



Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Abril de 2021

VISTO

El Memorando N° 174-DSMAG-HHV-2021, Expediente N° 21MP-02631-00, Memorandum N° 083-OGC-HHV-2021 e Informe N° 26-2021/OGC-HHV de la Oficina de Gestión de la Calidad, donde se solicita aprobación de Formatos de la Historia Clínica, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla; y que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, respectivamente;

Que, el artículo 29° de la acotada Ley, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30024 - Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado; y que la historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN - Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, la cual tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud; a través de un adecuado manejo y conservación, así como proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS del Sector Salud;

Que, con documentos de visto, la jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Hermito Valdizán, solicita aprobación de siete (07) Formatos de Historia Clínica, aprobados por el Servicio de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, por lo que se hace necesario expedir el respectivo acto resolutorio;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermito Valdizán, aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR los Formatos de Historia Clínica, del Servicio de Hospitalización del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, para ser aplicado a los pacientes del Hospital Hermito Valdizán, los cuales forman parte integrante de la presente Resolución según se detalla:

- Historia Clínica del Servicio de Hospitalización.
- Nota de Ingreso del Servicio de Hospitalización.
- Consentimiento Informado para el Tratamiento con Clozapina.
- Hoja de Solicitud de Interconsulta.



- Consentimiento informado para el ingreso al Servicio de Hospitalización del Hospital Hermilio Valdizán.
- Retiro voluntario del Servicio de Hospitalización.
- Reporte de sedo-analgésia Hospital Hermilio Valdizán.

Artículo 2°.- Dejar sin efecto los anteriores Formatos aprobados con las siguientes Resoluciones:

- Resolución Directoral N° 242-DG/HHV-2012 de fecha 14 de noviembre del 2012 (Consentimiento Informado para el Tratamiento con Clozapina);
- Resolución Directoral N° 151-DG/HHV-2016 de fecha 23 de junio del 2016 (Hoja de Solicitud de Interconsulta); y,
- Resolución Directoral N° 001-DG/HHV-2015 de fecha 05 de enero del 2015 (Consentimiento informado para el ingreso al Servicio de Hospitalización).

Artículo 3°.- Encargar al Jefe del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte y Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán, la difusión y supervisión de las acciones correspondientes para la implementación y aplicación de los Formatos aprobados con la presente Resolución.

Artículo 4°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y Comuníquese y Archívese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P. N° 21499 R.N.E. 12799

GLCV.
DISTRIBUCIÓN
DSMAG
OGC
SDG.
OEA
OAJ.
OFIC. ESTADÍSTICA
Comité Historia Clínicas
INFORMÁTICA.

Servicio de Hospitalización

Historia Clínica

N° de H.Cl:

DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre y Apellidos:

Edad: Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento:

Sexo: F M Estado Civil: Religión:.....

Grado de Instrucción: Ocupación:

Lugar de procedencia:..... Lugar de residencia actual:

N° de DNI: Tipo y N° de Seguro:

Fecha de ingreso a Emergencia: Fecha de ingreso a hospitalización:

Fecha de elaboración de la Historia Clínica: Tipo de Anamnesis:.....

Informante:

Parentesco: N° de Teléfono:

Domicilio:

ANAMNESIS:

Motivo de ingreso:

Tiempo de enfermedad:

Episodio actual: Inicio: Curso:

Signos y Síntomas principales:

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

Relato de la enfermedad (episodio)

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

Nombre:

N° H.C.:





MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

Ruled area for text entry consisting of 45 horizontal dotted lines.



Nombre:	N° H.C.:
---------	----------



ANTECEDENTES:

1.-ANTECEDENTES PERSONALES:

FISIOLOGICOS Y DESARROLLO INICIAL:

Prenatal:

Parto:

Lactancia:

Alimentación:

Desarrollo psicomotriz:

Desarrollo del Lenguaje:

EDUCACIÓN:

.....
.....

OCUPACIÓN:

.....
.....

HISTÓRIA PSICOSEXUAL:

.....
.....

HISTÓRIA MARITAL:

.....
.....

RECREACIÓN Y VIDA SOCIAL:

.....
.....

HÁBITOS:

.....
.....

RELIGIÓN:

.....
.....

SERVICIO MILITAR:

.....
.....



Nombre:	N° H.C.:
---------	----------



2.-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

.....

.....

.....

PERSONALIDAD PRE MÓRBIDA:

.....

.....

.....

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

Fecha de hospitalización	Duración de la hospitalización (en días)	Tratamiento	Uso de Terapia Electroconvulsiva	Nro de sesiones	Complicaciones

HISTORIA FARMACOLÓGICA:

Fármaco	Dosis	Tiempo de uso	Cumplimiento	Efectos adversos	Respuesta



Nombre:	N° H.C.:
----------------	-----------------



3.-ANTECEDENTES PENALES Y POLICIALES:

SI

NO

4.-ANTECEDENTES FAMILIARES Y DINÁMICA FAMILIAR:

Padre:

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

Madre:

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

Parientes paternos:

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

Parientes maternos:

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

Hermanos:

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

Historia del hogar:

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

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



Nombre:

N° H.C.:



EXPLORACIÓN:

FC: FR: T: PA: PESO: TALLA: IMC:

Funciones biológicas:

Apetito:

Sed:

Sueño:

Orina:

Deposiciones:

EXAMEN FISICO GENERAL

Escala de Glasgow:

Apertura ocular (apertura de los ojos)		Respuesta verbal		Respuesta motora	
Espontánea	4	Orientado	5	Obedece órdenes	6
A estímulos verbales	3	Desorientado/confuso	4	Localiza el dolor	5
Al dolor	2	Incoherente	3	Retirada al dolor	4
Ausencia de respuesta	1	Sonidos incomprensibles	2	Flexión anormal	3
		Ausencia de respuesta	1	Extensión anormal	2
				Ausencia de respuesta	1

Puntaje	
15	Normal
<9	Gravedad
3	Coma profundo



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre:	N° H.C.:
---------	----------



EXAMEN MENTAL:

Porte, comportamiento y actitud:

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

Conciencia y atención:

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

Lenguaje:

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

Estado afectivo:

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

Pensamiento:

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

Percepción:

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

Memoria:

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

Conciencia de enfermedad:

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



Nombre:	N° H.C.:
---------	----------



EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Hemograma:	<input type="text"/>	RPR:	<input type="text"/>
Glucosa:	<input type="text"/>	Perfil hepático:	<input type="text"/>
Urea:	<input type="text"/>	Perfil lipídico:	<input type="text"/>
Creatinina:	<input type="text"/>	Perfil tiroideo:	<input type="text"/>
Exámen de orina:	<input type="text"/>	HCG:	<input type="text"/>
VIH prueba rápida:	<input type="text"/>	Metabolitos: THC	<input type="text"/> PBC <input type="text"/>

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: (T. psiquiátricos, T. de personalidad, Retraso mental, T. orgánicos y factores contextuales y psicosociales)

.....

.....

.....

.....

.....

PLAN DE TRABAJO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Firma y sello del Médico Residente	Firma y sello del Médico Asistente

Nombre:	N° H.C.:
---------	----------

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOTA DE INGRESO

Fecha:

Filiación:

Hora:

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

Signos y síntomas principales:

.....
.....

Anamnesis:

Tiempo de enfermedad: Forma de inicio:

Episodio actual: Curso:

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

Examen físico:

.....

Examen mental:

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

Impresión Diagnóstica :

.....
.....

Plan de trabajo:

.....
.....



Firma y sello del Médico Residente	Firma y sello del Médico Asistente

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

Fecha:

Hora:

La Clozapina es un antipsicótico atípico utilizado en Esquizofrenia resistente al tratamiento, reducción del riesgo de conducta suicida en pacientes con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos.

Es efectiva en un 30 a 50% de pacientes esquizofrénicos que no responden al tratamiento
Puede causar : discrasias sanguíneas y agranulocitosis, convulsiones a dosis elevadas.

El tratamiento con Clozapina requiere control hematológico semanal durante las primeras 18 semanas y luego el control es mensual.

Los familiares serán responsables de hacer efectivos dichos controles una vez que haya sido dado de alta el paciente, si no cumplieron con hacerlo asumirán las consecuencias de dicho incumplimiento.

El tratamiento debe ser supervisado por los familiares comprometiéndose a cumplir con las dosis indicadas.

Teniendo conocimiento de los riesgos y beneficios del tratamiento arriba mencionados:

Yo,.....identificado con DNI / Carnet de extranjería / Pasaporte Nro.....en mi calidad de familiar responsable / apoderado ()

AUTORIZO que el paciente:.....hospitalizado en el pabellón.....con Historia Clínica Nro..... INICIE EL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

Firma y huella digital del familiar responsable /apoderado
Nombres y apellidos:
DNI:



Firma y sello del Médico que brindó la información.
Nombres y apellidos:
CMP:





HOJA DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Paciente: Sexo: H.C. N°:

Funciones Vitales: PA:..... FC:..... FR:..... T°:..... SAT-02:.....

Interconsulta al Servicio/Departamento de:

Resumen de Historia Clínica:

.....

.....

Diagnóstico 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:

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS/EVOLUCIÓN:

.....

.....

.....

DIAGNÓSTICO CIE 10:

.....

TRATAMIENTO/RECOMENDACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

HISTORIA CLÍNICA N°:



Nombre – Firma y sello de Médico Tratante



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INGRESO AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN INFORMACIÓN PARA EL/LA PACIENTE Y/O PERSONA RESPONSABLE

Luego de evaluar al Sr./ Sra./ Srta: el Médico Psiquiatra que suscribe ha dado la indicación médica de ingreso al Servicio de Hospitalización de Sector..... de nuestro Hospital, para que reciba el tratamiento médico psiquiátrico y los cuidados necesarios para su mejoría. La permanencia en el Servicio de Hospitalización será hasta que su condición médica lo requiera para luego continuar con su tratamiento en consulta externa o su transferencia a otro establecimiento de salud; en caso de que la permanencia en el Servicio de Hospitalización alcance los 45 días, se procederá a una evaluación por una Junta Médica presidida por el Coordinador de Sector.

Durante la estadía en el servicio de hospitalización será imprescindible la colaboración de un familiar u otra persona responsable, con el objeto de brindarle la información acerca de la evolución del estado del/de la paciente, solicitarle los medicamentos indicados, o realizar los trámites pertinentes para su alta o traslado. En el servicio de hospitalización al/la paciente será evaluado (a) medicamente en forma regular y cada vez que fuera necesario.

Si el médico tratante considera conveniente el uso del tratamiento electroconvulsivo o cualquier otro método terapéutico especial se le informará con la debida anticipación para la autorización respectiva.

El incumplimiento de las indicaciones médicas puede ocasionar un empeoramiento de la condición médica del/de la paciente, con riesgo para su salud y/o la de otras personas. Usted puede preguntar acerca del estado del/de la paciente, el tratamiento recibido y los posibles efectos adversos del mismo, cada vez que lo considera pertinente.

DECLARACIÓN

Declaro haber leído y realizado las preguntas para comprender mejor y aceptar la información anterior y estoy de acuerdo con la indicación médica de ingreso a Hospitalización, comprometiéndome a colaborar cumpliendo todas las indicaciones médicas y las normas administrativas. Asimismo, he sido informado que este procedimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

PACIENTE (Si su condición médica lo permite)

Nombre:
Documento de Identidad:
Dirección:
Teléfonos:

.....
Firma

PERSONA RESPONSABLE

Nombre:
Documento de Identidad:
Dirección:
Teléfonos:
Parentesco con el paciente:
Fecha: Hora:

.....
Firma

En caso de que el/ la paciente y/o la persona responsable sean analfabetos, se les leerá el documento y estampara su huella digital en reemplazo de la firma, en presencia de un testigo (familiar u otro). Si no es posible el consentimiento del/de la paciente debido a su condición médica psiquiátrica, esto debe quedar por escrito en su historia clínica o ficha de atención.

.....
Firma y sello del médico evaluador



Revocación/ Rechazo a la hospitalización – procedimiento:

Nombre de paciente:..... Firma de paciente:

Nombre de familiar: Firma del familiar:

Aclaración:

Fecha y hora:



**SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
RETIRO VOLUNTARIO**

Fecha:

Hora:

Yo,.....identificado con DNI / Carnet de extranjería /
Pasaporte Nro.....en mi calidad de paciente () o familiar responsable () y
a pesar de la información recibida y en pleno uso de mis facultades mentales **SOLICITO EL
RETIRO VOLUNTARIO** de mi persona () / del paciente:.....
Hospitalizado en el pabellón.....con Historia Clínica nro.....desde.....
a la fecha con los siguientes diagnósticos.....

En tal sentido, **EXONERO DE TODA RESPONSABILIDAD** a los médicos tratantes y al
Hospital Hermilio Valdizán por las consecuencias que esta decisión pueda ocasionar, la misma
que asumo con la firma de este documento.

Condición de salud del paciente al firmar el retiro voluntario: Estable () / Mal estado ()



Firma y huella digital del paciente
y/o representante legal.
Nombres y apellidos:
DNI:

Firma y sello del Médico que
brindó la información.
Nombres y apellidos:
CMP:





REPORTE DE SEDO-ANALGESIA HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

NOMBRE: EDAD: SEXO:

FECHA: HORA:

MÉDICO TRATANTE: ESTADO FISICO ASA:

MÉDICO ANASTESIOLOGO: RIESGO CARDIACO:

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

DROGAS UTILIZADAS ATROPINA: PENTOTAL SODICO: DISTENSIL:

SOPORTE VENTILATORIO AMBU: MAQUINA ANESTESIA:

MONITOREO:..... SaO2: F.C.: P.A.:..... Ritmo Cardíaco:

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 1: Ocurrencias, complicaciones y manejo:

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales :

.....
Anestesiólogo

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 2.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 3.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo





Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 4.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

.....
.....

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 5.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

.....
.....

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 6.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

.....
.....

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 7.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

.....
.....

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo





Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 8.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

.....

.....

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 9.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

.....

.....

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 10.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

.....

.....

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 11.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

.....

.....

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo

Fecha:

Hora:

SESIÓN N° 12.- Ocurrencias, complicaciones y manejo:

.....

.....

Alta. Escala de Ramsay: Funciones Vitales (estable?

.....
Anestesiólogo

