

FIRMA Y CODIGO DEL

SOLICITANTE : _____

DIA MES AÑO HORA

URGENTE ☐

COPROLOGICO

Nº HISTORIA CLINICA: [] [] [] [] [] []

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO DE CASADA

NOMBRES

EDAD (AÑOS)

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

SEÑALE EN LA CASILLA SOMBREADA DE LA IZQUIERDA EL EXAMEN SOLICITADO

PARASITOLOGIA	RESULTADO	PARASITOLOGIA	RESULTADO	MICRO-QUIMICO	RESULTADO
H. Tricófilo		Tricomonas		Grasas Neutras	
H. Ascaris		Salmonella		D. Grasas	
H. Uncinaria		Tricomonas-Amibias		Jabones	
H. Tenia				Almidon	
H. Oxurias				Celulosas	
Larvas				Sonora	
O. E. Histolítico				Moco	
O. E. Coli				Pus	
O. G. Lambiqa					
H. Iodamoeba					
OBSERVACIONES : _____					

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE

DIA MES AÑO HORA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.

REGISTROS MEDICOS
SIS - 410 G

LABORATORIO CLINICO

CITOLOGIA

SOLICITADO POR: _____
(PROFESIONAL O INSTITUCION)

FIRMA Y CODIGO DEL

SOLICITANTE: _____

DIA MES AÑO HORA

URGENTE ☐

No. HISTORIA CLINICA:				
1er. APELLIDO		2o. APELLIDO (DE CASADA)		
NOMBRES		EDAD (Años)		
SERVICIO	SALA O CUARTO	Nº DE CAMA		

NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA

RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

VAGINAL

A - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

1- Fecha última menstruación _____

2- No. de Embarazos _____

3- Edad 1er. Embarazo _____

4- Está actualmente Embarazada? SI ☐ NO ☐

5- Usa Anticonceptivos? SI ☐ NO ☐

- Cuál Usa: D.I.U. ☐ PASTILLAS ☐

OTRO ☐ CUAL _____

- Cuánto Tiempo la ha Usado (Meses) _____

B - LECTURA PARA CARCINOMA PAVIMENTOSO

- 1- ☐ Negativo (Pap. I)
- 2- ☐ Atípicas Benignas (Pap. II)
- 3- ☐ Sospechosa (Pap. III)
- 4- ☐ Altamente Sugestivo de Malignidad (Pap. IV)
- 5- ☐ Conclusivo de Malignidad (Pap. V)

C - LECTURA PARA ADENOCARCINOMA

- 1- ☐ Células Glandulares Normales.
- 2- ☐ Atípicas Benignas
- 3- ☐ Células Glandulares Sospechosas.
- 4- ☐ Altamente Sugestivo de Malignidad
- 5- ☐ Conclusivo de Malignidad.

D - CLASIFICACION MICROBIANA

- 1- ☐ Bacilo de Doderlein.
- 2- ☐ Bacterias Cocoides.
- 3- ☐ Flora Mixta
- 4- ☐ Tricomonas
- 5- ☐ Hongos

E - LEUCOCITOS, HISTIOCITOS, HEMATIES.

- 1- ☐ Frote Limpio
- 2- ☐ Leucocitos.
- 3- ☐ Hematíes
- 4- ☐ Histiocitos
- 5- ☐ Otros.

F - OTRAS LOCALIZACIONES:

MUESTRA DE _____
RESULTADOS: _____

G - OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE

DIA - MES - AÑO - HORA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

LABORATORIO CLINICO

SOLICITADO POR: _____
(PROFESIONAL O INSTITUCION)

FIRMA Y CODIGO DEL

SOLICITANTE : _____

DIA MES AÑO HORA

URGENTE ☐

REGISTROS MEDICOS
SIS-410H

OTROS

Nº HISTORIA CLINICA :

--	--	--	--	--	--	--	--

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES

EDAD (AÑOS)

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

EXAMEN SOLICITADO: _____

RESULTADO Y OBSERVACIONES

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE _____

DIA MES AÑO HORA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 4 10 I

RADIOLOGIA

SOLICITADO POR: _____
(PROFESIONAL O INSTITUCION)

FIRMA Y CODIGO DEL

SOLICITANTE : _____

DIA MES AÑO HORA

URGENTE ☐

No. HISTORIA CLINICA:

--	--	--	--	--	--

1er. APELLIDO

2o. APELLIDO (DE CASADA)

NOMBRES

EDAD (Años)

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

EXAMEN SOLICITADO: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

INFORME RADIOLOGICO:

No. DEL INFORME

--	--	--	--	--	--

FIRMA Y CODIGO DEL RESPONSABLE

DIA MES AÑO HORA

INTERCONSULTA (SIS-411)**1. OBJETIVO**

Registrar el motivo de la interconsulta, el resumen clínico y la respuesta del médico consultado.

2. NORMAS GENERALES

El médico que solicita y el que da respuesta a la interconsulta dentro de la Institución, serán los responsables del diligenciamiento de este formulario; el médico consultante registrará la solicitud en el SIS-409.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de esta parte del formulario deberán tenerse en cuenta las instrucciones generales.

B. Solicitud

Fecha. Anotar el día, el mes, los dos últimos dígitos del año y la hora de solicitud de la interconsulta.

Servicio Consultante. Anotar el nombre del servicio que atiende el paciente y que hace la solicitud.

Motivo de interconsulta y resumen clínico. Describir la razón o factor determinante que ocasiona la interconsulta, además de un resumen clínico lo más completo posible.

C. Respuesta de Interconsulta

Fecha. Anotar el día, mes, los dos últimos dígitos del año y la hora de respuesta a la interconsulta.

Servicio Consultado. Anotar el nombre del servicio que da respuesta a la interconsulta.

D. Ordenamiento

Describir en el orden indicado los procedimientos y exámenes efectuados, diagnósticos, pronóstico y recomendaciones que considere pertinentes.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.

REGISTROS MEDICOS
SIS- 411

INTER CONSULTA

A- IDENTIFICACION

1. APELLIDO										2. APELLIDO (DE CASADA)										NOMBRES										Nº HISTORIA CLÍNICA	
EDAD		SEXO																													
AÑOS MESES DÍAS		H ☐ M ☐		SERVICIO										SALA O CUARTO					Nº DE CAMA												

B-SOLICITUD

F E C H A				SERVICIO CONSULTANTE :
DÍA	MES	AÑO	HORA	

MOTIVO DE INTERCONSULTA Y RESUMEN CLÍNICO:

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL CONSULTANTE
FECHA

FECHA				SERVICIO CONSULTADO
DIA	MES	AÑO	HORA	

I- PROCEDIMIENTO Y EXAMENES EFECTUADOS.

2 - DIAGNOSTICO
3 - PRONOSTICO

4 - RECOMENDACIONES.

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL CONSULTADO

REMISION DE PACIENTES - SOLICITUD (SIS-412A)

1. OBJETIVOS

Identificar y resumir la Historia Clínica de los pacientes remitidos a otra Institución para hospitalización, tratamiento ambulatorio continuado, o para interconsulta a nivel inter-institucional.

2. NORMAS GENERALES

El responsable del diligenciamiento es el profesional que hace la solicitud de atención siempre que sea necesario remitir un paciente a otra institución, dejando constancia en el SIS-409, si tiene Historia Clínica, y en el Registro de Pacientes Remitidos.

3. DILIGENCIAMIENTO

A. Identificación de Instituciones

Anotar en DE el nombre de la Institución que realiza la remisión del paciente y en A el nombre de la Institución a la cual se envía.

B. Identificación del paciente

Nombre del paciente. Anotar los apellidos y nombres completos del paciente.

Número de Historia Clínica de la Institución que remite. Anotar el número de la Historia Clínica asignado al paciente en la Institución que hace la remisión.

Para el diligenciamiento de las variables: Edad, Sexo, Residencia habitual, tener en cuenta las instrucciones generales.

Número de Historia Clínica en la Institución que recibe. Anotar el número de la Historia Clínica asignado al paciente, en la Institución que lo recibe, si no se le abre historia dejar el espacio en blanco.

Persona responsable del paciente. Anotar el nombre y relación de parentesco de la persona responsable del paciente.

Residencia actual: Anotar la dirección, localidad, municipio, sección del país y teléfono de la persona responsable del paciente.

C. Solicitud de Atención

Fecha de remisión. Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año cuando se hizo la remisión.

Médico que remite. Anotar el nombre y apellidos completos del profesional que hace la remisión.

Servicio al cual se remite. Anotar el nombre del Servicio al cual se envía el paciente.

D. Ordenamiento

Anotar en el orden indicado el resumen de Anamnesis y Examen Físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al final del ordenamiento el profesional responsable deberá firmar y anotar su código.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.

REGISTROS MEDICOS
SIS- 412 A

REMISION DE PACIENTES SOLICITUD

A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES.

DE:	A:
-----	----

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

1er. APELLIDO _____ EDAD _____ SEXO ☐ H ☐ M		2º APELLIDO (O DE CASADA) _____ RESIDENCIA HABITUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) _____		NOMBRES _____ No. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE: _____	
AÑOS _____ MESES _____ DÍAS _____ PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACION DE PARENTESCO) _____		RESIDENCIA ACTUAL: (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del país) _____		No. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE RECIÓ: _____ TELEFONO: _____	

C. SOLICITUD DE ATENCION.

FECHA DE REMISION	MEDICO QUE REMITE:	SERVICIO AL CUAL SE REMITE:
DIA MES AÑO		

D-ORDENAMIENTO.

[illegible]

REMISION DE PACIENTES - RESPUESTA (SIS-412B)**1. OBJETIVOS**

Registrar la identificación y resumen de la Historia Clínica de los pacientes remitidos y enviar la información a la Institución que inicialmente remite.

2. NORMAS GENERALES

El responsable del diligenciamiento del formulario es el profesional que brinda la atención y se debe diligenciar al terminar la interconsulta o el tratamiento, ya sea en hospitalización o en atención ambulatoria.

Este formulario se anexará a la Historia Clínica del paciente en la Institución que hizo la remisión, dejando constancia en el SIS-409 y en los registros de pacientes remitidos de ambas Instituciones.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación de Instituciones**

Anotar en DE el nombre de la Institución que da la respuesta y en A el nombre de la institución que inicialmente hizo la solicitud.

B. Identificación del paciente

Nombre del Paciente. Anotar los apellidos y nombres completos del paciente.

Número de la Historia Clínica en Institución que responde. Si en esta Institución le fue abierta Historia Clínica al paciente anotar el número asignado.

Número de Historia Clínica en Institución que recibe. Anotar el número de la Historia Clínica asignado al paciente en la Institución que remitió inicialmente y a la cual se devuelve la respuesta.

C. Respuesta

Fecha de inicio de atención. Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año en el cual se inició la atención del paciente remitido.

Fecha de alta o finalización. Anotar el día, mes y los dos últimos dígitos del año cuando se dió de alta o finalizó la atención del paciente remitido.

Servicio del cual egresa. Anotar el nombre del servicio en el cual se atendió al paciente, bien sea de consulta externa o de hospitalización.

D. Ordenamiento

Anotar en el orden indicado el resumen de la evolución, fecha y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, diagnósticos, complicaciones, tratamientos empleados, pronóstico y recomendaciones. Al final del ordenamiento el responsable de la atención deberá firmar y anotar el código asignado por la Institución.

A - IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES.

B- IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

C.-RESPUESTA

D-ORDENAMIENTO.

[illegible]

EPICRISIS (SIS-413)**1. OBJETIVO**

Registrar los datos sobre el estado de salud y la atención brindada durante una hospitalización.

2. NORMAS GENERALES

El formulario será diligenciado por el médico u odontólogo que efectúa la atención, en forma obligatoria al egreso de un paciente hospitalizado y eventualmente cuando el Comité de Historias Clínicas lo establezca.

La epicrisis debe reflejar el desarrollo o evolución de la condición del paciente desde la admisión hasta el momento en que el paciente es dado de alta y deberá permanecer en la Historia Clínica.

Este formulario no es necesario diligenciarlo en partos normales, recién nacidos normales y pacientes internos menos de 48 horas, en estos casos, se puede hacer una nota en el SIS-409.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre del paciente, Número de Historia Clínica, Edad y Sexo, deberán tenerse en cuenta las instrucciones generales.

Iniciación de la Atención. Anotar la fecha y el servicio de la institución en el cual comenzó la atención.

Finalización de la atención. Anotar la fecha y el servicio de la Institución del cual finalmente egresa el paciente.

B. Diagnóstico, Procedimiento y Tratamiento

Diagnóstico Definitivo. Anotar él o los diagnósticos una vez conocidos los resultados de los exámenes auxiliares de diagnóstico, y de realizar los procedimientos que considere necesarios.

Procedimientos Quirúrgicos u Obstétricos. Anotar los procedimientos practicados al paciente durante el período de hospitalización.

C. Ordenamiento.

Anotar el resumen de la anamnesis, examen físico al ingreso del paciente, así como su evolución, complicaciones, la condición del mismo al egreso, el pronóstico, las recomendaciones dadas y la fecha y resultados de los exámenes auxiliares de diagnóstico que el médico u odontólogo considere importantes. Finalmente, el profesional responsable de la atención deberá firmar y anotar el código asignado.

ORDENES MEDICAS (SIS-414)**1. OBJETIVO**

Registrar las prescripciones y órdenes dadas por el profesional encargado de la atención del paciente.

2. NORMAS GENERALES

Este formulario lo diligenciará el profesional responsable del paciente y el personal de enfermería encargado de revisar y hacer cumplir la orden. Se inicia para pacientes hospitalizados y se continúa hasta su egreso.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de esta parte del formulario deberán tenerse en cuenta las instrucciones generales.

B. Prescripciones y órdenes

Fecha. Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año y la hora, cuando se realiza la prescripción u orden.

Prescripciones y Ordenes. Anotar las notas de alta y las órdenes médicas prescritas. El responsable de la orden o nota debe firmar y anotar el código asignado.

En algunos casos el responsable puede ser el médico interno o residente pero confirmadas por el médico tratante.

Firma y Código de quien hace cumplir la orden. El responsable del cumplimiento de la prescripción u orden debe firmar y anotar su código asignado.

145

REGISTROS MEDICOS
SIS - 414

ORDENES MEDICAS

			N° HISTORIA CLINICA		
1er. Apellido	2do Apellido (o de casado)	Nombres			
Servicio	Sala o Cuarte	N° de Cama			

[illegible]

TRATAMIENTOS (SIS-415)**1. OBJETIVO**

Registrar los datos relativos a los nombres de los medicamentos, vías de aplicación y dosis e indicaciones de los tratamientos realizados al paciente hospitalizado de acuerdo con las órdenes médicas.

2. NORMAS GENERALES

El responsable del diligenciamiento de este formulario es el personal de Enfermería, desde el inicio del tratamiento de un paciente hospitalizado hasta su egreso.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de esta parte del formulario deberán tenerse en cuenta las instrucciones generales.

B. Administración de Tratamiento

Medicamentos, vías, dosis e indicaciones. Anotar para cada medicamento el nombre, la vía de aplicación, el número de dosis y las indicaciones de acuerdo con las órdenes médicas.

Día, Mes, Año. Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año cuando se administra el medicamento.

Hora de Administración. Anotar la hora cuando se administra el medicamento en cada uno de los días, teniendo en cuenta que el horario es de 00 a 24 horas.

Firmas. El responsable de la administración de los medicamentos o los tratamientos debe anotar su código y firmar en la casilla correspondiente a su turno.

0-24 0:12' 23:59-

147
Lapen
Zyert: Dia-
klothe

REGISTROS MEDICOS
SIS - 415

ampliación de ^{TRATAMIENTOS} ~~los~~ ⁷⁰ firma
Hospitalización.

HOJA N.º

1er. APELLIDO			2o. APELLIDO (O DE CASADA)			NOMBRES			Nº HISTORIA CLÍNICA				
SERVICIO			SALA O CUARTO						Nº DE CAMA				

[illegible]

SIGNOS VITALES (SIS-416)**1. OBJETIVOS**

Proporcionar una visión gráfica de la evolución de los signos vitales del paciente y registrar datos sobre pulso, tensión arterial, temperatura, respiraciones, peso, deposiciones, recibo, eliminación y balance de líquidos que requieren un control diario del paciente hospitalizado.

2. NORMAS GENERALES

El responsable del diligenciamiento de este formulario es el personal de Enfermería, quien toma y registra los signos vitales del paciente hospitalizado de acuerdo con las normas establecidas o según el estado del paciente, desde el momento de su ingreso hasta su egreso.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de esta parte del formulario deberán tenerse en cuenta las instrucciones generales.

B. Signos Vitales

Día Hospitalario. Anotar el número de orden, en forma consecutiva de los días que el paciente lleve hospitalizado.

Día Post-Operatorio. Anotar el número de orden, en forma consecutiva de los días que el paciente lleve hospitalizado después de haber sido intervenido.

Día-Mes-Año. Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año de la fecha en que se toman los signos vitales.

Pulso. Marcar con un punto el número de pulsaciones por minuto en las columnas A.M. o P.M. según la escala de 50 a 200.

T.A. Marcar con un punto la tensión arterial máxima y mínima en las columnas A.M. ó P.M. según la escala de 50 a 200. Estas dos mediciones se unen con una línea vertical.

Temperatura. Marcar con un punto el número de grados centígrados en las columnas A.M. o P.M. según la escala de 35° a 41°.

Respiraciones. Anotar el número de respiraciones por minuto del paciente en las columnas A.M. o P.M.

Peso Kgs. Anotar el peso del paciente en kilogramos en las columnas A.M. o P.M.

Número de deposiciones. Anotar el número de deposiciones del paciente entre la medición anterior y la actual de signos vitales.

Líquidos en 24 horas:

Recibió. Anotar el número de centímetros cúbicos de líquidos suministrados al paciente en las 24 horas del día.

Eliminó. Anotar el número de centímetros cúbicos que eliminó en las 24 horas del día.

Balance. Anotar la diferencia entre el número de centímetros cúbicos de líquidos recibidos y de líquidos eliminados en las 24 horas del día.

Observaciones. Anotar las consideraciones o comentarios necesarios.

NOTA. Para proporcionar una visión gráfica de la evolución de los signos vitales del paciente se deben unir los puntos de pulso y temperatura respectivamente, registrados en la presente medición con la anterior, utilizando para cada uno un color diferente.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

SIGNOS VITALES

REGISTROS MEDICOS
SIS-416

A- IDENTIFICACION

HOJA Nº _____

1 ^{er} APELLIDO		2 ^{do} APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		N° HISTORIA CLINICA	
SERVICIO		SALA O CUARTO		N° DE CAMA			

B-SIGNOS VITALES

DIA HOSPITALARIO																			
DIA POST-OPERATORIO																			
DIA-MES-AÑO																			
PULSO	T.A.	TEMPERATURA	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
200																			
190																			
180																			
170																			
160																			
150																			
140																			
130																			
120																			
110	41°																		
100	40°																		
90	39°																		
80	38°																		
70	37°																		
60	36°																		
50	35°																		
RESPIRACIONES																			
PESO (Kgs)																			
NR DEPOSICIONES																			
LIQUIDOS EN 24 HORAS	RECIBIO																		
	ELIMINO																		
	BALANCE																		
OBSERVACIONES																			

Los controles de S. V. no deben llevar
en la hoja de Evolución.

BALANCE DE LIQUIDOS (SIS-417)**1. OBJETIVO**

Registrar la cantidad de líquidos administrados al paciente y eliminados por éste, en forma exacta, para calcular los balances parciales en cada turno y el balance total de las 24 horas.

2. NORMAS GENERALES

El formulario será diligenciado por el personal de Enfermería. Se inicia y se suspende, cuando el médico tratante o la enfermera responsable del servicio así lo determine.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de esta parte del formulario deberán tenerse en cuenta las instrucciones generales.

B. Administración y eliminación de líquidos

Fecha y hora. Anotar la fecha y hora correspondiente al inicio del Control de Líquidos y posteriormente, la hora correspondiente a la administración y eliminación de líquidos durante el turno respectivo, y así sucesivamente en cada turno.

Cantidad Indicada. Anotar el volumen total de líquidos ordenados por el médico.

Cantidad recibida. Anotar en las casillas correspondientes a las vías allí señaladas el volumen en c.c. de líquidos administrados.

Total. Anotar el volumen resultante de la suma de las cantidades de líquidos recibidos, según vía.

Eliminados. Anotar en las casillas correspondientes a las vías de eliminación, el volumen (en centímetros cúbicos) de líquidos.

Total. Anotar, el valor resultante, de la suma de las cantidades de líquidos eliminados, según vía.

Procedimiento para realizar el Balance de Líquidos

El balance de líquidos se realizará al finalizar cada turno de enfermería de la siguiente manera: Trazar una línea horizontal por de-

bajo del último valor anotado en el formulario, cruzándolo completamente. Anotar fecha y hora cuando se realiza el balance.

Cantidad Recibida. Efectuar la suma en forma vertical, del volumen de líquidos administrados por sonda, vía oral y parenteral, y del total; estos valores se deben anotar en las casillas correspondientes por debajo de la línea trazada previamente. El valor obtenido en la casilla TOTAL debe ser igual al valor que se obtenga de sumar los volúmenes de líquidos recibidos por sonda, vía oral y parenteral durante el turno.

Sumar verticalmente los valores encontrados en la columna "Cantidad Indicada", y el resultado anotarlo en la casilla correspondiente, debajo de la línea horizontal anteriormente trazada. Reste de este valor, el valor total de líquidos recibidos y el resultado anotarlo en la casilla correspondiente a "Cantidad por administrar" debajo de la línea horizontal.

Eliminados. Efectuar la suma en forma vertical del volumen de líquidos eliminados por materia fecal (diarrea), orina, vómito, drenajes y del total; estos valores se deben anotar en las casillas correspondientes por debajo de la línea trazada previamente. El valor obtenido en la casilla TOTAL debe ser igual al obtenido de sumar los volúmenes de líquidos eliminados por materia fecal, orina, vómito, y drenajes durante el turno.

Trazar una línea horizontal, semejante a la anterior, por debajo de estos valores.

El balance se obtiene de restar del total de líquidos administrados el total de los eliminados. Si la diferencia es a favor de los líquidos administrados, considerar el balance positivo, de lo contrario, negativo. Finalmente, anotar en los espacios destinados a los balances, el día, la hora y el resultado, positivo (+) o negativo (-), según el caso de acuerdo con el turno.

Para el balance de 24 horas, sumar los valores totales de líquidos administrados en cada turno y los correspondientes a los de líquidos eliminados. El resultado del balance final se obtiene de restar las dos cantidades anteriores. Si la diferencia es a favor de los líquidos administrados considerar el resultado del balance positivo, de lo contrario negativo. Por último, anotar en el espacio destinado para el balance final de 24 horas, el día, la hora y el resultado, positivo (+) o negativo (-), según el caso.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.REGISTROS MEDICOS
SIS - 417

BALANCE DE LIQUIDOS

J1

A-IDENTIFICACION

1er. APELLIDO			2o. APELLIDO (O DE CASADA)			NOMBRES			HISTORIA CLINICA			
SERVICIO			SALA O CUARTO			Nº. DE CAMA						

B-ADMINISTRACION Y ELIMINACION DE LIQUIDOS

Fecha	Hora	ADMINISTRADOS						ELIMINADOS				
		Cantidad Indicada	Cantidad por Administrar	CANTIDAD RECIBIDA			TOTAL	Materia Fecal	Orina	Vómito	Drenajes	TOTAL
				Sonda	Oral	Parenteral						
		VO VP	VO VP									
85.	7	1.000	3.000									
	8				200		200		300			300
	10					500	500			200		200
	12				300		300		100			100
305	13					200	200					
	13		500	1.300	500	700	1.200		400	200		600
	16				200	300	500					
	17								200		200	400
	18									100	100	200
	19					300	300					
305	19		300	700	300	600	800		200	100	300	600
	20				300		300					
	22					200	200					
	23								200			200
	24									50		50
	1								100			100
	7					500	500					
	7		-	-	300	700	1.000		200	150		350
					1.000	2.000	3.000		800	150	300	1.550

1o. Turno

Día	Hora	Resultado
03	13	+

2o. Turno

Día	Hora	Resultado
03	19	+

3o. Turno

Día	Hora	Resultado
04	7	+

Balance Final
24 Horas

Día	Hora	Resultado

INFORME QUIRURGICO (SIS-418)**1. OBJETIVO**

Registrar los diagnósticos pre y post-operatorios, la intervención practicada, el tipo de anestesia, la descripción de los hallazgos operatorios, procedimientos y complicaciones, así como los tejidos enviados a anatomía patológica, cuando el caso lo amerite.

2. NORMAS GENERALES

El responsable del diligenciamiento del formulario es el cirujano que realiza la intervención quirúrgica, una vez terminada la misma.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre del paciente, Número de Historia Clínica, Edad, Sexo, Servicio, Sala o cuarto y Número de cama, deberán tenerse en cuenta las instrucciones generales.

Anotar en la parte correspondiente los nombres y apellidos completos del cirujano, ayudante o ayudantes, anestesiólogo u otras personas que intervinieron en la cirugía.

B. Diagnóstico

Pre-operatorio. Anotar el nombre del diagnóstico que presente el paciente antes de la intervención quirúrgica.

Post-operatorio. Anotar el nombre del diagnóstico que presente el paciente después de la intervención quirúrgica.

C. Intervención practicada y tipo de anestesia

Fecha. Anotar el día, el mes y los dos últimos dígitos del año cuando se realiza la intervención.

Hora que comenzó. Anotar la hora y minutos cuando comenzó la cirugía.

Hora que terminó. Anotar la hora y minutos cuando terminó la cirugía.

Intervención practicada. Anotar el nombre de la cirugía realizada al paciente.

Tipo de anestesia. Anotar el tipo de anestesia suministrado al paciente.

D. Descripción de hallazgos operatorios, procedimientos y complicaciones.

Anotar en el orden indicado los hallazgos operatorios, los procedimientos usados y las complicaciones presentadas, durante la intervención.

Firma y código del profesional que practica la intervención. El profesional responsable de la intervención quirúrgica debe firmar y anotar su código.

Tejidos enviados a anatomía patológica. Anotar el nombre de la muestra o pieza quirúrgica enviada a anatomía patológica.

A - IDENTIFICACION

No. HISTORIA CLINICA									
Sr. APELLIDO			Sr. APELLIDO (DE CASADA)				NOMBRE		
EDAD		SEXO							
AÑOS MESES DÍAS		H ☐ M ☐		SERVICIO			SALA O CUARTO		Nº DE CAMA

CIRUJANO:	1o. AYUDANTE
2o. AYUDANTE	3er. AYUDANTE
ANESTESIOLOGO	OTRO:

B-DIAGNOSTICO

PRE-OPERATORIO	
POST-OPERATORIO	

C-INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

FECHA			HORA QUE COMENZO	HORA QUE TERMINO	INTERVENCION PRACTICADA:
DIA	MES	AÑO	Horas min.	Horas min.	
TIPO DE ANESTESIA.					

D- DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES

[illegible]

REGISTROS MEDICOS
SIS-418

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL QUE PRATICA LA INTERVENCION

TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMIA PATOLOGICA

INFORME DE ANESTESIA (SIS-419)**1. OBJETIVOS**

Registrar en forma ordenada, los datos relacionados con la identificación del paciente, evaluación preanestésica, evolución anestésica, y su post-operatorio en sala de recuperación y proporcionar una visión global de la evolución de los pacientes, sometidos a tratamiento anestésico.

2. NORMAS GENERALES

El formulario será diligenciado por el Anestesiólogo. Dicho registro se inicia en pacientes ambulatorios u hospitalizados antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, se continúa en el trans-operatorio y se termina al ser dado de alta el paciente.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de las variables: Nombre del paciente, Número de Historia Clínica, Fecha, Edad y Sexo, Servicio, Sala o cuarto y Número de cama, se deben tener en cuenta las instrucciones generales.

Talla. Anotar en centímetros la talla del paciente.

Peso. Anotar en kilogramos el peso del paciente.

Riesgo ASA. Encerrar en un círculo el riesgo anestésico correspondiente.

Anestesias previas. Anotar si el paciente ha sido sometido a anestias con anterioridad, o no.

B. Evaluación Preanestésica

Anotar en esta sección, en forma ordenada, todos los datos requeridos en ella, de acuerdo con las normas establecidas.

C. Registro de Anestesia

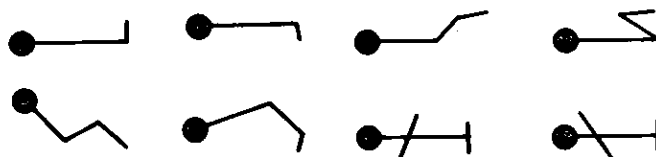
Anotar en esta sección, en forma ordenada, todos los datos requeridos en ella, de acuerdo con las normas establecidas. A continuación se dan instrucciones para diligenciar algunos de ellos:

Efecto premedicación. Marcar con una equis (x) la casilla correspondiente, si el resultado de la misma fue óptimo, bueno, regular o malo.

Tiempo de ayuno. Anotar la duración en horas, del ayuno, tanto para líquidos como para sólidos.

Técnica elegida. Marcar con una equis (x) el espacio correspondiente a la técnica elegida; si se trata de "Bloqueo", anotar la ubicación anatómica de dicho bloqueo.

Posición. Dibujar, en estas casillas, la posición del paciente en cirugía, de acuerdo con las convenciones universales correspondientes.



Siglas C.C.S.C., C.S.A., C.C.C. Marcar con una equis (x) el espacio correspondiente, según el tipo de circuito usado.

Respiración. Marcar con una equis (x) el espacio correspondiente según el tipo de respiración (E, A, C).

Rejilla. En la rejilla, anotar la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial según la escala de 10 a 230 a la izquierda de la misma, así como la presión venosa central y la temperatura de acuerdo con la escala en grados centígrados de 26 a 42.

Hora. Este espacio se debe dividir de acuerdo con el concepto del anestesiólogo, es decir, cada 6 cuadros pequeños pueden corresponder a una hora, media hora, quince minutos, etc.

Hemorragia. Anotar en este espacio el volumen del sangrado en centímetros cúbicos y en orden cronológico.

Diuresis. Anotar en este espacio, el volumen de la orina en centímetros cúbicos y en orden cronológico.

Observaciones. Anotar cualquier ampliación o aclaración a los datos anteriores que el Anestesiólogo crea conveniente.

D. Post-Operatorio. Sala de recuperación

Anotar en esta sección, en forma ordenada, todos los datos requeridos en ella, de acuerdo con las normas establecidas.

El registro del Post-Operatorio en la sala de recuperación, es sencillamente una proyección reducida del registro trans-operatorio y se lleva de igual forma.

D. POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

C. REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTO PREMEDICACION:

OP. ☐ B. ☐ R. ☐ M. ☐

DIAS PREOPERATORIO:										
DIAG. POSTOPERATORIO:										
OPERACION:										
ANESTESIOLOGOS:					CIRUJANOS:					
TIEMPO DE AYUNO	LIQUIDO:	LOCAL:	BLOQUEO:	GENERAL:	CAUDAL:	OTRA:				
SOLIDO:		DISOCIATIVA:	EPIDURAL:	ESPINAL:	ESPACIO:	NIVEL:	AGUA:			
POSICION:							OT. N°	▽		
RESPIRACION							NT. N°			
C.C. S.C.							E OT. N°	△		
C.S.A.							E NT. N°			
C.C.S.							PULSO	●		
42.	230							RESPIRACION	○	
22	210							T.A.	XX	
40	20							INDUCCION	⊗	
38	190							INICIACION Y FINALIZACION	⊙	
18	170							NEONATO MASC.	○	
36	16							NEONATO FEM.	○	
16	150							R.V.C.	XXX	
34	14							T°		
32	130							TORNQUETE	●	
12	110							E.C.G.	W	
30	10							1 AL 5 LIQUIDOS		
28	90							6 AL 16 DROGAS		
8	70							7		
26	60							8		
OC	50							9		
40	40							10		
30	30							11		
20	20							12		
10	10							13		
0	0							14		
0	0							15		
0	0							16		
HORA:							TO.	C.C.		
A							TAL	C.C.		
1										
2										
3										
4										
5										
HEMORRAGIAS										
DIU RESIS										
T	1	2	3	4						
O	5	6	7	8						
T	9	10	11	12						
A	13	14	15	16						
L										
E										
S										
ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO:					ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO:					
OBSERVACIONES:										
FIRMA Y CODIGO										

INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA (SIS-420)**1. OBJETIVOS**

Identificar el tipo de material enviado para estudio al laboratorio de anatomía patológica e igualmente los motivos que originaron su estudio.

Obtener un informe macroscópico y microscópico de las muestras enviadas al laboratorio de anatomía patológica.

Registrar el diagnóstico, pronóstico y recomendaciones basadas en los hallazgos anatomopatológicos.

2. NORMAS GENERALES

El responsable del diligenciamiento es el Médico u Odontólogo solicitante y el Médico Anatomopatólogo.

Se debe registrar en el SIS-409, la fecha, hora y servicio o institución a donde se envía la muestra.

3. DILIGENCIAMIENTO**A. Identificación**

Para el diligenciamiento de esta parte del formulario se deben tener en cuenta las instrucciones generales.

B. Solicitud

Material para estudio. Anotar el nombre y características de la muestra o pieza quirúrgica que se envía para su análisis.

Fecha. Anotar el día, el mes, los dos últimos dígitos del año y la hora en que se hace la solicitud.

Persona que envía la muestra. Anotar el nombre del profesional responsable del envío de la muestra.

C. Ordenamiento

Anotar en el orden indicado los estudios histológicos previos en cuanto a número y resultados y la enfermedad actual, su tiempo

de evolución, manifestaciones, ubicación de la lesión, operación ejecutada y hallazgos, y presunción diagnóstica. Finalmente, el responsable del envío de la muestra debe firmar y anotar su código.

D. Informe Patológico

Estudio Número. Anotar el número asignado al estudio realizado.

Fecha de estudio. Anotar el día, el mes, los dos últimos dígitos del año y la hora en que se envía el informe.

Médico que envía el informe. Anotar el nombre del profesional responsable del envío del informe.

Enviado a. Anotar el nombre del servicio al cual se envía el informe.

E. Ordenamiento

Anotar en el orden indicado la descripción macroscópica y microscópica de las muestras, los diagnósticos, pronóstico y recomendaciones que se consideren basados en los hallazgos anatomopatológicos.

Firma y Código del Anatomopatólogo. El profesional responsable del envío del informe debe firmar y anotar su código.

A- IDENTIFICACION

1er Apellido 2do Apellido (o de padre) Nombre		Nº HISTORIA CLÍNICA 				
EDAD 	SEXO ☐ N ☐ M					
AÑOS MESES DÍAS 	SERVICIO SALA O CUARTO Nº DE CAMA					

MATERIAL PARA ESTUDIO: _____	FECHA								
_____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">AÑO</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">HORA</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	HORA				
DÍA	MES	AÑO	HORA						
PERSONA QUE ENVIA LA MUESTRA: _____									

[illegible]

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS-430A

**AUTORIZACION PARA INTERVENCION
QUIRURGICA Y OTROS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**
(Para Pacientes de Sala General).

A- IDENTIFICACION

1er. APELLIDO		2o. APELLIDO (DE CASADA)		NOMBRES		No. HISTORIA CLINICA	
EDAD		SEXO H ☐ M ☐				FECHA	
AÑOS	MESES	DIAS	NOMBRE DE LA INSTITUCION		CIUDAD	DIA	MES AÑO HORA

B- CERTIFICACION

EL SUSCRITO CERTIFICA QUE HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO
SOBRE LA NATURALEZA Y PROPOSITOS DE LA OPERACION O PROCEDIMIENTO, POSIBLES ME-
TODOS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO, CONSECUENCIAS, COMPLICACIONES Y RIESGOS

AUTORIZA A LA INSTITUCION _____
(INSTITUCION RESPONSABLE)
PARA QUE BAJO SU RESPONSABILIDAD, ASIGNE A QUIENES PRACTICARAN LA SIGUIENTE :

(OPERACION O PROCEDIMIENTO) ASI COMO
LAS OPERACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES QUE A JUICIO DE ESTOS SE REQUIERAN DU-
RANTE LA MISMA.

FIRMADO:

(PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE)
CEDULA DE CIUDADANIA No. _____ DE _____

(MEDICO AUTORIZADO, FIRMA Y CODIGO)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS-430B

**AUTORIZACION PARA INTERVENCION
QUIRURGICA Y OTROS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**
(Para Pacientes Pensionados - Particulares)

A- IDENTIFICA

1er. APELLIDO		2do APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		No. HISTORIA CLINICA	
EDAD		SEXO H ☐ M ☐				FECHA	
AÑOS MESES DIAS		NOMBRE DE LA INSTITUCION		CIUDAD		DIA MES AÑO HORA	

B-CERTIFICACION

EL SUSCRITO CERTIFICA QUE HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO
SOBRE LA NATURALEZA Y PROPOSITOS DE LA OPERACION O PROCEDIMIENTO, POSIBLES ME-
TODOS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO, CONSECUENCIAS, COMPLICACIONES Y RIESGOS

AUTORIZA AL DOCTOR _____
(MEDICO RESPONSABLE)
PARA PRACTICAR PERSONALMENTE, O BAJO SU DIRECCION A LAS PERSONAS QUE EL DESIGNE LA

_____ ASI COMO
(OPERACION O PROCEDIMIENTO)
LAS OPERACIONES O PROCEDIMIENTOS ADICIONALES QUE A SU JUICIO SE REQUIERAN DURANTE LA
MISMA.

FIRMADO :

(PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE)

CEDULA DE CIUDADANIA No. _____ DE _____

(MEDICO AUTORIZADO)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 430C

AUTORIZACION PARA ESTERILIZACION (Para Pacientes de Sala General)

A-IDENTIFICACION

1 ^{er} Apellido		2 ^{do} Apellido (o de esposa)		Nombres		HISTORIA CLINICA	
EDAD (Años)	SEXO					FECHA	
☐	H ☐ M ☐	NOMBRE DE LA INSTITUCION		CIUDAD		DIA MES AÑO HORA	

B-CERTIFICACION

LOS SUSCRITOS CERTIFICAMOS QUE ACTUALMENTE TENEMOS _____ HIJOS HOMBRES VIVOS Y _____ HIJAS MUJERES VIVAS, Y QUE VOLUNTARIAMENTE SOLICITAMOS EL PROCEDIMIENTO CONOCIENDO QUE SI ESTE RESULTA EXITOSO, IMPEDIRA DEFINITIVAMENTE LA CAPACIDAD DE CONCEBR O ENGENDRAR UN HIJO, IGUALMENTE HACEMOS CONSTAR QUE HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADOS SOBRE LA NATURALEZA Y PROPOSITOS DEL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACION, DE LOS METODOS ALTERNATIVOS EN ANTICONCEPCION Y DE LOS POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES DE ESTE PROCEDIMIENTO, AUTORIZAMOS A LA INSTITUCION _____ (INSTITUCION RESPONSABLE) PARA QUE BAJO SU RESPONSABILIDAD, ASIGNE A QUIENES PRACTICARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACION _____ (NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO)

FIRMADO:

(PACIENTE)

CEDULA DE CIUDADANIA N° _____ DE _____

(ESPOSADO) O CONVIVIENTE

CEDULA DE CIUDADANIA N° _____ DE _____

(MEDICO AUTORIZADO, FIRMA Y CODIGO)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 4300

AUTORIZACION DE ESTERILIZACION
(Para Pacientes Pensionados-Particulares)

A-IDENTIFICACION

N° HISTORIA CLINICA			
EDAD (años)	SEXO	NOMBRE	FECHA
H ☐ M ☐			DIA MES AÑO HORA
NOMBRE DE LA INSTITUCION		CIUDAD	

B-CERTIFICACION

LOS SUSCRITO CERTIFICAMOS QUE ACTUALMENTE TENEMOS _____ HIJOS HOMBRES VIVOS Y _____ HIJAS MUJERES VIVAS, Y QUE VOLUNTARIAMENTE SOLICITAMOS EL PROCEDIMIENTO, CONOCIENDO QUE SI ESTE RESULTA EXITOSO IMPEDIRA DEFINITIVAMENTE, LA CAPACIDAD DE CONCEBIR O ENGENDRAR UN HIJO, IGUALMENTE HACEMOS CONSTAR. QUE HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO SOBRE LA NATURALEZA Y PROPOSITOS DEL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACION, DE LOS METODOS ALTERNATIVOS EN ANTICONCEPCION Y DE LOS POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES DE ESTE PROCEDIMIENTO, AUTORIZAMOS AL DOCTOR _____ (MEDICO RESPONSABLE) PARA PRACTICAR PERSONALMENTE O BAJO SU DIRECCION, A LAS PERSONAS QUE EL DESIGNE, EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACION _____ (NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO)

FIRMADO:

(PACIENTE)

CEDULA DE CIUDADANIA N° _____ DE _____

(ESPOSO (A) O CONVIVIENTE)

CEDULA DE CIUDADANIA N° _____ DE _____

(MEDICO AUTORIZADO, FIRMA Y CODIGO)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 430E

AUTORIZACION PARA AUTOPSIA

A-IDENTIFICACION

1er. Apellido		2do. Apellido (o de escudo)		Nombre		N° HISTORIA CLINICA	
EDAD		SEXO				FECHA	
AÑOS MESES DIAS		H ☐ M ☐		Nombre de la Institucion		DIA MES AÑO HORAS	
				Ciudad			

B-CERTIFICACION

EL SUSCRITO _____
(NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE)

_____, CERTIFICO QUE HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO SOBRE
LA NATURALEZA Y PROPOSITO DE UNA AUTOPSIA, AUTORIZO A LA INSTITUCION _____
(NOMBRE DE LA INSTITUCION) PARA QUE
BAJO SU RESPONSABILIDAD PRACTIQUE LA AUTOPSIA:

(A) _____
(NOMBRE DEL FALLECIDO)

FIRMADO _____
(PERSONA RESPONSABLE DEL PUNTO)

CEDULA DE CIUDADANIA N° _____ DE _____

(MEDICO AUTORIZADO)

(TESTIGO)

CEDULA DE CIUDADANIA N° _____ DE _____

DECRETO NUMERO 216 DE 1.953

POR EL CUAL SE ESTABLECE LA VISCEROTOMIA COMO MEDIO DE INVESTIGACION PARA LA FIEBRE AMARILLA

ARTICULO PRIMERO : ESTABLECE LA PRACTICA DE LA VISCEROTOMIA (FUNCION DE CADAVERES PARA LA RECOLECCION DE MUESTRAS DE ORGANOS)
Y LA DE HACER AUTOPSIAS SISTEMATICAS EN LOS LUGARES Y CASOS EN QUE EL MINISTERIO DE SALUD LO CONSIDERE CONVENIENTE, COMO MEDIO DE INVESTIGACION DE FIEBRE AMARILLA Y OTRAS ENFERMEDADES.

ARTICULO CUARTO : LOS DEUDOS O ENCARGADOS DE LA GUARDA DE UN CADAVER QUE SE OPONGAN A LA VISCEROTOMIA SERAN OBLIGADOS A PERMITIRLA BAJO MULTAS

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 430 F

DECLARACION DE RETIRO VOLUNTARIO

A-IDENTIFICACION

1er. Apellido		2do. Apellido (o de casado)		Nombres		No. HISTORIA CLINICA	
EDAD		SEXO H ☐ M ☐				FECHA	
AÑOS MESES DIAS		NOMBRE DE LA INSTITUCION		CIUDAD		DIA MES AÑO HORA	

B-DECLARACION

EL (L A) SUSCRITO(A) _____
(NOMBRE DEL PACIENTE O DEL RESPONSABLE DEL RETIRO)

DECLARA QUE HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO(A) SOBRE LOS RIESGOS Y POSIBLES
COMPLICACIONES DE SALUD QUE IMPLICA EL RETIRO VOLUNTARIO DE ESTA INSTITUCION

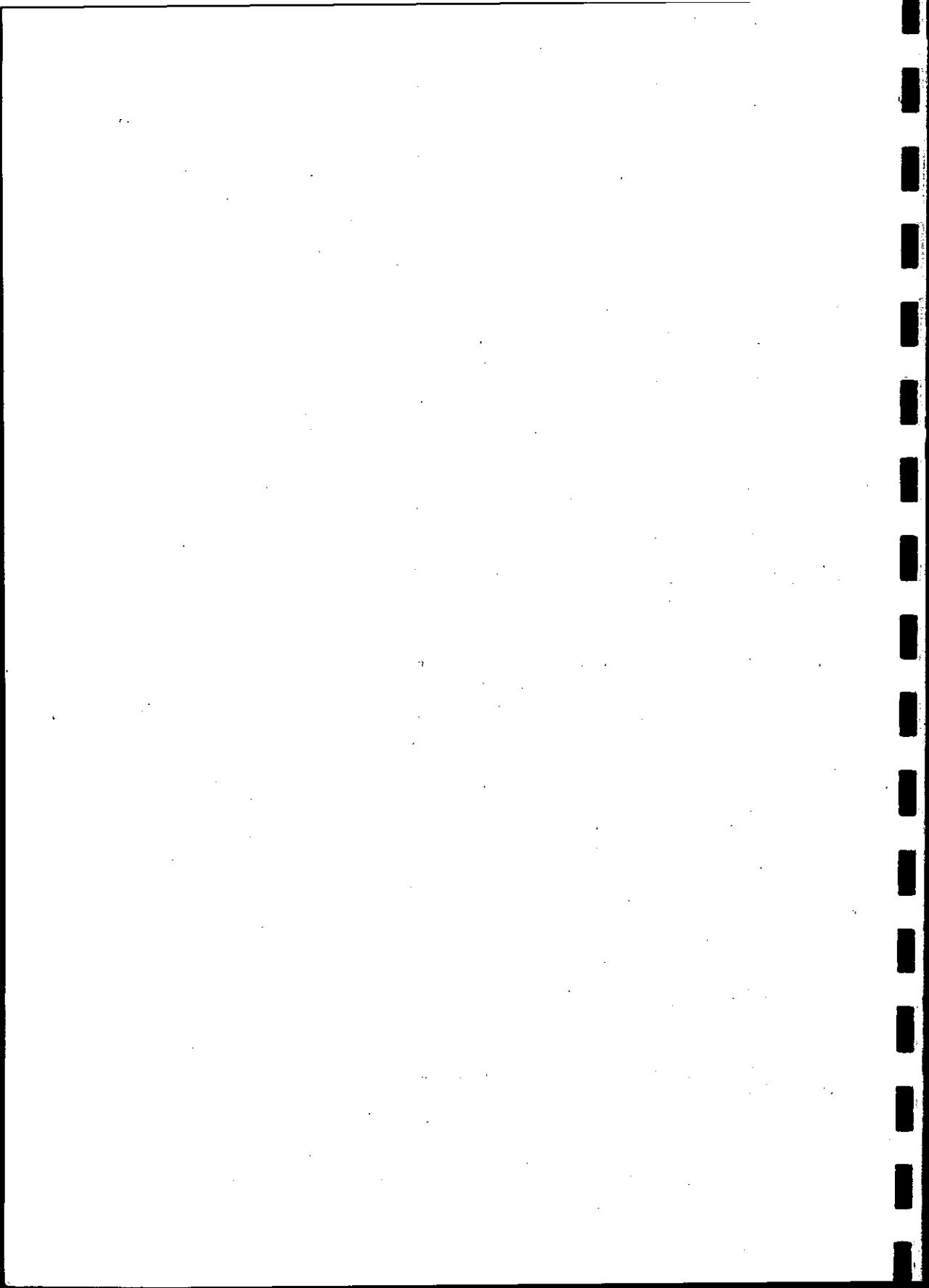
(NOMBRE DE LA INSTITUCION)
BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD DECIDO ABANDONARLA Y EN CONSECUENCIA DECLARO QUE
NI LA INSTITUCION NI SU PERSONAL SERAN RESPONSABLES EN CASO DE COMPLICACIONES.

FIRMADO:

CEDULA DE CIUDADANIA No. _____ DE _____

8

**ADMINISTRACION
DE LOS
REGISTROS MEDICOS**



8. ADMINISTRACION DE LOS REGISTROS MEDICOS

Un componente fundamental del modelo de Registros Médicos e Historia Clínica, lo constituyen los aspectos relacionados con la organización y funcionamiento del archivo clínico, los registros secundarios y los períodos de conservación de los diferentes registros médicos.

8.1. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL ARCHIVO CLINICO

Por archivo clínico se entiende el lugar donde se conservan las Historias Clínicas en forma ordenada y accesible.

8.1.1. CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA PARA FINES DE ARCHIVO

8.1.1.1. Numeración

Se entiende por numeración la asignación de un número permanente de historia a un paciente la primera vez que éste acude a la institución, el cual lo establece y controla la Unidad de Información.

Normas Generales

- Cada Institución debe establecer su propia serie de números de Historias Clínicas. Esta numeración será perpetua, vale decir, no se iniciará una nueva serie al comenzar un año o al llegar a un número determinado.
- Las Instituciones deben calcular de acuerdo con el número de consultas de primera vez, un número de historias con tantos dígitos como se considere necesario. Si el movimiento de consultas de primera vez es

considerable, debe calcularse para la numeración de historias un número de seis dígitos; los puestos y centros de salud con menor volumen de consultas de primera vez, pueden establecer una numeración de cinco dígitos.

- Antes de asignar un número de Historia Clínica es imprescindible consultar el índice de pacientes para asegurar que la persona no tiene una historia iniciada en la Institución.
- Cuando se asigna más de un número a un paciente, se conservará el primero y los demás se anularán, para antes de un mes, asignarlos a nuevos pacientes.
- A cada paciente que se le abre una historia deberá entregársele un carné de citas con su nombre y número de Historia Clínica.
- Para reducir la posibilidad de asignar el mismo número a dos pacientes o de omitir un número, deben numerarse simultáneamente:

El registro de números

La carpeta de la historia clínica

El carné de citas

La tarjeta índice de pacientes

El formulario de "Identificación y Resumen de Atenciones" (SIS-400)

8.1.1.2. Ordenamiento

La Historia Clínica debe estar ordenada para facilitar el manejo y utilización de la información así se encuentre en hospitalización o en el archivo. (anexo 3).

Cada Institución debe mantener listas de los formularios que están en uso y del orden que deben llevar dentro de la historia.

8.1.1.3. Uniformidad de la Carpeta

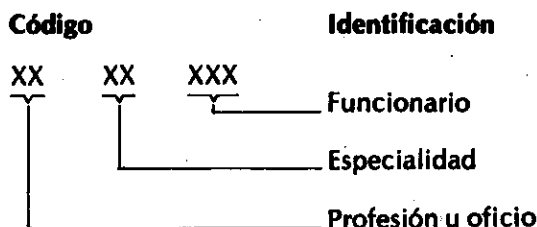
El manejo de la historia como conjunto de documentos, requiere de una carpeta, que evite el deterioro y pérdida de los mismos y facilite el acceso a toda la documentación clínica sobre cada paciente.

Debe utilizar una carpeta tamaño carta, con un gancho legajador lateral para asegurar los formularios.

8.1.1.4. Identificación de Funcionarios

Desde el punto de vista de organización, es necesario identificar al personal que registra los datos en la Historia Clínica.

Esta identificación consta de 7 dígitos los cuales se distribuyen de la siguiente manera:



Los dos primeros dígitos definirán la profesión u oficio, los dos intermedios la especialidad profesional y los tres últimos al funcionario; la numeración de este último debe ser consecutiva comenzando desde el 001.

Las profesiones se identificarán así:

00	Médico	05	Fisioterapeuta
01	Odontólogo	06	Psicólogo Clínico
02	Enfermera	07	Trabajadora Social
03	Bacterióloga	08	Auxiliar de Enfermería
04	Nutricionista	09	Ayudante de Enfermería

Las especialidades se definirán así:

00	No Especialista	12	Endocrinólogo
01	Cirujano	13	Patólogo
02	Internista	14	Radiólogo
03	Pediatra	15	Dermatólogo
04	Gineco-obstetra	16	Neurólogo
05	Anestesiólogo	17	Neuro-cirujano
06	Traumatólogo	18	Salubrista
07	Fisiatra	19	Estomatólogo
08	Siquiatra	20	Cirujano Maxilo-facial
09	Urólogo	21	Periodoncista
10	Oftalmólogo	22	Obstetriz
11	Otorrinolaringólogo		

Se continuará codificando de acuerdo a otras profesiones y especialidades existentes en la institución y que registren información en la Historia Clínica.

Los últimos tres dígitos se utilizarán para identificar a la persona dentro de la Institución, ejemplo: para el Cirujano Andrés Julián Hoyos, el código será el siguiente: 00-01-001; si hay otro cirujano le corresponderá el código 00-01-002.

En caso de un Internista en la misma Institución, se codificará así:
00-02-003

En caso de un Odontólogo: 01-00-025, y así sucesivamente hasta terminar con todos los funcionarios que intervienen en el diligenciamiento de la Historia Clínica.

8.1.2. ORGANIZACION DEL ARCHIVO CLINICO

Normas Generales

- En las Instituciones de mayor complejidad, con un alto número de urgencias atendidas en horas de la noche, es necesario mantener personal autorizado en el archivo durante las 24 horas.
- En todas las Instituciones, el archivo de Historias Clínicas deberá ser centralizado, esto es, que todas las Historias Clínicas de la Institución deben colocarse ordenadamente en un área destinada para tal fin.
- El archivo debe contar con ubicación, espacio y dotación adecuados para cumplir con sus funciones, de acuerdo con el volumen de historias que se manejan.
- Las historias clínicas que lleguen, deben archivararse durante el mismo día.
- A partir de los hospitales locales siempre deberá establecerse el archivo pasivo.
- El archivo activo debe disponer de un espacio suficiente para conservar las Historias por un período mínimo de cinco años, después de la última consulta del paciente.
- Los hospitales regionales y universitarios deben tener espacio suficiente en el archivo pasivo para conservar las Historias Clínicas para un período mínimo de diez años, después de su traslado a éste.
- El traslado de Historias Clínicas del archivo activo al pasivo, se hace en forma regular y periódica, teniendo en cuenta que.

Las historias se trasladan con base en su actividad de acuerdo a la última atención del paciente.

Se utiliza una señal de actividad en la carpeta de la historia clínica para agilizar la selección de historias inactivas. Esta señal puede ser una escala de años o una cinta de color pegada al borde de la carpeta que identifica el último año de atención.

Por ningún motivo deberá darse una nueva numeración a las historias que se trasladan al archivo pasivo, ni se asignará a otro paciente el número de una historia que se haya enviado al pasivo, o destruido según normas establecidas.

8.1.2.1. Métodos de Archivo

- El método de archivo (anexo 4), varía de acuerdo con el volumen de Historias Clínicas que manejen las Instituciones, así:

Método convencional: Menos de 10.000 historias.

Método dígito terminal simple: entre 10.000 y 99.999 historias.

Método dígito terminal compuesto: 100.000 o más historias.

- En todos los casos, para el archivo pasivo, se utilizará el método convencional (anexo 4).
- Los formularios de urgencias que no se incorporan en la Historia Clínica, se archivarán en estricto orden alfabético del paciente en legajadores A-Z, así: el de "Urgencias" (SIS-401), reposará en la oficina de Archivo Clínico, y el de "Atención Odontológica de Urgencias" (SIS-407B) - Atención Inmediata, en el Consultorio Odontológico.

8.1.2.2. Control

- Ninguna Historia Clínica puede salir de la Institución.
- Las historias que dentro de la misma Institución salgan del archivo para uso en otras dependencias, deben estar permanentemente accesibles al personal de archivo, vale decir, que las historias no deberán guardarse en gavetas de escritorio, armarios, portafolios, cuartos bajo llave, etc., garantizando su ubicación en la tarjeta de reemplazo.

Tarjeta de reemplazo

- La tarjeta de reemplazo debe ser de material resistente (cartón), de color claro y de tamaño mayor al de las carpetas (31x24 cm.).
- Toda historia que se retire de su lugar en el archivo, debe ser reemplazada por una tarjeta que señale la fecha y el destino de la historia. En instituciones complejas donde trabajan varias personas en la Unidad

de Información, debe utilizarse esta tarjeta aun cuando la historia sea utilizada por personal dentro de la misma unidad. Se exceptúan de esta norma las historias enviadas al archivo pasivo.

- La tarjeta de reemplazo debe actualizarse cuando el paciente se admita directamente en el hospital desde consulta externa, o cuando se traslade de una sala a otra.
- La persona que teniendo una historia bajo su responsabilidad la entrega a otra persona, debe comunicarlo de inmediato al archivo para la actualización de la tarjeta de reemplazo.
- Toda historia que sale a Consulta Externa debe devolverse al terminar la consulta. Este control se efectúa por medio de la lista de pacientes citados y la hoja de control de las historias enviadas a consulta externa, lo que permite señalar el número de la historia devuelta al archivo y reclamar en el mismo día toda historia que no se haya recibido.
- Toda historia de paciente hospitalizado debe regresar al archivo al producirse el egreso. Este control debe hacerlo la persona responsable del análisis cuantitativo de las historias.
- Cada institución debe establecer el número máximo de historias que pueden retirarse simultáneamente para fines de investigación o docencia y el plazo permitido para estudiarlas; vencido este plazo las historias deberán reclamarse. Preferiblemente, el mismo archivo deberá tener un espacio destinado a este tipo de actividad.

8.1.2.3. Cuidado

Los funcionarios de la Oficina de Archivo tendrán en cuenta que:

- Las Historias Clínicas estén colocadas ordenadamente en los estantes lo cual agiliza su búsqueda y reduce los errores de archivo.
- La incorporación de informes y otros formularios a la Historia Clínica se haga cuidadosamente para asegurar que éstos no sobresalgan de la carpeta.
- Las Historias Clínicas demasiado voluminosas deben dividirse de acuerdo con las normas establecidas por la institución, en dos o más carpetas indicando en cada una de ellas que consta de varios volúmenes.
- Para reducir la posibilidad de pérdida, las historias serán transportadas únicamente por el personal autorizado.

8.1.2.4. Conservación

Por ser la Historia Clínica el registro más importante y voluminoso en las instituciones de salud, su conservación merece un estudio especial.

En la vida de cualquier registro de la institución, se consideran tres etapas a saber:

Un período de uso activo, cuando el registro debe consultarse frecuentemente y por lo tanto, se requiere tener un acceso inmediato a él. Durante este período los registros deben permanecer cerca de los usuarios.

Un período inactivo, durante el cual los registros se conservan para consultas ocasionales y por razones legales. Aquellos registros que de acuerdo con las normas deben conservarse permanentemente, quedan en esta etapa.

Destrucción. Cuando los registros han cumplido su propósito y se considera innecesaria su conservación.

Si no existe un programa que asegure el flujo regular de los registros por estas tres etapas, la institución podrá tener problemas tales como:

- Dificultad en su manejo dentro del archivo.
- Pérdida de tiempo del personal encargado del manejo de los registros
- Deficiente utilización del espacio y dotación disponible, y
- Una posible pérdida de información.

Un programa de conservación de registros implica la existencia de un esquema escrito de períodos de conservación, que especifique cuanto tiempo debe conservarse el registro en un archivo activo, cuánto en un archivo pasivo y cuando podrá destruirse. (Cuadro 2).

Igualmente, establecerá si los registros se conservarán en su estado original o si se utilizará algún otro método, como la microfilmación (anexo 5).

8.1.2.5. Archivo de registros auxiliares de diagnóstico

- Todo registro auxiliar de diagnóstico, que llegue al archivo debe incorporarse a la Historia Clínica en el mismo día.

Para pacientes hospitalizados, su archivo es responsabilidad del personal de la sala donde el paciente se encuentra.

- Antes de incorporar un registro auxiliar a la historia debe verificarse el nombre del paciente y el número de la misma.

Si el nombre del paciente no coincide con el de la historia o si no tiene número o este resulta ilegible, debe consultarse el índice de pacientes para verificar y hacer la corrección pertinente.

Si no es posible identificar el paciente, el registro debe devolverse al servicio correspondiente. Los servicios de diagnóstico deben rechazar cualquier solicitud que no esté correctamente identificada con el nombre completo y número de historia del paciente.

- Si la historia no se encuentra en su lugar, el informe debe adherirse a la tarjeta de reemplazo, o bien, colocarse tanto la tarjeta como el informe en una carpeta en blanco, para asegurar que el informe se incorporará a la historia cuando ésta llegue a su lugar; salvo cuando el paciente se halla hospitalizado. En este caso, los informes deben ser enviados al servicio correspondiente.

Si llegan resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico a la Oficina de Archivo y la tarjeta de reemplazo indica que la historia se ha retirado para la consulta externa, hospitalización o cirugía, pero aún permanece en la Oficina, dichos informes, deben incorporarse en la historia.

8.1.2.6. **Cita Previa**

Como parte de la organización y funcionamiento del archivo clínico, debe establecerse la cita previa en la Consulta Externa de las instituciones de salud con el fin de:

- Disminuir el tiempo de espera por parte de los pacientes para su atención.
- Facilitar la oportunidad y continuidad de las consultas en los programas de control.
- Facilitar una labor más eficiente por parte de la Oficina de Archivo Clínico.

8.2. **REGISTROS SECUNDARIOS**

Por registros secundarios se entienden aquellos índices y registros hospitalarios cuyo propósito es facilitar la utilización de la información consignada en la Historia Clínica, así como el acceso a ésta o a ciertos datos derivados de la misma.

En general, pueden establecerse los registros secundarios que la institución o programa de salud considere necesarios, previo concepto favorable del Comité de Historias Clínicas. Se norman los de mayor importancia y de uso más frecuente.

8.2.1. INDICE DE PACIENTES

Es un catálogo de tarjetas cuyo propósito es establecer si el paciente tiene o no una Historia Clínica en la Institución y en caso afirmativo, cuál es el número de ésta; vale decir, que es la clave para ubicar la historia de un paciente.

El índice tendrá variaciones de acuerdo con la complejidad de la Institución.

Normas Generales

- En cada institución en donde se haga apertura de Historia Clínica se mantendrá un índice de pacientes, el cual será único y perpetuo.
- La tarjeta debe ser de "tamaño estandar" y sus dimensiones no deben superar de 12.5 x 7.5 cms. (5 x 3 pulgadas).

Nº HISTORIA CLINICA			
Primer Apellido _____	Segundo Apellido (o de casada) _____		
Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____		SEXO H ☐ M ☐
Lugar de Nacimiento _____		FECHA DÍA MES AÑO 	
Nombre del Padre _____		Nombre de la Madre _____	

- Las tarjetas se llenarán a máquina o en letra de imprenta y contendrán como mínimo: número de Historia Clínica, apellidos y nombres completos del paciente, sexo, lugar y fecha de nacimiento y nombre del padre y de la madre; y no se destruirán ni se separarán por sexo, año, programa, etc.
- Las tarjetas se archivarán en estricto orden alfabético el día en que se abre la Historia Clínica y no se retirarán de las gavetas o cajones por ningún motivo.

- Para el archivo de las tarjetas se debe utilizar un fichero cuya capacidad debe estar de acuerdo con el volumen actual de tarjetas más un espacio para colocar por lo menos las tarjetas que se agregarán durante un año. Si se abre una nueva institución, su capacidad mínima inicial se establecerá de acuerdo con el volumen esperado de consultas de primera vez, calculado para los próximos cinco años.
- Para agilizar el manejo del fichero se debe contar con guías auxiliares suficientes (una guía por cada 75 a 100 tarjetas).
- Deberá asignarse a una sola persona la responsabilidad de su manejo. Si el volumen no lo permite, conviene dividir el fichero en secciones alfabéticas y asignar un empleado en cada una de éstas. Periódicamente debe supervisarse el ordenamiento de las tarjetas, especialmente cuando hay personal nuevo en esta función, hasta asegurar el dominio del procedimiento.
- El índice de pacientes debe ser accesible al personal autorizado durante las 24 horas del día en aquellas instituciones donde se justifique.

8.2.2. REGISTRO DE NUMEROS

Este registro es una lista consecutiva de los números de las Historias Clínicas, al cual se le agrega el nombre completo del paciente y la fecha en que se abrió la historia. Su función principal es la de controlar la asignación de los números de Historias Clínicas y puede llevarse en un libro o cuaderno.

Normas Generales

- El registro de números deberá hacerse con anticipación a la apertura de las historias clínicas, preferentemente utilizando una máquina numeradora y cuidando de no duplicar ni omitir números; este registro debe ser perpetuo.
- La asignación de números debe centralizarse en la Unidad de Información, de donde serán enviados a los diferentes servicios que realizan apertura de Historia Clínica.
- Cuando se anule una historia, se deben anular del registro de números los datos correspondientes a la identificación del paciente. En plazo no mayor de un mes este número de historia se puede asignar a otro paciente nuevo en la Institución.
- Cuando los puestos y centros de salud funcionen como consultorios periféricos de un hospital, la serie de números deberá ser asignada por la Unidad de Información del hospital del cual dependen.

8.2.3. REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS

Consiste en un libro en el cual se listan cronológicamente todos los pacientes que ingresan a una Institución y egresan de cualquier servicio de la misma por alta, traslado o defunción.

Normas Generales

- Este registro debe llevarse en la Oficina de Admisión de la Unidad de Información.
- Debe contener la siguiente información: Fecha tanto de ingreso como de egreso, apellidos y nombres completos del paciente, su número de historia, nombre del servicio y número o nombre de sala donde ha sido ubicado, causa de egreso de la institución ya sea esta alta, traslado o defunción, vía de ingreso (urgencias, consulta externa, traslado de otro servicio de la misma institución, otros). Si el paciente es trasladado a otro servicio o departamento de la misma institución, se anotarán nuevamente todos los datos de identificación del mismo, con su nueva ubicación.
- La fuente de información para el registro de ingresos y egresos es el censo diario de pacientes y por lo tanto, su diligenciamiento también será diario.

8.2.4. INDICES DE DIAGNOSTICOS Y OPERACIONES

Son unos catálogos de tarjetas u hojas, cuyo propósito fundamental es el de facilitar a los investigadores el acceso a las Historias Clínicas correspondientes a las enfermedades, intervenciones quirúrgicas o grupos de las mismas, requeridas para sus trabajos científicos.

Normas Generales

- El Índice de Diagnósticos debe contener en su encabezamiento el código a tres dígitos, según CIE 9a. R. y nombre del diagnóstico. El cuerpo del mismo debe contener el número de Historia Clínica, edad y sexo del paciente y el cuarto dígito del diagnóstico.
- El Índice de Operaciones debe contener en su encabezamiento el código a dos dígitos según la Clasificación de Operaciones Quirúrgicas y el nombre de la intervención. El cuerpo del mismo debe contener el número de historia, edad y sexo del paciente y el dígito decimal de la clasificación mencionada.
- Las dimensiones de las tarjetas deben ser de 20x12.5 cms.

- El encabezamiento de la tarjeta índice puede hacerse a máquina y el cuerpo de la misma a mano.
- Una vez realizada la codificación en el SIS-400, la información se transcribirá a los índices utilizando el número de tarjetas necesarias.
- Las tarjetas se deben archivar en un tarjetero visible (tipo kárdex) o en un tarjetero vertical común, según el orden numérico del código. Deben existir tarjeteros diferentes para cada uno de los índices.
- Estos índices se deben llevar preferencialmente en los hospitales regionales, universitarios o especializados.

8.2.5. REGISTRO DE DEFUNCIONES

Consiste en un libro en el cual se listan todas las defunciones de pacientes que se suceden en una Institución.

Normas Generales

Los datos que debe incluir este registro son: Apellidos y Nombres completos del difunto, número de Historia Clínica, fecha y hora de defunción, diagnóstico definitivo, autopsia (si la hubo) e intervención judicial (si la hubo).

Este libro deberá ser diligenciado en la Unidad de Información.

8.2.6. REGISTRO DE PARTOS Y NACIMIENTOS

Consiste en un libro en el cual se listan en orden cronológico todos los partos y nacimientos ocurridos en la Institución.

Normas Generales

Los datos que debe incluir este registro son: Apellidos y nombres completos de la madre, número de historia, tiempo de gestación (en semanas), fecha y hora del parto, tipo de parto (espontáneo, forceps, cesárea, otros) y para el recién nacido, debe incluir datos sobre: Peso, talla, sexo y vitalidad (vivo-muerto).

Este registro debe permanecer en la sala de partos de la Institución, y deberá ser diligenciado por el personal de enfermería.

8.2.7. REGISTRO DE PACIENTES REMITIDOS

Consta de dos libros, cuyo propósito fundamental es el de listar en forma cronológica todos los pacientes remitidos o recibidos por remisión en una Institución.

Normas Generales

El libro destinado a listar los pacientes enviados a otra Institución debe contener los siguientes datos: Apellidos y nombres completos del paciente, fecha de remisión, número de Historia Clínica en la Institución, Institución a la cual se remite y fecha de recibo del formulario de "Remisión de Pacientes-Respuesta" (SIS-412B).

El libro destinado a listar los pacientes recibidos de otra Institución con solicitud de atención, formulario de "Remisión de Pacientes-Solicitud" (SIS 412A), debe contener los siguientes datos: Apellidos y nombres completos del paciente, fecha de recibo del SIS-412A, número de la Historia Clínica en la Institución que remite, Institución que remite y fecha de envío del formulario de "Remisión de Pacientes Respuesta" (SIS-412B).

La fuente de información para el diligenciamiento de éstos registros son los formularios de Remisión de Pacientes - Solicitud y Respuesta SIS-412 A y SIS-412B, respectivamente.

Este registro debe permanecer en la Unidad de Información y será responsable del diligenciamiento el personal de dicha Unidad.

Será responsabilidad de los servicios clínicos que brindan la atención del paciente, el llevar el formulario de Remisión de Pacientes - Solicitud antes del egreso del mismo y el formulario Remisión de Pacientes-Respuesta al ingreso de este, a la Unidad de Información con el fin de poder diligenciar este registro.

8.2.8. INDICE DE RIESGO MATERNO FETAL

Es un formulario que tiene como propósito fundamental clasificar el riesgo de presentar morbilidad o mortalidad que tiene la paciente obstétrica en sus períodos de embarazo y parto.

Normas Generales

- Debe ser diligenciado por el médico, e incorporarse al módulo de Atención Prenatal.
- El formulario se diligencia en original y copia, cuando la embarazada acude por primera vez a consulta obstétrica y permanecerá en la Historia Clínica hasta cuando se actualiza al 8o. mes de gestación.
- Desde la consulta de primera vez, hasta la del 8o. mes de embarazo, el formulario (original y copia) permanecerá en la Historia.
- Una vez terminado su diligenciamiento, al 8o. mes, la copia se enviará al responsable de la ejecución del programa en cada organismo para su análisis; este lo remitirá al responsable del programa en la Regional, quien después de su análisis lo enviará al Jefe de la Sección Materno-Infantil del Servicio Seccional de Salud.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.

INDICE DE RIESGO MATERNO-FETAL

1er APELLIDO		2o APELLIDO(O DE CASADA)		NOMBRE		NR HISTORIA CLINICA	
1	2	FECHA PRIMERA VISITA		3	4	SEMANA DE GESTACION (PRIMERA VISITA)	
		FECHA ULTIMA MESTRUACION					
MUNICIPIO				5 VEREDA (R)		6 DIRECCION (U)	

ANALFABETA O PRIMARIA INCOMPLETA ☐

PRIMARIA COMPLETA ☐

A **EDAD MATERNA** 7-8

17 Años o menos	2
18 a 34 años.	0
35 años o mas.	1

B **PARIDAD** 10-11

Nulipara	4
Partos 1-3	0
Partos 4 ó más.	2

C **SOCIO ECONOMICO** 29

Tugurio	2
Niño menor de 2 años desnutrido.	2
Muerte de niño menor de 2 años.	2

D **INTERVALO ENTRE ULTIMO PARTO Y EMBARAZO ACTUAL** 14-15

Menor de 12 meses.	4
12 a 24 meses.	1
Más de 24 meses.	0

E **TERMINACION DEL EMBARAZO ANTERIOR** 1-4

Aborto	1
Martinato	4
Muerte menor de 8 Días	4
Cesárea.	4

F **HALLAZGOS DEL EMBARAZO ACTUAL**
(Datos obtenidos en el 8o mes) 29

Pelvis anómala	9
Presentación Distócica.	9
Polihiomios sin embarazo múltiple	9
Hemorragia 2o. mitad	9
Ruptura prematura de membranas	9
Embarazo múltiple.	9

RIESGO PRIMERA CONSULTA (A+B+C+D+E 1a. Consulta)

RIESGO ALTO 10 y + Puntos 3
 RIESGO MEDIO 5 a 9 Puntos 2
 RIESGO BAJO 0 a 4 Puntos 1

RIESGO 8o. MES

A+B+C+D+E+F 8o.mes) 30

RIESGO ALTO 10 y + Puntos 3
 RIESGO MEDIO 5 a 9 Puntos 2
 RIESGO BAJO 0 a 4 Puntos 1

PATOLOGIA EMBARAZO ACTUAL	1a Consulta	Tratamiento	Consulta 8o. mes	Tratamiento
Infección Urinaria.*				
Toxemia.**				
Anemia				
Sifilis.				
Otra Patología.				

* LA PATOLOGIA DEBE SER TRATADA POR EL MEDICO A NIVEL LOCAL, PERO PUEDE REMITIRSE AL NIVEL REGIONAL CUANDO SE REQUIERAN MAYORES RECURSOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
 ** LA TOXEMIA U OTRA PATOLOGIA QUE PERSISTA EN LA CONSULTA DEL 8o. mes y QUE APAREZCA O NO HAYA CEDIDO AL TRATAMIENTO DEBE REMITIRSE AL NIVEL SUPERIOR.

INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL FORMULARIO "ÍNDICE DE RIESGO MATERNO-FETAL"

Nombre de la Paciente: Anotar nombres, primer apellido, segundo apellido (o el de casada).

Escolaridad: Anote una X en la casilla correspondiente según el grado de escolaridad que tenga la paciente. Ej: Primaria completa. Cuando haya cursado y aprobado los 4 o 5 años completos.

Fecha Primera Visita: Anotar la fecha completa de la 1a. consulta (día, mes y año).

Fecha última menstruación: Anotar el día, mes y año de la iniciación de la última menstruación que tuvo la paciente.

Semana de Gestación: Anotar en base al dato de la fecha de la última menstruación; en caso de que no se tenga este dato anotar según el cálculo hecho de acuerdo a la altura uterina (altura uterina dividida por 4 = meses de embarazo).

Número Historia Clínica: Consignar el número de Historia Clínica asignado a la paciente en la unidad donde se llena el formulario.

Municipio: Anotar el nombre del municipio donde reside la paciente. Si la paciente reside en zona rural anote el nombre de la vereda. Si la paciente reside en zona urbana, anote la dirección correspondiente.

ENCIERRE EN CÍRCULO EL VALOR DE RIESGO QUE CORRESPONDA de acuerdo a características de la paciente en los cuadros A - B - C - D - E - F.

En patología del **Embarazo Actual** marque una X o haga un círculo en la casilla correspondiente, tanto en la columna de consulta como de tratamiento si se lleva a cabo. En los Numerados y Rayados no anote nada. Son Códigos.

EJEMPLO: Paciente de 20 años con 4 embarazos anteriores...

A. Edad Materna: Anote los años cumplidos en los cuadros 7 y 8 y anote el riesgo correspondiente.

EDAD MATERNA	7	8	
17 años o menos			2
18 a 34 años			(0)
35 años o más			1

B. Paridad: Anote el número de partos en las casillas 10 y 11. Si son menos de 10 anote primero Cero y luego el número correspondiente. Ejemplo:

0	3
---	---

PARIDAD	10	11	
Nulpara			4
Partos 1 - 3			0
Partos 4 ó más			(2)

C. Socio-Económico: Tugurio: Casa construida con material de desecho (cartón, lata o pedazos de teja o ladrillo) o considérese cuando toda la familia habita en una sola pieza y tiene servicios (cocina) en el mismo sitio.

Niño Menor de 2 años Desnutrido: cuando hay o han tenido la familia un menor de 2 años desnutrido diagnosticado o con signos (cabello delgado escaso y amarillento, edema en pies y piernas, abdomen muy voluminoso, enfiquecido que se le aprecien las costillas).

Muerte Niño Menor de 2 años: Anote cuando la familia ha tenido un niño muerto menor de 2 años en los últimos 5 años.

D. Intervalo entre el Último Parto y Embarazo Actual: En las casillas 14 y 15 anote el número de meses, si es menor de 10 anote Cero en la casilla 14 y el número de meses en la casilla 15. Ejemplo: 9 meses

14	15
0	9

además enciérrase el riesgo de acuerdo al intervalo.

E. Terminación del Embarazo Anterior: Encierre en círculo la ó las 6 variables si se presentaron en el embarazo inmediatamente anterior al actual.

F. Hallazgos del Embarazo Actual: Este dato se toma en la consulta del 8o. mes y se encierra en círculo la ó las variables que se presenten.

Riesgo Primera Consulta: Totalice los valores de riesgo que están encerrados en un círculo en los cuadros A-B-C-D y E del formulario. Si el total obtenido está entre 0-4 puntos, anótelos en la casilla correspondiente a BAJO RIESGO. Si el valor de la suma está entre 5-9 puntos, anótelos en la casilla correspondiente a MEDIO RIESGO y si el valor es de 10 o más puntos, anótelos en la casilla correspondiente a ALTO RIESGO. Proceda en la misma forma para diligenciar el cuadro correspondiente a RIESGO 8o. MES teniendo en cuenta que fuera de los valores de cuadros incluidos en la primera consulta debe incluir el valor del cuadro F.

8.2.9. RESULTADO FINAL MADRE-RECIEN NACIDO

Es un formulario que tiene como propósito fundamental clasificar el riesgo de la madre al término del parto, así como el del recién nacido (producto del embarazo).

Normas Generales

- Debe ser diligenciado por el médico e incorporarse al módulo de atención prenatal y del parto cuando la paciente ingresa en trabajo de parto.
- Debe ser diligenciado en original y copia por el personal que atiende el parto y al recién nacido, el original formará parte de la Historia Clínica y la copia se enviará al responsable de la ejecución del programa en cada organismo, para continuar con el mismo recorrido del formulario "Índice de Riesgo Materno-fetal".

8.2.10. INDICE DE RIESGO REPRODUCTIVO

Es un formulario que tiene como propósito fundamental clasificar el riesgo de enfermar o morir en un próximo embarazo de la mujer en edad reproductiva.

Normas Generales

- El formulario se debe incorporar al módulo de atención en planificación familiar cuando la paciente asiste a consulta externa para solicitar servicios de planificación familiar o al módulo de atención prenatal y parto, cuando la paciente ingresa por trabajo de parto.
- Será diligenciado en original y copia por el médico en la consulta externa de planificación familiar o en las salas de puerperio; el original formará parte de la Historia Clínica, y la copia se enviará al responsable de la ejecución del programa en cada organismo, para continuar con el mismo recorrido de los formularios anteriores.

8.2.11. REGISTROS SECUNDARIOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES

Algunos programas donde el control y seguimiento de los pacientes constituye base para su atención, pueden requerir registros secundarios adicionales a las Historias Clínicas. En tales casos, una vez definidas las variables críticas para este control y seguimiento, por ejemplo: Tuberculosis, Cáncer, Lepra, Venéreas, etc., se efectuará el diseño de la tarjeta y las normas para su manejo y archivo.

8.2.12 OTROS REGISTROS

Registro de citas para crecimiento y desarrollo

- Es un registro que se lleva en un cuaderno que tiene como fin consignar las citas médicas o de enfermería programadas a los menores de 5 años, que se encuentran en control de crecimiento y desarrollo, de acuerdo a las horas médicas o de enfermería disponibles para tal fin.
- Los datos que se incluyen en el registro son los siguientes: Fecha y hora de la cita, nombre del paciente, número de la Historia Clínica y cumplimiento de las citas, tanto para consulta médica como de enfermería.
- Este registro será diligenciado por la Auxiliar de Enfermería, en los organismos de salud. En igual forma la cita asignada deberá registrarse en el Carné Infantil.
- Las citas para nuevas consultas, serán dadas por el médico o el personal de enfermería que realizó el control de crecimiento y desarrollo, de acuerdo a las normas de concentración, o cuando el estado de salud del niño lo amerite.
- El cuaderno de citas deberá conservarse en la Unidad de Información, o en el Puesto de Enfermería de consulta externa.

Carné Infantil

- Es un instrumento que se presenta en forma plegable y tiene como fin, que la madre y la familia conozcan el proceso de crecimiento y desarrollo del niño y se interesen por la vigilancia, tanto en el cumplimiento de las citas programadas, como de las acciones preventivas a nivel domiciliario.
- Este registro contiene: Identificación del niño, número de la Historia Clínica, registros de vacunación, citas programadas, antecedentes de peligro, recomendaciones, gráfica de crecimiento y datos sobre el desarrollo, de acuerdo con las normas establecidas por el Programa Materno-Infantil.
- Es diligenciado y expedido por la Auxiliar de Enfermería, a todo niño menor de 5 años que se inscriba en el Subprograma de Crecimiento y Desarrollo y a los recién nacidos institucionalmente.
- Será entregado a la madre quien deberá llevarlo al Organismo de Salud, cada vez que el niño tenga consulta, donde será actualizado por el personal de salud y a nivel domiciliario por la promotora.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

REGISTROS MEDICOS

RESULTADO FINAL MADRE - RECIEN NACIDO

1- En la Historia otro se envia a información.

1er. Apellido		2do. Apellido (a de casado)		Nombre		Nº HISTORIA CLINICA	
SEMANAS DE GESTACION (PARTO)		MUNICIPIO		VEREDA (R)		DIRECCION (U)	
ATENDIDA EN:		HOSPITAL REGIONAL		POR: GINECOBSTRERA		PROMOTORA	
		HOSPITAL LOCAL		MEDICO GENERAL		PARTERA	
		CENTRO DE SALUD		ENFERMERA			
		DOMICILIO		AUXILIAR DE ENFERMERIA			

A PARTO

5	TRABAJO	ESPONTANEO	0
		INDUCIDO	1
1	6	VERTICE	0
2	PRESENTACION	PODALICA	3
3		CARA O FRENTE	9
4		SITUACION TRANSVERSA	9
1	7	ESPONTANEO	0
2	MODALIDAD	FORCEPS ALTO	8
3		CE SAREA	8
8	COMPLICACIONES DE ANESTESIA		9
9	EMBARAZO MULTIPLE		2

B PATOLOGIA DURANTE EL PARTO

10	DISTOCIA	POR CONTRACCION	3
		CEFALO - PELVICA	4
11	TOXEMIA		6
1	2	PLACENTA PREVIA	9
2	HEMORRAGIA	ABRUPTIO PLACENTAE	9
3		RUPTURA UTERINA	9
13	EVIDENCIA DE INFECCION AMNIOTICA		9
14	MUERTE FETAL EN UTERO		9
15	OTRA PATOLOGIA		4

C COMPLICACIONES DEL PARTO

16	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	9
17	SHOCK	9
18	PROLAPSO DE CORDON	9
19	SUFRIMIENTO FETAL	9
20	MUERTE MATERNA	9

D RECIEN NACIDO

1	21	PESO	2.500 gms. ó MAS	0
2	22	23	24	25
3				2.000 a 2.499 gms. 4
				INFERIOR A 2.000g. 9
26	ADAPTACION A LA VIDA	APGAR	27	28
				4 - 6 2
				7 - 10 0
	EXTRAUTERINA	SINDROME DIFICIL	SI	4
		TAD RESPIRATORIA	NO	0
29				
30	ENFERMEDAD HEMOLITICA			6
31	EVIDENCIA DE ALTERACION NEUROLOGICA			9
32	MALFORMACIONES CONGENITAS	3 ó MAS	MALF. EXTERNAS	9
		CUALQUIER	MALF. VISCERAL	9
33	MUERTE DURANTE PERMANENCIA EN EL HOSPITAL			9
34	OTRA PATOLOGIA *			4

E PUERPERIO

35	NORMAL	0
36	HEMORRAGIA SEVERA	8
37	INFECCION SEVERA	8
38	TROMBOFLEBITIS	8
39	ECLAMPSIA PUERPERAL	9
40	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	9
41	DESGARROS SEVEROS	8
42	HEMATOMAS PELVICOS SEVEROS	8
43	MUERTE MATERNA EN EL HOSPITAL	9

PUNTAJES		RIESGO	
		ALTO MEDIO BAJO	
		10 y 4 puntos 5-9 puntos 0-4 puntos	
TOTAL MADRE - RECIEN NACIDO A+B+C+D+E	44 45	50	1 2 3
TOTAL MADRE A+B+C+E	46 47	51	1 2 3
TOTAL RECIEN NACIDO A+B+C+D	48 49	52	1 2 3

* Añote diagnóstico (s) de otra patología

INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL FORMULARIO "RESULTADO FINAL MADRE - RECIEN NACIDO"

Nombre de la Paciente: Anotar nombres, primer apellido, segundo apellido (o el de casado).

Semana de Gestación (Parto): Anotar en base al dato de la fecha de la última menstruación, en caso que no se tenga este dato, anote según cálculo hecho de acuerdo a la altura uterina (altura uterina más 4 dividido 4 = meses de embarazo).

Historia Clínica No. Consigne el número de la Historia Clínica asignado a la paciente en la unidad donde se llena el formulario y que debe coincidir exactamente igual al asignado al Formulario "Índice de Riesgo Materno-Fetal".

Municipio: Anotar el nombre del municipio donde reside la paciente. Si la paciente reside en zona rural, anote el nombre de la vereda. Si reside en zona urbana, anote la dirección correspondiente.

EN LOS CUADROS A - B - C - D - E ENCIERRE EN CÍRCULO EL VALOR DE RIESGO QUE CORRESPONDA, de acuerdo a las características de Madre e Hijo, en la columna de la derecha. En los cuadros rayados no anote, son los códigos.

Ejemplo: Parto espontáneo de vértice con Recién Nacido de 2500 gramos apgar 8.

A. PARTO

Trabajo: Anótese si el parto fue inducido, con drogas (oxitócicos) u otros tipos de instrumentización, o no.

Presentación: Anótese la parte fetal más anterior dentro del canal del parto o más próxima a él. El resto de variables anotarlas de acuerdo a su aparición.

PARTO		
5	Trabajo	Espontáneo 0
		Inducido 1
1	Presentación	Vértice 0
2		Podálica 3
3		Cara o Frente 4
4		Situación Transversa 5
1	Modalidad	Spontáneo 0
2		Forceps Alto 1
3		Cesárea 2
8	Complicaciones de Anestesia	0
9	Embarazo Múltiple	2

B. PATOLOGÍA DURANTE EL PARTO

Encierre en un círculo el valor de la variable que se presente y si se presenta otra PATOLOGÍA, anote en el numeral 15 y en pie de página escriba el ó los diagnósticos.

C. COMPLICACIONES DEL PARTO

Encierre en círculo la o las variables que se presenten.

D. RECIEN NACIDO

Peso: En los recuadros Nos. 22-23-24 y 25, anotar los gramos que pesó el niño al nacer y encerrar en círculo la variable que le corresponda.

Adaptación a la vida Extrauterina: Anote en los cuadros 27 y 28, la valoración de apgar a los cinco minutos de nacido el niño, si es menor de 10, anote en el cuadro 27 cero y el número obtenido en el cuadro 28. Encierre además en círculo, el valor correspondiente en una de las 3 variables de la derecha.

En el resto de variables se encierra su valor si se presentan.

Otra Patología: Anote otra patología que se presente y en pie de página coloque los diagnósticos.

RECIEN NACIDO		
1	21	Peso 2500 gms. o más 0
2	22 23 24 25	2000 a 2499 mgs. 4
3	25	Interior a 2000 mgs. 8
26	Apgar 27 28	Menor 4 9
		4-6 2
	Adaptación a la vida Extrauterina	Síndrome 7-10 0
		Dificultad Respiratoria No 0
29	Enfermedad Hemolítica 0	
30	Evidencia de Alteración Neurológica 0	
31	Malformaciones congénitas 3 o más mal, externas 0	
32	Cualquier mal, visceral 0	
33	Muerte durante permanencia en el Hospital 0	
34	Otra Patología 4	

E. PUERPERIO

Encierre en círculo el valor de la variable o variables que se presenten en el puerperio inmediato.

PUNTAJES

En la casilla 44 a 49, coloque la suma de las variables de los cuadros correspondientes, según se indica en la parte izquierda (A+B+C+D+E) - (A+B+C+D+E) - (A+B+C+D+E) (ver ejemplo).¹

Riesgo: Encierre en círculo la variable correspondiente al riesgo calculado en los cuadros de puntajes, que queda exactamente al frente.

1. Ejemplo:

PUNTAJES		RIESGO		
		Alto	Medio	Bajo
		10 y + punt	5-9 puntos	0-4 puntos
Total Madre - Recién Nacido	44 45			
A+B+C+D+E	12	1	2	3
Total Madre A+B+C+D+E	46 47			
	9	1	2	3
Total Recién Nacido A+B+C+D	48 49			
	3	1	2	3

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

PLANIFICACION FAMILIAR INDICE DE RIESGO REPRODUCTIVO

1er APELLIDO		2o APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		Nº HISTORIA CLINICA	
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD				HOSPITAL			

AÑOS DE ESTUDIO		MUNICIPIO		VEREDA (R)		DIRECCION (U)		FECHA ULTIMA MENSTRUACION	
1 2								DIA MES AÑO	

A EDAD DE LA MUJER 5 0

17 Años o menos.	2
18 a 34 Años	0
35 Años o más.	2

B PARIDAD 0 0

Nulípara.	0
1 a 3 Partos.	1
4 Partos o más.	4

C SOCIO - ECONOMICO

Tugurio	2
Niño menor de 2 años desnutrido.	2
Muerte de niño menor de 2 años.	2

D INTERVALO ENTRE EMBARAZOS

Menos de 12 meses.	4
1 a 2 años	1
Más de 2 años.	0

E ANTECEDENTES

Aborto	1 ó 2	2
	3 ó más	4
Cesáreo	1 ó 2	2
	3 ó más	4
Mortinato	1 ó 2	2
	3 ó más	4
Prematura	1 ó 2	2
	3 ó más	4
Hipertensión.		2
Toxemia		2
Cardiopatía		2
* Otra Patología		2

F PATOLOGIA ACTUAL

21	Anemia Severa (menos de 7 gms de Hb).	4
22	Enfermedad Renal	4
23	Hipertensión	4
24	Cardiopatía.	4
25	* Otra Patología.	4

RIESGO TOTAL

RIESGO ALTO	10 y + Puntos.	3
RIESGO MEDIO	5 a 9 Puntos.	2
RIESGO BAJO	0 a 4 Puntos.	1

* OTRA PATOLOGIA: Indague y anote otra patología encontrada que pueda constituir riesgo para próximo embarazo (Tuberculosis Insuficiencia Renal - Diabetes - Epilepsia - Anomalías Congénitas - Enfermedad Mental y otras de alta Prevalencia Regional).

METODO PRESCRITO 27

Fecha de Diligenciamiento: 28 29 30
DIA MES AÑO

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO "PLANIFICACION FAMILIAR - INDICE DE RIESGO REPRODUCTIVO"

No. de Historia Clínica: Anote el No. correspondiente a la historia de la paciente.

Servicio Seccional de Salud: Escriba el nombre del Departamento, Intendencia, Comisaría o Secretaría al cual pertenece el organismo.

Hospital: Anote el nombre del Hospital.

Apellidos - Nombre: Escriba primero los apellidos, seguidos del nombre de la paciente.

Años de Estudio: Pregunte a la paciente el número total de años de estudios. Primarios, Bachillerato, Superior, Otros y proceda así: Si hizo 4o. de Bachillerato, anote 9 (5 de primaria y 4 de Bachillerato) en números arábigos, anteponiendo el cero (0) cuando hay un solo dígito:

0	9
---	---

Fecha última menstruación: Anotar en números arábigos el día, mes y año de la iniciación de la última menstruación que tuvo la paciente.

Municipio: Anotar el nombre del Municipio donde reside la paciente. Si la paciente reside en Zona Rural, anote el nombre de la Vereda. Si la paciente reside en Zona Urbana, anote la dirección completa y el teléfono correspondientes.

ENCIERRE EN CIRCULO EL VALOR DE RIESGO QUE CORRESPONDA de acuerdo a características de la paciente en los cuadros A-B-C-D-E-F. En los Numerados y Rayados no anote nada. Son Códigos.

A. Edad Materna: Anote los años cumplidos en los cuadros 5 y 6 y encierre el riesgo correspondiente.

EDAD MATERNA	5	6	
17 años o menos			2
18 a 34 años			0
35 años o más			2

B. Paridad: Anote el número de partos en las casillas 8 y 9. Si son menos de 10 anote primero Cero y luego el número correspondiente. Ejemplo:

0	3
---	---

PARIDAD	8	9	
Nulíparas			0
De 1 a 3 partos			1
4 partos o más			2

C. Socio-Económico: Tugurio: Casa construida con material de desecho (cartón, lata o pedazo de teja o ladrillo) o considere cuando toda la familia habita en una sola plaza y tiene servicios (cocina) en el mismo sitio.

Niño Menor de 2 años Desnutrido: Cuando hay o ha tenido la familia un menor de 2 años desnutrido diagnosticado o con signos (cabello delgado, escaso y amarillento, edema en pies y piernas, abdomen muy voluminoso, enflequecido que se le aprecien las costillas).

Muerte Niño Menor de 2 años: Anote cuando la familia ha tenido un niño muerto menor de 2 años en los últimos 5 años.

D. Intervalo entre Embarazos: Averigue a la mujer, sobre espacio transcurrido (en meses o años) entre partos a término. Prematuros y Abortos en orden cronológico. Suma los datos obtenidos y divida el número de intervalos. Este es el promedio que se marca en la casilla correspondiente.

E. Antecedentes: Encierre en círculo el valor correspondiente a la o las variables encontradas en la paciente.

F. Patología Actual: Anote la patología detectada en el examen clínico.

Riesgo Total: Totalice los valores de riesgo que están encerrados en un círculo en los cuadros A-B-C-D-E y F del formulario. Si el total obtenido está entre 0-4 puntos, anótelos en la casilla correspondiente a BAJO RIESGO. Si el valor de la suma está entre 5-9 puntos, anótelos en la casilla correspondiente a MEDIO RIESGO y si el valor es de 10 o más puntos, anótelos en la casilla correspondiente a ALTO RIESGO.

Método Prescrito: Anote el método de Planificación Familiar que se ordena y acepta la paciente. Ej: Dispositivo intrauterino DIU, Anovulatorios etc.

Fecha del Diligenciamiento: Anote en números arábigos el día, mes y año en que se practica el diligenciamiento, así:

0	5	0	5	8	1
DÍA		MES		AÑO	

(8 de Mayo de 1981)

1. Ejemplo: Mujer que ha tenido 3 partos y 2 abortos.

1o. Parto a término:	Intervalo entre parto e inicio del 2o. embarazo	= 9 meses
2o. Aborto de 4 meses:	Intervalo entre aborto e inicio del 3er. embarazo	= 12 meses
3o. Parto a término:	Intervalo de parto e inicio del 4o. embarazo	= 5 meses
4o. Parto a término:	Intervalo del parto anterior e inicio del 5o. embarazo	= 4 meses
5o. Aborto de 3 1/2 meses:		
Total		30 meses

los 30 meses de intervalos se dividen por los 5 embarazos y nos da un promedio de 6 que es el intervalo entre embarazo se anota en la casilla de Menos de 12 meses.

8.3. PERIODOS DE CONSERVACION PARA LA HISTORIA CLINICA Y REGISTROS SECUNDARIOS.

En el cuadro 2 se señalan los períodos de conservación de la Historia Clínica y los Registros Secundarios, tanto en un archivo activo como pasivo y el período total de conservación, teniendo en cuenta no solo la atención al paciente que es inherente a la Historia Clínica, sino lo relacionado con los usos jurídicos, docentes e investigativos de la misma.

El período de conservación para la Historia Clínica se refiere al número de años que se conservarán los formularios después de la última atención brindada al paciente.

Estos períodos de conservación fueron sometidos a revisión por parte de la Oficina Jurídica del Ministerio de Salud, en cuyo concepto no presentan inconvenientes desde el punto de vista legal.

El período relativamente amplio que aparece para la conservación del registro de partos y nacimientos y el de defunciones, tiene como propósito el responder las consultas sobre hechos vitales ocurridos en el hospital.

8.3.1. RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCION

Si una institución considera conveniente conservar estos documentos por períodos mayores ya sea en archivos activos o pasivos, puede hacerlo. Los citados en el cuadro No. 2 son plazos mínimos, se dan a título indicativo y cada institución debe tomar una decisión al respecto, como resultado de un estudio de la situación en cuanto a espacio disponible, requerimientos, objetivos y usos de la Historia Clínica. La norma que se establezca debe ser escrita y difundida entre todas aquellas personas responsables de su manejo.

Basándose en el cuadro 2 el Comité de Historias Clínicas recomendará:

- El período y la forma de conservación: Total o parcial de la historia original o microfilmación total o parcial de la misma.
- Los formularios que se deban conservar en el caso en que se decida guardar o microfilmear solo parte de la historia, entre los cuales generalmente figuran: Identificación y Resumen de Atenciones, Epicrisis, Informe Quirúrgico, Informe de Anatomía Patológica y Atención de Parto y Puerperio.
- Las historias que se deben conservar por períodos más largos, por tratarse de casos cuyo diagnóstico tenga significancia extraordinaria para las futuras atenciones del paciente, para sus familiares o que representen un caso de interés especial para investigaciones.

Cuadro 2

PERIODOS DE CONSERVACION (EN AÑOS) DE LOS REGISTROS MEDICOS
SEGUN TIPO DE INSTITUCION

REGISTROS	PUESTO DE SALUD		CENTRO DE SALUD		HOSPITAL LOCAL		HOSPITAL REGIONAL		HOSPITAL UNIVERSITARIO	
	Activo	Pasivo Total	Activo	Pasivo Total	Activo	Pasivo Total	Activo	Pasivo total	Activo	Pasivo Total
Historia Clínica	5	-	5	-	5	5	5	10	5	10
Formulario de Urgencias Médicas	-	-	5	-	5	5	5	10	5	10
Formulario de Urgencias Odontológicas*	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-
Indice de Pacientes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Registro de Números	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Indice de Diagnósticos y operaciones.	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+
Registro de Ingresos y Egresos	-	-	-	5	-	5	-	5	-	5
Registro de Defunción	-	-	-	-	-	20	-	20	-	20
Registro de partos y nacimientos	-	-	-	-	-	20	-	20	-	20
Registro de Pacientes Remitidos	-	5	-	5	-	5	-	5	-	5
Registro de Pacientes Recibidos	-	5	-	5	-	5	-	5	-	5

+ PERPETUO

Estos registros permanecerán en el archivo activo, mientras el libro en el cual se lleva se encuentre en proceso de diligenciamiento; una vez finalizado el libro (último renglón), se pasará al archivo pasivo donde se conservarán durante el período señalado en el cuadro.

* Año calendario del 1° de enero al 31 de diciembre.

9

ANEXOS

EVALUACION TECNICA DE LA HISTORIA (ANALISIS CUANTITATIVO)

1. ANALISIS CUANTITATIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Toda historia devuelta por la consulta externa a la Unidad de Información debe ser revisada antes de archivarla. Dicha revisión comprende los siguientes aspectos:

- Verificar si los formularios que componen la Historia Clínica están identificados con el nombre completo del paciente y el número respectivo.
- Verificar si el médico ha registrado el diagnóstico. Si el paciente no se atiende debe existir una nota (ejemplo: "no se presentó a la cita" o "paciente no contestó al ser llamado").
- Cuando existan varios ejemplares de un mismo formulario como: el de Evolución, Ordenes Médicas, deben ordenarse cronológicamente con la secuencia como se lee un libro. Si el nombre del paciente o el número de la Historia Clínica registrado en uno de los formularios contiene algún error, se corrige después de revisarse el contenido del formulario para asegurar que efectivamente corresponde a la Historia Clínica del paciente.
- Verificar si el médico y los nombres de las personas responsables del diligenciamiento de los formularios se encuentran anotados correctamente.
- Verificar si el número de historia en cada formulario coincide exactamente con el número que aparece en la carpeta, antes de archivar la historia.
- Verificar si en las historias nuevas los datos de identificación están completos y legibles. Las historias que no reúnan los criterios establecidos deben ser enviadas a la persona responsable de la admisión de pacientes para completar los datos omitidos.

2. ANALISIS CUANTITATIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES DE HOSPITALIZACION.

2.1. NORMAS GENERALES

- La Historia Clínica de todo paciente egresado debe ser revisada por el personal de la Unidad de Información.
- Se deben revisar las Historias Clínicas de pacientes egresados el día anterior.
- Las omisiones e inconsistencias detectadas en cada historia, se anotan en una hoja de Análisis Cuantitativo, que se coloca sobre cada una de las historias recibidas. La hoja de Análisis Cuantitativo se destruye una vez que la historia esté completa.

Deben comunicarse al Comité de Historias Clínicas los problemas repetidos, así como también aquellos que el Jefe de la Unidad de Información considere conveniente consultar al respecto.

2.2. PROCEDIMIENTOS

2.2.1. CONTROL DE RECEPCION DE HISTORIAS CLINICAS

- Comprobar diariamente la recepción de todas las historias de los pacientes egresados el día anterior, utilizando la lista de pacientes egresados.
- Colocar un signo (✓) al lado del nombre del paciente cuya historia fue recibida.
- Si una historia se recibe después de 24 horas de egresado el paciente, sustituir el signo por la fecha de recepción.
- Si se recibe la historia de un paciente egresado el día anterior que no figure en la lista de egresados o viceversa, solicitar la aclaración respectiva a la Sala o auxiliar responsable de su elaboración.

2.2.2. COMPAGINACION

- Compaginar la Historia Clínica colocando los formularios en el orden establecido.
- Cuando existan varios ejemplares de un mismo formulario (ejemplo: formularios de Evaluación, Ordenes Médicas etc.), colocarlos en orden cronológico.

- Cada formulario debe estar identificado con el nombre del paciente y el número de Historia Clínica respectivo.
- Si en la historia se encuentra algún formulario correspondiente a otro paciente, enviarlo al Servicio o al archivo para su incorporación a la Historia Clínica correspondiente.
- Cuando existan formularios sin identificación, el personal de la Unidad de Información encargado de la compaginación, debe completar los datos.
- Si el nombre del paciente o el número de la Historia Clínica registrado en una hoja contiene algún error, debe corregirse después de verificar el dato en otros formularios de la historia, para asegurar que efectivamente corresponde a la historia del paciente.
- Si la historia recibida para ser archivada contiene formularios en blanco, colocarlos en una caja donde se van acumulando para luego enviarlos a las Salas o bodegas y utilizarlo en otra historia. Si estos formularios están identificados con el nombre del paciente, determinar si hacen falta en la historia para completarla, en cuyo caso se deja en el lugar correspondiente; si no hacen parte de la historia, destruirlos.
- Antes de legajar la historia en la carpeta respectiva verificar que, tanto el número de historia en cada formulario como el de la carpeta, coincidan exactamente.

2.2.3. ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA

Comprende la verificación de los siguientes aspectos:

- Formularios necesarios para la atención:

La historia debe contener todos los formularios básicos, si falta alguno, registrarlo en la hoja de Análisis Cuantitativo.

La historia debe contener todos los formularios exigidos para casos determinados, tales como: Informe Quirúrgico si el paciente fue operado (salvo que el hospital acepte una nota en el formulario de Evolución) y el Informe de Anestesia, si se le suministró anestesia general o regional; Atención de Urgencias, si el paciente fue admitido por el servicio de urgencias; Interconsulta si la hubo durante su hospitalización; Anatomía Patológica si se realizó autopsia o biopsia, etc.

La historia debe contener los formularios generados por las órdenes médicas, tales como radiografías, análisis de laboratorio, etc. Debe existir para cada orden el informe correspondiente, si falta alguno, anotar el nombre del análisis y la fecha de la solicitud en hoja de Análisis Cuantitativo.

- Diligenciamiento completo de los formularios:

Los formularios deben contener todos los datos requeridos. El formulario de Identificación y Resumen de Atenciones, por ejemplo, debe contener todos los datos de identificación, diagnósticos definitivos y tipo de egreso. Si el paciente fue operado, debe figurar el diagnóstico quirúrgico.

- Verificación de errores ó inconsistencias:

Verificar si el número de Historia Clínica coincide con el número registrado en la carpeta.

La edad registrada, o sea, el resultado de la diferencia en años cumplidos entre la fecha de inscripción y la de nacimiento debe coincidir con la edad registrada en la Anamnesis y Examen físico.

El sexo del paciente debe estar correctamente anotado.

Los diagnósticos definitivos deben coincidir con los registrados en la Epicrisis y en el Informe de Anatomía Patológica, si los hubiere.

Verificar si los procedimientos quirúrgicos registrados coinciden con los que figuran en el Informe Quirúrgico.

Verificar si las fechas de iniciación y finalización coinciden con las fechas anotadas en los formularios correspondientes.

Verificar si el número de días de estancia (permanencia) está correcto. Se cuenta el día de ingreso pero no el de egreso, salvo que el paciente haya ingresado y egresado el mismo día, en cuyo caso será un día de estancia.

Verificar si el egreso o finalización coincide con lo anotado tanto en la Epicrisis, en la última nota de Evolución, como en el Registro Individual de Egreso Hospitalario (SIS-110).

- Comprobar si se cumplen todas las normas del Subsistema de Información, en relación con remisión de pacientes y notificación de enfermedades transmisibles, etc..

Verificar si la respuesta de la Remisión fue devuelta a la institución que remitió. Debe anotarse en los Registros de Remisión de Pacientes y en el SIS-409 de la historia correspondiente. Si la respuesta no fue enviada a la Institución que remitió al paciente, después de establecer la causa, enviarla en un sobre dirigido a la Institución siguiendo los trámites establecidos, es decir, anotando los datos en el SIS-409 y en el Registro de Remisión de Pacientes.

Si uno de los diagnósticos definitivos corresponde a una enfermedad transmisible de notificación obligatoria, verificar si fue comunicada a las autoridades de salud correspondientes. Si el diagnóstico no

aparece en la nota del médico de consulta externa o de urgencias que atendió al paciente y no hay una nota en la historia que indique que el caso fue denunciado, deben comunicarse los datos mencionados al personal de la Unidad de Información encargado de ellos para su respectivo diligenciamiento, colocando al lado del diagnóstico la nota "denunciado" y la fecha y nombre completo del responsable.

Una vez finalizado el análisis de la Historia Clínica, colocar el nombre completo en el formulario de Identificación y Resumen de Atenciones, para establecer la persona responsable del Análisis.

Si la hoja de Análisis Cuantitativo, una vez diligenciada no revela omisión o error se debe destruir y la historia se remite para codificación.

Si la hoja revela que la historia está incompleta, deberá permanecer encima de la carpeta respectiva con los demás formularios y se debe colocar la historia en el sitio destinado a las historias incompletas, indicando el servicio del cual egresó el paciente.

Si es necesario enviar la historia al Servicio para ser revisada, se debe anotar el destino y la fecha de envío junto con el nombre del paciente y número de Historia Clínica en una hoja de control, enviando una nota al personal responsable de completar la información.

2.2.4. TERMINACION DE HISTORIAS CLINICAS

Los datos omitidos en la hoja de Análisis Cuantitativo deben ser proporcionados por el responsable de los mismos; si no se ha realizado un examen solicitado, el responsable debe colocar una breve explicación.

EJEMPLO: Paciente inconsciente no pudo firmar, paciente retirado por sus padres antes de poder realizar un examen físico, etc.

Una vez completa la historia, las anotaciones hechas en la hoja de Análisis Cuantitativo deben ser anuladas.

La Unidad de Información debe obtener los informes que faltan en la historia en el servicio de Diagnóstico respectivo (laboratorio, radiografías, etc.). Antes de reclamarlos debe asegurarse si no han llegado al archivo; una vez comprobado se debe llamar al servicio de diagnóstico para averiguar si el examen se realizó, pudiendo encontrarse dos posibilidades:

- Si el examen se realizó, solicitar copia del resultado.
- Si no se realizó, anotar al lado la siguiente observación:

"Según (el servicio) no se realizó (fecha)".

2.2.5. CONTROL DE HISTORIAS INCOMPLETAS

- Como las historias incompletas aumentan el trabajo del archivo, es responsabilidad del Comité de Historias Clínicas y de la Dirección de la Institución, establecer normas en este sentido y velar por su cumplimiento.
- Semanalmente debe revisarse la lista de pacientes egresados para conocer las historias que aún no han sido devueltas de los servicios de hospitalización a la Unidad de Información, verificándolo a través del registro de Ingresos y Egresos.
- Las historias incompletas una vez analizadas deben colocarse en un lugar señalado o remitirse al personal responsable para completar la parte correspondiente.
- Cuando a la historia le falten los informes de laboratorio, se debe enviar la historia al archivo previa codificación, conservando el formulario de análisis cuantitativo en orden cronológico según la fecha en que se estime que el resultado sea informado.
Una vez vencida la fecha se debe solicitar la historia al archivo para incorporar el informe y revisarlo, con el fin de determinar si el resultado ha modificado el diagnóstico, en cuyo caso, se consultará con el responsable de la atención.
- Semanal o quincenalmente se debe informar por escrito a los Jefes de Servicio con copia a la Dirección, sobre el número de historias de pacientes egresados no devueltas al archivo y el número de historias incompletas que cada persona responsable tiene, debiendo mantener actualizados el nombre de los pacientes y fecha de egreso de los mismos.

Se pueden llevar listas en borrador para cada profesional, a las cuales se les va agregando las nuevas historias incompletas y retirando las terminadas.

INTEGRACION Y ASPECTOS OPERATIVOS DEL COMITE DE HISTORIAS CLINICAS

1. INTEGRACION DEL COMITE

El Comité de Historias Clínicas debe estar compuesto por un número de cinco a nueve miembros, que incluya representantes de los cuatro servicios básicos (medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría), uno de Odontología, uno de Enfermería, y el jefe de la Unidad de Información. El director de la Institución constituirá por medio de Resolución dicho comité.

Cuando se traten problemas específicos, puede invitarse a las reuniones a representantes de otros servicios.

Los nombramientos deben ser por dos o tres años, al final de los cuales se renovará la mitad de los miembros.

Uno de los médicos del Comité será el Coordinador permanente y el Jefe de la Unidad de Información siempre será el Secretario.

2. REUNIONES

El comité deberá reunirse mensualmente. Conviene que se establezcan en forma fija, el día de la semana y la hora cuando se realicen las reuniones. El participar en las reuniones del Comité es una obligación que los miembros y la Institución deberán respetar como cualquier otra actividad del hospital.

El Jefe de la Unidad de Información, después de consultar con el Coordinador del Comité, días antes de la reunión debe enviar un recordatorio a los miembros del mismo, anexando el temario de la reunión y los documentos a tratar.

Después de cada reunión, el Secretario levantará el Acta respectiva con el visto bueno del Coordinador, en original y 3 copias, el original debe ser enviado al Director de la Institución, una copia al Coordinador y la otra debe ser archivada en la Unidad de Información.

3. PROCEDIMIENTO

3.1. REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

Una de las funciones principales del Comité es la revisión de las historias para asegurar que cumplan con las normas establecidas, orientándose hacia este tipo de preguntas: Están todas las opiniones debidamente fundamentadas?; existen inconsistencias o errores?; contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final?.

El personal de Registros Médicos, enviará al Comité las Historias Clínicas que presenten problemas. Sin embargo el Comité podrá examinar una muestra de las historias revisadas por dicho personal para asegurarse que el trabajo se esté realizando adecuadamente.

El Comité no debe revisar solamente las historias de hospitalización sino también las de Consulta Externa y los formularios de Urgencias. Periódicamente, el Comité podrá visitar algunas Salas para establecer si las anotaciones se están registrando oportunamente.

Cuando el Comité observe una omisión o deficiencia en una Historia Clínica, deberá remitirla al funcionario responsable, solicitando una aclaración.

La revisión de historias en los Centros y Puestos de Salud donde no existe un Comité, estará a cargo de los grupos de Supervisión, Evaluación y Auditoría Médica, quienes deberán comunicar al Comité de Historias Clínicas del nivel inmediatamente superior, cualquier hallazgo importante que requiera acción.

3.2. RECOMENDACION DE NORMAS

Como resultado de la revisión de las historias puede surgir la necesidad de establecer una norma adicional. Después de un cuidadoso estudio, el Comité para elevar a la Dirección de la institución una recomendación para que se promulgue una nueva forma o procedimiento.

El Comité debe redactar (o aprobar) la norma o procedimiento exactamente como desee que aparezca y enviarlo con una justificación. A veces, por supuesto, las características del problema son tales que lo único susceptible de recomendarse es la remisión del problema al departamento respectivo, o que se nombre una comisión para estudiarlo.

Una vez al año el Comité deberá revisar las normas vigentes sobre las Historias Clínicas y su manejo, para establecer si necesitan alguna modificación. También puede autorizar la destrucción de algunos formularios de menor trascendencia (a fin de facilitar espacio). Estas revisiones deben aprovecharse para orientar a los nuevos miembros que integran el Comité.

Todo formulario nuevo que vaya a ser incorporado a la Historia Clínica debe ser aprobado por el Comité.

El Comité de Historias Clínicas deberá velar porque el trabajo de la Unidad de Información se realice en la forma debida.

ORDENAMIENTO DE LOS FORMULARIOS

Para que la historia clínica pueda satisfacer en forma eficiente sus propósitos, los formularios deben estar dispuestos en las carpetas según un orden pre-establecido.

El ordenamiento de los formularios de Historia Clínica varía de acuerdo a las siguientes circunstancias: cuando el paciente está siendo atendido en consulta externa, en hospitalización o haya egresado del hospital, por lo tanto, el orden que debe seguir la historia es diferente en estas tres situaciones. Todo formulario que se agregue a la historia conservará su respectivo orden.

1. CONSULTA EXTERNA

Una vez que la historia regrese al archivo, el personal de información deberá hacer el ordenamiento correspondiente.

Para los pacientes que han recibido servicios en consulta externa el orden debe ser el siguiente:

1. Identificación y resumen de atenciones
2. Atención general
3. Evolución
4. Exámenes auxiliares de diagnóstico (solicitados en consulta externa)

5. Otros exámenes auxiliares de diagnóstico y tratamiento (de consulta externa)
6. Interconsulta
7. Remisión de pacientes: Solicitud y Respuesta
8. Atención infantil y pre-escolar
9. Atención prenatal
10. Atención del puerperio en consulta externa
11. Planificación familiar
12. Odontología, urgencias, etc.

2. HOSPITALIZACION

En este caso el ordenamiento lo debe realizar el personal de enfermería del servicio o sala correspondiente, inmediatamente el paciente ingrese.

Para facilitar a los médicos el manejo de la Historia Clínica en la sala de hospitalización se presenta el siguiente orden:

1. Signos vitales
2. Exámenes auxiliares de diagnóstico
3. Ordenes médicas
4. Tratamientos
5. Evolución
6. Interconsulta
7. Informe quirúrgico
8. Informe de anestesia
9. Informe de anatomía patológica
10. Balance de líquidos
11. Hoja de otros tratamientos (tuberculosis, odontología, rehabilitación).
12. Atención obstétrica que comprende: Atención prenatal, atención de parto y puerperio
13. Atención infantil y pre-escolar
14. Urgencias
15. Remisión de pacientes: Solicitud y Respuesta
16. Atención general
17. Identificación y Resumen de Atenciones
18. Epicrisis
19. Otros informes que se necesiten para llenar tan pronto egrese el paciente.
20. Autorizaciones

3. AL EGRESO DEL HOSPITAL

El personal de información tiene la responsabilidad de llevar a cabo el ordenamiento, antes del archivo de la historia.

Una vez egresado el paciente y previo el archivo de su historia, debe usarse el siguiente orden:

1. Identificación y Resumen de Atenciones
2. Epicrisis
3. Urgencias (si el paciente se hospitalizó por urgencias)
4. Remisión de pacientes: Solicitud y Respuesta
5. Atención general
6. Interconsulta
7. Exámenes auxiliares de diagnóstico
8. Informe de anestesia
9. Informe quirúrgico
10. Informe de anatomía patológica
11. Balance de líquidos
12. Evolución
13. Ordenes médicas
14. Tratamientos
15. Signos vitales
16. Autorización para autopsia
18. Tratamientos (tuberculosis, odontología, rehabilitación).
19. Atención obstétrica, infantil, pre-escolar, según sea el caso.
20. Autorizaciones

Hacer ficha-

MÉTODOS DE ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

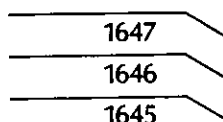
Para facilitar la identificación y agilizar el proceso de archivo y búsqueda de una Historia Clínica es necesario asignar un número único a cada una de ellas. Por consiguiente, los archivos de Historias Clínicas son archivos numéricos.

Existen dos métodos principales para el archivo numérico: El método convencional (por números consecutivos) y el método dígito terminal.

1. ARCHIVO POR EL METODO CONVENCIONAL

En este método las historias se archivan en forma consecutiva ascendente según el número de identificación.

Ejemplo:

El diagrama muestra tres líneas horizontales paralelas. Debajo de cada línea hay un número. Los números son 1647, 1646 y 1645, respectivamente, desde la línea superior hasta la inferior. Las líneas se extienden a la izquierda y se curvan hacia abajo a la derecha.

1647
1646
1645

La ventaja de este método de archivo numérico es la facilidad que existe en su aplicación. El número se lee de izquierda a derecha.

Las desventajas son:

- Los errores de archivo pueden ser frecuentes. Al aumentar el número de dígitos en el número de historias aumenta la posibilidad de cometer errores de archivo.

- Generalmente las historias con números más altos se concentran en un extremo del archivo lo que implica una concentración del trabajo en este sitio, por ser los más activos.
- Resulta difícil dividir el trabajo del archivo equitativamente. Como las secciones del archivo no son igualmente activas, se presentan problemas al intentar responsabilizar a los auxiliares por ciertas secciones del archivo.
- Cuando se retiran las historias inactivas (los números más bajos) se deben correr todas las historias para asegurar que el espacio vacío quede al extremo del archivo donde se agregan las historias nuevas.

2. ARCHIVO POR EL METODO DIGITO TERMINAL

Es un método de archivar historias clínicas (o cualquier otro documento numerado) según los dos últimos dígitos del número de la historia. Estos dos últimos dígitos se denominan: Número primario.

Con el método dígito terminal el archivo se divide en 100 secciones que van del 00 al 99 y las historias se archivarán en la sección que corresponde a los dos últimos dígitos de su número, ejemplo: Todas las historias que terminan en los dígitos 36 se archivarán en la sección 36, las que terminan en 27 en la sección 27, etc. Al leer el número primario se sabe inmediatamente a qué sección del archivo corresponde la historia.

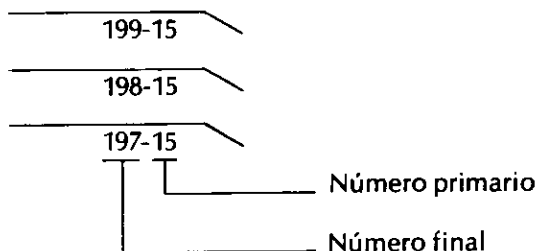
Este método ofrece las siguientes ventajas:

- El trabajo del archivo se realiza en forma más rápida y exacta.
- La lectura de un número dividido en grupos de dígitos resulta más rápida y facilita el archivo y recuperación de las historias.
- Las historias que van conformando el archivo se distribuyen equitativamente en 100 secciones, así cada sección del archivo es igualmente activa, eliminándose las concentraciones de personal en un extremo del archivo.
- Se puede distribuir el trabajo equitativamente entre el personal que trabaja en el archivo y fijar responsabilidades. A cada auxiliar de archivo se le puede asignar la responsabilidad por un número de secciones del archivo.
- Las historias inactivas se retiran de secciones diferentes del archivo dejando espacio en cada sección para agregar historias nuevas.

2.1. METODO DIGITO TERMINAL SIMPLE

En el método dígito terminal simple las historias clínicas se archivan en cada una de las 100 secciones según el orden consecutivo de los primeros dos o tres dígitos del número de la historia. Estos primeros dos o tres dígitos se denominan: número final o ascendente.

Ejemplo:

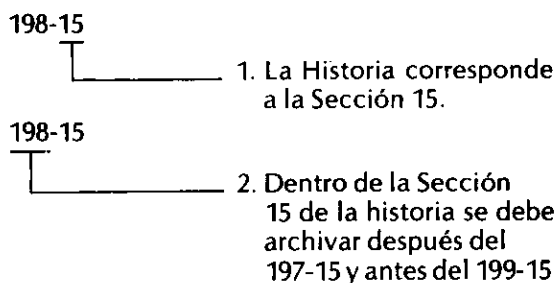


Este método se recomienda en aquellas instituciones donde el número de historias nunca contendrá más de cinco dígitos.

Forma de archivo por el método Dígito Terminal Simple

El primer paso es observar el número primario. Este número identifica la sección del archivo. Una vez localizada la sección, la historia se debe archivar según el orden consecutivo del número final, así:

Ejemplo:

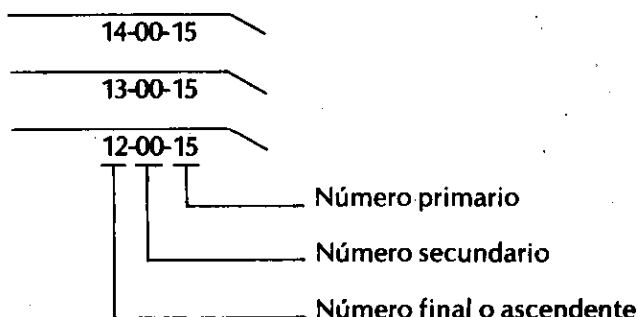


2.2. METODO DIGITO TERMINAL COMPUESTO

En el método dígito terminal compuesto el número de la Historia Clínica se divide por medio de guiones o espacios en tres grupos de dígitos. Los dos últimos dígitos se denominan número primario, los dígitos del medio se denominan número secundario y los primeros dígitos número final o ascendente.

Cada una de las 100 secciones del archivo se divide a su vez en 100 divisiones (00-99). Las 100 Divisiones de la Sección 15, por ejemplo, son: 00-15, 01-15, 02-15, 03-15..., 97-15, 98-15, 99-15. Dentro de cada división las historias se archivan según orden consecutivo de su numeral final, así:

Ejemplo:



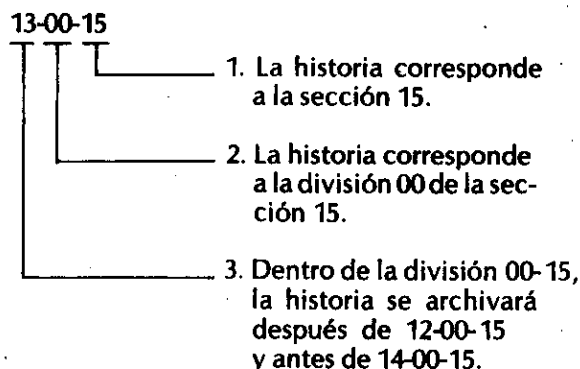
A veces el número se divide de la siguiente forma, 13-2-34, creando un número secundario de un solo dígito. Cada sección se divide en 10 divisiones (0-9), creando 1.000 divisiones en el archivo.

Forma de archivo por el método Dígito Terminal Compuesto

El primer paso es observar el número primario. Este número identifica la sección del archivo. Una vez localizada la sección se observa el número secundario que indica la división en que se archivará.

Cuando se localiza la división la historia se archiva según el orden consecutivo del número final, así:

Ejemplo:



2.3. UTILIZACION DE LA BANDA DE COLORES

El uso de las bandas de colores en las carpetas, para el archivo de Historias Clínicas ha resultado efectivo en el control de errores de archivo por el Método Dígito Terminal.

Cuando se vaya a recurrir a este sistema se debe asignar un color a cada dígito del 0 al 9.

Ejemplo:

0 verde	4 morado	8 azul
1 rosado	5 rojo	9 anaranjado
2 negro	6 gris	
3 amarillo	7 café	

Hay libertad para asignar los colores a cada dígito, pero deben asignarse los colores de mayor intensidad a los dígitos 3, 5 y 8, porque suelen confundirse a primera vista.

Los 10 colores básicos identifican el dígito izquierdo del número primario. Por ejemplo, usando los colores de la lista anterior, la historia número 86-28-97 tendrá una banda o lista de color anaranjado; la historia número 25-26-59 tendrá una banda de color rojo.

Sus ventajas son las siguientes:

- Aumenta la exactitud y agilidad del archivo de Historias Clínicas, y,
- Reduce el tiempo requerido para ubicar las historias mal archivadas.

3. RECOMENDACIONES PARA CAMBIAR DEL METODO CONVENCIONAL AL METODO DIGITO TERMINAL

Para planear un cambio en el sistema de archivo de Historias Clínicas, del método convencional al método dígito terminal se deben tener en cuenta los siguientes conceptos:

- El método dígito terminal no requiere iniciar una nueva numeración de Historias Clínicas, ya que se refiere a la forma como se archiva la Historia y no a la forma como se le asigna el número. Cualquier numeración única se presta a este método. La conversión al método dígito

terminal puede hacerse a partir de cualquier número, no es necesario iniciar por el número 00-00-01.

- No se necesita cambiar la carpeta para poder implementar el sistema, basta dividir el número que identifica la carpeta con guiones, escribir el número nuevamente en la forma deseada agrupando el número en los dígitos adoptados.

Ejemplo: 132496 en 13-24-96 ó 31471 en 314-71.

- El método dígito terminal no requiere más espacio de archivo.

4. GUIAS

Es un conjunto de tarjetas numeradas que tienen como función facilitar la ubicación de la historia deseada. En un archivo numérico activo, se recomienda una guía por cada 50 carpetas. Las guías deben ser de material resistente con pestañas que sobresalgan de las carpetas.

Al iniciar un archivo se puede determinar un número mínimo de guías necesarias e ir agregando guías a medida que el archivo se vaya extendiendo.

MICROFILMACION

La microfilmación permite la reducción y reproducción de documentos por medio de técnicas fotográficas, facilitando su almacenamiento y conservación en espacios mínimos. Estas técnicas facilitan el almacenamiento de las Historias Clínicas en rollos de película o microfichas.

Generalmente se utilizan rollos de película de 16 mm. Cada rollo ocupa un espacio de 10 x 2.5 cms. y contiene hasta 2.500 imágenes tamaño carta.

La microficha es una tarjeta plástica de tamaño 15 x 10.5 cms. y tiene una capacidad aproximada de 192 imágenes de tamaño carta.

El rollo de película es más económico que la microficha, y ahorra más espacio e impide, además, el extravío de las historias clínicas individuales. Su inconveniente radica en que para la localización de una Historia Clínica en particular, es preciso recorrer parte del rollo hasta encontrar la historia requerida.

Una microficha permite almacenar por lo menos 5 historias clínicas completas; el acceso a una historia por este método es más fácil que por el anterior, pues su reproducción se hace en forma directa. Sus inconvenientes radican en un costo y espacio físico mayores que los del rollo de película, y además, las microfichas se puede extraviar con facilidad.

Para garantizar el proceso de microfilmación y reproducción de las Historias Clínicas de una institución, es necesario tener en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

- Organización de los archivos de Historias Clínicas,
- Definición de la cantidad y contenido de historias por microfilmear, y
- Definición de recursos físicos, humanos y financieros y de dotación requeridos.

425

4. NORMAS PARA EL ARCHIVO DE TARJETAS INDICE

- Para fines de archivo, el alfabeto consta de las siguientes letras:
A, B, C, Ch, D, E, F, G, H, I, J, K, L, LL, M, N, Ñ, O, P, Q, R, S, T, U, V,
W, X, Y, Z.
La rr no está representada en el conjunto de letras que forman el alfa-
beto.

gación: Ejemplo: El paciente dice que nació el 27 de enero y que tiene unos 30 años (en 1983), anotar la fecha de nacimiento así: 27-01-53 (?).

Nombre del padre. Si al paciente se le registró primer apellido, anotar el nombre o nombres del padre. Si no figura el apellido paterno, anotar dos guiones (- -)

Ejemplo: Juan, - -
Pedro Antonio - -

Nombre de la madre. Anotar el nombre de la madre.

Ejemplo: Cecilia, María Elsa, etc.

3. CONTROL DE RECEPCION DE TARJETAS

Para controlar la recepción de tarjetas índice, se debe utilizar una lista numérica que contenga los números de Historias Clínicas, al cual se le agrega el nombre completo del paciente y la fecha de apertura de la Historia, teniendo en cuenta las siguientes normas:

- Las tarjetas índice que se reciben del personal que abre las historias se deben colocar en una caja ubicada en un lugar determinado.

- Deben ordenarse día por día en forma numérica.

- Deben compararse una por una con los datos contenidos en la lista o Registro de Números.

Si el número de Historia Clínica y el nombre del paciente registrados en la tarjeta coinciden con los datos de la lista de números colocar una señal (✓) al lado del número de la historia en el Registro de Números.

Si el número o nombre en la tarjeta y en el registro de números no coinciden, debe solicitarse la historia para aclarar la situación, y proceder como en el caso anterior.

Si el nombre del paciente no figura en el registro de números, debe solicitarse la historia para aclarar la situación, y se procede como en el primer caso.

- Repasar la última página de la lista o registro de números. Debe haber una señal (✓) al lado de cada número de historia que se ha abierto. Si falta la señal, se debe asegurar que la tarjeta índice no se ha recibido; en cuyo caso se debe solicitar la tarjeta a la persona que abrió la historia.

Cuando dos tarjetas tengan primero y segundo apellidos idénticos, se toman en cuenta los nombres aún cuando el segundo no figure, siguiendo la regla que "nada siempre se archiva antes que algo".

Ejemplo: Gómez Alvarez, Alberto. - -
Gómez Alvarez, Alberto Germán.

Secuencia 2: Primer apellido, primer nombre, segundo nombre y segundo apellido.

Cuando dos tarjetas tengan primeros apellidos iguales, se tendrá en cuenta el primer nombre, aún cuando éste último se archiva antes.

RESOLUCION DE IMPLANTACION

RESOLUCION NUMERO 3881 DE 1982
(21 de Abril)

por la cual se reglamenta parcialmente el Decreto 526 de 1975

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus atribuciones legales, y

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con el Decreto número 526 de 1975, las Normas del Subsistema Nacional de Información en Salud, deben regular la obtención y procesamiento de la información sobre:

- a. Necesidades y demandas de la población en materia de salud.
- b. Cantidad y características de las actividades técnicas y administrativas que desarrollan las entidades en salud.
- c. Volumen y características de los Recursos Humanos en Salud, y
- d. Proyectos y decisiones en Salud.

Que el artículo once del Decreto citado autoriza al Ministerio de Salud para solicitar y obtener los datos que se requieran para el Sistema Nacional de Salud,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Adoptar el Manual de Normas y Procedimientos de Registros Médicos: Historia Clínica y Registros Secundarios dentro del Subsistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- Adoptar los formularios correspondientes a la Historia Clínica:

1. Identificación y Resumen de Atenciones (SIS-400)
2. Atención de Urgencias (SIS-401)
3. Atención Infantil y Pre-escolar (SIS-402)
4. Atención Prenatal (SIS-403)
5. Atención del Parto y Post-Parto Inmediato (SIS-404)
6. Atención del Puerperio en Consulta Externa (SIS-405)
7. Atención de Planificación Familiar (SIS-406)
8. Atención Odontológica Programada (SIS-407 A)
9. Atención Odontológica de Urgencias (SIS-407 B)
10. Atención General (SIS-408)
11. Evolución (SIS-409)
12. Exámenes Auxiliares de Diagnóstico (SIS-410)
13. Laboratorio Clínico - Hematología (SIS-410 A)
14. Laboratorio Clínico - Pruebas Serológicas (SIS-410 B)
15. Laboratorio Clínico - Química Sanguínea (SIS-410 C)
16. Laboratorio Clínico - Bacteriología - Micología (SIS-410 D)
17. Laboratorio Clínico - Análisis de Orina (SIS-410 E)
18. Laboratorio Clínico - Coprológico (SIS-410 F)
19. Laboratorio Clínico - Citología (SIS-410 G)
20. Laboratorio Clínico - Otros (SIS-410 H)
21. Radiología (SIS-410 I)
22. Interconsulta (SIS-411)
23. Remisión de Pacientes - Solicitud (SIS-412 A)
24. Remisión de Pacientes - Respuesta (SIS-412 B)
25. Epicrisis (SIS-413)
26. Ordenes Médicas (SIS-414)
27. Tratamientos (SIS-415)
28. Signos Vitales (SIS-416)
29. Balance de Líquidos (SIS-417)
30. Informe Quirúrgico (SIS-418)
31. Informe de Anestesia (SIS-419)
32. Informe de Anatomía Patológica (SIS-420)
33. Autorización para Intervención Quirúrgica y otros Procedimientos Especiales (para pacientes de Sala General) (SIS-430 A)
34. Autorización para Intervención Quirúrgica y otros Procedimientos Especiales (para pacientes Pensionados o Particulares) (SIS-430 B)
35. Autorización para Esterilización (para pacientes de Sala General) (SIS-430 C)
36. Autorización para Esterilización (para pacientes Pensionados o Particulares) (SIS-430 D)
37. Autorización para Autopsia (SIS-430 E)
38. Declaración de Retiro Voluntario (SIS-430 F)

ARTICULO TERCERO.- Implantar los formularios y el Manual de Normas y Procedimientos que se adoptan por la presente reglamentación como obligatorios para todas las instituciones adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud.

PARAGRAFO.- Las Instituciones de Salud que por su desarrollo o especialización presten servicios no contemplados en el Manual de Normas y Procedimientos, pueden establecer los formularios y procedimientos adicionales que estimen pertinentes, sin modificar las normas, procedimientos y formularios de Historia Clínica Básica, mencionados en los Artículos Primero y Segundo.

ARTICULO CUARTO.- Las normas de diligenciamiento de la Historia Clínica se aplicarán según el grado de complejidad de la atención de salud, asignada en las Instituciones, como Consulta Externa en los Puestos y Centros de Salud o Consulta Externa y Hospitalización en Hospitales Locales, Regionales, Universitarios y Especializados.

ARTICULO QUINTO.- Las citadas Instituciones de Salud tienen la obligación de garantizar a través de sus programas y presupuestos, la promoción e impresión del Manual de Normas y Procedimientos de Registros Médicos: Historia Clínica y registros secundarios señalados en los Artículos Primero y Segundo; la capacitación en el manejo de los mismos, del personal profesional, técnico y auxiliar de las Ciencias de la Salud y del área de información.

PARAGRAFO PRIMERO.- Los cursos necesarios para capacitación del personal de las Instituciones de Salud, deberán ser promovidos por las propias Instituciones, por los Servicios Seccionales de Salud, por los Centros Docentes del área de Salud y por el Ministerio de Salud.

PARAGRAFO SEGUNDO.- De igual manera las Instituciones garantizarán en su Presupuesto la adquisición de materiales necesarios para la administración y funcionamiento de los Registros Médicos.

ARTICULO SEXTO.- Crear el Comité de Historias Clínicas en los Hospitales Locales, Regionales, Universitarios y Especializados, de acuerdo con el Manual de Normas, citado en el Artículo Primero.

ARTICULO SEPTIMO.- De acuerdo con las disposiciones de la Ley 23 de 1981 la Historia Clínica deberá sujetarse a lo contemplado en los Artículos siguientes:

- ARTICULO 34.- La Historia Clínica es el registro de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

- ARTICULO 35.- En las entidades del Sistema Nacional de Salud, la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

- ARTICULO 36.- En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos, a su reemplazante.

ARTICULO OCTAVO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.E., a veintiuno de Abril de mil novecientos ochenta y dos.

(FDO.) ALFONSO JARAMILLO SALAZAR - MINISTRO DE SALUD
(FDO.) LUZ URIBE NARANJO - SECRETARIO GENERAL

Es copia tomada de su original.

GLOSARIO DE TERMINOS

Aborto. Es todo producto del embarazo, menor de 20 semanas de gestación.

Agrupación de dígitos. Es la distribución de los dígitos de un número de Historia Clínica por medio de guiones (12-25-36) o de espacios (012 1344) para facilitar su lectura. Si se utiliza el método dígito terminal, los dígitos deben agruparse de acuerdo con las características del sistema.

Análisis Cualitativo. Es la revisión de la Historia Clínica con el fin de asegurarse que contenga los datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén correctamente anotadas y que no existan discrepancias ni errores.

Análisis Cuantitativo. Es la evaluación técnica de la Historia Clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajusta a las normas establecidas por el Comité de Historias Clínicas.

Archivo Clínico. Es el lugar donde se conservan las Historias Clínicas en forma ordenada y con fácil acceso y se clasifican en:

- Activo. Es el lugar donde se conservan las Historias Clínicas de uso permanente.
- Centralizado. Es el lugar en donde se encuentran ubicadas todas las Historias Clínicas en un área específica de la institución.
- Descentralizado. Es el archivo que tiene como característica principal la ubicación de las Historias Clínicas en diferentes áreas dentro o fuera de la institución, que pueden corresponder a los servicios clínicos del organismo o a los centros de atención dependientes del mismo.
- Pasivo. Es el lugar donde se conservan en forma ordenada, las historias clínicas de pacientes que no han solicitado atención en la institución en un plazo establecido.
- Periférico. Es un archivo ubicado en un consultorio externo específico. (Ej.: Obstetricia, Pediatría) donde se retienen durante un período las historias clínicas de pacientes que están recibiendo su atención principal en el consultorio.

Destrucción Selectiva. Se refiere a la destrucción, de aquellos formularios de la historia que tengan menos trascendencia, según normas establecidas.

Microfilmación. Es la reproducción de documentos a escala reducida.

Numeración Unica. Es aquella que consiste en asignar al paciente un número de historia clínica desde la primera vez que acude a la institución.

Riesgo. Es la probabilidad de enfermar o de morir de un sujeto en una comunidad.

- Clasificación de Riesgo. Es la determinación cualitativa y cuantitativa de la posibilidad de enfermar y de morir que tiene una persona, durante un proceso natural o patológico; con el fin de desarrollar acciones para evitar, reducir o controlar oportunamente dicho riesgo.
- Factores de Riesgo. Es toda característica o circunstancia de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, está asociada a una mayor probabilidad de aparición o evolución de un proceso desfavorable.

Tarjeta Índice. Es aquella que permite conocer el número de la Historia Clínica de un paciente en un momento determinado.

Tarjeta de Reemplazo. Es aquella que se coloca en el lugar de la historia clínica para indicar que ésta se ha retirado del archivo y dónde se encuentra.

BIBLIOGRAFIA

1. Acheson, E.D. **Medical record linkage**. - New York: Oxford University Press, 1967.
2. Bernard Benjamin. **Medical record**. - Londres: William Heineman Medical books; 1977.
3. Canadá. Ministerio de Seguridad Social. **Standards for medical records for hospitals**. - Quebec: Ministerio de Seguridad Social, 1974.
4. Colombia. Ministerio de Salud. **Modelo de evaluación para el Sistema Nacional de Salud; Marco de referencia teórico y metodológico** / por José Armando Porras N. .../et al/. - Bogotá: Minsalud, 1978/78 p./.
5. Colombia. Ministerio de Salud. **Subsistema Nacional de Información en Salud: resultados y propuestas del grupo de estudio, número 4** / por Luis Carlos Gómez Serrano y Hernán Ramírez Duque. - Bogotá: Minsalud, 1973/130 h./ (rediseño del Sistema Nacional de Salud, documento RSSC, 15)
6. Colombia. Ministerio de Salud, Dirección de Atención Médica. **Plan de Salud para las ciudades** / por Julio León Trejos. - Bogotá: Minsalud, 1978/50 p./.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Oficina de Planeación. **Historia y archivos clínicos**. - Bogotá: Minsalud, 1975.- (Rediseño del Sistema Nacional de Salud, Grupo de Estudio de Información, 04).
8. Colombia. Ministerio de Salud. Oficina de Planeación. **Plan Nacional de Salud: primera fase - nivel local (MAC-1). Documento oficial**. Bogotá: Minsalud, 1975/71h./ (Desarrollo del Sistema Nacional de Salud, documento ISNSN, 11).
9. Colombia. Ministerio de Salud. Oficina de Planeación. **Primera aproximación a la clasificación de la morbilidad por programas, actividad final, sujeto, causa y riesgo: primer borrador**. - Bogotá: Minsalud 1978/97 p./.
10. Colombia. Ministerio de Salud. Oficina de Planeación. **El Subsistema de información en Salud**. - Bogotá: Minsalud, 1975./100 p./.

11. Conferencia de la Federación Panamericana de Hospitales, 2, San José de Costa Rica, 1978. **Unidades de cuidado intensivo en América Latina.** Ponencia de Carlos Dávila. - San José, 1978.
12. Endow Allen y Swisher Scott N. **Interviewan and patient.** - New York: Oxford University Press, 1973.
14. Huffman, Edna. **Medical record management.** - Berwyn: Physicians - Records, 1972.
15. Hurs, J. Willis, Walker. H. Kenneths. **The problems oriented system.** Scattle: Medical Computer Services Association, 1972.
16. Inglaterra. Ministerio de Salud. **Report of a subcommittee of the standing medical advisory.** - Londres: Central Health Social Council, 1965.
17. The Joint Comission on Accreditation of hospitals. Chicago: **Acrcditation manual for hospitals.** - Chicago: Joint Comission on Accreditation of Hospitals, 1975.
18. Lewis, Carol A. **Desarrollo de los registros médicos.** - Washington: OPS, 1978.
19. Lewis, Carol, **Proyecto de registros médicos: informes preparados desde 1975 a 1978.** - Bogotá: Minsalud, 1979.
20. Monson, Roberta A. **"The POMR and the Physician"**. Journal of the American Hospital Association. - Abril, 1975.
21. Olafron, Freya .../et al/. **Confidentiality a guide for neighborhood health centers** San Francisco: Pisana Printing, 1971.
22. Organización Panamericana de la Salud. Washington. **Guía para la organización de un departamento de registros hospitalarios.** - Washington OPS, 164/92 p./ (Publicación científica, 110).
23. Paz Otero, Gerardo. **Deontología Médica general.** - Popayán: Universidad del Cauca, 1955.
24. Rowe, R.G. y Brewen W. **Hospital activity analysis.** - Londres: Butter Worths, 1972.
25. Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de Salud Pública. Medellín. **Curso de capacitación en registros médicos.** - Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública, 1976. Mimeógrafo.
26. Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de Salud Pública. Medellín. **Conferencia sobre Atención Médica.** Por Juan Purcallas. Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública, 1974, Mimeógrafo.
27. Uribe C. Guillermo. **Deontología médica.** - Bogotá: temas, 1961.
28. Wedd, Laurence. **Medical record, medical education and patient care.** Chicago: Year-book Medical publishers, 1970.