

**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
DEPARTAMENTOS DE INFORMACION Y
ESTADISTICAS DE SALUD
SECCIÓN CONSULTA EXTERNA**

**VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA DE ATENCION MEDICA****MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
DEPARTAMENTOS DE INFORMACION Y ESTADISTICAS DE SALUD SECCIÓN CONSULTA
EXTERNA****Código: INSA-VM-DIES-MNP****Página: 2****Elaboración:****Actualización:****Versión:****HOJA DE FORMALIZACIÓN**

CÓDIGO	TÍTULO DEL MANUAL	FECHA DE APROBACIÓN	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
INSA-VM-DIES-MNP	MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTOS DE INFORMACION Y ESTADISTICAS DE SALUD SECCIÓN CONSULTA EXTERNA		

Elaborado por:**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES****Revisado por:****Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD****Aprobado por:****Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD****Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

CONTROL DE REVISIONES Y ACTUALIZACIONES

Nº de Revisión	Fecha de Revisión	Código	Nombre del Documento	Nº de página a sustituir	Descripción de la Modificación

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

**VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA DE ATENCION MEDICA****MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
DEPARTAMENTOS DE INFORMACION Y ESTADISTICAS DE SALUD SECCIÓN CONSULTA
EXTERNA****Código: INSA-VM-DIES-MNP****Página: 5**

Elaboración:

Actualización:

Versión:

CONTROL DE DOCUMENTOS (COPIA NO CONTROLADA)

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN O REVISIÓN	FECHA DE ENTREGA	RECIBIDO POR:		
				DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA Y SELLO

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUDFecha de
Implementación:
02/05/2016

CAPITULO I

GENERALIDADES

Elaborado por:

**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**

Revisado por:

**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**

Aprobado por:

**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INTRODUCCIÓN

El departamento de Información y Estadística de Salud sección Consulta Externa es la encargada de registrar, informar y resumir los datos diarios de las actividades realizadas en las consultas externas, para ello se cuenta con las áreas de admisión a consulta externa, Central de citas y consultas de especialidades.

El presente manual muestra de una manera ordenada y sistemática las normas y procedimientos establecidos en el Departamento de Información y Estadísticas de salud sección Consulta Externa en los establecimiento de Salud adscritos a la Fundación INSALUD, con el fin de proporcionar al personal una guía que indique la forma del desarrollo de las actividades en las diferentes áreas que lo conforma con eficiencia y eficacia.

El contenido del manual para la instrucción del personal proporciona valores que ayudan a que los trabajadores y por tanto sus unidades o áreas sepan lo que se espera de ellos, lo que deben esperar de otros, al realizar el trabajo; por lo tanto obrar recíprocamente en forma debida, reduciendo el tiempo que los supervisores deben dedicar a la coordinación directa del trabajo además de reducir errores de operación.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

POLÍTICAS DE USO

1. El Manual debe estar a disposición de todo el personal que labora en los distintos Departamentos de Información y Estadísticas de Salud adscritos al Instituto Carabobeño para la Salud.
2. En la aplicación del presente Manual las Direcciones, Coordinaciones, Departamentos y Unidades velarán por el cumplimiento de la misión, objetivos y funciones aquí descritas.
3. Cualquier cambio en el ordenamiento legal vigente o en las políticas del Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Fundación Instituto Carabobeño para la Salud, que afecte la estructura del Manual y generen también un cambio en su contenido, debe ser notificado a la Vicepresidente(a) Ejecutivo de Atención Médica
4. Los usuarios del Manual deberán notificar a su supervisor inmediato las sugerencias, modificaciones o cambios que afecten el contenido del mismo, con el objeto de garantizar la vigencia de su contenido y con ello mejorar la base de conocimiento en el tiempo.
5. La distribución de las copias controladas de este manual deben estar avaladas al Departamento de Organización y Documentación previa autorización escrita por Vicepresidente(a) Ejecutivo de Atención Médica.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

OBJETIVOS Y ALCANCES

1. Objetivos:

Proporcionar una orientación adecuada en el desempeño de las actividades específicas de las áreas que conforman el Departamento de Información y Estadística de Salud Sección Consulta Externa logrando así Aumentar la eficiencia, indicando lo que se debe hacer y cómo se debe hacer

2. Alcance:

El presente manual es aplicado a los Departamentos de Información y Estadísticas Sección Consulta Externa y al personal adscrito a la Vicepresidencia Medica del Instituto Carabobeño para la Salud INSALUD.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

MARCO LEGAL

La base legal que regula al presente manual está contemplada en las siguientes Leyes:

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, publicada en Gaceta Oficial N° 5.453 el 24 de marzo del 2000.
- Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal, publicada en Gaceta Oficial N° 37.347 de fecha 17 de diciembre de 2001.
- Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público, publicada en Gaceta Oficial N° 5.891 de fecha 31 de julio de 2008.
- Ley Orgánica de la Administración Pública, publicada en Gaceta Oficial N° 5.890 de fecha 31 de julio de 2008.
- Ley Orgánica del Trabajo y su Reglamento; publicada Gaceta Oficial N° 38.426 del 28 de abril de 2006.
- Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, Gaceta Oficial N° 2.818 Extraordinaria de 1° de julio de 1981.
- Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente; Gaceta Oficial N° 5.266 Extraordinario del 02 de octubre de 1998.

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

MARCO LEGAL

- Código Médico Forense, Gaceta Legal, Tomo I del 07/06/1978
- Ley del Ejercicio de la Medicina, Gaceta Oficial N° 3.002 Extraordinario del 23/08/1982
- Ley Orgánica de Salud, G.O. N°36.579 del 11/11/1998
- Reglamento general de la ley de la Función Pública Estadística, Gaceta Oficial N° 39163 22 de Abril de 2009
- Código Deontología Médica aprobada en la LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana de 20/03/1985.
- Gaceta Oficial N° 38.070 del 20 de Noviembre de 2004 (Normas para el Registro Nacional del Cáncer).

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

CAPITULO II

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTOS DE INFORMACION Y ESTADISTICAS DE SALUD SECCIÓN CONSULTA EXTERNA

Elaborado por:

**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**

Revisado por:

**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**

Aprobado por:

**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO

1.- NOMBRE:

ADMISION DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN CONSULTA EXTERNA

2.- CÓDIGO:

INSA-VM-DUA-DIES-P-001

3.- OBJETIVO:

Realizar una historia clínica integra con los datos adecuados de identificación de los pacientes de primera vez que serán atendidos y admitidos en la consulta externa.

4.- ALCANCE:

Está dirigido a los técnicos asignados al área de consulta externa del Dpto. de información y estadísticas de salud.

5.- NORMAS:

- El área de admisión de pacientes en consulta externa contara con personal de información o de estadísticas de salud egresado de las universidades del país como T.S.U. en Información de salud, o en Estadísticas de salud, o en Registros y Estadísticas de salud.
- Solicitar documentos de identificación para apertura de las historias clínicas:
 - a. Cédula de identidad

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO

b. Partida de nacimiento (niños y pacientes no cedulados)

- Realizar la entrevista y elaborar la historia clínica según formato Orden de Admisión, una vez comprobado que el paciente no posee historia anterior en la Institución.
- Se deben identificar todos los formatos de la historia clínica con nombre completo y número de historia.
- Llenar los datos en letra legible y mencionar en la dirección un sitio de referencia
- Cuando la historia clínica corresponda a un menor de edad se colocarán nombres y apellidos de la madre o representante y su número de cédula en el área destinada para ello en la orden de admisión a consulta externa y en la historia clínica.
- Cada persona debe contar con una única tarjeta índice de paciente.
- Funcionará de acuerdo a la complejidad del establecimiento, en turnos de:

7:00 am. A 1:00 pm

1:00 pm. A 7:00 pm.

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Organización General del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud en un Establecimiento de Salud. Ministerio de Sanidad y asistencia Social
- El Departamento de Registros médicos guía para su organización. OPS
- manual para el llenado de los formularios del sistema de información en salud sis-05

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO
7.- RESPONSABLES:

- Técnico de admisión a consulta externa.
- Coordinación de Consulta Externa

8.- EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Materiales y equipos de oficina

9.- REGISTROS:

1. Orden de admisión a consulta externa Forma INSA-VM-DIES-F-001
2. Historia clínica de especialidades de consulta INSA-VM-DIES-F-002
INSA-VM-DIES-F-040 de acuerdo a la especialidad.
3. Tarjeta índice de pacientes INSA-VM-DUA-DIES-F-041
4. INSTRUCTIVO Libro de control de números asignados en consulta
externa. INSA-VM-DIES-I-001
5. LIBRO DIGITAL CONTROL DE NUMEROS ASIGNADOS. INSA-VM-
DIES-F-042
6. Carpeta digito terminal
7. Lista de control de historias primera vez de consulta externa forma
INSA-VM-DIES-F-043
8. Control de citas forma INSA-VM-DIES-F-044
9. Historia clínica básica integrada SIS 01/ HCBI para atención
primaria (red Ambulatoria)
10. Instructivo historia básica integral INSA-VM-DIES-I-002
11. Sistema de registro SICLHOS

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO

12.manual usuario sistema SICLHOS

10. DEFINICIONES:

- **Orden de admisión:** Formato donde se colocan los datos de identificación de pacientes.
- **Tarjeta Índice de Pacientes:** Archivo permanente que identifica a la persona que ha sido atendida en el hospital y las historias clínicas que se han creados para ellas.

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Nombre del Procedimiento: ADMISION DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN
CONSULTA EXTERNA

Código del Procedimiento: INSA-VM-DIES-P-001

RESPONSABLE
**TECNICO ADMISION CONSULTA
EXTERNA**
ACTIVIDAD

1. Recibe a los pacientes citados de primera vez a la consulta
2. Solicita documento de identidad
3. Elabora la orden de admisión a consulta e historia clínica con los documentos de identificación suministrado por los pacientes.
 - 3.1. En caso de ser Red Hospitalaria: llenar Según formato Orden de admisión a consulta externa Forma INSA-VM-DIES-F-001 ir al paso 4
 - 3.2. en caso de ser red ambulatoria llenar con formato SIS 01/HCBI ver instructivo I002•va al paso 9
 - 3.3. en caso de ser con sistema siclos ver instrucción manual de usuario de sistema siclos va al paso 9
4. Elabora Historia clínica de especialidades de consulta INSA-VM-DIES-F-002 AL F 040 (DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD)
5. Asigna número de historia clínica según correlativo de libro de control de números asignados

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Nombre del Procedimiento: ADMISION DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN
CONSULTA EXTERNA

Código del Procedimiento: INSA-VM-DIES-P-001

RESPONSABLE
**TECNICO ADMISION CONSULTA
EXTERNA**
ACTIVIDAD

6. Registra los datos del paciente en Libro de control de números asignados en consulta externa. Según instructivo INSA-VM-DIES-I-001. De ser digital según formato libro digital control de número asignados INSA-VM-DIES-F-042
7. Elabora Tarjeta índice de pacientes INSA-VM-DUA-DIES- F-041
8. Anexa historia en Carpeta digito terminal
9. Entrega documentos de identidad al paciente y tarjeta de control de citas forma INSA-VM-DUA-DIES-F-044
10. Orientar al paciente indicando el área de espera de acuerdo a la consulta de especialidad.
11. REGISTRA EN Lista de control de historias de primera vez de consulta externa forma INSA-VM-DUA-DIES-F-043

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Nombre del Procedimiento: ADMISION DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ EN
CONSULTA EXTERNA

Código del Procedimiento: INSA-VM-DIES-P-001

RESPONSABLE
ACTIVIDAD
**TECNICO ADMISION CONSULTA
EXTERNA**

12 Entregar al técnico encargado de las consultas de especialidades las historias clínicas de los pacientes para su atención

13 mantener un stock de material necesario para el desarrollo de las actividades en el área de admisión de consulta externa.

14 Fin de procedimiento.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO
1.- NOMBRE:

CENTRAL DE CITAS

2.- CÓDIGO:

INSA-VM-DIES-P-002

3.- OBJETIVO:

Recibir al paciente de primera vez y sucesivos que acuden a la consulta externa y especializada para solicitud de citas.

4.- ALCANCE:

Está dirigido a los técnicos asignados al área de consulta externa del Dpto. de información y estadísticas de salud.

5.- NORMAS:

- El área de admisión de pacientes en consulta externa contara con personal de información o de estadísticas de salud egresado de las universidades del país como T.S.U. en Información de salud, o en Estadísticas de salud, o en Registros y Estadísticas de salud. Se deben identificar todos los formatos de la historia clínica con nombre completo y número de historia.
- Funcionará de acuerdo a la complejidad del establecimiento, en turnos de:
7:00 am. A 1:00 pm
1:00 pm. A 7:00 pm.

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO

- Solicitar documento de identidad
- Serán atendidos todos los pacientes sin excepción.
- Debe informar al paciente pasos a seguir para el día de cita asignada:
 - Hora de consulta
 - Área de consulta
 - Debe traer tarjeta de control de cita, referencia y documento de identidad.
- Elaborar tarjetas de control de citas de acuerdo a la especialidad y devolverlo al paciente.(en los casos de pérdida de la misma)

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Organización General del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud en un Establecimiento de Salud. Ministerio de Sanidad y asistencia Social
- El Departamento de Registros médicos guía para su organización. OPS

7.- RESPONSABLES:

- Técnico de área de central de citas
- Coordinación de Consulta Externa

8.- EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Materiales y equipos de oficina

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO
9.- REGISTROS:

- control de citas forma INSA-VM-DIES-F-044
- Registro de citas INSA-VM-DIES-F-045
- Planificación consulta externa por especialidad
- Sistema de registro de citas SICLHOS
- Manual de usuario sistema registro de citas SICLHOS

10. DEFINICIONES:

- **Pacientes sucesivos:** Son pacientes que han sido evaluados anteriormente en la misma especialidad o pacientes de control.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre del Procedimiento: CENTRAL DE CITAS

Código del Procedimiento: INSA-VM-DIES-P-002

RESPONSABLE

ACTIVIDAD

TECNICO CENTRAL DE CITAS

1. Elaborar los formatos de registro de citas INSA-VM-DIES-F-045 para la consulta externa de acuerdo planificación consulta externa por especialidad
2. Asignar citas a pacientes egresados de los diferentes servicios de hospitalización. Según solicitud recibida de la técnico de hospitalización. Va al paso 6
3. Recibir a los pacientes con su referencia y/o tarjetas de cita de las diferentes áreas del hospital y ambulatorios referidos a las especialidades de consulta externa.
4. Solicitar documentación
5. Asignar citas
6. registra en el formulario de REGISTRO DE citas INSA-VM-DIES-F-045 **y en control de citas** INSA-VM-DIES-F-044 o si hay en el sistema de registro de citas por especialidades : SICLHOS
7. entrega control de cita:
 - a. si es de primera vez y sucesivos.
Entrega directamente al paciente, va al paso 8

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre del Procedimiento: CENTRAL DE CITAS

Código del Procedimiento: INSA-VM-DIES-P-002

RESPONSABLE

ACTIVIDAD

TECNICO CENTRAL DE CITAS

b. si es hospitalizados entregar tarjeta control de citas a la técnico de hospitalización va al paso 9

8. Orientar al paciente en relación a los pasos a seguir el día de la cita según norma.

9. Entregar al archivo central los registros de citas con 48 horas de anticipación,

10. Fin de procedimiento.

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO**1.- NOMBRE:**

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES

2.- CÓDIGO:

INSA-VM-DUA-DIES-P-003

3.- OBJETIVO:

Recibir al paciente de primera vez y sucesivos que acuden a la consulta externa especializadas, procesar estadística de las actividades diarias y causas de atención.

4.- ALCANCE:

Está dirigido a los técnicos asignados al área de consulta externa del Dpto. de información y estadísticas de salud Sección consulta Externa.

5.- NORMAS:

- El área de admisión de pacientes en consulta externa contara con personal de información o de estadísticas de salud egresado de las universidades del país como T.S.U. en Información de salud, o en Estadísticas de salud, o en Registros y Estadísticas de salud.
- Se deben identificar todos los formatos de la historia clínica con nombre completo y número de historia.
- Funcionará de acuerdo a la complejidad del establecimiento, en turnos de:

7:00 am. A 1:00 pm

1:00 pm. A 7:00 pm.

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUDFecha de
Implementación:
02/05/2016

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO

- No debe quedarse con ninguna historia clínica
- Verificar la entrega y devolución de historias clínicas en la consulta.
- Toda atención brindada a un paciente en el hospital será registrada.
- Las historias clínicas son propiedad del hospital
- Para historias incompletas, se citara a la persona responsable al departamento de registros médicos para completarlas.
- Las entrevistas para la obtención de datos de identificación se llevaran a cabo manteniendo la mayor privacidad posible

6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Organización General del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud en un Establecimiento de Salud. Ministerio de Sanidad y asistencia Social
- El Departamento de Registros médicos guía para su organización. OPS

7.- RESPONSABLES:

- Técnico de área de consulta externa Especializadas
- Coordinación de Consulta Externa

8.- EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Materiales y equipos de oficina

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO
9.- REGISTROS:

- Historia clínica de especialidades de consulta INSA-VM-DUA-DIES-F-002 - F-040
- EPI-10 Registro de actividades diarias de Consulta Externa
 - SIS 01 HCBI
 - SIS-02 EPI 10
 - REGISTRO DE CITAS CONSULTA EXTERNA : INSA-VM-DIES-F-045

10.- DEFINICIONES:

- **Epi 10:** Registro de actividades diarias de Consulta Externa.
- **Pacientes sucesivos:** Son pacientes que han sido evaluados anteriormente en la misma especialidad o pacientes de control.
- **Historia clínica:** El conjunto de formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Nombre del Procedimiento: CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES

Código del Procedimiento: INSA-VM-DIES-P-003

RESPONSABLE
ACTIVIDAD
TECNICO CONSULTA EXTERNA

1. Tener a mano hoja de registro diario de cita y EPI 10
2. Retirar las historias clínicas de los pacientes citados del archivo central.
3. Chequea historia Vs registro de citas
 - a. Faltan historia solicitar
4. Recibe referencias de los pacientes con citas de primera vez y la tarjeta control de citas de los pacientes sucesivos a las diferentes consultas de Especialidades.
5. Verifica fecha de cita
6. Organiza por orden de llegada y clasifica los pacientes de primera vez y pacientes sucesivos.
 - a. Si es paciente sin cita ir procedimiento PACIENTE CASOS ESPECIALES INSA-VM-DIES-P-004
7. Orienta al paciente en relación al área de espera

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Nombre del Procedimiento: CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES

Código del Procedimiento: INSA-VM-DIES-P-003

RESPONSABLE
ACTIVIDAD
TECNICO CONSULTA EXTERNA

8. distribuir las historias clínicas de acuerdo a la orden de llegada

a. si es primera vez Entrega referencias de pacientes de primera vez Al técnico de admisión encargado de elaborar las historias clínicas ver PROCEDIMIENTO: INSA VM-DIES- P-001

b. Recibe historia de primera vez elaborada, va al paso 9

c. Si es sucesivo entrega historia consulta correspondiente a enfermera.

Enfermera

9 Enfermera recibe historia clínica y formato EPI-10 Registro de actividades diarias de Consulta Externa

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Nombre del Procedimiento: CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES

Código del Procedimiento: INSA-VM-DIES-P-003

RESPONSABLE
ACTIVIDAD
TECNICO CONSULTA EXTERNA

10. Al culminar consulta: Recibe historias y el epi 10 y chequea según hoja de registro de citas:

- a. Historias clínicas:
 - i. están completas , continua
 - ii. No están completas solicita a enfermera,
 - 1. Enfermera entregó, continua
 - 2. No apareció, levanta acta de no recibir historia.

- b. Verifica formato EPI 10,
 - iii. esta completo, continua
 - iv. No está completo, solicita al médico completar datos

11. Elaborar estadísticas de pacientes atendidos en consulta externa

- a. Colocar:
 - i. Sexo: masculino femenino totalizar
 - ii. Causas de atención: Solo incidencias

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Nombre del Procedimiento: CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES

Código del Procedimiento: INSA-VM-DIES-P-003

RESPONSABLE
ACTIVIDAD
TECNICO CONSULTA EXTERNA

12. Devuelve al archivo central las historias clínicas con el EPI 10
13. Elaborar el formulario de actividades de consulta externa EPI 10 por especialidades con 24 horas de anticipación.
14. Entrega estadísticas a coordinación de consulta externa
15. Firma libro de entrega de estadísticas a la coordinadora.
16. Fin de procedimiento.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO

1.- NOMBRE:

Pacientes casos especiales

2.- CÓDIGO:

INSA-VM-DUA-DIES-P-004

3.- OBJETIVO:

Recibir al paciente de primera vez y sucesivos que acuden a la consulta externa, especializadas, si estar citados.

4.- ALCANCE:

Está dirigido a los técnicos asignados al área de consulta externa del Dpto. de información y estadísticas de salud.

5.- NORMAS:

- El área de admisión de pacientes en consulta externa contara con personal de información o de estadísticas de salud egresado de las universidades del país como T.S.U. en Información de salud, o en Estadísticas de salud, o en Registros y Estadísticas de salud.
- Se deben identificar todos los formatos de la historia clínica con nombre completo y número de historia.
- Funcionará de acuerdo a la complejidad del establecimiento, en turnos de:
7:00 am. A 1:00 pm
1:00 pm. A 7:00 pm.

Elaborado por:

**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**

Revisado por:

**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**

Aprobado por:

**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO
6.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Organización General del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud en un Establecimiento de Salud. Ministerio de Sanidad y asistencia Social
- El Departamento de Registros médicos guía para su organización. OPS

7.- RESPONSABLES:

- Técnico de área de consulta externa Especializadas
- Coordinación de Consulta Externa

8.- EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

- Materiales y equipos de oficina

9.- REGISTROS:

- Historia clínica de especialidades de consulta INSA-VM-DUA-DIES-F-002
INSA-VM-DUA-DIES-F-040 de acuerdo a la especialidad.
- informe diario de actividades epi 10

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre del Procedimiento: PACIENTES CASOS ESPECIALES

Código del Procedimiento: INSA-VM-DUA-DIES-P-004

RESPONSABLE

ACTIVIDAD

TECNICO CONSULTA EXTERNA

1. Recibe al Paciente sin citas:
2. Determina si hay cupo en la consulta
 - 2.1 Si hay cupo:
 - 2.1.1 Solicite al paciente su tarjeta de citas o referencia
 - 2.1.2. Registre al paciente en la lista de control de pacientes citados y en Epi 10
 - 2.1.3. Solicite la historia clínica en el archivo central
 - 2.1.4. Indique al paciente donde será atendido
 - 2.2 Si no hay cupo;
 - 2.2.1 Indique al paciente los pasos a seguir para su atención en la consulta especializada
- 3 Si es el medico quien solicita el Pedido extra de paciente que serán atendidos en la consulta externa:
 3. 1 Se atenderán pedidos extras de pacientes únicamente mediante la solicitud y firma del médico que atenderá el paciente.
 - 3.2 Verifique que la orden es para ese día.
 - 3.3 Siga los pasos para pacientes de casos especiales descritos en el paso 2.1
- 4 FIN DEL PROCEDIMIENTO

Elaborado por:
Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES



Revisado por:
Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD



Aprobado por:
Dr. Raul Falcón
Presidente de INSALUD



Fecha de
Implementación:
02/05/2016

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

ANEXOS


 		Tarjeta índice de pacientes	
C.I.:		CODIGO:	INSA-VM-DIES-F-001
		NUM DE HISTORIA:	
DATOS DE IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRE			
LUGAR Y FECHA DE NAC.:			SEXO
DIRECCION:			
REPRESENTANTE(CASO MENOR DE EDAD)		C.I.:	PARENTESCO:
TELEFONO:	OCUPACION:	TECNICO:	


 		ORDEN DE ADMISION CONSULTA EXTERNA	
FECHA:		CODIGO:	INSA-VM-DIES-F-001
CONSULTA		NUM DE HISTORIA:	
DATOS DE IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRE			C.I.:
LUGAR Y FECHA DE NAC.:		EDAD:	SEXO
DIRECCION:			
REPRESENTANTE(CASO MENOR DE EDAD)		C.I.:	PARENTESCO:
TELEFONO:	OCUPACION:	TECNICO:	

 		ORDEN DE ADMISION CONSULTA EXTERNA	
FECHA:		CODIGO:	INSA-VM-DIES-F-001
CONSULTA		NUM DE HISTORIA:	
DATOS DE IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRE			C.I.:
LUGAR Y FECHA DE NAC.:		EDAD:	SEXO
DIRECCION:			
REPRESENTANTE(CASO MENOR DE EDAD)		C.I.:	PARENTESCO:
TELEFONO:	OCUPACION:	TECNICO:	

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Formatos INSA-VM-DIES-F-002 al INSA-VM-DIES-F-040 son por especialidades se publicaran formatos únicos

 		Tarjeta índice de pacientes	
CI		CODIGO:	INSA-VM-DIES-F-041
		NUM DE HISTORIA:	
DATOS DE IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRE			
LUGAR Y FECHA DE NAC.:		EDAD:	SEXO
FECHA DE INGRESO	DEPARTAMENTO/SERVICIO	TECNICO:	

 		Tarjeta índice de pacientes	
CI		CODIGO:	INSA-VM-DIES-F-041
		NUM DE HISTORIA:	
DATOS DE IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRE			
LUGAR Y FECHA DE NAC.:		EDAD:	SEXO
FECHA DE INGRESO	DEPARTAMENTO/SERVICIO	TECNICO:	

 		Tarjeta índice de pacientes	
CI		CODIGO:	INSA-VM-DIES-F-041
		NUM DE HISTORIA:	
DATOS DE IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRE			
LUGAR Y FECHA DE NAC.:		EDAD:	SEXO
FECHA DE INGRESO	DEPARTAMENTO/SERVICIO	TECNICO:	

 		Tarjeta índice de pacientes	
CI		CODIGO:	INSA-VM-DIES-F-041
		NUM DE HISTORIA:	
DATOS DE IDENTIFICACION			
APELLIDOS Y NOMBRE			
LUGAR Y FECHA DE NAC.:		EDAD:	SEXO
FECHA DE INGRESO	DEPARTAMENTO/SERVICIO	TECNICO:	

[illegible]

Lista de control de historias primera vez de consulta externa

CODIGO: INSA-VM-DIES-F-043

fecha:

Nº Paciente de 1ra.

Nº	Nº HISTORIA	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Lista de control de historias primera vez de consulta externa

CODIGO: INSA-VM-DIES-F-043

fecha:

Nº Paciente de 1ra.

Nº	Nº HISTORIA	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

CODIGO: INSA-VM-DIES-F-045

Nº Paciente de 1ra.

Nº Paciente de 2da.

CONSULTA DE

MEDICO

FECHA

Nº	Nº HISTORIA	NOMBRES Y APELLIDOS	OBSERVACIONES
	Cons.Inicial		
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Consulta Sucesiva

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

Consulta Interdepartamental

1			
2			
3			
4			

[illegible]

3.a) Desarrollo Psicomotor (Especifique Edad)		3.a.1 Llenado la Cabeza	3.a.2 Sentado Social	3.a.3 Se Sentó	3.a.4 Gateó	3.a.5 Se Paró	3.a.6 Caminó	3.a.7 Corrió	3.a.8 Palabras	3.a.9 Control de Extremidades				3.a.10 Rendimiento Escolar			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1. Vascular	2. Anal	1. B	2. R	3. D	
3.b) Examen Físico																	
Consulta N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
3.b.1	Fecha																
3.b.2	Edad																
3.b.3	Peso																
3.b.4	Talla																
3.b.5	Perímetro Cefálico																
3.b.6	Presión Arterial																
3.b.7	Temperatura																
3.b.8	Frecuencia Respiratoria																
3.b.9	Pulso																
3.b.10	Perímetro de la Cintura																
3.b.11	Perímetro medio del brazo																
3.b.12	Clasif. Antropométrica Nutricional																
3.b.13	Desarrollo Psicomotor																
3.b.14	Desarrollo Intelectual																
3.b.15	Cabeza																
3.b.16	Fontanelas																
3.b.17	Cuello																
3.b.18	Oídos																
3.b.19	Ojos (Agudeza Visual)																
3.b.20	Nariz																
3.b.21	Boca																
3.b.22	Garganta																
3.b.23	Cardiovascular																
3.b.24	Respiratorio																
3.b.25	Abdomen																
3.b.26	Genitales (M. F)																
3.b.27	Maduración Sexual																
3.b.28	Tacto (Recto o Vagina)																
3.b.29	Uterino																
3.b.30	Huesos / Articulación																
3.b.31	Extremidades																
3.b.32	Neurológico y Psíquico																
3.b.33	Ganglio Linfático																
3.b.34	Piel																
3.b.35	Ectoparasitosis																
3.b.36	Parasitosis Intestinal																
3.b.37	Programas																
3.b.38	Discapacidad																
3.b.39	Restricción de la participación																

3) Examen Físico

3.c) Examen del aparato masculino y femenino

1		2		3	
1. Citología de Cuello	<input type="checkbox"/>	1. Citología de Cuello	<input type="checkbox"/>	1. Citología de Cuello	<input type="checkbox"/>
2. B. Cervix	<input type="checkbox"/>	2. B. Cervix	<input type="checkbox"/>	2. B. Cervix	<input type="checkbox"/>
3. Ex. de Mamas	<input type="checkbox"/>	3. Ex. de Mamas	<input type="checkbox"/>	3. Ex. de Mamas	<input type="checkbox"/>
4. Colposcopia	<input type="checkbox"/>	4. Colposcopia	<input type="checkbox"/>	4. Colposcopia	<input type="checkbox"/>
5. Ex. de Próstata	<input type="checkbox"/>	5. Ex. de Próstata	<input type="checkbox"/>	5. Ex. de Próstata	<input type="checkbox"/>

3.a) Desarrollo Psicomotor (Especifique Edad)		3.a.1 Levanta la Cabeza	3.a.2 Sonríe Social	3.a.3 Se Sentó	3.a.4 Gateó	3.a.5 Se Paró	3.a.6 Caminó	3.a.7 Corrió	3.a.8 Primeras Palabras	3.a.9 Control de Esfínter			3.a.10 Rendimiento Escolar			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1. Vesicular	2. Anal	1. B	2. R	3. D
3.b) Examen Físico																
Consulta N°																
3.b.1 Fecha																
3.b.2 Edad																
3.b.3 Peso																
3.b.4 Talla																
3.b.5 Perímetro Cefálico																
3.b.6 Presión Arterial																
3.b.7 Temperatura																
3.b.8 Frecuencia Respiratoria																
3.b.9 Pulso																
3.b.10 Perímetro de la Cintura																
3.b.11 Perímetro medio del brazo																
3.b.12 Clasif. Antropométrica Nutricional																
3.b.13 Desarrollo Psicomotor																
3.b.14 Desarrollo Intelectual																
3.b.15 Cabeza																
3.b.16 Fontanelas																
3.b.17 Cuello																
3.b.18 Oídos																
3.b.19 Ojos (Agudeza Visual)																
3.b.20 Nariz																
3.b.21 Boca																
3.b.22 Garganta																
3.b.23 Cardiovascular																
3.b.24 Respiratorio																
3.b.25 Abdomen																
3.b.26 Genitales (M. F)																
3.b.27 Maduración Sexual																
3.b.28 Tacto (Recto o Vagina)																
3.b.29 Urinario																
3.b.30 Huesos / Articulación																
3.b.31 Extremidades																
3.b.32 Neurológico y Psíquico																
3.b.33 Ganglio Linfático																
3.b.34 Piel																
3.b.35 Ectoparasitos																
3.b.36 Parasitosis Intestinal																
3.b.37 Programas																
3.b.38 Discapacidad																
3.b.39 Restricción de la participación																

3) Examen Físico

3.c) Examen del aparato masculino y femenino

1	<p>1. Citología de Cuello <input type="checkbox"/></p> <p>2. B. Cervix <input type="checkbox"/></p> <p>3. Ex. de Mamas <input type="checkbox"/></p> <p>4. Colposcopia <input type="checkbox"/></p> <p>5. Ex. de Próstata <input type="checkbox"/></p>
2	<p>1. Citología de Cuello <input type="checkbox"/></p> <p>2. B. Cervix <input type="checkbox"/></p> <p>3. Ex. de Mamas <input type="checkbox"/></p> <p>4. Colposcopia <input type="checkbox"/></p> <p>5. Ex. de Próstata <input type="checkbox"/></p>
3	<p>1. Citología de Cuello <input type="checkbox"/></p> <p>2. B. Cervix <input type="checkbox"/></p> <p>3. Ex. de Mamas <input type="checkbox"/></p> <p>4. Colposcopia <input type="checkbox"/></p> <p>5. Ex. de Próstata <input type="checkbox"/></p>

4) Evolución (S.O.A.P.)			Nombre y Apellido:		Nº de Historia:	
1.	1. Fecha: / /	2. Nombre del Médico:			3. Matricula del Médico:	
4.	Clasificación del Médico:		6. Objetivo (O) (Hallazgos al ex. Físico):		10. Tipo P O S O X O	
5.	Subjetivo (S) (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual):					
7.	Apreciación (A) (Diagnóstica):		8. Plan (P) (Terapéutico, Promocional, Rehabilitación):	9. Tratamiento (Farmacológico, No Farmacológico):	11. Referido:	
2.	1. Fecha: / /	2. Nombre del Médico:			3. Matricula del Médico:	
4.	Clasificación del Médico:		6. Objetivo (O) (Hallazgos al ex. Físico):		10. Tipo P O S O X O	
5.	Subjetivo (S) (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual):					
7.	Apreciación (A) (Diagnóstica):		8. Plan (P) (Terapéutico, Promocional, Rehabilitación):	9. Tratamiento (Farmacológico, No Farmacológico):	11. Referido:	
3.	1. Fecha: / /	2. Nombre del Médico:			3. Matricula del Médico:	
4.	Clasificación del Médico:		6. Objetivo (O) (Hallazgos al ex. Físico):		10. Tipo P O S O X O	
5.	Subjetivo (S) (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual):					
7.	Apreciación (A) (Diagnóstica):		8. Plan (P) (Terapéutico, Promocional, Rehabilitación):	9. Tratamiento (Farmacológico, No Farmacológico):	11. Referido:	
4.	1. Fecha: / /	2. Nombre del Médico:			3. Matricula del Médico:	
4.	Clasificación del Médico:		6. Objetivo (O) (Hallazgos al ex. Físico):		10. Tipo P O S O X O	
5.	Subjetivo (S) (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual):					
7.	Apreciación (A) (Diagnóstica):		8. Plan (P) (Terapéutico, Promocional, Rehabilitación):	9. Tratamiento (Farmacológico, No Farmacológico):	11. Referido:	

-10 Registro de actividades diarias de Consulta Externa.

CONSULTA DE: _____ **MEDICO Dr.** _____

FECHA Y HORA:_____

[illegible]

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Libro de control de números asignados en consulta externa **Código del Formularios:** Código: INSA-VM-DIES-I001

1. El libro debe estar identificado en la caratula con:
 - 1.1. Titulo: Control de números asignados en consulta externa
 - 1.2. Nombre del hospital
 - 1.3. Debe incluirse el numero de la primera historia
 - 1.4. Al finalizar el libro de colocarse en la caratula número final de historia registrada
2. Páginas:
 - 2.1. Debe iniciarse en la primera pagina
 - 2.2. No debe dejar hojas en blanco
 - 2.3. Llenar hasta la última línea para pasar a la siguiente pagina
 - 2.4. Utilizar siguiente formato.

NUMERO DE HISTORIA	APELLIDOS Y NOMBRES	SEXO	FECHA	CONSULTA

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

- Esta historia consta de 2 hojas:

En la Hoja 1 (Anverso): se recogen los datos de:

- 1) Datos del usuario
- 2) Antecedentes
 - 2a) Antecedentes perinatales en menores de 19 años,
 - 2b) Antecedentes familiares y otros contactos,
 - 2c) Antecedentes personales a cualquier edad.

En esta página en el ángulo inferior izquierdo aparece un cuadro identificado como "Observaciones".

En la Hoja 1(Reverso): Se anota lo correspondiente a.

- 3) Exploración Funcional
 - 3a) Desarrollo Psicomotor
 - 3b) Examen físico con enfoque de género
 - 3c) Examen aparato masculino y femenino.

En la Hoja 2 (Anverso): Se recogen todos los datos que corresponden a:

- 4) Evolución del usuario (S.O.A.P).

En la Hoja 2 (Reverso): Aparecen los cuadros necesarios para registrar:

- 5) Inmunizaciones
- 6) Exámenes Paraclínicos
 - 6a) Laboratorio
 - 6b) Imagenología

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

Al pie aparece un espacio para observaciones relacionadas a datos de interés del usuario.

Al analizar el contenido de la historia podemos dividirla en las siguientes:

HOJA 1 (ANVERSO):

El miembro del equipo de salud designado llenará el encabezamiento de la entrevista, la cual corresponde a los datos de identificación del mismo, como se explica a continuación:

1.- APELLIDOS DE LA FAMILIA: Se escriben los apellidos de la familia.

2.- CÉDULA DE IDENTIDAD (C.I.) JEFE (A) DE FAMILIA: Se escribe el número de cédula correspondiente, al jefe (a) de familia, sostén del hogar.

3.- NÚMERO DE HISTORIA: Este será según el usuario consultante, el número de CI del jefe (a) de familia y en las dos últimas casillas se colocará los códigos de la siguiente manera:

Si es el JEFE (A) DE FAMILIA: Será el mismo número de Cédula de Identidad.

CONYUGUE O PAREJA: Corresponderá al número de C.I. del jefe (a) de familia y en las dos últimas casillas el código cero – cero (0 0)

Si son HIJOS: Se asigna el número de C.I. del jefe (a) de familia y en las dos últimas casillas inicia con el código 01 – 02 – 03 – 04... n según sea el orden de nacimiento por cada hijo consultante.

PARIENTE, AMIGO QUE DEPENDE DEL JEFE DE FAMILIA Y VIVEN BAJO EL MISMO TECHO: Se codificará con el N° de C.I. del jefe (a) de familia y los tres últimos dígitos de la C.I. del consultante.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

4.- HUELLA DACTILAR: Se indica la colocación de la huella dactilar del usuario (a), lo cual da a la HCBI un carácter de documento medico legal.

1. Apellido (s) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	4. Huella Dactilar del Usuario <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
2. C.I. Jefe (a) de Familia: V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
3. Número de Historia:	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

1.- DATOS DEL USUARIO:

1.1.- Primer Apellido: escribir en letra de imprenta legible el primer apellido como aparece en la cedula de identidad.

1.2.- Segundo Apellido: escribir en letra de imprenta legible el segundo apellido tal como aparece en la cedula de identidad.

1.3.- Primer Nombre: escribir en letra de imprenta legible el primer nombre como aparece en la cedula de identidad.

1.4.- Segundo Nombre: escribir en letra de imprenta legible el segundo nombre como aparece en la cedula de identidad.

1.5.- Cedula de Identidad o Pasaporte: Es necesario identificar el número de cédula o pasaporte del usuario de la siguiente manera:

Se debe marcar con una "X" si es venezolano o extranjero y llenar la casilla con el número correspondiente a la cédula de identidad o pasaporte (desde la primera casilla). En caso de ser un niño que no posee cédula de identidad colocar el mismo número de CI de la madre.

1.6.- Etnia: Se registra en esta casilla el pueblo indígena al que pertenece el usuario, colocando en el recuadro anexo el código del mismo (Ver SIS- Códigos)

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES
Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

1.7.- Nacionalidad: Se debe escribir la nacionalidad en caso de ser venezolano o el país de origen en caso de ser extranjero, colocando en el recuadro anexo el código del país de origen (Ver SIS- Códigos).

1.8 .- Fecha de Nacimiento: Se debe especificar la fecha de nacimiento del usuario, escribir donde corresponda, el día, mes y año.

1.9 .- Sexo: Marcar con una "X" la casilla correspondiente a sexo.

1.10.- País de nacimiento: escribir el país de nacimiento.

1.11.- Entidad: escribir la entidad federal a la que pertenece el país de nacimiento.

1.12.- Municipio: escribir el municipio al cual pertenece la entidad federal.

1.13.- Ciudad: escribir la ciudad a la cual pertenece el municipio

1.14.- Situación conyugal: Marcar con una X la situación conyugal para el momento, del usuario (a) el cual puede ser: S soltero, C casado, V viudo, D divorciado, SE separado, U unido.

1.15.- Analfabeta: Marcar con una X en caso que el usuario no sepa leer ni escribir.

1.16.- Nivel educativo: Se debe marcar con una X la situación actual:

I: Inicial

P: Primaria

S: Secundaria

TM: Técnico Medio

EE: Educación Especial

U: Universitaria

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES
Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

1.17.- Misión educativa: En caso de marcar EE, se debe especificar el tipo de Misión, Robinsón, Ribas o Sucre.

1.18.- Años Aprobados del Nivel Educativo: Indicar los años aprobados en el último nivel.

1.19.- Profesión: Debe indicar la profesión del usuario (a).

1.20.- Ocupación: Debe indicar la ocupación o labor que desempeña el usuario (a) en la actualidad.

1.21.- Seguridad Social: Se debe marcar con una X si el usuario es cotizante o no del Seguro Social.

DIRECCION DE HABITACION (RESIDENCIA)

1.22.- Entidad de residencia: escribir la entidad federal de residencia

1.23.- Municipio de residencia: escribir el municipio al cual pertenece la entidad federal de residencia.

1.24.- Parroquia de residencia: escribir la parroquia a la cual pertenece el municipio de residencia.

1.25.- Localidad de residencia: escribir la localidad a la cual pertenece la parroquia de residencia.

1.26.- Urbanización/Sector/Zona Industrial

1.27.- Avenida/Carrera/Esquina

1.28.- Edificio/Quinta/Galpón

1.29.- Piso/Planta/Local

1.30.- Código Postal

1.31.- Teléfono de habitación

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:

Código: INSA-VM-DIES-I002

1.32.- Teléfono móvil

1.33.- Punto de referencia

1.34.- Tiempo de residencia

1.35.- Correo electrónico

1.36.- Nombre de la madre en caso de ser menor de 19 años.

1.37.- Nombre del padre en caso de ser menor de 19 años.

1.38.- Otra dirección de residencia: Anotar otra dirección del usuario si la tiene o de cualquier familiar o amigo a quien se pueda ubicar.

1) Datos del Usuario	1.1 Primer Apellido:		1.2 Segundo Apellido:		1.3 Primer Nombre:		1.4 Segundo Nombre:	
	1.5 C.I. o Pasaporte:		1.6 Etnia:		1.7 Nacionalidad:		1.8 Fecha de Nacimiento:	
	1.10 País de Nacimiento:		1.11 Entidad de Nacimiento:		1.12 Municipio de Nacimiento:		1.13 Ciudad de Nacimiento:	
	1.14 Situación Conyugal:		1.15 Analfabeta:		1.16 Nivel Educativo:		1.17 Misión Educativa:	
	1.20 Ocupación:		1.21 ¿Cotiza Seguro Social?		Dirección de Habitación (Residencia):		1.22 Entidad de Residencia:	
	1.24 Parroquia de Residencia:		1.25 Localidad de Residencia:		1.26 Urb./Sector/ Zona Industrial:		1.27 Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vareda:	
	1.28 Casa/Edif./ Quinta/Galpón:		1.29 Piso/ Planta/Local:		1.30 Código Postal:		1.31 Teléfono de Habitación (fijo):	
	1.32 Teléfono Celular (móvil):		1.33 Punto de Referencia:		1.34 Tiempo de Residencia:		1.35 Correo Electrónico:	
	1.36 Nombre de la Madre:		1.37 Nombre del Padre:		1.38 Otra Dirección de Residencia:			

2 a): ANTECEDENTES PERINATALES EN MENORES DE 19 AÑOS.

Es obligatorio hacer un interrogatorio minucioso a todo usuario menor de 19 años, no significa que en adultos sea menos importante. En esta área se pueden encontrar datos patológicos relevantes que tengan relación con el período perinatal para orientar un diagnóstico. Si el usuario es un menor de 19 años debe llenar obligatoriamente los siguientes ítems:

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de Implementación:
02/05/2016

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

Los ítems 2 a.1 al 2 a.20, son preguntas relacionados con el nacimiento del usuario correspondiendo desde el ítems 2 a.1, 2 a.3 a 2 a.11, y 2 a.18 a 2 a.20 a preguntas dicotómicas en donde se debe registrar con una “X” en la columna correspondiente (lo Patológico de color rojo, en caso contrario marque la “X” en lápiz de grafito, pues en cualquier momento un dato negativo puede convertirse en positivo. La razón de esto es, que el SIS-01/HCB, es una historia de vida y si ha marcado con bolígrafo u otro color tendría que trasladar todos los datos a otra hoja. En caso de ser afirmativo marcar el cuadro y utilizar las observaciones para completar la información con su correspondiente código.

Los Ítems 2 a.2, y del 2 a.12 al 2 a.17, se deben llenar con texto según corresponda:

2 a.2.- Coloque el número de consultas prenatales

2 a.12. Coloque el peso al nacer

2 a.13. Coloque la talla al nacer.

2 a.14. Coloque el perímetro cefálico al nacer.

2 a.15, 2 a.16 y 2 a.17. En relación a la lactancia, se pregunta sobre el tipo de lactancia.

Exclusiva: Indicar hasta qué mes fue exclusiva.

Mixta: Indicar el mes de vida en el cual se inicio.

Ablactación: Indicar el mes de vida en que ceso la lactancia colocar el número de mes.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:

Código: INSA-VM-DIES-I002

**2.a) Antecedentes Perinatales
en Menores de 19 años**

	Si	No
2.a.1 <u>Carnet</u> Prenatal: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.2 Nº de Consultas Prenatal (Z34.9): _____		
2.a.3 Trastornos del Embarazo (Z87.5): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.4 Embarazo a término (Z34.9): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.5 Parto único espontáneo (O80.9): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.6 Parto por cesárea (Z87.5): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.7 Parto por fórceps (Z87.5): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.8 Complicaciones del parto (Z87.5): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.9 Complicación del puerperio (Z87.5): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.10 Trastornos del RN (Z87.6): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.11 Reanimación (Z87.6): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.12 Peso al Nacer (Z00.1): _____		gr.
2.a.13 Talla al Nacer (Z00.1): _____		cm.
2.a.14 Perímetro Cefálico (Z00.1): _____		cm.
2.a.15 Lactancia Exclusiva (Z13.2): _____		m.
2.a.16 Lactancia Mixta (Z13.2): _____		m.
2.a.17 <u>Ablactación</u> (Z13.2): _____		m.
2.a.18 Egreso RN Patológico (Z87.6): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.19 Asfixia (Z87.6): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.a.20 Egreso RN Sano (Z87.6): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2b): ANTECEDENTES FAMILIARES Y OTROS CONTACTOS.

En el siguiente cuadro se pregunta los Antecedentes de Patologías presentes en familiares u otros contactos:

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

Se indica con una “X” en rojo cualquier enfermedad sufrida en familiares, al final, en la casilla de observación se hace el llamado con el código correspondiente para hacer las especificaciones, Marque:

A: Padre

B: Madre

C: Hermanos

D: Abuelos

E: Otros

F: Niega

La organización se realizo según lo señala la CIE -10 donde se establece el código y el orden de esa clasificación: Z80-Z99 “Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con su historia familiar y personal y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud”

2.b) Antecedentes Familiares y Otros Contactos			
Contactos			
A: Padre / B: Madre / C: Hermanos D: Abuelos / E: Otros / F: Niega			
	Si	No	Cont.
2.b.1 Cáncer (Z80.9):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.2 Alcoholismo (Z81.1):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.3 Tabaquismo (Z81.2):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.4 Drogas (Z81.3):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.5 T. Mentales (Z81.8):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.6 Neurológica (Z82.0):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.7 Várices (Z82.4):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.8 Cardiopatía (Z82.4):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.9 HTA Sist. (Z82.4):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.10 Asma (Z82.5):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.11 Artritis (Z82.6):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.12 Malf. Congénita (Z82.7):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.13 VIH/SIDA (Z83.0):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.14 Sífilis/ITS (Z83.1):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.15 Tuberculosis (Z83.1):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.16 Alergia (Z83.2):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.17 Diabetes (Z83.3):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.18 Desnutrición (Z83.4):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.19 Obesidad (Z83.4):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.20 Gastropatía (Z83.7):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.21 Enf. Renal (Z84.1):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.b.22 Otras (observaciones):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**

No

**Fecha de
Implementación:**
02/05/2016

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

2c): ANTECEDENTES PERSONALES A CUALQUIER EDAD

El proceso de registro es el mismo que en las secciones anteriores resaltando con rojo lo relevante y lápiz de grafito lo no alterado.

SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:

Se recoge información en relación a los antecedentes sexuales y reproductivos los ítems

2 c.1 al 2 c.8 y del 2 c.11 al 2 c.14 se escribirán con texto, el 2 c.7 frecuencia de relaciones sexuales al mes, el 2 c.8 número de parejas en el ultimo año, el 2 c.9, 2 c.10 y 2 c.15 al 2 c.17 se marcara con una X la respuesta en el cuadro que corresponda.

Sexuales y Reproductivos	
2 c.1 Telarquia:	_____
2 c.2 Pubarquia:	_____
2 c.3 Menarquia:	_____
2 c.4 Inicio Crec. Testicular:	_____
2 c.5 Ciclo Menstrual:	_____
2 c.6 Primera Relación Sexual:	_____
2 c.7 Frecuencia de Rel. Sexual:	_____
2 c.8 Número de Parejas:	_____
2 c.9 Rel. Sexual Satisfactoria:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2 c.10 Anticoncepción:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
1. ACO <input type="radio"/> 2. DIU <input type="radio"/> 3. Otro <input type="radio"/>	
2 c.11 Número de Gestas:	_____
2 c.12 Número de Partos:	_____
2 c.13 Número de Cesáreas:	_____
2 c.14 Número de Abortos:	_____
2 c.15 Legrado Uterina:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2 c.16 Menopausia / Andropausia:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2 c.17 Otros:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

ESTILO Y MODO DE VIDA:

A partir del código # 2 c.18 al 2 c.27

Se recoge la información sobre problemas relacionados con el estilo y modo de vida y se marca con una "X" el cuadro que corresponda al antecedente (SI o NO) con respecto al factor interrogado los ítems 2 c.18, 2 c.21 y 2 c.23 al 2 c.27. En el Ítem 2 c.19 se debe escribir el número de años que han transcurrido desde el inicio del habito, el 2 c.20 esta destinado a escribir frecuencia/día y el 2 c.22 frecuencia/semana.

<p><i>Estilo y Modo de Vida</i></p> <p>2.c.18 Fuma (Z72.0): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2.c.19 ¿Desde cuándo Fuma?(Z72.0):</p> <p>2.c.20 Nº de Cigarrillos al día (Z72.0):</p> <p>2.c.21 Alcohol (Z72.1): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>2.c.22 Cant. de Alcohol x sem (Z72.1):</p> <p>2.c.23 Drogas ilícitas (Z72.2): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2.c.24 Actividad Física (Z72.3): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2.c.25 Sedentarismo (Z72.3): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2.c.26 Manejo del Estrés (Z72.3): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2.c.27 Otros: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
---	--

HISTORIA DE PATOLOGIA PERSONAL:

A partir del código # 2 c.28 al 2 c.72

Se recoge la información sobre historia de patología personal y se marca con una "X" el cuadro que corresponda al antecedente (SI o NO) con respecto a la enfermedad interrogada. Si la respuesta es afirmativa se marca con "X" en rojo en Si, y si es negativo se marca "X" en No con lápiz de grafito.

El código 2 c.69 esta destinado a recoger información sobre el tipeaje (grupo sanguíneo y Rh). El 2 c.70 y 2 c.71 esta destinado a registrar antecedentes sobre hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, en caso de ser afirmativo colocar si en la casilla correspondiente y especificar en observaciones.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:

Código: INSA-VM-DIES-I002

Historia de Patología Personal

- 2.c.28 Tumor Benigno (D10-D36): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.29 Tumor Maligno (Z85.0): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.30 Enf. Eruptivas (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.31 I.T.S. (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.32 Meningitis (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.33 Chagas (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.34 Tuberculosis (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.35 Dengue (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.36 Hansen (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.37 Leishmaniasis (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.38 Leptospirosis (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.39 Malaria (Z86.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.40 Desnutrición (Z86.3): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.41 Diabetes (Z86.3): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.42 Dislipidemias (Z86.3): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.43 Obesidad (Z86.3): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.44 Trastorno del Apetito (Z86.5): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.45 Enuresis (Z86.5): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.46 Chupa Dedo (Z86.5): ☐ Sí ☐ No

- 2.c.47 Onicofagia (Z86.5): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.48 Trastorno del Llanto (Z86.5): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.49 HTA Sistémica (Z86.7): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.50 Tromboembolismo (Z86.7): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.51 Várices (Z86.7): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.52 Cardiopatía (Z86.7): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.53 Asma (Z87.0): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.54 Neumonía (Z87.0): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.55 Gastroenteropatías (Z87.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.56 Hepatopatías (Z87.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.57 Trast. de Evacuación (Z87.1): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.58 Colagenopatías (Z87.3): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.59 Artritis (Z87.3): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.60 Trast. Micciones (Z87.4): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.61 Enfermedad Renal (Z87.4): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.62 Alergias (Z88.9): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.63 Trastornos del Sueño (Z91.3): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.64 Violencia Psicológica (Z91.4): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.65 Violencia Física (Z91.6): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.66 Violencia Sexual (Z91.6): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.67 Accidentes (Z91.8): ☐ Sí ☐ No
- 2.c.68 Otros: ☐ Sí ☐ No
- 2.c.69 Grupo Sanguíneo: ☐ RH ☐
- 2.c.70 Hospitalización: ☐ Sí ☐ No
- 2.c.71 Intervención Quirúrgica: ☐ Sí ☐ No
- 2.c.72 Otros: ☐ Sí ☐ No

OBSERVACIONES:

En este cuadro de observaciones ubicado en el ángulo inferior izquierdo se aclaran las situaciones interrogadas que requieran explicación adicional precediendo a cada explicación con el código correspondiente al ítem que se aclarará...

Observaciones:

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

HOJA N° 1 (REVERSO):

Esta página consta de 3 partes:

3 a: Desarrollo Psicomotor

3 b: Examen Físico

3 c: Examen del Aparato Reproductor Masculino y Femenino.

3 a): DESARROLLO PSICOMOTOR.

Esta parte debe ser llenada si el usuario es un menor de 10 años. Se le pregunta a la madre o representante sobre el desarrollo psicomotor del niño y se anota número en meses según sea la respuesta.

El rendimiento escolar se indica con una "X" en la casilla correspondiente.

Para las conductas de desarrollo seguirá instrucciones registradas en el manual de atención al lactante y preescolar. Según este Manual el rendimiento se mide hasta los cinco años (ver anexo)

3.a) Desarrollo Psicomotor (Especifique Edad)	3.a.1 Cabeza	3.a.2 Social	3.a.3 Se Sentó	3.a.4 Gateó	3.a.5 Se Paró	3.a.6 Caminó	3.a.7 Comió	3.a.8 Palabras	3.a.9 CONDUCTA ESCOLAR		3.a.10 RENDIMIENTO ESCOLAR		
									1. VERBOSIDAD	2. ASES	1. B	2. M	3. D

2. b): EXAMEN FÍSICO.

Esta parte de la historia presenta dos aspectos en el lado izquierdo aparecen columnas y líneas para registrar detalles del examen físico en varias consultas.

En el lado derecho aparecen dibujos y cuadros para información acerca de examen del aparato sexual masculino y femenino.

El examen físico consta de 10 columnas para ser llenado en 10 consultas. La primera consulta se registra en la primera columna y luego se continua con las otras, se agregan tantas como consultas se otorguen.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES
Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

Los ítems del 3 b.1 al 3 b.11, se deben llenar en forma de texto, es decir colocar la respuesta, esto corresponde al personal de enfermería.

El Item 3 b.12 esta destinado a escribir la Clasificación Antropométrica Nutricional la cual debe tomarse del registro del SISVAN.

A partir del item 3 b.13 al 3 b.34 se llenan con una P, si se encuentra alguna patología o con una N si está normal. En caso de ser alguna de ellos patológicas se detalla en la pagina 3, EVOLUCIÓN (S. O. A. P).

Los ítems 3 b.35 al 3 b.39 se deben llenar con los códigos correspondientes tal y como están referidos en el SIS 05-Códigos (Ver anexo).

Si al usuario se le agotan estas 10 casillas; se puede utilizar hojas de evolución ó anotar las consultas sucesivas en el S.O.A.P.

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:

Código: INSA-VM-DIES-I002

3.b) Examen Físico											
CONTINUACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3.b.1 Fiebre											
3.b.2 Edad											
3.b.3 Peso											
3.b.4 Talla											
3.b.5 Perímetro Cefálico											
3.b.6 Presión Arterial											
3.b.7 Temperatura											
3.b.8 Frecuencia Respiratoria											
3.b.9 Pulso											
3.b.10 Perímetro de la Cintura											
3.b.11 Perímetro medio del brazo											
3.b.12 Clasi. Antropométrica Nutricional											
3.b.13 Desarrollo Psicomotor											
3.b.14 Desarrollo Intelectual											
3.b.15 Cabeza											
3.b.16 Fontanelas											
3.b.17 Cuello											
3.b.18 Oídos											
3.b.19 Ojos (Agudeza Visual)											
3.b.20 Nariz											
3.b.21 Boca											
3.b.22 Garganta											
3.b.23 Cardiovascular											
3.b.24 Respiratorio											
3.b.25 Abdomen											
3.b.26 Genitales (M, F)											
3.b.27 Maduración Sexual											
3.b.28 Tacto (Recto o Vaginal)											
3.b.29 Urinario											
3.b.30 Huesos / Articulación											
3.b.31 Extremidades											
3.b.32 Neurología y Psíquico											
3.b.33 Ganglio Linfático											
3.b.34 Piel											
3.b.35 Ektoparasitosis											
3.b.36 Parasitosis Intestinal											
3.b.37 Programas											
3.b.38 Discapacidad											
3.b.39 Restricción de la participación											

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INSTRUCCIONES




Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

3 c): EXAMEN DE APARATO MASCULINO Y FEMENINO.

En los cuadros correspondientes a genitales masculinos se debe registrar sí se encuentra alguna anomalía; recordando la fecha del examen y el detalle que permita seguir el hallazgo.

En los cuadros correspondientes a genitales femeninos se registra la fecha y el tipo de examen ginecológico solicitado y en caso de anormalidad identificar la misma en los dibujos.

1	Fecha: ____/____/____	1. Citología de Cuello ... <input type="checkbox"/> 2. B. Cervix..... <input type="checkbox"/> 3. Ex. de Mamas..... <input type="checkbox"/> 4. Colonoscopia..... <input type="checkbox"/> 5. Ex. de Próstata..... <input type="checkbox"/>	
2	Fecha: ____/____/____	1. Citología de Cuello ... <input type="checkbox"/> 2. B. Cervix..... <input type="checkbox"/> 3. Ex. de Mamas..... <input type="checkbox"/> 4. Colonoscopia..... <input type="checkbox"/> 5. Ex. de Próstata..... <input type="checkbox"/>	
3	Fecha: ____/____/____	1. Citología de Cuello ... <input type="checkbox"/> 2. B. Cervix..... <input type="checkbox"/> 3. Ex. de Mamas..... <input type="checkbox"/> 4. Colonoscopia..... <input type="checkbox"/> 5. Ex. de Próstata..... <input type="checkbox"/>	

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002

HOJA Nº 2 (ANVERSO):

4) EVOLUCIÓN (S. O. A. P.)

En esta parte de la historia se escribe cada vez que el usuario es atendido por la consulta. A continuación explicaremos cada una:

Registrar nombre y apellido completo del usuario y su No de Historia.

- 1.- Registrar fecha con el formato d/m/a.
- 2.- Registrar nombre del medico ó la enfermera (o) ó Auxiliar de Medicina Simplificada.
- 3.- Registrar la matricula del medico.
- 4.- Registrar la clasificación del tipo de medico sea general ó especialista (familiar, MGI).
- 5.- Registrar: (S) subjetivo que corresponde a lo que el usuario refiere como **Motivo de consulta y enfermedad actual** expresando tal y como cotidianamente el médico registra lo que el usuario le refiere.
- 6.- Registrar: (O) se refiere a los **hallazgos objetivos** que reseña el médico luego del examen físico. Siempre registrar el hallazgo precedido del código que lo identifica en la hoja Nº 2 correspondiente al examen físico.
- 7.- Registrar: (A) correspondiente a la **Apreciación Diagnostica** del médico. Se coloca el o los diagnósticos que el médico considere según código Epi 15 (Ver codigos SIS-05).

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:

Código: INSA-VM-DIES-I002

8.- Registrar: (P) **Plan diagnostico** donde deben detallarse los exámenes paraclínicos solicitados en cada consulta, con las recomendaciones educativas sobre manejo del caso y terapias indicadas, de igual manera se registrará cualquier asunto que quede pendiente en esta consulta.

9.- Registrar: **Tratamiento** que se le indicó al usuario en el cual debe colocarse el código de la lista básica de medicamentos esenciales (LBME) (Ver códigos SIS-05), detallando si el mismo fue indicado (I) y entregado (E).

10.- Registrar: el tipo de consulta (P, S, X) de acuerdo con P primera vez por ese episodio o causa, S segunda vez por ese episodio o causa y X diagnósticos asociados encontrados por hallazgos

11.- Registrar en caso de ser referido colocando el código el cual será específico dependiendo de:

- Referido a consulta especializada
- Referido a centro diagnostico
- Referido para ingreso a otro establecimiento de salud

(Ver códigos SIS-05).

4) Evolución (S.O.A.P.)		Nombre y Apellido:		Nº de Historia:	
1.	1. Fecha: / /	2. Nombre del Médico:		3. Matricula del Médico:	
4. Clasificación del Médico:		6. Objetivo (O) (Hallazgos al ex. Físico):			10. Tipo P <input type="radio"/> S <input type="radio"/> X <input type="radio"/>
5. Subjetivo (S) (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual):					
7. Apreciación (A) (Diagnóstica):		8. Plan (P) (Terapéutico, Promocional, Rehabilitación):		9. Tratamiento (Farmacológico, No Farmacológico):	
				11. Referido:	

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016

INSTRUCCIONES
Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:
Código: INSA-VM-DIES-I002
HOJA Nº 2 (REVERSO):
**CONTROL DE VACUNAS RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO
Y DE IMAGENOLOGIA**

Esta página consta de cuatro cuadros el primero se refiere al control de inmunizaciones, el segundo a resultados de exámenes de laboratorio, el tercero Imagenología y el cuarto a observaciones pertinentes a ambos.

5) INMUNIZACIONES:

En este cuadro se deben registrar las fechas cuando se aplicaron las vacunas y la fecha de los refuerzos.

En otras se pueden registrar otros biológicos aplicados (vacunas, sueros) no contempladas en el PAI.

Las dosis pendientes (programadas de los biológicos deben registrarse en lápiz de grafito, las ya aplicadas registrar en tinta.

5) Inmunizaciones					
Vacunas	Fechas				
	RN	1ra	2da	3ra	Ref.
5.1 B.C.G.					
5.2 Antipoliomielítica					
5.3 Pentavalente					
5.4 Antirotavirus					
5.5 Antineumococcica					
5.6 Antihepatitis B					
5.7 Triple Bacteriana					
5.8 Trivalente Viral					
5.9 Antiamarilica					
5.10 Doble Viral					
5.11 Antihaemof. Influenz. tipo b					
5.12 Antimeningococcica B-C					
5.13 Toxide Tetánico					
5.14 Toxide Diftérico (Adulto)					
5.15 Antiinfluenza					
5.16 Otras					

Elaborado por:
**Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES**
Revisado por:
**Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD**
Aprobado por:
**Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD**
**Fecha de
Implementación:
02/05/2016**

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:

Código: INSA-VM-DIES-I002

6) RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO.

En este cuadro hay varias columnas identificadas con nombre de exámenes básicos de laboratorio y es importante anotar los resultados con la fecha correspondiente a la toma de la muestra. De la misma manera los exámenes solicitados u ordenados se anotarán en la casilla correspondiente en lápiz de grafito.

6) Resultados de Exámenes de Laboratorio

[illegible]

Observaciones: _____

IMAGENOLOGIA:

Se deben registrar los resultados de los exámenes radiológicos solicitados.

OBSERVACIONES:

Este cuadro suministra varias líneas para anotar cualquier observación relacionada a datos de interés del usuario.

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:
Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:
Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de Implementación:
02/05/2016



VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA DE ATENCION MEDICA

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
DEPARTAMENTOS DE INFORMACION Y ESTADISTICAS DE SALUD SECCIÓN CONSULTA

Código: INSA-VM-DIES-MNP

Página: 21

Elaboración:

Actualización:

Versión:

INSTRUCCIONES

Nombre del Formulario: Historia Básica Integral

Código del Formularios:

Código: INSA-VM-DIES-I002

7) Imagenología	
8) Observaciones	

Elaborado por:

Lic. Maritza Paez
Coord. Regional DIES

Revisado por:

Abog. Justo Colina
Vicepresidencia de Planta
INSALUD

Aprobado por:

Dr. Raúl Falcón
Presidente de INSALUD

Fecha de
Implementación:
02/05/2016