



# Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Junio del 2016

Visto el Memorando Nº 397-DSMAG-HHV-2016 y Expediente 16MP-07313-00, sobre aprobación del "Formato de Hoja de Interconsulta Interna", propuesta por la Jefatura del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte del Hospital "Hermilio Valdizán";

## CONSIDERANDO:

Que, el Hospital "Hermilio Valdizán", es una Institución pública del tercer nivel orientada a brindar servicio especializado en Salud Mental, teniendo entre sus objetivos funcionales generales : mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la Salud Mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, de acuerdo al Artículo 25º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte es la Unidad orgánica encargada de lograr la coordinación y control de la atención de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, breve e intermedia a pacientes en fase aguda o de reagudización; y de la administración de los archivos clínicos y tiene asignado como uno de sus objetivos optimizar el funcionamiento de los trámites internos y externos que realiza el paciente para la atención en Consulta Externa y Hospitalización y de los procesos en su conjunto, como proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención médico psiquiátrica de emergencia, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.

Que, con documento del visto, el Jefe del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, remite a la Dirección General del Hospital el "**Formato de la Hoja de Interconsulta Interna**", para su aprobación y aplicación, toda vez que como programa piloto se está aplicando en el Servicio de Emergencia a partir del 17 de mayo del presente año, facilitando y viabilizando la atención de los usuarios del hospital; para cuyo efecto, se hace necesario su aprobación con el respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11º inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por Resolución Ministerial Nº 797-2003-SA/DM; y contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Oficina de Estadística e Informática y el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte;



MINISTERIO DE SALUD  
 INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
 HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN  
 DIRECCIÓN GENERAL

Nº 151-DG/HHV-2016



# Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Junio del 2016

SE RESUELVE:

**Artículo 1º.-** Aprobar el “Formato de Hoja de Interconsulta Interna”, formulado por la Jefatura del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte.

**Artículo 2º.-** La Jefatura del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte se encargará de la difusión y aplicación en los Departamentos donde corresponda su aplicación.

**Artículo 3º.-** Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique la presente Resolución en el portal de la página Web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese;

MINISTERIO DE SALUD  
 Instituto de Gestión de Servicios de Salud  
 Hospital "Hermilio Valdizán"  
 Dr. Carlos Alberto Saavedra Castillo  
 Director General  
 C.M.P. N° 18884 R.N.E. 6816

DISTRIBUCIÓN :  
 SDG.  
 OEI.  
 DSMAG.  
 OCI.  
 INFORMÁTICA.

CASC/yam.



HOJA DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Paciente:.....Sexo:  M  F Edad:.....H.C. N°.....

Funciones Vitales: P/A: FC: FR: T°C: SAT-O2:

Interconsulta al Servicio/Departamento de:.....

Resumen de Historia Clínica:.....

.....

.....

Diagnósticos CIE 10:.....

.....

Motivo de Interconsulta:.....

.....

Fecha y hora:.....

.....

Firma y Sello de Médico Solicitante

INFORME DE INTERCONSULTA

Fecha y hora de recepción:..... Fecha y hora de respuesta:.....

DESCRIPCION DE HALLAZGOS/EVOLUCIÓN:.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIAGNÓSTICOS CIE 10:.....

.....

TRATAMIENTO/RECOMENDACIONES:.....

.....

.....

.....

.....

HISTORIA CLÍNICA N° .....

NOMBRE - FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE

