



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 136 - 2019-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 26 de Agosto de 2019

**Vistos;** la Nota Informativa Nº 001-2019-CIHC-HVLH/MINSA, emitida por la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que una de las formas de contribuir a mejorar la calidad de atención y proteger los intereses legales de los usuarios de los servicios de salud, así como el personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud-IPRESS del Sector Público, es a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas;

Que ese contexto el Ministerio de Salud, emitió la NTS Nº 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobado por Resolución Ministerial Nº 214-2018/MINSA, modificada por Resolución Ministerial Nº 265-2018-MINSA, que es de aplicación en todos los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos del sector salud y según corresponda a los servicios médicos de apoyo, que entre otros establece los procedimientos administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínicas;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 095-2018-DG-HVLH de fecha 21 de Mayo del 2018, se conformó el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital "Víctor Larco Herrera"; con el fin de establecer en forma permanente los criterios técnicos para la revisión periódica y actualizada del contenido de las Historias Clínicas que se generan en la Institución;

Que, en el contexto expuesto, mediante documento del visto, la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínicas informa a la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera, que el citado comité ha venido sosteniendo reuniones con sus respectivos miembros desde el 05 de Diciembre del 2018 hasta la fecha y producto de estas reuniones luego de amplios debates, han logrado la aprobación de cinco (05) formatos para la Historia Clínica, que se detallan 1) Actualización de la Historia Clínica; 2) Evaluación de Rehabilitación en Salud Mental; 3) Hoja de Evolución Tecnológica Médica; 4) Hoja de Transferencia y 5) Consentimiento Informado para el Tratamiento con Clozapina; y su Esquema terapéutico para el tratamiento con Clozapina; y, solicita su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, conforme a lo indicado la Presidenta del citado Comité y por convenir a los intereses funcionales, que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario, formalizar su aprobación, mediante acto de administración;

Estando a lo acordado por el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital "Víctor Larco Herrera" y a lo propuesto por la Presidenta de dicho Comité;



Con el visado de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera" y;  
De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1º.- APROBAR** los formatos de Historia Clínica:

- **ACTUALIZACION DE LA HISTORIA CLINICA**
- **EVALUACION DE REHABILITACION EN SALUD MENTAL**
- **HOJA DE EVOLUCION TECNOLOGICA MEDICA**
- **HOJA DE TRANSFERENCIA**
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA Y SU ESQUEMA TERAPÉUTICO PARA EL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA**

**Artículo 2º.-** Disponer la publicación de la presente Resolución Directoral en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera ([www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe)).

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General  
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCh/MYRV

**Distribución:**

- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Estadística e Informática
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Miembro del Comité
- Archivo



**ACTUALIZACION DE HISTORIA CLÍNICA**

**I. DATOS DE FILIACIÓN**

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: SEXO: DNI: TIPO DE SEGURO:

FECHA DE INGRESO AL HVLH: NRO DE INGRESOS AL HVLH:

FECHA DE INGRESO AL PABELLON N° \_\_\_\_\_: TRANSFERIDO DE:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL: RELIGION : OCUPACION:

GRADO DE INSTRUCCIÓN: IDIOMA:

DOMICILIO: TIPO DE SEGURO:

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (PARENTESCO, NOMBRE Y TELEFONO):

**II. ENFERMEDAD ACTUAL**

MOTIVO DE INGRESO:

TE: INICIO: CURSO:

SINTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES AL INGRESO:

RELATO:

DIAGNOSTICO DE INGRESO

CIE

EVOLUCION:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H.C.



**MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"**

**DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACIÓN  
PABELLÓN N°.....**

**III. ANTECEDENTES**

- a.- Antecedentes personales
  
- b.- Antecedentes Socioculturales y Económicos
  
- c.- Antecedentes Patológicos
  
- d.- Antecedentes psicopatológicos de la familia

**IV. EXAMEN MENTAL**

**V. SUMARIO DIAGNÓSTICO**

EJE I: DIAGNÓSTICO CLÍNICO

EJE II: DETERIOROS

EJE III: FACTORES AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES

**VI. PLAN DE TRABAJO Y TRATAMIENTO**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H.C.

**EVALUACIÓN DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL**

Nombres y Apellidos:

Fecha:

DNI:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Grado de instrucción:

Ocupación Actual:

Dirección:

Teléfono y celular:

Tipo de vivienda: Propia ( ) Familiar ( ) Alquilada ( )

Dependencia económica: Si ( ) No ( )

Acompañante:

**I. MOTIVO DE CONSULTA:**

¿Qué expectativa tiene del programa de Rehabilitación?

**II. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACTUAL DEL MÉDICO TRATANTE:**

**III. EVALUACIÓN CLÍNICA ACTUAL:**

**IV. CONCIENCIA DE TRASTORNO MENTAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:**

¿A qué cree que se debe su trastorno mental?

- a. Conocimiento sobre su trastorno Si ( ) No ( ) Parcial ( )
- b. Identificación de síntomas Si ( ) No ( ) Parcial ( )
- c. Identifica sus descompensaciones Si ( ) No ( ) Parcial ( )
- d. Reconoce importancia del tratamiento Si ( ) No ( ) Parcial ( )
- e. Reconoce importancia de controles Si ( ) No ( ) Parcial ( )

**V. ANTECEDENTES:**

- a. No psiquiátricos:
- b. Nro. Hospitalizaciones Previas:
- c. Programas de rehabilitación previos:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H.C.



**VI. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:**

a. Hora del despertar:

Aseo y baño

Voluntario: Si ( ) No ( ) Frecuencia:

Duración:

Útiles de aseo:

	Desayuno	Almuerzo	Cena
Hora de ingesta:			
En casa, junto a familia			
En casa, solo			
En comedor popular, junto a familia			
En comedor popular, solo			
Prepara alimentos solo			
Le preparan alimentos			
Actividades luego de:			

b. Hora inicio del sueño:

Despertares Nocturnos: Si ( ) No ( )

Despertar Precoz: Si ( ) No ( )

c. Pasatiempos:

**VII. RÉGIMEN LABORAL ACTUAL/PREVIO:**

**Fecha de Último Trabajo y Actividad Realizada**

a. Iniciativa para el trabajo:

b. Remuneración: No ( ) Si ( ) ¿cuánto?

c. Jornada laboral: Completa ( ) Medio tiempo ( )

d. Turno: Día ( ) Noche ( ) Duración:

e. Rendimiento en el trabajo:

f. Relación con compañeros de trabajo y Jefe:

g. Problemas de estrés relacionados con el trabajo:

h. Manejo del dinero:

**Otros trabajos**

**VIII. COMPONENTE FAMILIAR:**

**Apoyo y soporte al usuario**

Cuidador y/o responsable:

¿A qué cree que se debe el trastorno mental?

- a. Aceptación del trastorno mental del usuario: Si ( ) No ( ) Parcial ( )
- b. Conocimiento sobre la enfermedad del usuario: Si ( ) No ( ) Parcial ( )
- c. Identificación de síntomas/descompensaciones: Si ( ) No ( ) Parcial ( )
- d. Reconoce importancia del tratamiento: Si ( ) No ( ) Parcial ( )
- e. Reconoce importancia de controles: Si ( ) No ( ) Parcial ( )

**Estrategias de afrontamiento familiar**

a. Actitud frente a conductas no apropiadas del usuario:

b. Manejo ante crisis y/o descompensaciones:

**Interacción familiar y/o comunitaria**

Familiares con los que vive:

a. Actitudes sobreprotectoras hacia el usuario:

b. Actitudes críticas hacia el usuario:

**IX. VALORACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO:**

Baremo de

**X. ÁREAS A MEJORAR y PLAN DE REHABILITACIÓN:**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H.C.





## HOJA DE TRANSFERENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE :  
DNI :  
HISTORIA CLINICA :  
TIPO DE SEGURO :  
FUA -SIS : N° \_\_\_\_\_  
EDAD :  
PABELLON DE PROCEDENCIA :  
PABELLON DESTINO :  
MOTIVO DE TRANSFERENCIA  
    POR EDAD :  
    POR CONDUCTA :  
FECHA DE TRANSFERENCIA :  
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO :  
OTROS DIAGNOSTICOS :  
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO :

---

FIRMA  
MEDICO QUE INDICA LA  
TRANSFERENCIA

---

FIRMA  
MEDICO QUE ACEPTA LA  
TRANSFERENCIA

---

Vº Bº  
MEDICO JEFE DEL DEPARTAMENTO



Servicio: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

Magdalena del Mar, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_.

1. Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI/CE/pasaporte número \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_ del paciente, declaro que fui informado(a) de forma clara y sencilla por el médico tratante \_\_\_\_\_, acerca de la necesidad de que se inicie tratamiento con el medicamento **clozapina** a \_\_\_\_\_, identificado con DNI/CE/pasaporte número \_\_\_\_\_ quien tiene el diagnóstico de \_\_\_\_\_<sup>1</sup>.
2. Entiendo que la **clozapina** se utiliza principalmente en pacientes con esquizofrenia que son **refractarios al tratamiento**. Esto quiere decir que se recomienda su uso cuando otros medicamentos no han resultado satisfactorios, efectivos o seguros de acuerdo con la condición del paciente.
3. He recibido información acerca de los **objetivos del tratamiento** con este medicamento, así como de otros tratamientos disponibles en nuestro medio.
4. Se me explicó acerca de las **posibles complicaciones o efectos adversos** que pueden presentarse durante el tratamiento. Los que se presentan con mayor frecuencia (**hasta en más del 10%** de los casos) son: latidos cardiacos más rápidos (taquicardia), presión arterial baja o alta, sueño excesivo o falta de sueño, sensación de mareo, salivación abundante, ganancia de peso, estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor abdominal y fiebre. Otros efectos adversos **menos frecuentes (entre 1% y 10%** de los casos) podrían ser: pérdida súbita de la consciencia (síncope), dolor de cabeza, agitación, inquietud, problemas de sueño, pesadillas, confusión, convulsiones (con dosis altas), cansancio excesivo, sudoración excesiva, erupción en la piel, sequedad de boca, temblores, movimientos disminuidos, rigidez de los músculos, problemas visuales, entre otros.
5. Adicionalmente, la clozapina podría causar, en alrededor del **3% de los casos**, una condición que se llama **agranulocitosis**. Esto quiere decir que los glóbulos blancos disminuirían hasta un nivel que haría al organismo débil frente a infecciones potencialmente fatales. Esto podría conllevar a la **suspensión del tratamiento** con el presente fármaco de forma **definitiva**.

<sup>1</sup> De acuerdo con los criterios de la CIE-10, o Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.

6. A fin de **disminuir el riesgo** frente a la situación anterior o detectarla tempranamente, el paciente será **evaluado periódicamente con exámenes** de laboratorio (un hemograma cada semana durante los primeros 6 meses, luego cada dos semanas durante los siguientes 6 meses, y luego cada mes, todo ello mientras dure el tratamiento).
7. Se me ha informado que, en caso no se llegue a utilizar el medicamento propuesto, es posible que el paciente no evolucione de manera favorable. Además, entiendo que, a pesar de los posibles beneficios que ofrece la **clozapina**, aproximadamente un **30%** de los pacientes que reciben este tratamiento **no muestran una respuesta adecuada**.
8. Se me ha dado la oportunidad de hacer **preguntas** antes de firmar este documento, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. Estoy satisfecho(a) con las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el tratamiento con clozapina, por lo que otorgo mi conformidad y me comprometo a colaborar con el equipo de salud que intervenga durante la atención del paciente. Entiendo, asimismo, que esta conformidad **puede ser revocada en cualquier momento del tratamiento**.

Firma del paciente, si su condición se lo permite:

\_\_\_\_\_

Huella

Firma del familiar, acompañante o representante legal:

\_\_\_\_\_

Huella

Observaciones:

Documento de identidad:

Teléfono:

Domicilio:

Vínculo con el paciente:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Datos del médico tratante**

Firma y sello:

Nombre completo:

Documento de identidad:

Nº de colegiatura:

Nº de especialista:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_