

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 977-2014-DG-HVLH

Magdalena del Mar ²⁰ de Diciembre de 2014

Vistos. El Oficio N° 004-2004-Dad-HVLH/MINSA, emitido por el Presidente del Comité de Historias Clínicas del "Hospital Victor Larco Herrera" y la Nota Informativa N° 219-DNA-HVLH-2014 emitida por el Jefe del Departamento de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital Victor Larco Herrera y,

CONSIDERANDO:

Que, La Ley N° 26842 Ley General de Salud establece en el artículo IX que la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar contra ella;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA del 11 de Julio del 2011 se aprueba las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP V 02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica" aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA tiene como objetivo establecer las normas y procedimientos para la administración y gestión de la Historia Clínica así como estandarizar el contenido básico de la Historia Clínica para garantizar un apropiado registro de la atención de la Salud y en general todos los registros médicos que constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes;

Que mediante Resolución Directoral N° 073-2012-DG-HVLH, se conforma el Comité institucional de Historias Clínicas del Hospital Victor Larco Herrera;

Que, mediante el documento del visto, el Presidente del Comité Institucional de Historias Clínicas del HVLH, remite los formatos de historia clínica y la Hoja de evolución que serán utilizados por el Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del HVLH, para su respectiva aprobación;

Que, en tal sentido, 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 aprobado por el Comité Institucional de Historias Clínicas del HVLH; y,

Con la opinión favorable del Director Adjunto y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Victor Larco Herrera;



En uso de las atribuciones previstas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital, aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005 MINSA

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR los formatos de Historia Clínica y la Hoja de Evolución del Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, que como anexo a fojas seis (6) forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- Dejar sin efecto los anteriores formatos que se venían utilizando como historia clínica del Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera.

Artículo 3°.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal de Internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Regístrate y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"

.....
Med. Cristina Equiguren LI
Directora General
CMP 17899 RNE 8270

CAELMYRV

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Estadística e Informática
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Unidades Orgánicas
- Archivo



Ministerio de Salud

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

H.C. N°

Grid for H.C. N°

Tipo Documento de identidad

Form field for Tipo Documento de identidad

Número de documento

Form field for Número de documento

Financiador

Form field for Financiador

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

Llene los espacios y marque con un aspa los recuadros correspondientes

Fecha

/ /

D M A

Identificación del paciente

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

Fecha de Nacimiento

/ /

D M A

Edad:

Sexo:

Masculino

Femenino

Procedencia:

DEPARTAMENTO

PROVINCIA

DISTRITO

Domicilio:

URBANIZACIÓN

CALLE

N° (LOTE)

INTERIOR

Teléfono:

Celular:

E-mail:

Lugar de Nacimiento:

PAÍS

DEPARTAMENTO

PROVINCIA

DISTRITO

Estado Civil:

Soltero

Divorciado

Viudo

Casado

Conviviente

Otro

Grado de Instrucción:

Primaria

Secundaria

Técnica

Analfabeto

No reporta

Universitaria

Idioma Materno:

Español

Quechua

Aymara

Otro

Religión:

Católica

Otra

Ocupación:

Grupo/Etnia

Nombre del Padre

Nombre de la Madre

Responsable del Paciente: es la persona que acompaña al paciente y asume las obligaciones que se generan de la atención

Curador: aquella persona, que por su nombramiento judicial, representa al paciente

Tutor: persona natural o jurídica que asume la patria potestad del menor

Three stacked checkboxes

Nombre

DNI

Teléfono

Dirección

Celular

Médico Tratante:

Tipo de consulta:

Registrador

Hora de apertura HC



Ministerio de Salud

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

FECHA

HORA

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre _____ Ocupación: _____
 Grado de Instrucción: _____
 Madre _____ Ocupación: _____
 Grado de Instrucción: _____
 Hermanos _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

Edad de los padres al nacer el(la) paciente: Padre: _____ Madre: _____
 Tiempo de convivencia de los padres al nacer el(la) paciente: _____
 ¿Bebe esperado? _____
 Historia del Embarazo: _____
 Del trabajo de parto: _____
 Puerperio: _____
 Peso al nacer: _____
 Detalles de la historia alimentaria: _____
 Destete, iniciación, procedimiento: _____
 Cuidado diario del bebe: _____
 Se sentó a los: _____ meses, se paró: _____, caminó: _____
 Primera palabra: _____, lenguaje _____
 Hábitos higiénicos, iniciación, procedimiento: _____
 Sexualidad: _____
 Esquema de vacunación: _____
 Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo: _____
 Antecedentes patológicos: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

Nombre del paciente: _____

H.C. N°



Ministerio de Salud

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

FECHA

HORA

ENFERMEDAD ACTUAL:

tivo de consulta _____

Informante y calidad de la información _____

Tiempo de enfermedad: _____ Forma de inicio: _____

Signos y síntomas principales: _____

Relato: _____

Examen mental:

Metas que los padres desean para el(la) paciente:

FUNCIONES BIOLÓGICAS

Alteradas: SI No

Describir las alteradas: _____

Signos vitales: FC FR T PA
 Peso Talla IMC

Nombre del paciente: _____ H.C. N°



Ministerio de Salud

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

FECHA

HORA

HOJA DE EVOLUCIÓN

Cada evolución debe contener: fecha y hora de atención, motivo de consulta, síntomas y signos más importantes, tratamiento recibido (cumplimiento y resultado del mismo), examen mental, diagnóstico (denominación y código CIE 10), tratamiento (si es farmacológico usa nombre genérico, dosis, posología, vía de administración), fecha y hora de próxima cita, firma, sello y colegiatura del profesional que realiza la atención)

Nombre del paciente: _____

H.C. N°

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



Ministerio de Salud

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

FECHA

--	--	--

HORA

--	--	--	--	--

RELACIÓN SOCIAL DEL (LA) PACIENTE (métodos disciplinarios, situación familiar -padre, madre, hermanos, compañeros-, juegos)

HISTORIA ESCOLAR

Nombre del paciente: _____

H.C. N°

--	--	--	--	--	--



Ministerio de Salud

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

FECHA

--	--	--

HORA

--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO (Escriba el diagnóstico completo, no use siglas, coloque el código CIE 10)

PLAN DE TRABAJO (Según sea el caso: Terapia farmacológica, terapia no farmacológica, interconsultas, exámenes auxiliares, procedimientos especiales)

Fecha y hora de próxima cita

Firma, sello y colegiatura de médico tratante

Nombre del paciente: _____

H.C. N°

--	--	--	--	--	--