MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

antza
5/09/08

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA" OF. ESTADISTICA E INFORMATICA
Secretaria
23 SET. 2008
RECIBIDO
Hora: 10:30 a
Por:

Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 296 -DG-HVLH-2008

Magdalena del Mar, 22 de Septiembre l del 2008

VISTO, el Memorando Nº 159-SDG-HVLH-2008, emitido por la Sub Dirección General del Hospital "Víctor Larco Herrera", solicitando su aprobación y Oficialización.

Ministerio de Salud Hospital Víctor Larco Herrera Oficina de Asesoría Jurídica

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 597-2006/MINSA del 28 de Junio del 2006, se aprobó la Norma Técnica Nº 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".

MINISTERIO DE SALUD Hospital Víctor Larco Herrera SUB DIRECCION GENERAL

Con Resolución Directoral Nº 140-2006-DG-HVLH del 14 de Agosto del 2006, se conformó el Comité de Historias Clínicas del Hospital "Víctor Larco Herrera", que se ha encargado de elaborar el Nuevo Formato de Historia Clínica de Hospitalización, la misma que consta de: Nota de Ingreso, Examen Físico, datos de Filiación, Enfermedad Actual, Antecedentes Personales, historia Socio Familiar, Examen Mental, Sumario Diagnóstico, Plan de Trabajo y Tratamiento, Epicrisis, Nota de Ingreso de Enfermería, Hoja de Evolución de Enfermería, Seguimiento de Trabajo Social, Visita Domiciliaria, Solicitud de Evolución y/o Intervención Psicológica, Informe de Evaluación Psicológica y Formato de Retiro Voluntario.

Que, conforme al documento del VISTO, es necesario aprobar y oficializar los Formatos elaborados por el Comité de Historias Clínicas, para su uso en Hospitalización, emitiendo la Resolución Directoral correspondiente.

Estando a lo propuesto por la Sub Dirección General del Hospital y con la visación de la Dirección de la Oficina de Asesoría Jurídica.

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 Nº 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- *APROBAR, el Nuevo Formato de la Historia Clínica de Hospitalización, para su uso en el Hospital "Víctor Larco Herrera", en forma oficial.*

Artículo 2º.- *La SDub Dirección General, a través del Departamento de Hospitalización, se encargará de la difusión, supervisión del uso de los Formatos aprobados mediante la presente Resolución.*

Articulo 3º.- *Disponer que la Oficina de Comunicaciones, publicar la presente Resolución, en el Portal de Internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".*

Artículo 4º.- *Dejar sin efecto cualquier Resolución Directoral que se oponga a la presente Resolución.*

Regístrese y comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

Dra. Cristina Eguiguren Li
Directora General
CMP 17899 - RNE 8270

CAEL/MACR/AESG/

Ministerio de Salud
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

H.C.Nº. | | | | | | |

DNI | | | | | | | |

Pabellón :.....

HISTORIA CLÍNICA
FORMATO DE HOSPITALIZACIÓN

I.- NOTA DE INGRESO

Paciente: .....
Fecha de Ingreso :..... Transferido de : .....
Edad :..... Sexo :.....Estado Civil :.....
Instrucción :.....
Acompañado por :..... Teléfono :.....

1.- ESTADO ACTUAL.
1.-MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN :

2.- EVALUACIÓN PSICOPATOLOGICA :

3.- ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA :

4.- IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

5.- PLAN DE TRABAJO Y TRATAMIENTO:

6.- Nombre y Firma del Medico Evaluador:

H.C.Nº. | | | | | | |

II.- EXAMEN FÍSICO :

Funciones Vitales; P.A. ..... T .....F,C .....F,R.....

Piel y Mucosas :.....

.....

Cabeza :.....

Cuello :.....

.....

Tórax : .....

.....

Abdomen .....

Extremidades :.....

Neurológico: .....

.....

Tacto Rectal : .....

.....

Genitales : .....

.....

Diagnostico Clínico:.....

H.C.Nº. | | | | | | |

Pabellón :.....

III.- DATOS DE FILIACIÓN

LLENE LOS ESPACIOS Y MARQUE CON UNA ASPA LOS RECUADROS CORRESPONDIENTES

Nombre de Paciente: .....
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Domicilio :.....
Departamento Provincia Distrito

.....
Urbanización (Sector) Calle (Manzana) Nº (Lote) Interior Nº

Tiempo de Residencia en Lima :..... Teléfono : .....

Fecha de Nacimiento :...../...../..... Edad :.....Sexo :.....1.-☐ Femenino 2.-☐ Masculino

Lugar de Nacimiento :.....
Departamento Provincia Distrito

Raza : 1.- ☐ Blanco 2.- ☐ Indígena 3.- ☐ Negro 4.- ☐ Asiático 5.- ☐ Mestizo

Estado Civil : .....

Idioma : 1.- ☐ Castellano 2.- ☐ Quechua 3.- ☐ Aymara 4.- ☐ Otro :.....

Educación : 1.- ☐ Primaria 2.- ☐ Secundaria 3.- ☐ Técnica 4.- ☐ Superior 5.- ☐ Ninguna

Ocupación : .....

Vive con : 1.- ☐ Cónyuge 2.- ☐ Padres 3.- ☐ Hijos 4.- ☐ Padres Sustitutos
5.- ☐ Otros Parientes 6.- ☐ Solo 7.- ☐ Otro.....

Fecha de Hospitalización :.....

Persona responsable del paciente : Nombre :..... Parentesco :.....

Dirección :.....Teléfono : .....

Informante (s) .....

Medico Tratante (Nombres y Apellidos):.....

IV.- ENFERMEDAD ACTUAL :

Tiempo de enfermedad : ..... Inicio :..... Curso :.....

Síntomas principales :.....

.....

Relato (empezar con la historia del Episodio Actual. Luego en los párrafos posteriores describir los episodios previos de la enfermedad actual. Para cada episodio narrar el inicio y el curso, los factores precipitantes y agravantes, los síntomas ,la repercusión en el funcionamiento social y el tratamiento recibido.

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

H.C.Nº. | | | | | | |

(Continuación de relato de Historia Clínica):

H.C.Nº. | | | | | | |

V.- ANTECEDENTES PERSONALES

1. Perinatal

2. Desarrollo Psicomotor

3. Escolaridad

4. Personalidad Previa

5. Historia Laboral

6. Hábitos e Intereses

7. Nocivos

8. Hobbies

9. Vida Sexual

10. Eventos Importantes y Estresores psicosociales

11. Actitud frente a la enfermedad

12. Antecedentes Socio Culturales y Económicos :

13. Antecedentes Patológicos

    a) Enfermedades no Psiquiátricas

    b) Accidentes

    c) Alergias

II.- EXAMEN MENTAL

H.C.Nº. | | | | | | |

1. Apariencia General y Comportamiento

2. Lenguaje

3. Afecto

4. Pensamiento

   Curso

   Contenido

5. Percepción

6. Funciones Cognoscitivas

   Conciencia y Orientación

   Atención

   Memoria

   Inteligencia

   Juicio

7. Funciones Ejecutivas

8. Conciencia de Enfermedad

9. Voluntad

H.C.Nº. | | | | | | |

VI.- HISTORIA SOCIO FAMILIAR

1. Estructura familiar : Árbol Genealógico

amilia de Origen

Padre

Madre

Hermanos

Familia Conyugal

Esposo (a)

Hijos

2. Dinámica Familiar

3. Antecedentes Psicopatologicos de la Familia :

Ministerio de Salud
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

H.C.Nº. | | | | | | |

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA ☐

VIII SUMARIO DIAGNOSTICO

EJE I : DIAGNOSTICOS CLINICOS (Síndromes Mentales y no Mentales catalogados en los capitulos correspondientes de la CIE 10)

Formulacion Principal	Código	Posibilidad a descartar	Código
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....

EJE II : DETERIOROS

Adaptación de la Escala de Evaluación de Incapacidades de la OMS.
Use la Escala de 0 - 5 proporcionada en el anexo. Código

A. Cuidado Personal y Supervivencia
.....

B. Funcionamiento ocupacional : performance en el papel asignado como trabajador remunerado, estudiante o ama de casa .....
.....

C. Funcionamiento con la familia : interacción con la esposa, padres, hijos, y otros familiares .....
.....

D. Funcionamiento en los desempeños y actividades : interacción con otros individuos y la comunidad en general, actividades de tiempo libre. .....
.....

EJE III : FACTORES AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES (CÓDIGOS Z63, T74, Y49)

1.-Problemas en la relacion entre esposo o pareja (Z63.0) :.....
.....
.....
.....

2.-Problemas relacionados con padres o familia política (Z63.1).....
.....
.....
.....

3.- Síndrome de maltrato (T74) :.....
.....
.....
.....

4.- Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares (Z63) :.....
.....
.....
.....

5.- Problemas relacionados a efectos Adversos a los medicamentos Psicotrópicos (Y49) :.....
.....
.....
.....

H.C.Nº. | | | | | | |

IX .- PLAN DE TRABAJO Y TRATAMIENTO

H.C. Nº. | | | | | | |

SERVICIO :

X.- EPICRISIS

PACIENTE :

Nº. H.C.

FECHA DE INGRESO :

TIPO DE ALTA :

DESTINO :

DIAGNOSTICO:

PROCEDENCIA :

FECHA DE ALTA :

CONDICIÓN DE ALTA :

N º DE INGRESO : .....

1. RESUMEN ANAMNESICO
2. EXAMEN FISICO (AL INGRESO)
3. EXAMEN MENTAL (AL INGRESO)
4. EXÁMENES AUXILIARES
5. EVOLUCIÓN
6. DIAGNOSTICO
7. TRATAMIENTO
8. TRATAMIENTOS ESPECIALES
9. CONDICION DE ALTA
10. PRONOSTICO
11. SUGERENCIAS
12. MEDIO TRATANTE

.....

C.P.M

(PARA SER LLENADO SOLO A MAQUINA DE ESCRIBIR)

9

Ministerio de Salud
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

H.C.Nº. | | | | | | |

NOTA DE INGRESO DE ENFERMERÍA

Fecha.....Hora.....:.....

Orden de Ingreso	Consulta Externa	( )
	Emergencia	( )
Acceso al Servicio	Con familia	( )
	Sin familia	( )
Movilización	Autónomo	( )
	En Silla de Ruedas	( )
	Camilla	( )

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

-Estado General (Ectoscopia):

-Funciones Vitales
PA:
To :
Pulso:
Resp.

-Funciones Biológicas
Hambre
Sed
Sueño :
Deposiciones :
Orina :

Estado de Nutrición e Hidratación :

Estado de Conciencia

Personal que Atiende

Nombre
Firma y Sello
Colegiatura

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

HC. [ ][ ][ ]
FECHA..... HORA .....

SEGUIMIENTO TRABAJO SOCIAL

I DATOS PERSONALES:

Nombres y Apellidos: .....
Edad ..... **DNI**..... **Seguro** ... .

PERSONERO:
Nombre y Apellidos: .....
Domicilio: ..... **Teléfono:** .....
Centro de Trabajo:..... **Teléfono:** .....

II TIPO DE FAMILIA:

Nuclear [ ] **Incompleta** [ ]

Extendida [ ] **Reconstituida** [ ]

III DINAMICA FAMILIAR:

Subsistema Paren tal:
.....
.....
.....

Subsistema Conyugal:
.....
.....
.....

Subsistema fraterno filial:
.....
.....
.....

Funcional [ ] **disfuncional** [ ]

IV SOPORTE:

Familia de Origen [ ] **Familia Colateral** [ ]

Familia Conyugal [ ] **Otros :** .....

Ministerio de Salud
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

Servicio :.....

Fecha	Hora	Describir los signos y síntomas significativos que se observa, consignando fecha y hora, y el tratamiento aplicado. Cada nota debe ir acompañada de la firma y sello de la enfermera.	Nombre Firma y Sello

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Historia Clinica
Servicio :	N° de Cuarto		N° de Cama

VI SITUACION DE SALUD DE LA FAMILIA:

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

IX DIAGNOSTICO SOCIAL:

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

X PLAN DE TRABAJO:

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

CALIFICACION ECONOMICA :

A ☐ **B** ☐ **C** ☐ **D** ☐

TRAE MEDICINAS ☐ **EXONERADO DE MEDICINAS** ☐

.....

FIRMA Y SELLO TRABAJADORA SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

H.C.N°. | | | | | | |

FECHA: | | | | | | | DÍA MES AÑO

Historia Clínica .....
Historia Social N° .....
Programa/Servicio .....

VISITA DOMICILIARIA

I DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos .....Edad .....
Dirección .....Tel.....
Referencia .....

II MOTIVO

- Violencia Familiar ( )
- Verificación socioeconómica ( )
- Abandono de Tratamiento ( )
- Precisar Diagnóstico Social ( )
- Dinámica Familiar ( )
- Informe Social ( )
- Seguimiento de Tratamiento Social ( )
- Otros..... ( )

III OBJETIVO

- Evaluación Social ( )
- Orientación y/o Consejería Social ( )
- Promover actitudes y estilos de vida saludables ( )
- Coordinación con organizaciones de la comunidad ( )
- Otros ( )

IV INFORME DE LA VISITA

Ministerio de Salud
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

H.C.Nº. | | | | | | |

D.N.I: | | | | | | | |

INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN HOSPITALIZACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres :.....

Edad :..... **Sexo :**.....

Fechas de Examen :..... **Hora :**.....

Evaluación Solicitada :.....

Médico Solicitante:

Psicólogo Responsable: .....

Pruebas Aplicadas :.....

.....

II. RESULTADOS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. CONCLUSIONES

.....

.....

.....

IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre y Firma del Psicologo
C.P.P.

Ministerio de Salud
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

H.C.Nº. | | | | | | |

FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO

FECHA :..... HORA :.....

Por la presente, Yo : ..... con D.N.I. : .....
luego de haber sido informado por el Dr.:..... con C.M.P. :.....
de los riesgos y consecuencias que podrían derivarse por la decisión de retirar a mi :.....
.....
de la Institución, contra la indicación medica; exonero de toda responsabilidad que pueda derivarse por el retiro voluntario al medico tratante, al personal del Servicio y a las autoridades del Hospital "Víctor Larco Herrera".

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL
MEDICO QUE DA LA INFORM ACIÓN

.....
SELLO Y FIRMA
C.M.P. :
R.E. :

REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO
Nombres y Apellidos
.....

D.N.I. :.....

GRADO de PARENTESCO :.....

DIRECCIÓN : .....

TELÉFONO : .....

.....
Firma ó Huella Digital

4.-

Nombre del paciente que solicita el alta.
NOMBRES Y APELLIDOS
.....

D.N.I. :.....

Con el representante,

GRADO de PARENTESCO :.....

.....

.....
Firma ó Huella Digital

TESTIGO :

NOMBRES Y APELLIDOS

.....

D.N.I. :.....

.....
Firma ó Huella Digital

Ministerio de Salud
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

H.C.Nº. | | | | | | |

D.N.I: | | | | | | | |

SOLICITUD DE EVALUACIÓN Y/O INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN HOSPITALIZACIÓN

Fecha : .....Hora :.....

Apellidos y Nombres :.....

Edad : ..... Sexo :.....

ÁREAS DE EVALUACIÓN

1. Personalidad ( )
2. Organicidad ( )
3. Afectividad ( )
   - Niveles de Ansiedad ( )
   - Niveles de Depresión ( )
4. Pensamiento ( )
5. Inteligencia ( )
6. Habilidades Sociales ( )
7. Intereses Vocacionales ( )
8. Evaluación Neuropsicologica ( )
9. Otros

II.- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

.....

.....

.....

.....
Medico que Solicita la Evaluación
C.M.P.

V RESULTADOS DE LA VISITA

Fecha: / / /
Hora:.....

.....
Firma y Sello
Asistenta Social