



MINISTERIO SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
DIRECCION GENERAL



Nº 002-DG/HHV-2021

Resolución Directoral

Santa Anita, 13 de Enero del 2021

VISTO:

El Expediente N° 20MP-10921-00 y Memorando N° 0164-SN-HHV-20, sobre aprobación del **Formato de "Atención Nutricional"**, para incluir en la Historia Clínica del paciente;

CONSIDERANDO:

Que, el Hospital "Hermilio Valdizán", es una institución líder en la atención integral especializada en Salud Mental y Psiquiatría, en los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, que satisface las demandas de la población con calidad, equidad y eficiencia, fomentando el trabajo interdisciplinario y desarrollando actividades de docencia e investigación, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de nuestra población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 665-2013/MINSA, de fecha 23 de octubre de 2013, se aprobó la NTS N° 103-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética"; teniendo como Objetivos Específicos: Contribuir a recuperar y mantener el estado nutricional de los pacientes hospitalizados, así como Promover, proteger y recuperar el estado nutricional a través de la consulta nutricional, entre otros;

Que, el numeral 5.2 de la acotada Norma Técnica de Salud, establece que los establecimientos de salud del segundo y del tercer nivel de atención cuentan de manera obligatoria con una Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética; la misma que se encuentra prevista en la estructura orgánica de nuestro Hospital, con la denominación de Servicio de Nutrición y Dietética, dependiente del Departamento de Apoyo al Tratamiento;

Que, la citada Norma Técnica en su numeral 5.1 establece definiciones operativas, entre ellas, lo referido a Consulta nutricional, indicando que *"Es el proceso que incluye la evaluación, diagnóstico, elaboración de indicaciones nutricionales para personas sanas o enfermas, desarrollada por el profesional nutricionista colegiado y habilitado"*;

Que, mediante Memorando de visto, las Jefaturas del Servicio de Nutrición y Dietética y del Departamento de Apoyo al Tratamiento, solicitan la aprobación del Formato de "Atención Nutricional", para incluir en la Historia Clínica del paciente; y, en el cual se consignan los datos del paciente, así como la Evaluación subjetiva, Evaluación objetiva y PLAN NUTRICIONAL (Prescripción y Formulación Nutricional, y Suplementación); el mismo que cuenta con la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad, contenida en el Memorandum N° 275/OGC-HHV/2020, de fecha 31 de diciembre del 2020;

Que, por lo expuesto se hace necesario aprobar el referido Formato, para cuyo efecto se hace necesario emitir el respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Departamento de Apoyo al Tratamiento, Oficina de Gestión de la Calidad, y Oficina de Asesoría Jurídica;



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Formato de **“Atención Nutricional”** del Servicio de Nutrición y Dietética – Departamento de Apoyo al Tratamiento, por los fundamentos de la presente Resolución, el cual forma parte de la misma.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Apoyo al Tratamiento, la difusión y debida aplicación del acotado Formato de **“Atención Nutricional”**.

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 Nº 21499 P.N.E. 12799

GLCV/
DISTRIBUCIÓN
SDG.
DAT.
SERV.NUTRIC.
OEI
CAJ
ARCHIVO.



FORMATO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL

Fecha: ___/___/___

Paciente: _____ Sexo: _____ Edad: _____ HCL: _____ Pab. N°: _____

Dx. Médico: _____

Evaluación subjetiva:

Signos clínicos:

Piel: _____ Dientes: _____ Boca: _____

Evaluación objetiva:

Datos antropométricos:

Peso: _____ kg. Talla: _____ m. IMC: _____ Circ. Abd: _____ cm. CB: _____ cm. CP: _____ cm. ALT. R: _____

Datos bioquímicos:

Hb: _____ mg/dl Hto: _____ % Prot. Total: _____ g/dl. Alb: _____ g/dl.
 Glucosa: _____ mg/dl. Urea: _____ mg/dl. Creatinina: _____ mg/dl. Colesterol T: _____ mg/dl.
 HDL: _____ mg/dl. LDL: _____ mg/dl. VLDL: _____ mg/dl. Triglicéridos: _____ mg/dl. TGO _____ u/l.
 TGP _____ u/l.

DX. NUTRICIONAL:

PLAN NUTRICIONAL

PRESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN NUTRICIONAL:

Macronutrientes	Porcentaje
CHO:	%
PROT:	%
LIP:	%
TOTAL:	%

SUPLEMENTACION:



.....
 FIRMA Y SELLO DEL NUTRICIONISTA

