



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Recinto Universitario “Rubén Darío”
Facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas
Departamento de Historia
Carrera Gestión de la Información
“Vamos por más victorias educativas”**

Seminario de Graduación

Para Optar al Título de Licenciada en Gestión de la Información

Tema:

Los expedientes clínicos del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de
Masaya: Memorias Institucional.

Autoras:

Reyna de los Ángeles Hernández Arias
Darlyn Vanessa Cuadra Gómez

Tutora:

MSc. Dalila Olivia Rugama Mojica

Mayo 2022

Contenido

1.	Tema.....	2
	Los expedientes clínicos del hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya: Memorias Institucionales.....	2
	Dedicatoria	3
3.	Agradecimiento	5
1.	4. Valoración del docente	6
	Resumen	7
5.	Introducción del tema y subtema	8
6.	Justificación.....	11
7.	Preguntas directrices de investigación.....	12
8.	Objetivos	13
	8.1 Objetivo General:	13
	8.2 Objetivos específicos:.....	13
9.	Desarrollo.....	14
	9.3 Misión del hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez.....	18
	9.3 Visión del hospital	18
	9.4 Valores del hospital	18
10.	Conclusiones.....	39
11.	Bibliografía.....	40
12.	Anexos (gráficos, tablas, esquemas, otros).....	42

1. Tema

**Los expedientes clínicos del hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya:
Memorias Institucionales.**

Dedicatoria

A Dios

Por darme vida, salud y sabiduría a lo largo del estudio de la Carrera de Licenciatura en Gestión de la información.

A mis Padres y Abuelita

José Asunción Hernández y Tomasa Concepción Arias

Por haberme apoyado moralmente y enseñado que el sueño no es del que lo sueña si no del que lucha cada día para hacerlo realidad y haberme inculcado en siempre terminar lo que se empieza.

Juana Agustina López por brindarme su apoyo y amor incondicional

A mis Hijos

Joshua Mateo Miranda Hernández y Enock Nehemías Miranda Hernández. Por ser mis fuentes de mi motivación e inspiración, por esperas paciente ante mis ausencias durante mis horarios de clase durante la Carrera.

A mí amado Esposo

Byron José Miranda Martínez.

Por apoyarme incondicionalmente en los momentos difíciles por motivarme a seguir cuando quería desertar.

A mis maestros gracias por su tiempo, por su apoyo, así como su sabiduría que nos van transmitiendo en el desarrollo de mi formación académica en especial a mi tutor MSc: Jimmy Alvarado por su apoyo, tiempo y paciencia en mi trabajo de culminación

A Licenciada: *Lesbia Antonia Martínez* por su apoyo en lo largo del trabajo de culminación

Reyna de los Ángeles Hernández Arias.

A Dios

Por darme la vida la fe y la confianza de hacer todo lo que sea posible, para cumplir mis metas según sus propósitos y su tiempo que es perfecto para mí. Porque es el tiempo de Dios.

A mis Padres

Amanda Gómez y Jesús Cuadra

Siempre con su ejemplo de trabajo, y aprender cosas nuevas para enseñar a los que vienen aprendiendo de nosotros dentro de la familia que su esfuerzo y mucha confianza para que logre lo que era su deseo,

A mi Hijo

Mi amado hijo Biggie Harddy Downs Cuadra

Mi niño quien paso largas jornadas en mis días de clase y quedo en espera de mi regreso, me prestaba sus útiles escolares con tanta alegría.

A mi amado Esposo

Dorick Ricardo Downs

Por su ayuda económica, y porque siempre respeto mi tiempo de estudio, y por decirme que finalizara y no desertara

A mi amada sobrina

Ing. Valeria Araica

Por ayudarme con mis tereas y hacer el tiempo de dedicarme ese momento dándole importancia a mis estudios confiando en mi

A mis maestros gracias por su tiempo, por su apoyo, así como su sabiduría que nos van transmitiendo en el desarrollo de mi formación académica en especial al tutor MSc: Jimmy Alvarado por su apoyo, tiempo y paciencia en mi trabajo de culminación

Darlyn Cuadra

3. Agradecimiento

A Dios

Por regalarnos el don de la vida, el regalo más preciado y la salud.

A la UNAN-Managua

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua por la oportunidad de estudiar en esta prestigiosa Universidad.

A nuestros Maestros

A cada uno de los profesores que nos acompañó en este largo camino de formación académica apoyándonos con sus conocimientos.

4. Valoración del docente

Managua 10 de febrero del 2022

Msc. Telma López Briceño
Directora del Departamento de Historia
Su atención

Estimada Maestra López Briceño, reciba mis saludos.

En calidad de tutora del trabajo de Seminario de Graduación **titulado “Los expedientes clínicos del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya: Memorias Institucionales”**. Elaborado por las bachilleras **Reyna de los Ángeles Hernández Arias, carnet No. 15029766, y Darlyn Vanessa Cuadra Gómez, carnet No. 06040725**. Hago constar que han cumplido con todos los procesos normativos, metodológicos, teóricos y procedimentales en su elaboración y está listo para los efectos de su disertación y defensa ante el Honorable Tribunal Examinador.

Sin más a que hacer referencia, reciba las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente

Msc. Dalila Olivia Rugama Mojica
Tutora

Cc: Archivo

Resumen

El presente informe de seminario de Graduación es una investigación que ha permitido conocer la importancia de los expedientes clínicos del Archivo del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez, como Memoria Institucional. En su desarrollo se ha ido describiendo los procesos mediante el cual se generan los expedientes dentro de la institución utilizando la gestión documental como herramienta para conservar y desarrollar la memoria histórica institucional, fortaleciendo su rescate por ende sirva de base a las futuras generaciones como una fuente o recurso documental que ayude a apreciar su organización, clasificación y difusión de información.

Mediante este trabajo respondemos la siguiente interrogante ¿Cuál es la importancia que tienen los expedientes clínicos como memoria institucional de la atención médica del hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez a los habitantes del departamento de Masaya? a través de la búsqueda y análisis de información para lo que, primeramente, se recolecto y consulto la teoría de diferentes autores a través de lecturas de libros, bibliografías, sitios web, entre otros.

Teniendo esto en cuenta se recomienda realizar el resguardo de la memoria institucional del archivo y en este caso en específico los expedientes clínico del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez del Departamento de Masaya que les permitirá conservar los datos por medio de la gestión documental para mejorar las practicas archivísticas y la aplicación de normas estándares; ejempló la norma ISO 15489, la cual servirá para el fortalecimiento de gestión documental y desarrollo para la conformación de la memoria, empleando actividades que ayuden a mejorar la planificación y toma de decisiones .

Introducción del tema y subtema

- (Esparza, 1959) Afirma que “el expediente clínico es la historia de vida del paciente, clara, concisa y verídica de su enfermedad, escrita desde el punto médico. Es el documento que da
6. certeza de la asistencia que ha recibido como paciente del hospital al que asistió y de tal manera es necesario conservar, pero este deberá contener suficientes datos escritos en una determinada secuencia de hechos que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento, así como los resultados finales.”

El archivo del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez, es importante para la construcción de la memoria institucional siendo estas las pruebas físicas de la atención que brinda el centro hospitalario a los habitantes del departamento de Masaya. Estos expedientes clínicos son esenciales ya que son parte de los procesos de gestión documental, por lo consiguiente se da la implementación de las normas establecidas por el MINSA.

El hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez, se encuentra ubicado en el noreste del municipio de Masaya ubicado en el departamento que lleva el mismo nombre de Masaya y su fecha de fundación data del año 1,819 (elevado a villa) 1,839 (elevado a ciudad) cuenta con una extensión de 141 Km². La cabecera municipal está ubicada a 28 km. De la ciudad de Managua, capital de la República de Nicaragua. La belleza de su panorama motivó el canto de nuestro poeta Rubén Darío y la admiración de la Baronesa de Wilson lo que dio origen al título de "Ciudad de las Flores", ante el número y encanto de sus adornados jardines domésticos de exquisitas y variadas flores existentes en esa época, el departamento este compuesto por 56 barrios y 9 municipio a los que atiende el hospital Dr.: Humberto Alvarado de Vásquez.

Mapa de la ubicación geográfica

Recuperado de: <https://www.mapanicaragua.com/masaya/>

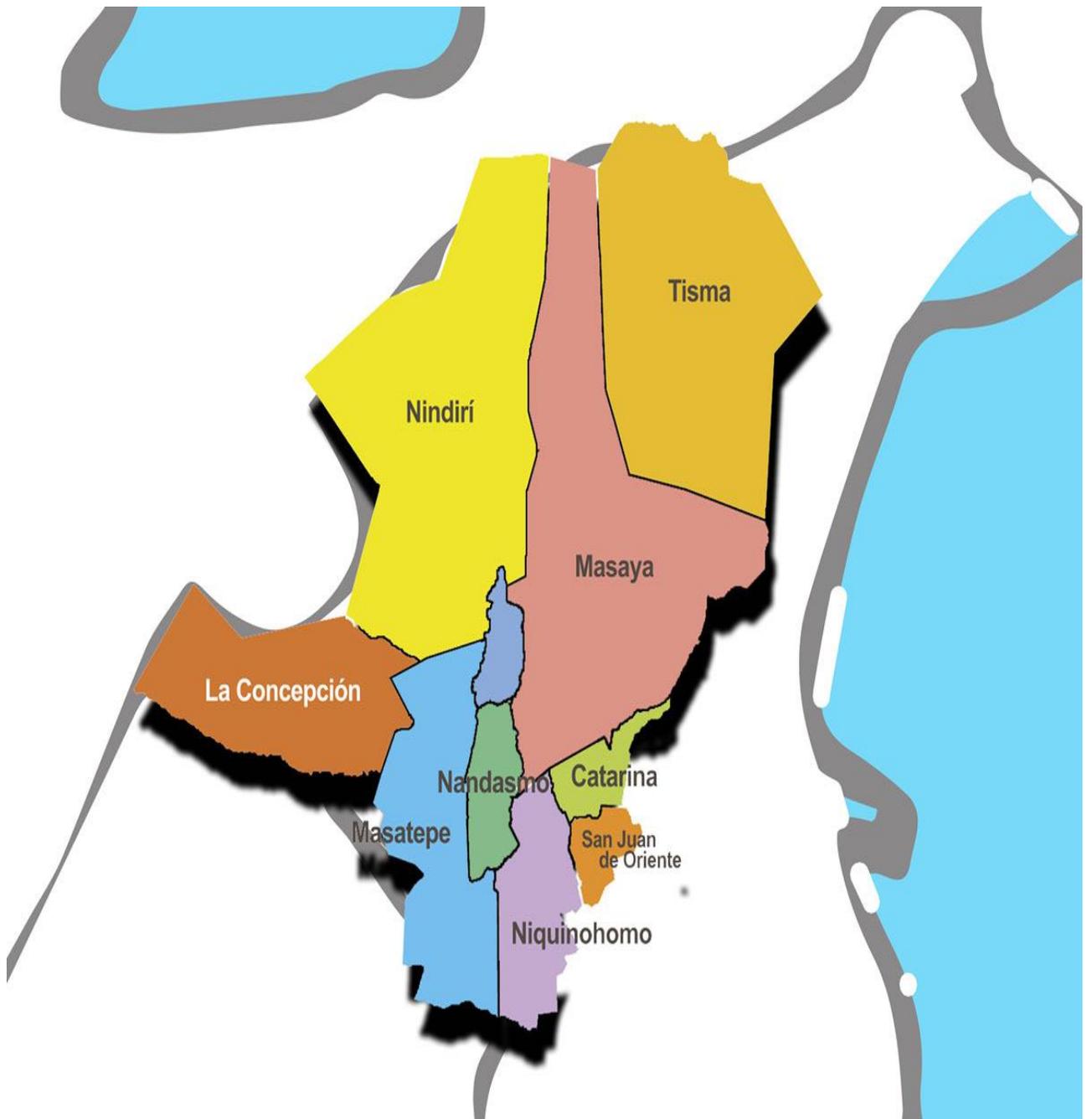




Imagen donde podemos ubicar el hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez y donde oeste con laguna de Masaya esta el antiguo Hospital viejo

Justificación

La realización de estudio de expedientes clínicos del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya: Memorias Institucionales, como trabajo de seminario de graduación se realizó con el propósito de conocer la importancia que tienen los expedientes del archivo clínicos, así como el ciclo de su Gestión Documental.

Con este trabajo de investigación propone destacar la importancia del resguardo de los expedientes para la conformación de la memoria mediante un análisis, indagando acerca de los procesos que se realizan desde el momento que se genera un expediente clínico, mediante las técnicas gestión documental que se implementa para la organización de los documentos que se resguarda en archivo clínico, permitiendo recomendar normas que fortalezcan los conocimientos en el continuo desarrollo de la conformación de la memoria a partir de los expedientes clínicos de Hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya.

La importancia que tienen los expedientes como memoria institucional se justifican a medida que se da la atención a los pacientes y los procesos que implementa la gestión documental para la organización de los expedientes que se resguarda en archivo clínico de hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez. De esta manera se pretende que se garantice el registro integral de la información generado en la prestación de servicios del derecho a la salud que lo establece en el artículo 59 de la Constitución Política de Nicaragua, además que se facilite el acceso a información o historia clínica de las personas procurando las buenas prácticas archivísticas para el mejoramiento del procesamiento, almacenamiento, búsqueda y recuperación de la información .Esta investigación es la primera que aborda la problemáticas de los expediente en los archivos hospitalarios, además se busca sensibilizar para despertar el interés de la conformación de la memoria institucional como parte del patrimonio Documental Nicaragüense.

Esta investigación de seminario de graduación es importante para reconocer la vinculación que tiene la Gestión de la Información con el rescate de la memoria histórica ya que es parte del patrimonio documental de Nicaragua y apoye a futuras investigaciones de la Carrera de Gestión de la Información.

Se dejará una copia a las autoridades del hospital para que tenga consideración a las recomendaciones.

Para comprender este proceso es importante plantearse algunas interrogantes que guíen este proceso de indagación del tema de estudio. Estas preguntas son las siguientes:

Preguntas directrices de investigación.

1. Principal

¿Cuál es la importancia del archivo clínico como memoria institucional en el hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya?

2. Secundarias

¿Qué tipo de procesamiento técnico archivístico y de gestión documental se implementa en la organización de los expedientes del archivo clínico del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya?

¿Cuál es la importancia que tiene los expedientes clínicos para la conformación de la memoria institucional del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya?

¿Qué destrezas archivísticas posee los colaboradores del archivo para el desarrollo de la conformación de la memoria institucional de Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya?

Objetivos

8.1 Objetivo General:

8.

- 1- Conocer la importancia que tienen los expedientes del archivo clínicos como memoria institucional del hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya.

8.2 Objetivos específicos:

1. Analizar el procesamiento técnico archivístico y de gestión documental que implementa en la organización de los expedientes clínicos del Hospital: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya.
2. Describir la importancia que tienen los expedientes clínicos para conformación de la memoria institucional del hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya.
3. Reforzar las normas archivísticas presente en el archivo del Hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, que fortalezcan el desarrollo de la conformación de la memoria institucional a partir de los Expedientes clínicos.

Desarrollo

Los expedientes clínicos son importantes por el conjunto de información ordenada y detallada correspondiente del paciente que demanda servicios de atención integral a su salud y la de su familia, representa una base para conocer las condiciones de salud, los actos médicos y los distintos procedimientos realizados por médicos durante el proceso asistencial (Sanitaria, 2008)

Es por ello que estos documentos son la referencia principal de los pacientes que demanda el servicio a este centro hospitalario a su vez es la prueba representativa de la continua gestión documental y mejoras de sus conocimientos archivísticos dando pase a su vez al rescate y resguardo de la memoria institucional del archivo del hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya. A su vez en casos legales o soportes de las demandas, por ejemplo; demandas por muerte maternas son la fuente principal de principales causas del fallecimiento de la paciente a su vez el expediente es la única constancia y prueba física de estos casos, así como en dado tiempo se realizan estudios de casos estadísticos de otros hechos relevantes de las enfermedades que suceden en el pasar del tiempo y hechos relevante en la sociedad.

La OMS/ OPS expresa sobre la conformación de la Memoria Institucional: Por el conjunto de activos tangibles (documentos científicos, técnicos y administrativos) y por sus activos intangibles, que, aunque sin apariencia física, agregan valor al capital intelectual de la institución y por esta razón son de inestimable valor y a largo plazo pueden responder por la reputación de la institución.

Por su naturaleza diversa y de construcción colectiva, la Memoria Institucional, en general no está bajo la responsabilidad de una única área o departamento, sino de toda la institución y en todos sus niveles de jerarquía. Áreas técnicas que tradicionalmente se relacionan con los activos tangibles e intangibles son: Gestión del Conocimiento, Inteligencia Estratégica, Biblioteca/Centro de Documentación, Archivos, Legal, Investigación, Tecnología de Información, Finanzas y Comunicaciones. OPS/OMS, año 2018, pág. # 6, Organización Panamericana de la Salud. Metodologías de la OPS/OMS para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud. Washington, D.C.: OPS; 2018.

9.1 Reseña histórica de Origen del hospital Dr.: Humberto Alvarado Vázquez de Masaya.

Origen del hospital Dr.: Humberto Alvarado Vázquez de Masaya, tradicionalmente solo ha existido un hospital en la ciudad de Masaya que era conocido en los años 70 como Hospital San Antonio, el cual está ubicado al oeste de la ciudad, luego en 1979 en plena insurrección la guardia somocista da muerte a la Enfermera Rafaela Padilla y en memoria de esta enfermera se le cambia el nombre al hospital, el cual brindaba atención a toda la población de Masaya y sus alrededores hasta el año 1985. El año 1984 el gobierno revolucionario construye un nuevo y moderno centro hospitalario el cual está ubicado en la parte Sur-Este de la ciudad. Este nuevo centro asistencial llamado “Comandante Hilario Sánchez Vázquez”, inicia sus labores de atención el día 15 de junio del año 1985, cuando fueron trasladados del hospital Rafaela Padilla los servicios de Medicina interna, cirugía, ortopedia, emergencia y farmacia, completando su traslado los demás servicios para el mes de julio del mismo año. Servicios: Medicina interna, cirugía, ortopedia, pediatría, neonatología, gineco-obstetricia, sala de operaciones (2 quirófanos).

En la actualidad se cuenta con 5 quirófanos, el área de consulta externa con 20 clínicas que atienden las distintas especialidades y servicios hospitalario como son el área de Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, pediatría, Neonatología y una casa materna que alberga a las madres de los pacientitos de Neonato con una nueva infraestructura para los pacientes de cuidados críticos que se encuentra en los extremos sur este del hospital.

El archivo nace conjuntamente con el hospital en año 1984, se encuentra ubicado dentro del departamento de estadística que se rige por del departamento de dirección general de hospital. Cuenta con un espacio de 4 metro de ancho por 8 metros de largo. Luego tenemos dentro del archivo donde un encargado almacena en la base de datos los ingresos hospitalarios en el mismo espacio está el área donde se hace la clasificación de las patologías.

En la parte norte del Archivo está ubicado el lugar de Admisión continuamente esta la oficina de clasificación es donde una persona encargada de la atención de los pacientes subsecuentes, es agenda una nueva cita.

Actualmente el fondo documental del Archivo este compuesto por expedientes. Las historias clínicas están detalladas

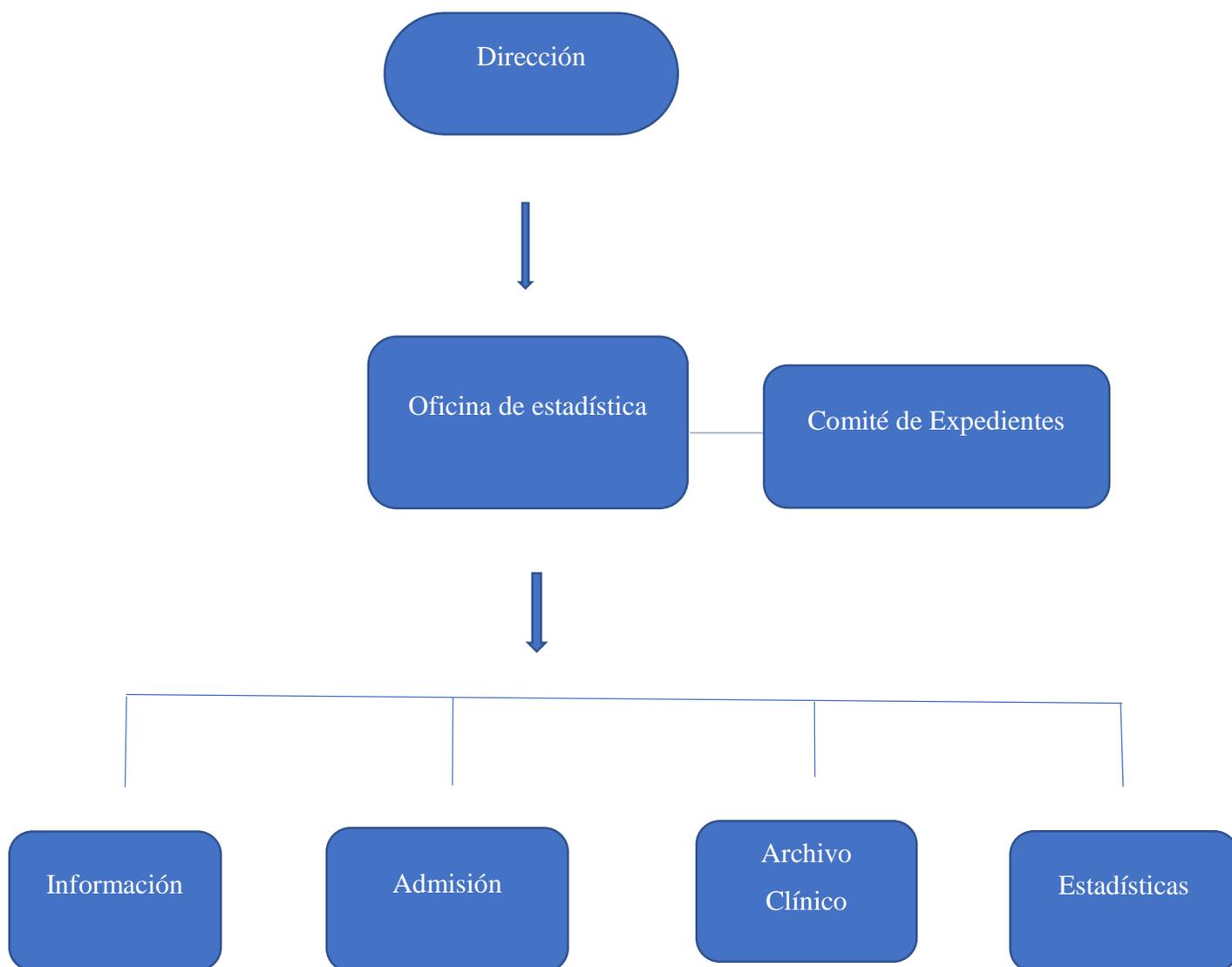
Activo: 194,712

Fallecidos:9864

Pasivo:27321

Total: 231,897

9.2 Organigrama Administrativo del Hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya.



El gráfico. Organigrama administrativo del Hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya Fuente: Manual de Organización, Función y Procedimientos de las Oficinas de Estadísticas del MINSA

9.3 Misión del hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez.

El Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez es un hospital Piloto de Demostración Nacional, en Proceso de Modernización, cuya misión es la de brindar asistencia sanitaria con equidad, calidad, calidez, eficiencia y eficacia a través de una tecnología adecuada para contribuir al desarrollo socioeconómico de la población del departamento de Masaya, priorizando las especialidades de Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia garantizando acciones de, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación con el personal altamente calificado tomando en cuenta la participación de la sociedad civil e interactuando con la red de servicios de salud.

9.3 Visión del hospital

El Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez, es una institución de alto desempeño, descentralizado y autogestionario, líder en el sector salud, con sus recursos altamente calificados para la atención con niveles de excelencia en la calidad de la prestación de servicio a la población de Masaya, con la participación de la sociedad civil e interactuando con el resto de la red de servicios de salud del SILAIS Masaya y los Hospitales de referencia Nacional.

9.4 Valores del hospital

1. Respeto
2. Ética
3. Confiabilidad
4. Moral
5. Profesionalismo
6. Honradez
7. Humanismo
8. Calidez

Descripción quehacer área de Archivo del centro Hospitalario

El procesamiento técnico archivístico y de gestión documental que implementa en la organización de los expedientes clínicos del Hospital: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, esta conformada en seis fases las cuales son: la apertura o generación de expediente del paciente los cuales son al momento de Nacimiento de una nueva personita o que el paciente solicite se le abra un expediente en el área de consulta externa, la selección de patologías es proceso donde se hace una tabla de estadística mediante el cual se pretende conocer los egreso y que enfermedad padecen más los pacientes, luego está el ordenamiento de los expedientes esto se hace a manera de abanico donde se ubica por año ,por mes y día en que nace el paciente, la búsqueda de expediente, este mediante lo agendado en citas anteriores ,la colocación en estantería los documentos, el expurgo en la eliminación previo a la aprobación de un comité.

El expediente clínico como memoria institucional y su importancia.

Los expedientes clínicos es conjunto de información ordenada y detallada correspondiente al paciente que presta el servicio de atención integral a su salud y la de su familia , representa una base para conocer las condiciones de salud , los actos médicos y distintos procedimientos realizados por el medico durante el proceso asistencial (Sanitaria 2008).

Son parte fundamental los expedientes clínicos del hospital es la fuente principal de la continua gestión documental y sus procesos mediante el cual el archivo opera de manera que da pase a la cadena documental ,donde el documento este en constante movimiento en las diferentes áreas que se requiera la consulta de este documento y a su vez la prueba fidedigna en el ejercicio de sus actividades y de la asistencia del paciente a las diferentes áreas hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya. que atiende a los pacientes llegan a este centro hospitalario.

Propuesta

Resguardar el expediente clínico como memoria institucional es de suma importancia, al respecto la norma N-0094 especifica que es un sistema de información de salud a su vez se puede considerar como una fuente primaria, este documento llamado expediente clínico es respaldo idóneo para efectos investigativos a largo plazo y responder en concordancia a su misión. El documento final resultante generado por el centro hospitalario mediante el proceso de gestión documental es el expediente clínico con la nueva función de memoria records management (gestión de registro).

El expediente clínico es un documento de uso frecuente, de suma importancia social, pues este documento recaba información necesaria y de utilidad para darle una nueva perspectiva desde un enfoque investigativos de hechos relevantes de interés social. Es por eso que se considera importante aplicar lo que especifica la norma N-0094, evitando la incineración de estos documento o venta a las empresas de reciclaje. Se recomienda la preservación de estos datos buscando alternativas de digitalización que permita su consulta tiempo-espacio.

Establecer un proyecto de preservación y uso de la memoria institucional requiere de una decisión política inicial del más alto nivel. Dicha decisión debe traducirse en instrumentos normativos institucionales que deben hacerse conocidos mediante los canales oficiales de comunicación interna existentes. Análisis de situación, que debe considerar como mínimo los siguientes aspectos.

- Cultura institucional asociada al uso de información institucional para la toma de decisiones;
- Políticas, normas o procedimientos relacionados a la preservación y uso de la memoria institucional
- Normas institucionales sobre Tecnologías de Información;
- Plataformas, bases de datos y/o mecanismos de registro de activos:

Tangible: catálogo de la biblioteca, informes de consultorías técnicas, informes de viaje, listado de publicaciones y otros productos de información institucional etc.,

Intangibles: marcas corporativas, copyright, licencias y sistemas, bases de datos, páginas web desarrolladas por la institución;

- Documentos y otras fuentes en forma digital;
- Capacidades y brechas de conocimiento técnico del personal (principalmente de la biblioteca, área de tecnológica y de publicaciones);
- Capacidad de búsqueda y uso de información por parte del personal de la Institución que no sea bibliotecario o profesional de la información;
- Áreas técnicas responsables por asegurar la gestión, organización, preservación y uso de los activos tangibles e intangibles;
- Reglas y procedimientos sobre la transferencia e incorporación de conocimiento entre los profesionales en situación de fin de contratos y/o jubilación;
- Política de digitalización para que los objetos sigan criterios de calidad con estándares mínimos de formato, resolución, tamaño, nombramiento de los archivos etc. OPS/OMS, año 2018, pág.# 12 Organización Panamericana de la Salud. Metodologías de la OPS/OMS para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Reforzar las normas archivísticas presente en el archivo del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, que fortalezcan el desarrollo de la conformación de la memoria institucional a partir de los Expedientes clínicos.

De acuerdo al manual para el manejo del expediente clínico el propósito es alcanzar altos niveles de rendimiento laboral mediante la utilización adecuada de los expedientes en la institución pública y privada, mejorando la calidad de atención de las y los pacientes y que de esta manera estos documentos sean instrumento de investigación -epidemiológica y médico-legal. Con esta investigación se pretende innovar con nuevas perspectivas archivísticas que apoye al desarrollo la memoria institucional a partir de los documentos generado dentro de centro hospitalario.

Por consiguiente, se sugiere la implementación de normas estándares como la ISO-15489 que enfatiza en los principios de gestión de documentos y establece requisitos para que las

organizaciones de esta manera puedan establecer un marco de buenas prácticas apoyando las políticas y los objetivos de la organización. Esto permitirá hacer visible los beneficios de la gestión de conocimiento e información.

9.3 Descripción, Procesos, técnicas y herramientas de gestión documental.

9.3.1 Este acápite se construido de la entrevista sostenida con la Licenciada Lesbia Antonia Martínez. Jefa del departamento de estadística y a su vez, encargada del archivo clínico del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez del departamento de Masaya. En el cual nos expresa las faces que se realizan dentro del archivo:

Dentro de los procesos técnicas y herramientas de la Gestión documental del área de archivo en el Hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez del departamento de Masaya mediante los siguientes procesos para la generación de un Expediente Clínico de acuerdo con lo expresado a través de la entrevista con la Licenciada Lesbia Antonia Martínez.

1ra fase :La apertura o generación de un expediente se da momento que nace una persona y se lleva registro de su nacimiento en el hospital en el momento que se produce este documento queda la huella del pie de la nueva persona el peso y talla, estos datos sirve de apoyo para llenar el formato con la información requerida en las constancia de nacimiento las cuales son solicitadas por las madres de los recién nacidos para el momento de darle un nombre a su hijo y este sea inscrito en el registro de las persona , en caso de que este amerite consulta en las especialidades que se le orienta al momento que se le da el alta a la nueva mamá y si llegue a solicitar un servicio de la consulta externa ya tiene un expediente abierto los cuales tiene un plazo de cinco años estos permanecen en el estante y después de cinco años si nunca solicitó o fue requerido ninguna consulta este documento tiene otros cinco años en expedientes sin rotación donde los encargado lo clasifican como un expediente pasivo.

Otra forma de apertura de expediente es en el momento de que llegue una persona que nunca ha solicitado el expediente pero si ha asistido a del área de emergencia se genera el expediente de acuerdo a su identificación (cedula de identidad) y si este paciente presenta

patologías crónicas es cuando se le agenda citas y de acuerdo con la regularidad que llegue a la citas expediente va creciendo a medida que el doctor solicite al paciente exámenes y otros medios que ayuden a diagnosticar que tiene el paciente.

2da fase: se selecciona por patología: se almacena en el sistema DBF (Database filey pertenece a la categoría extensión de archivo) se lee el expediente para saber que diagnóstico tiene el paciente y así llevar el registro contable de los servicios médicos que se le brindo por los motivos de su hospitalización, y de esta manera se conoce la demanda del servicio. Esto también permita a otras áreas como farmacia llevar el control de los medicamentos que más se solicitan y de ello queda constancia en el expediente al momento que el doctor da su diagnóstico y en la hoja queda determinado el seguimiento de fármacos que se solicitó.

3era fase; El ordenamiento de los expedientes; esto se hace por año ya que como antes mencionaba de acuerdo al año en que nace se agrupan y luego por meses y días en que nació el paciente.

4ta fase; La búsqueda de expedientes: es el momento en que solicitan las citas los pacientes que utilizan el servicio del hospital y estos son agendado según el calendario de atención del hospital.

5ta; Fase: la colocación en estantería: Este punto es cuando el expediente pasa al lugar donde quedan ordenados en el estante hasta el momento que sea requeridos en la consulta externa, emergencia u hospitalización.

6ta; fase el Expurgo: Es cuando el documento pasa mucho tiempo sin ser solicitado o consultado entonces cada cierto tiempo la encargada del área revisa los expedientes los cuales tiene la información de cuando el paciente visito por ultima el hospital. Y de acuerdo al tiempo se toma la decisión de dejarlo o sacarlo, el tiempo que se le da en el archivo es de cinco años y otros cinco en archivo pasivo o sin movimiento.

9.5 Técnicas que se utilizan para resguardar el expediente clínico dentro del archivo de Hospital.

La encarpación es donde se contiene las hojas de atención del paciente.

Asignación del número de expediente, este lleva el código de lugar de nacimiento de paciente, las iniciales de su nombre, el sexo al que pertenece, la fecha, mes y año en que nació.

Búsqueda de los expedientes, que se da al momento que se les entrega a los encargados del archivo las agendas de citas de cada clínica.

9.4 .1. El ciclo de vida del expediente.

Según Gallo Patricia los documentos tienen edades que se deben identificar: Primera edad central: son los expedientes de consulta recurrente y activa. En ciertos casos son de carácter legal en los solicitados por instituciones como la policía en la clínica 11

Segunda edad histórica en este caso los expedientes de pacientes que han fallecido dentro del hospital. Tienen valor legal para elaborar cartas de defunción.

9.5.2. Herramientas que se utilizan para el control del flujo documental del archivo.

Las agendas sirven como soporte o control de los expedientes que salen del archivo hacia los diferentes servicios clínicos que brinda el hospital.

Herramientas para rotular expedientes. Lapiceros, pilos o marcadores, correctores.

MINSA (2012) Manual de Organización y Procedimientos de las Oficinas de Estadísticas. De acuerdo al Manual de Procedimientos de Organización expresa que el archivo y expediente clínico en el inciso doce, nombra cada acción de manera muy rápida que se realiza al momento de generar un nuevo expediente clínico, donde hace mención solo de ordenar los expedientes clínicos, es la conservación y custodia de los mismos, se mencionan siete puntos donde se conserva se controla la entrada y salida de los expedientes el uso de tarjetones los cuales son utilizados para remplazo el que nombra una serie de requisitos para el préstamo de expedientes, la pérdida o extravió de expedientes se redacta una "acta de pérdida", revisar periódicamente el archivo, buscar los expedientes mal archivados, habla de los requerimientos

de solicitud de expediente con carácter judicial, y por último el concepto de que ninguna persona ajena a archivo deberá extraer expedientes clínicos. Por consiguiente en los demás inciso se refiere al control de numeración de los expedientes clínicos, revisar la inclusión de informes en los expedientes relacionado con el rastreo del documento dentro de la consulta externa y función de los tarjetones de remplazo con información del paciente, seguido el desarchivo de los expedientes que se realiza de acuerdo a la lista de pacientes que tienen citas agendadas en la diferentes especialidades que atiende la consulta externa , la forma de archivar es de derecha a izquierda y si hay alguna complicación debe informarse al encargado o jefe del departamento, que hacer en caso de existencia de duplicados solo de cerciorarse si son los mismo y adjuntarlos y si no diferenciarlos si son parecidos y finalmente de la eliminación de documentos clínicos que es revisar los expedientes según su última visita al servicio de salud tienes cinco años en el estante activo luego de cinco más de estar inactivo se pasiva hasta que llega el momento que la comisión determine la eliminación ,la separación de los expedientes clínicos de egreso vivos de los fallecidos y al igual que los otro expediente tiene cinco años luego se extraen del archivo se realiza una constancia de la cantidad y número del expediente que se eliminó y se queman.

9.6.1 Generalidades de la investigación.

Según Fernández Valdés y Ponjuán Dante (2008) la gestión documental "es un proceso administrativo que permite analizar y controlar sistemáticamente a lo largo de su ciclo de vida, la información registrada que se crea, recibe, mantiene o utiliza una organización en correspondencia con su misión, objetivos y operaciones.

También se considera un proceso para mantener la información en un formato que permita su acceso oportuno, por lo que son necesarias tareas y procedimientos para cada fase y explotación de esta información registrada que es evidencia de las actividades y transacciones de los organizadores y que les permita lograr una mayor eficacia en las organizaciones, se manejan diferentes tipos de documentos, en la dependencia de la esfera de actuación y misión de cada una.

La gestión documental es un conjunto de procesos que comúnmente se practica en los archivos, de allí que esta definición por expertos en la materia sustenta su interpretación de que es archivo, considerando la definición que está recogida en la ley 16/1985 del 25 de

junio del patrimonio histórico español, que en su artículo 59 dice: que son archivos los conjuntos orgánicos de documentos, o la reunión de varios de ellos reunidos por las personas jurídicas, públicas o privadas, en el ejercicio de sus actividades al servicio de su utilización para la investigación, la cultura, la información y la gestión administrativa. La reproducción de la documentación más representativa, clasificación y ordenación según las normas de la teoría archivística, ser un centro activo de información que les permita a todos los involucrados relacionar documentos ser un medio de consulta y una base de elementos probatorios.

El archivo como tal es el espacio que presta las condiciones donde se almacena la información en estantes sea de madera o metal, que tenga climatización adecuada para que los documentos tengan un mayor tiempo de vida.

En consonancia con lo anterior López Domínguez (1997), define al archivo clínico como: la unidad operativa encargada de reunir, conservar, administrar, del mejor modo posible, todo material escrito o iconográfico que va generándose a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales cualquier que sea el soporte que adopte para presentación o conservación de dicho material.

Es el espacio físico dentro de las instalaciones del hospital que resguarda documentación de interés social, estos representan la continua actividad de gestión documental, que dan testimonio de la prestación del servicio médico que representa la evolución y generación de información clínica.

Esto se observa tangiblemente en el Expediente Clínico, que es el conjunto de información ordenada y detallada correspondiente del paciente que demanda servicios de atención integral a su salud y la de su familia, representa una base para conocer las condiciones de la salud, los actos médicos y los distintos procedimientos realizados por el médico durante el proceso asistencial (Sanitaria, 2008).

La OMS/ OPS expresa sobre la conformación de la Memoria Institucional: Por el conjunto de activos tangibles (documentos científicos, técnicos y administrativos) y por sus activos

intangibles, que, aunque sin apariencia física, agregan valor al capital intelectual de la institución y por esta razón son de inestimable valor y a largo plazo pueden responder por la reputación de la institución.

Por su naturaleza diversa y de construcción colectiva, la Memoria Institucional, en general no está bajo la responsabilidad de una única área o departamento, sino de toda la institución y en todos sus niveles de jerarquía. Áreas técnicas que tradicionalmente se relacionan con los activos tangibles e intangibles son: Gestión del Conocimiento, Inteligencia Estratégica, Biblioteca/Centro de Documentación, Archivos, Legal, Investigación, Tecnología de Información, Finanzas y Comunicaciones. OPS/OMS, año 2018, pág.# 6, Organización Panamericana de la Salud. Metodologías de la OPS/OMS para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud. Washington, D.C.: OPS; 2018.

La memoria institucional de una institución es la que permite preservar y brindar el acceso de su información de dicha institución y sus actividades deben estar bajo responsabilidad de un departamento en específico el que lleve la dirección y planificación de dicho lugar debe considerar las estándares de normativas que reglamenta ,fortalecen y dirigen de manera que influya en la organización internacionales de información , es por ello que se abre paso a aumento de capital intelectual en cual quiera que sea la institución, donde un gestor de información desempeñe su trabajo.

9.7Expedientes Clínicos Concepto, Estructura y Tipología.

Normas para el manejo del expediente clínico. Manual de procedimiento del expediente clínico. Normativa -004 segunda edición MINSA, 2013

Según las normas el expediente clínico esta se divide tres importantes secciones la parte de identificación está conformada por los datos obtenidos en la oficina de admisión, a la entrada del paciente, la sección medica comprende la información colectada por la vigilancia del médico tratante y la sección de enfermería está bajo la responsabilidad de los enfermeros que llevan un informe de sus observaciones y el cuidado del enfermo tratado por el médico.

Concepto

El expediente clínico es el conjunto de información ordenada y detallada correspondiente al paciente que presta servicios de atención integral a su salud y la de su familia, representa una base para conocer las condiciones de la salud, los actos médicos y los distintos procedimientos realizados por el medico durante el proceso asistencial. (Sanitaria, 2008)

El expediente clínico

Estructura del Expediente Clínico

Atención ambulatoria

- Carpeta
- Constancia de abandono cuando el caso lo amerite
- Referencia y/o contra referencia
- Hoja de interconsulta y tránsito del usuario
- Nota de evolución y tratamiento
- Nota de enfermería
- Historia Clínica General
- Consentimiento Informado
- Hoja de identificación del usuario
- Reporte de exámenes y medios diagnósticos: reportes de laboratorios clínicos, dictamen radiológico, ultrasonidos, electro cardiograma, y otros.

Atención Hospitalaria

- Carpeta
- Lista de problemas al reverso de la portada
- Hoja de información de condición diaria del usuario
- Perfil o control fármaco terapéutico
- Registro grafico de signos vitales
- Control de signos vitales e ingeridos u eliminados
- Nota de evolución y tratamiento
- Nota de ingreso
- Nota de recibo
- Historia Clínica
- Hoja de servicio de emergencia

- Nota de enfermería
- Control de medicamentos
- Control preoperatorio
- Nota operatoria
- Registro de anestesia
- Interconsulta y tránsito de usuario
- Referencia y contra referencia
- Consentimiento informado
- Registro de admisión y egreso

Carpeta

Esta incluye todos los datos del paciente, concernientes a la apertura del expediente. (González, 2008)

- **Hoja de información de condición diaria del paciente**

Esta hoja es una constancia con información de la condición, evolución, diagnóstico y tratamiento del paciente, esta hoja se le otorga al representante legal del paciente. La hoja contiene el nombre del paciente, fecha y hora que se brinda la información, también el nombre y firma de quien recibe el informe. (González, 2008)

- **Nota de evolución y tratamiento**

El médico cada vez que proporciona atención al paciente debe dejar una constancia escrita de la evolución y actualización del cuadro clínico, los signos vitales, los resultados de exámenes, reconfirmación de los diagnósticos previos al caso del paciente y su nuevo diagnóstico. (Delgado, 2013)

- **Reporte de laboratorio**

Un reporte de laboratorio es un documento que se usa para apuntar y notificar las actividades realizadas en un laboratorio. En este reporte se anexan los resultados de laboratorio, tales como: ultrasonido, rayos x y patología y otros medios de diagnósticos que se realizaron al

paciente. Contiene los datos de quienes realizan experimentos y la institución donde se llevan a cabo las actividades, indica la institución, facultad, nombre del laboratorio, nombre y correo electrónico de la persona encargada de la actividad. (Landa, 2015)

- **Control de medicamento**

En este formato se registran cada uno de los medicamentos que se le suministran al paciente durante la hospitalización, permite medir y llevar un control de los medicamentos prescritos y aplicados. (González, Normativa -004, 2008)

- **Componentes y Funcionamiento de la Historia Clínica en el Expediente Clínico.**

Es una reseña sistemática, circunstanciada y detallada de todos los datos y conocimientos personales, familiares relacionados a esa persona, que permiten formular un diagnóstico cercano a la situación actual. (González, 2008)

Objetivos de la historia clínica

Organizar y registrar los datos que auxilian al diagnóstico y plan terapéutico y plan terapéutico.

Proporcionar un relato claro, objetivo y ordenado del estado de salud del usuario.

Servir de documento o libro particular del usuario.

Organizar un registro legal de los problemas y cuidados.

(González, 2008)

Contenido de la historia clínica

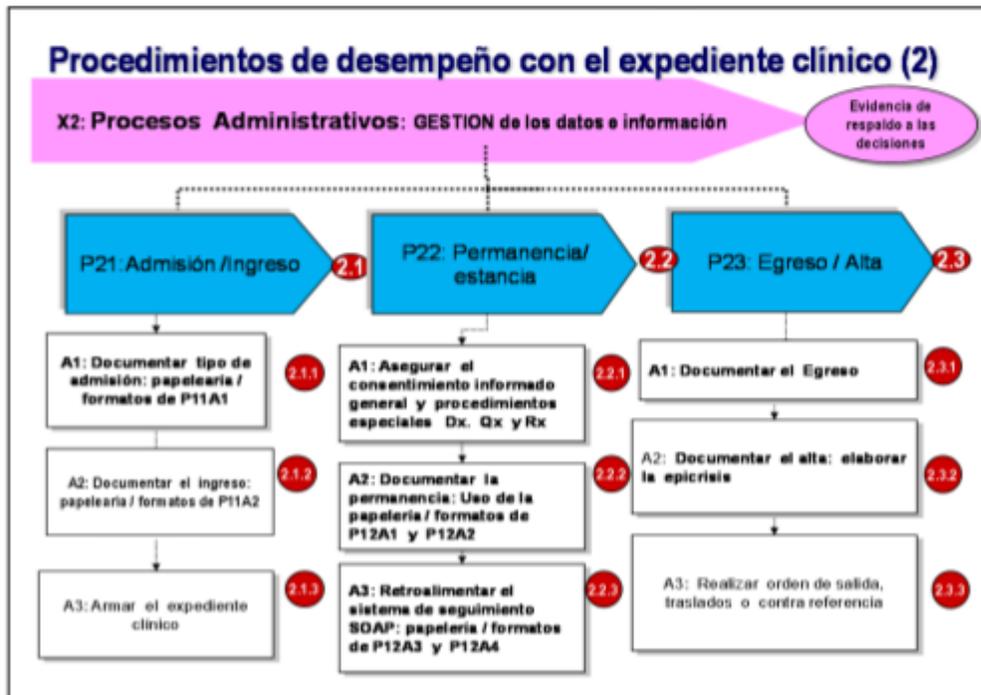
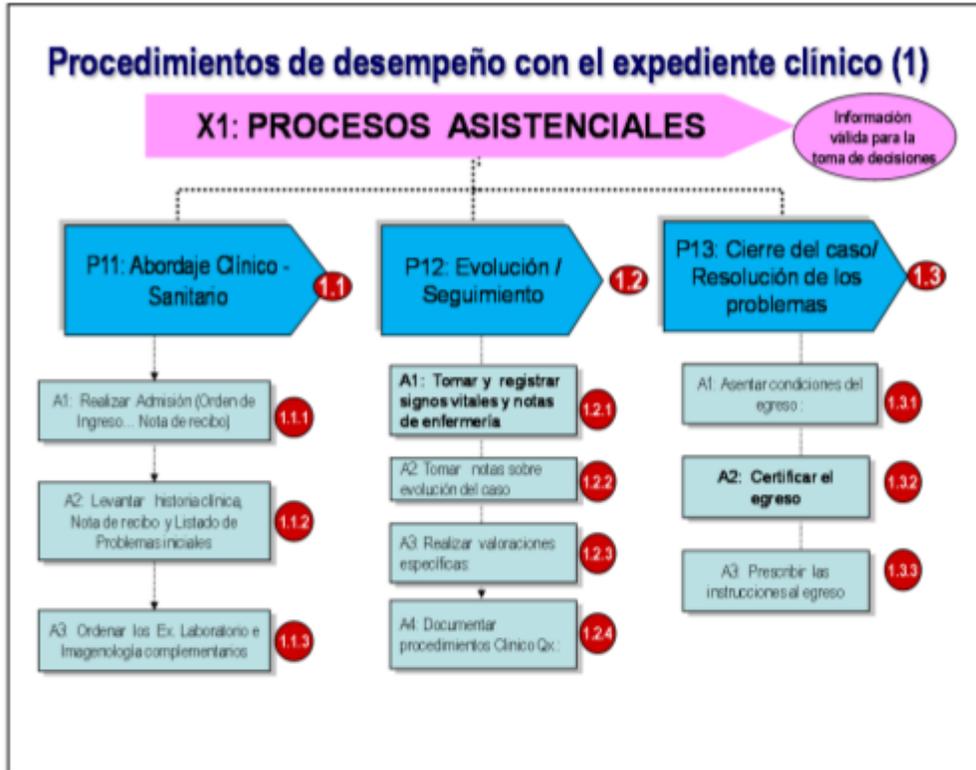
La historia clínica está compuesta por:

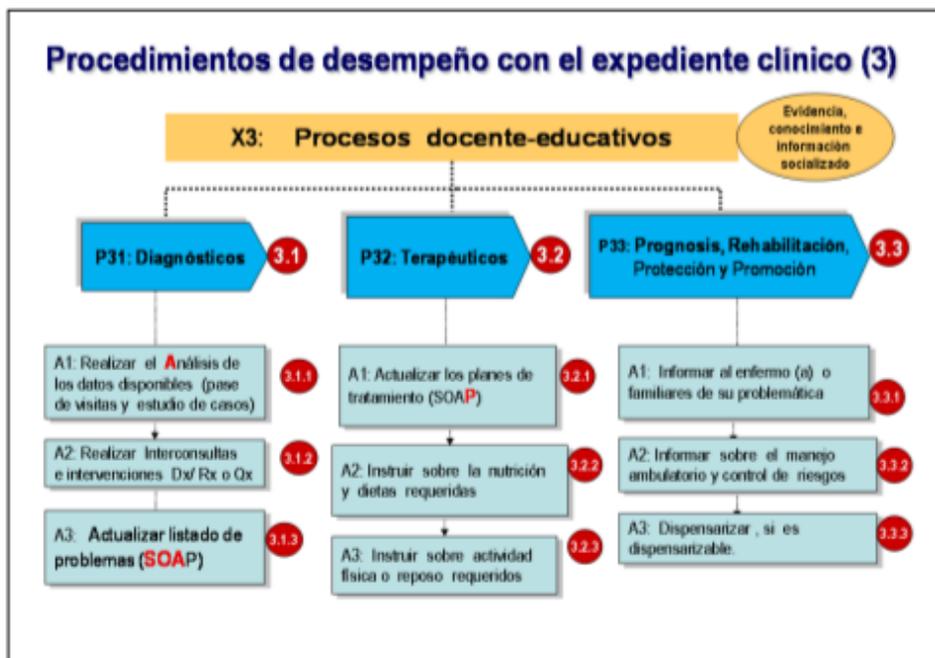
- Anamnesis: llamado también como interrogatorio, esta debe cumplir con todos los puntos incluidos en el formato de anexo que incluye
- Antecedentes personales y familiares patológicos
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes laborales
- Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual
- Revisión por aparatos y sistemas.

- Otros datos relevantes que el medico considere necesario.
- Examen Físico: Se registra los hallazgos normales y anormales, comentándose de forma adecuada, completa y objetiva.
- Impresión diagnostica: Debe detallarse en base a los hallazgos del interrogatorio, examen físico, revisión por sistemas y exámenes complementarios.

Marco legal, normativo, metodológico y conceptual
Diagrama de flujos en modo flujograma matricial







Anexos: Formatos y Formularios del Expediente Clínico

Nº	Procedimiento	Código	Referencia y Contenido
01	Abordaje clínico	P112A	HISTORIA CLINICA PERINATAL
02	Abordaje clínico	P112B	PARTOGRAMA
03	Abordaje clínico	P112C	HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA
04	Abordaje clínico	P112D	HISTORIA CLÍNICA PARA ADOLESCENTES
05	Abordaje clínico	P112E	HISTORIA CLÍNICA DE ADULTOS
06	Abordaje clínico	P112F	LISTA DE PROBLEMAS / Preliminar al ingreso
07	Evolución/ seguimiento	P121A	REGISTRO GRÁFICO DE SIGNOS VITALES
08	Evolución/ seguimiento	P121B	NOTAS DE EVOLUCIÓN por Enfermería
09	Evolución/ seguimiento	P122A	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO
10	Evolución/ seguimiento	P122B	HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN A LA NIÑEZ
11	Evolución/ seguimiento	P123A	SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRANSITO DE PACIENTE
12	Evolución/ seguimiento	P123B	CONTROL DE SIGNOS VITALES, INGERIDOS Y ELIMINADOS
13	Evolución/ seguimiento	P124A	NOTA OPERATORIA
14	Evolución/ seguimiento	P124B	RECUESTO DE COMPRESAS
15	Admisión / Ingreso	P211	HOJA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA
16	Admisión / Ingre Egreso	P211B / P231B	REGISTRO DE ADMISIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO
17	Admisión / Ingreso	P212	HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
18	Admisión / Ingreso	P213A	CARPETA ROSADA PARA PACIENTES FEMENINAS
19	Admisión / Ingreso	P213B	CARPETA CELESTE PARA PACIENTES MASCULINOS
20	Admisión / Ingreso	P213C	CARPETA BLANCA PARA NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE
21	Permanencia / estancia	P221	Consentimiento informado
22	Permanencia / estancia	P222A	LISTA DE PROBLEMAS / En seguimiento
23	Permanencia / estancia	P222B	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO
24	Permanencia / estancia	P223	REPORTES DE LABORATORIO CLINICO ...
25	Admisión/Ingreso	P231A	Referencia de pacientes
25b	Egreso / Alta	P233	Contrarreferencia de pacientes
26	Egreso / Alta	P232A	Epicrisis
27	Egreso / Alta	P232B	Constancia de abandono
28	Interconsultas e intervenciones quirúrgicas	P312A	Registro de anestesia
29	Procedim. Terapéuticos	P321A	Perfil farmacoterapéutico
30	Procedim. Terapéuticos	P321B	Control de medicamentos
31	Prognosis, rehabilitación, protección y promoción	P331	Informe de condición diaria de pacientes
32	Prognosis, rehabilitación, protección y promoción	P332	Registro de hallazgos en la exploración clínica (Examen de mamas)
33	Almacenamiento (archivo) y conservación del expediente clínico.	P423	CONTROL DE REGISTRO DIARIO DE SALIDA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL ARCHIVO

10 Marco legal nicaragüense que regula la creación y funcionamiento de los Archivos.

9.10.1 Decretos 71,72 y 73 que son de creación del archivo fusión dirección, resguardo y rescate del patrimonio documental nicaragüense

Decreto 71 Creación de archivo, Decreto 72 Resguardo de patrimonio documental nicaragüense, Decreto 73 creación de archivo administrativo centrales.

En relación de la base legal que norman la organización ,funcionamiento del archivo entre los decretos que resalta como base legal nicaragüense se tomara los decretos 71,72,73 publicados en Septiembre del año 2001 en el cual se determina a partir de ese momento otorgar un accionar dentro de las instituciones del estado de Nicaragua normando la conservación de la memoria documental de la nación .Esto es para fortalecer y dinamizar el quehacer archivístico , y de gestión documental, para preservación y conservación de la memoria histórica de las instituciones.

9.10.2 Ley 621 de Acceso a la Información

La Ley 621 tiene por objeto normar, garantizar y promover el ejercicio del derecho de acceso a la información pública existente en los documentos, archivos y bases de datos de las entidades o instituciones públicas, las sociedades mixtas y las subvencionadas por el Estado, así como las entidades privadas que administren, manejen o reciban recursos públicos, beneficios fiscales u otros beneficios, concesiones o ventajas.

Esta ley sirve de apoyo para garantizar el ejercicio archivístico y gestión documental dentro del archivo clínico del Hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya.

Artículo 11.- Tanto el servidor público que se encuentre a cargo de la Oficina de Acceso a la Información Pública, como el personal calificado a su cargo, brindarán sus mejores esfuerzos para facilitar y hacer posible a los ciudadanos la localización y el acceso a la información

solicitada. También facilitarán la impresión del documento para su inmediata consulta, o copia o fotocopia a costa del solicitante, también dispondrán la venta al público por un precio que no podrá superar el costo de edición.

Este artículo se aplica al momento que se genera el documento de constancia de nacimiento, no así en el costo ya que es totalmente gratuito siendo este uno del derecho del nicaragüense impuesto por nuestro presidente que todo servicio en instituciones estatales es de carácter gratuito.

9.10.3 Normas 094 que es el Manual de Organización, Funciones y procedimientos de Estadísticas del MINSA. Siendo esta su base legal y de organización a nivel nacional para todos los Archivos de los diferentes centros hospitalarios que funcionan en el país.

9.10.4 Constitución Política de Nicaragua (Artículo 59, específica): Los nicaragüenses tienen derechos, por igual a la salud, el estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.

Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen

10. Conclusiones

- La Gestión Documental tiene la responsabilidad de estar a cargo de los procesos mediante el cual se genera, recepción, organiza y controla de modo eficiente los documentos dentro de la institución, permitiendo su aprovechamiento de forma oportuna y eficaz. Es por eso que tiene una gran importancia en la conformación de la memoria institucional del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya.
- El archivo clínico del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, es la prueba fidedigna del servicio sanitario que ofrece a sus habitantes, es la compilación de información que se genera dentro del Hospital, es de interés social, constituye y resguarda la memoria Institucional.
- La memoria Institucional contiene la información relevante para la institución y la sociedad, se actualiza anualmente a través de las demandas del servicio de salud de la población del municipio de Masaya y comarcas aledañas. Esta permite conocer las solicitudes existentes y a futuro tomar decisiones que apoye al desarrollo de su misión, misión, objetivos y mejorar la calidad del servicio de salud.
- El documento llamado Manual de organización, funciones y procedimientos de las oficinas del MINSA. El conjunto de normativas y manual define el expediente, aunque dentro de definiciones necesita una actualización en el área operacional de la cadena documental y gestión documental.
- El personal que está a cargo del archivo clínico del hospital desarrolla su labor de forma empírica, pues, aunque no son egresados profesionales de la Gestión de la Información, ni egresados de Bibliotecología ni Archivística si en otras especialidades. Por tanto, se insta e invita a estudiar la carrea de Gestión de información en la universidad UNAN-Managua

- Para la organización del archivo del hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez no se aplica ninguna de las normas internacionales tales como: ISAD G, ISAAR, las normas ISO 15489 etc.

Recomendaciones:

Es importante que se conforme la memoria institucional del centro hospitalario para ello es necesario los procesos de la cadena documental y su continua gestión. por tanto, es necesario hacer todo lo posible para que esta se le resguarde siendo esta la que responda al a largo plazo en concordancia con su misión y objetivos.

La actualización del Manual de Funciones y procedimientos de oficinas de estadísticas del MINSA, en su contenido agregar a la actualización en el capítulo dos el inciso cinco, especificar a los que deben ocupar el cargo de jefe de oficina de estadística a personas que tenga especialidad en Bioestadísticas, técnico de estadística y técnicos de especialidades afines, licenciados en Gestión de Información para dirigir una oficina de esta Magnitud

Crear políticas de preservación y conservación de los expedientes clínicos del Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, que apoyen al desarrollo del archivo como tal y desarrollar una climatización adecuada para darle más vida al documento, la forma foliación de expediente que sea adecuada para el resguardo del mismo haciendo énfasis en estantería que sean las adecuadas y preferiblemente metálicas para evitar albergar cualquier insecto como son las polillas etc.

Se recomienda aplicar normas como la ISO 15489, un marco de buenas prácticas de gestión documental en las organizaciones.

11. Bibliografía

Alonzo, García y Lloveras, Archivos de empresa, Gestión de documentos; La norma ISO 15489 ; un marco de buenas prácticas de gestión documental en la organizaciones septiembre 2007. Recuperado de: http://eprints.rclis.org/12263/1/Alonso_Garcia_Lloveras_-_La_norma_ISO_15489.pdf

Bibliotecas y Museos. 16/1985, «BOE» núm. 155, de 29/06/1985.P(71)

<https://informacion.com/web/archivos-clinicos-estudios-organizacion-entidades-preven>

Esparza OC. El expediente clínico. Salud Publica Mex [Internet]. 30 de junio de 1959 [citado 16 de noviembre de 2021];1(1):167_175. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4499>

Garrote, N. (2012). La consulta médica. Recuperado el 18 de noviembre de 2021

González, G. J. (2008). Guía para el Manejo del expediente clínico. Ministerio de Salud. Managua:

González, G. J. (2008). Normativa -004. MINSA. Managua: La Gaceta. Recuperado el 20 de noviembre 2021

MINSA. (2013). Norma para el manejo del expediente clínico. MINSA. Managua: Recuperado el 24 noviembre de 2015.

Ponjuan Dante, Gloria Gestión documental, gestión de información y gestión del conocimiento: evolución y sinergias. Comunicación preliminar Ciencias de la Información, vol. 36, núm. 3, septiembre-diciembre, 2005 Instituto de Información Científica y Tecnológica La Habana, Cuba

Organizar, diseminar y preservar la Memoria Institucional Metodologías de la OPS/OMS para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud, Recuperado 23 de Noviembre de 2021.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34997/Memoriainstitucional2015_spa.pdf?sequence=5

Patrimonio histórico, Español. Del Patrimonio Documental y Bibliográfico y de los Archivos,

La Gaceta. Recuperado el 17 de Septiembre de 2021

<https://informacion.com/web/archivos-clinicos-estudios-organizacion-entidades-prevenc>

Reseña histórica del Hospital Dr. Humberto Alvarado de Masaya recuperado de 21 de Noviembre <https://hhavmasaya.es.tl/Historia-Masaya.htm>

Sanitaria, D. G. (2008). Norma para el manejo del expediente. Managua. Recuperado el 16 de noviembre 2 de noviembre de 2021.

Mapa de Masaya recuperado 7 de marzo del año 2022:

https://www.mapanicaragua.com/wp-content/uploads/2022/02/mapa-masaya-1.jpg&imgrefurl=https://www.mapanicaragua.com/masaya/&docid=o_6NOI0qxeZnCM&tbid=yva3KHxDnaed-M&vet=1&w=1200&h=927&source=sh/x/im

12 Anexos (gráficos, tablas, esquemas, otros)

12.1. Instrumento para la entrevista.

Aplicada a ala licencianda Lesbia Antonia Martínez

- 1) ¿Cuál es la importancia que tienen los expedientes clínicos como memoria institucional de la atención que brinda el Hospital Dr.: Humberto Alvarado Vásquez a los habitantes de Masaya?
- 2) ¿Qué tipo de ordenamiento archivístico condiciones de ambiente y conservación se encuentra hoy en día los expedientes clínicos del archivo?
- 3) ¿Cuál es el uso de rotación de un documento del archivo?
- 4) ¿Qué normativa aplica para ordenar los archivos?
- 5) ¿Cómo hace el expurgo?
- 6) ¿en que registra los documentos que salen del archivo?
- 7) ¿Cómo se da cuenta si el expediente está en actividad en la consulta externa o en otra área del hospital?

12.2. Fotografías del Hospital



Ilustración 1 Fachada principal de la Consulta Externa y el área de ultrasonido del Hospital



Ilustración 2 Sala de Emergencia Ing. Cristóbal Rugama , donde se atiende y está dividida emergencias personas adultas como emergencias pediátricas.



Ilustración 3 Área de Clasificación de Pacientes

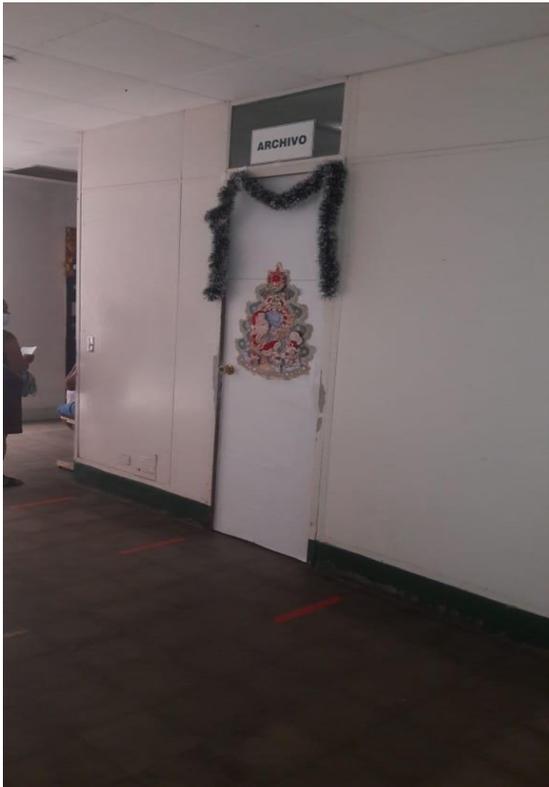


Ilustración 4 Este es la entrada al archivo donde resguardo los expedientes clínicos del Hospital



Ilustración 5 Esta es el área dentro del archivo donde se controla la salida de los expedientes y de igual forma donde la Licenciada Lesbia Antonia Martínez, dirige y controla al personal que apoya en esta área de archivo



Ilustración 5 Licenciada: Lesbia Antonia Martínez. Jefa del área de estadística y archivo.



Ilustración 6 Es uno de las personas que laboran en el área de archivo Licenciado: Armando Duran.



Ilustración 7 fondo archivo clínico del hospital Dr: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya



Ilustración 8 archivo clínico del hospital Dr: Humberto Alvarado Vásquez de Masaya Nicaragua

Normas 094 que es el Manual de Organización, Funciones y procedimientos de Estadísticas del MINSA.

12.3. Procedimiento del archivo y expedientes clínicos

XII.A. Ordenamiento de los expedientes clínicos

1. Ordene los expedientes clínicos en los estantes por el método convencional o método dígito terminal.

XII.B. Conservación y custodia de los expedientes clínicos

1. Conservar los expedientes clínicos en forma ordenada, sustituyendo las caratulas en mal estado y evitando que los documento que estén incluidos sobre salgan de las mismas.

2. Controlar la entrada y salida de los expedientes clínicos del archivo, mediante tarjetones de reemplazo, registro-control de expedientes en caso de préstamos y otros.

3. En todo caso los de reemplazó tendrá, además de la numeración del expediente, la fecha y motivo de la solicitud y el nombre del solicitante. Los expedientes clínicos que sean manipulados por concepto de atenciones en consulta externa, será controlada además en registro por días y médicos, en el cual también se señale aquellos expedientes solicitados el mismo día en la consulta.

4. En caso de pérdida o extravió del expediente, se confeccionará una “acta de perdida” con los datos que se tenga del hecho en cuestión y además de comunicarlo a la instancia superior se deja copia del acta en el lugar donde corresponda la numeración del expediente clínico.

5. Revisar el archivo periódicamente para buscar expedientes clínicos mal archivados. En caso que falte el expediente clínico y no exista información de donde se encuentre, se coloca en su lugar un tarjetón con la fecha en que se detectó su ausencia hasta su posterior localización.

6. Cuando se necesite extraer expedientes clínicos para trámites judiciales u otros de carácter legal, deberán ser solicitadas oficialmente por escrito y autorización por la dirección de Hospital. En todo caso anterior y en los amparos por una Resolución Ministerial, el

expediente clínico deberá ser foliado y hacerse una relación de su contenido, así como dejar acuse de recibo como constancia de quién recibió el original.

7. Por ningún concepto personas ajenas a la oficina de estadística deben archivar o extraer expedientes clínicos.

XII.C. Control de la numeración de los expedientes clínicos

1. Utilizar para la numeración del expediente clínico el sistema de numeración única, en el cual se asigna un número a cada paciente cuando se inscriben, ya sea en la consulta o para su ingreso; es un expediente clínico unificado y continuo. Se utiliza el método normado en la “Norma del expediente clínico”, para generar el número que le corresponda.

2. Foliar, caratulas del expediente, hojas del expediente clínico general, tarjeta de identificación, tarjeta de inscripción y además documentos. En caso del expediente clínico destinadas para Admisión, se foliarán los tarjetones de reemplazó correspondientes a esos expedientes clínicos, incluyéndolos en ellos.

3. Registrar los números en estricto orden consecutivo al listado “Control de Expedientes Clínicos”, que constará además del número, la fecha en que se inicia y el nombre (s) y dos apellidos del paciente. Este proceder se hará utilizando la tarjeta índice de paciente, la cual se archivará posteriormente en estricto orden alfabético

4. Enviar a inscripción y Admisión los expedientes foliados de acuerdo a los promedios de consumo de este documento registrado la numeración que se entrega a cada grupo de trabajo, con el fin de facilitar la búsqueda de los expedientes que no aparezca y que debería estar en la lista de Control de expedientes Clínicos.

XII.D. Inclusión de informes en los expedientes clínicos

1. Recibir el total de informes a incluir acompañados por una relación en original y copia; compruebe los informes que recibe y devuelva la copia firmada. Sin falta informes, haga la reclamación correspondiente y organice los informes recibidos en orden numérico.

2. Retirar los expedientes clínicos a los cuales debe incluirse resultados de complementarios, colocando en su lugar un tarjetón de reemplazo. Esta función debe realizarse diariamente.

3. Enviar a la sala correspondiente los informes recibidos de pacientes que estén hospitalizados. Deje una lista dado o documento como constancia del envío.

4. Enviar tarjetones índices de pacientes aquellas investigaciones que no tengan anotado el número de expediente clínico o que este no coincida con las generales del paciente. Una vez localizado este número, anotarlo en la ficha de la investigación. Debe agotarse todos los recursos para localizar el expediente clínico correspondiente. De no lograrse, archivar las investigaciones por orden alfabético y mantenerlas por el tiempo que establezca la Dirección del Hospital.

XII. E. Desarchivo de los expedientes clínicos

1. Desarchivar de acuerdo a la lista enviada por inscripción y turnos, y otras solicitudes.

2. Colóquese un tarjetón de reemplazo en el momento de extraer el expediente clínico, con este sistema cada expediente que se retira del Archivo esta reemplazada por un tarjetón, así como también los expedientes clínicos de los pacientes que habiendo ingresado se les hizo la inscripción en Admisión. El tarjetón indicara el destino del expediente clínico.

3. Entregar a la persona de consulta externa el expediente clínico, conjuntamente con la hoja de Actividades.

4. Ubique el tarjetón de reemplazo enviado Admisión que corresponda inscripciones de pacientes en esa Sección

5. Exigir que la solicitud de préstamo se expediente clínico se realice por escrito contemplando: número del expediente, nombre del paciente, fecha de solicitud y devolución, persona solicitante y aprobación de la Dirección del Hospital o persona autorizadas.

6. Controlar la fecha de devolución de los expedientes clínicos mediante un tarjetón calendario.

XII.F. Archivo de los expedientes clínicos

1. Archivar los expedientes de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo en el estante y con el número del expediente clínico hacia lado del pasillo.

2. Recibir los expedientes clínicos que salieron del archivo, comprobando mediante el cotejo de número y nombre de cada expediente contra el registro o listado que amparó su salida del archivo. Cuando se trate de expediente clínico de consulta externa enviar las hojas de Actividades a la sección de estadísticas. Al final del día los expedientes clínicos deben permanecer en el archivo, excepto aquéllos de pacientes hospitalizado y prestamos autorizados.
3. Revisar los expedientes devueltos al archivo y aquellos deteriorado o desordenados deben separarse para proceder a su restauración.
4. Colocar los expedientes en la estantería, retirando simultáneamente el tarjetón de reemplazo.
5. Comunicar al jefe del Departamento, para este tome las medidas oportunas, cuando los expedientes clínicos prestados no sean reintegrados en las fechas establecidas

XII.G. Duplicidad de expedientes Clínicos

1. Unir los expedientes clínicos de un mismo paciente, en caso de duplicidad. La caratula del expediente que se unificó quedará en su lugar correspondiente en el archivo con una nota que señale a cuál número ha pasado y otros departamentos que tenga archivo de informes con la numeración de los expedientes clínicos del cambio producido, para que haga la unificación de la misma.
2. Cambiar el número de una de las dos pacientes diferentes. Se cambiará el del paciente que está en el hospital en el momento que se detecta. Si se detecta antes de que acuda alguno de ellos al hospital, se cambiará el número a la que contenga menos informe de cirugías, exámenes anatomopatológicos y radiológicos y de otras investigaciones.

XII.H. Eliminación de documentos de los expedientes clínicos y confección de archivo pasivos.

1. Revisar durante el año la totalidad de los expedientes clínicos del archivo, lo cual corresponde a las personas que trabajan en forma habitual en estas actividades.
2. Determinar qué hacer con cada expediente clínico del archivo según las normas vigentes para la eliminación de documento del expediente clínico. Pueden presentarse alternativas

siguientes: Dejarla en el archivo activo, Necesario extraer algunos documentos e integrarla al archivo pasivo y Pasarla al archivo pasivo tal como está.

3. Determinar los expedientes clínicos del archivo activo que forma parte el conjunto de expedientes Clínicos candidatos a pasivos.

4. Los números de expedientes que pasen a ser pasivos, deben ser reasignado a nuevo ingreso de pacientes, teniendo presente que este número deb3 estar registrado un “libro o bitácora de registro de números de expedientes Clínicos” en el que se guardan el expediente de dicho número dejando bien claro a que perteneció y a quien en la actualidad dicho número.

5. Calcular al finalizar el año el porcentaje de los expedientes clínicos candidatos a pasivos. Si es mayor de diez, pase todo los” candidatos” al archivo pasivo; si es de diez o menos continúe trabajan en igual forma un año más.

6. Determinar el número de expedientes clínicos que se colocaran en el archivo pasivo. Deben tener en cuenta los intereses asistenciales y científicos de la institución, el espacio físico con cuenta esta sección. La cantidad de expediente clínicos a eliminar todos los años debe estar acorde a número de expedientes clínicos que se inicia cada año. Estos expedientes clínicos permanecerán en el pasivo por un tiempo no mayor de dos años

7. Archivar los expedientes clínicos en el archivo pasivo por el método convencional y separa los expedientes clínicos de egresos vivos de las de egresos egreso fallecidos.

8. Controlar la llegada de los expedientes clínicos de los fallecidos al archivo y comprobar que a los expedientes clínicos anteriores al de ingreso que ocurrió la muerte se le extrajeron los documentos normados. En caso negativo, realice la extracción y deje intacto la del ultimo ingreso.

9. Archivar el expediente clínico en le espacio destinado para el archivo de fallecido por un tiempo mínimo de cinco años en el espacio correspondiente a este numero del archivo activo, se dejará un tarjetón de reemplazo que diga fallecido.

XII.I. Tramitación de resúmenes de expedientes clínicos solicitados.

1. Recibir la solicitud de resumen de expediente clínicos.

2. Entregar o comunicar la solicitud recibida al servicio y médico que corresponda.
3. Recibir del servicio o medico el resumen confeccionado y proceder a su entrega al solicitante.

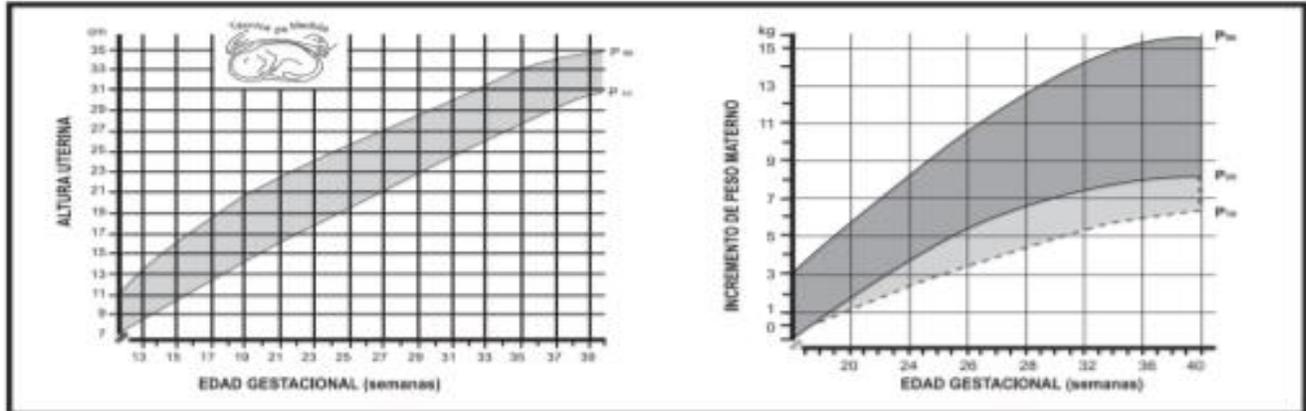
Imágenes de las partes que conforman el expediente clínico según la Normas para el manejo del expediente clínico. Manual de procedimiento del expediente clínico. Normativa -004 segunda edición MINSA,2013

Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual para el Manejo del Expediente Clínico

Anexos: Formatos y Formularios del Expediente Clínico

Nº	Procedimiento	Código	Referencia y Contenido
01	Abordaje clínico	P112A	HISTORIA CLINICA PERINATAL
02	Abordaje clínico	P112B	PARTOGRAMA
03	Abordaje clínico	P112C	HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA
04	Abordaje clínico	P112D	HISTORIA CLÍNICA PARA ADOLESCENTES
05	Abordaje clínico	P112E	HISTORIA CLÍNICA DE ADULTOS
06	Abordaje clínico	P112F	LISTA DE PROBLEMAS / Preliminar al ingreso
07	Evolución/ seguimiento	P121A	REGISTRO GRÁFICO DE SIGNOS VITALES
08	Evolución/ seguimiento	P121B	NOTAS DE EVOLUCIÓN por Enfermería
09	Evolución/ seguimiento	P122A	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO
10	Evolución/ seguimiento	P122B	HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN A LA NIÑEZ
11	Evolución/ seguimiento	P123A	SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRANSITO DE PACIENTE
12	Evolución/ seguimiento	P123B	CONTROL DE SIGNOS VITALES, INGERIDOS Y ELIMINADOS
13	Evolución/ seguimiento	P124A	NOTA OPERATORIA
14	Evolución/ seguimiento	P124B	RECUENTO DE COMPRESAS
15	Admisión / Ingreso	P211	HOJA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA
16	Admisión / Ingre Egreso	P211B / P231B	REGISTRO DE ADMISIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO
17	Admisión / Ingreso	P212	HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
18	Admisión / Ingreso	P213A	CARPETA ROSADA PARA PACIENTES FEMENINAS
19	Admisión / Ingreso	P213B	CARPETA CELESTE PARA PACIENTES MASCULINOS
20	Admisión / Ingreso	P213C	CARPETA BLANCA PARA NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE
21	Permanencia / estancia	P221	Consentimiento informado
22	Permanencia / estancia	P222A	LISTA DE PROBLEMAS / En seguimiento
23	Permanencia / estancia	P222B	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO
24	Permanencia / estancia	P223	REPORTES DE LABORATORIO CLINICO ...
25	Admisión/Ingreso	P231A	Referencia de pacientes
25b	Egreso / Alta	P233	Contrarreferencia de pacientes
26	Egreso / Alta	P232A	Epicrisis
27	Egreso / Alta	P232B	Constancia de abandono
28	Interconsultas e intervenciones quirúrgicas	P312A	Registro de anestesia
29	Procedim. Terapéuticos	P321A	Perfil farmacoterapéutico
30	Procedim. Terapéuticos	P321B	Control de medicamentos
31	Prognosis, rehabilitación, protección y promoción	P331	Informe de condición diaria de pacientes
32	Prognosis, rehabilitación, protección y promoción	P332	Registro de hallazgos en la exploración clínica (Examen de mamas)
33	Almacenamiento (archivo) y conservación del expediente clínico.	P423	CONTROL DE REGISTRO DIARIO DE SALIDA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL ARCHIVO

P112A



CLAP (OPSIOMS) - Sistema Informático Perinatal		LISTADO DE CODIGOS	Historia Clínica Perinatal - Base
PATOLOGIAS DEL EMBRIAJAZO, PARTO Y PUERPERO (EPP) 00 GESTACION MULTIPLE 01 HIPERTENSION PREVIA 02 Hipertensión previa esencial complicando EPP 03 Hipertensión previa esencial complicando EPP 04 PRECLAMPSIA 05 Hipertensión transitoria del embarazo 06 Preclampsia leve y moderada 07 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada 08 ECLAMPSIA 09 CAARDIOPATIA 10 SÍNDROME HELLP 11 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa 12 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa 13 Diabetes mellitus tratada en el embarazo 14 Tasa de tolerancia a la glucosa normal 15 INFECCION URINARIA 16 Sacteriuria asintomática del embarazo 17 OTRAS INFECCIONES 18 Infección del tracto genital en el embarazo 19 Sífilis complicando EPP 20 Gonorrea complicando EPP 21 Malaria 22 Infección herpética anogenital (herpes simplex) 23 Hepatitis viral 24 TBC complicando EPP 25 Rotavirus complicando EPP 26 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP 27 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO 28 ANEMIA DEL PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO) 29 Incompetencia cervical 30 DESORDENACION CEFALOPELVICA 31 Parto distócico por malposición y anomalía de la presentación del feto 32 Parto distócico debido a anomalías pélvicas maternas 33 Otros partos distócicos por causa fetal 34 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE 35 Aborto espontáneo y aborto retenido 36 Embarazo ectópico 37 Aborto inducido y terapéutico 38 Anemia de hierro 39 HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIMESTRE 40 Placenta previa con hemorragia 41 Desprendimiento prematuro de placenta	24 Hemorragia anaplacenta con defecto de la coagulación 25 Ruptura uterina antes o durante el parto 26 Laceración obstétrica del cuello del cérvix 27 AMNIORIA 28 Anemia por deficiencia de hierro 29 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS 30 Infección del saco amniótico y membranas 31 INFECCION PUERPERAL 32 Sepsis puerperal 33 Infección mamaria asociada al nacimiento 34 HEMORRAGIA POST PARTO 35 Placenta retenida 36 Útero atónico 37 Laceraciones perineales de 1er y 2do grado 38 Laceraciones perineales de 3er y 4to grado 39 OTRAS PATOLOGIAS ATERNAS 40 Placenta previa sin hemorragia 41 Hipertensión gravítica 42 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo en relación de hipertensión 43 Dependencia de drogas 44 Sufriencia fetal 45 SIDA 46 Polifarmacosis 47 Oligoanemia en relación de ruptura de membranas 48 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de color rojo anormal 49 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio 50 Embolismo obstétrico 51 Falta de coque de la herida de cesárea 52 Sida de coque de la episiotomía 53 SIDA 54 HIV positivo 55 Neoplasia maligna del cuello uterino 56 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	HEMORRAGIAS 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido 08 Hemorragia pulmonar originada en el periodo prenatal 09 Hemorragia anaplacenta (incluye las anitidas con hemorragia) INFERCIBRILISMIAS 00 Enfermedad hemorrágica por coagulopatía Rx 01 Enfermedad hemorrágica por coagulopatía ABC 02 Síndrome neonatal asociado a parto de gestantes 03 HEMATOLOGICAS (incluyendo PIG-PIG) 04 Policitemia neonatal 05 Anemia congénita 06 Otras alteraciones hematológicas INFECCIONES 07 Diarrea 08 Meningitis 09 Otitis 10 Conjuntivitis 11 Infecciones de la piel del recién nacido 12 Sepsis 13 Enterocolitis necrotizante (ECN) 14 Tétanos neonatal 15 Sífilis congénita 16 Infecciones congénitas virales 17 Síndrome de Rubella congénita (SRC) 18 Citomegalovirus (CMV) 19 Toxoplasmosis congénita 20 HIV positivo 21 Otras infecciones del periodo prenatal NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES) 22 Hipoxia neonatal 23 Leuconciencia perinatal y cerebral 24 Trauma obstétrico con lesión intracraneal del SNC y del sistema nervioso periférico 25 Hemorragia intracerebral no traumática 26 Convulsiones 27 Síncope 28 Síndrome de Hiperbilirrubinemia 29 Otras alteraciones del estado cerebral METABOLICA/NUTRICIONAL 30 Síndrome de "bata de diabetes" 31 Hipoglucemia 32 Otras alteraciones metabólicas y nutricionales 33 Anemia de hierro 34 Síndrome de "bata de diabetes" 35 Síndrome de parto por frío	
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION 01 Cesárea previa 02 Sufriencia fetal aguda 03 Desproporción cefalopélvica 04 Alteración de la coagulabilidad 05 Parto prolongado 06 Fractura de la inducción 07 Descomiso dependiente de la presentación 08 Embarazo múltiple 09 S.C.I.U. 10 Parto de gestante 11 Parto de gestante con malposición y anomalía de la presentación 12 Presentación podálica 13 Posición posterior	14 Posición transversa 15 Ruptura prematura de membranas 16 Infección viral (simplex o combinada) 17 Placenta previa 18 Abrigo placentario 19 Ruptura uterina 20 Preclampsia y eclampsia 21 Hipertensión arterial 22 Cardiotocografía genital 23 Otras enfermedades maternas 24 Muestra fetal 25 Miedo obstetral 26 Otros	ANOMALIAS CONGENITAS 01 Anencefalia 02 Espina bífida/Meningocele 03 Hidrocefalia 04 Hidrocefalia 05 Hidrocefalia 06 Hidrocefalia 07 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central 08 Tronco artroscópico 09 Traqueostomía por vía aérea 10 Anomalía de Fallot 11 Ventriculo urinario 12 Doble tracto de salida de vent. derecho 13 Canal atrio-ventr. completo 14 Anemia pulmonar 15 Anemia pulmonar 16 Síndrome de Neofeocitosis de corazón izquierdo 17 Coartación de aorta 18 Reflujo ventriculo pulmonar anormal total 19 Otras anomalías cardiovasculares/respiratorias 20 Pájaros hendidos 21 Falda meso-encefálica 22 Anemia megaloblastica 23 Anemia de coque o rojo 24 Anisomorfismo 25 Oritoblasto	26 Gastroesofagitis 27 Anemia disenterica 28 Anemia aguda 29 Anemia leve 30 Otras anomalías gastrointestinales 31 Genuflexión mediana 32 Agenesia Renal bilateral 33 Síndrome de Tay-Sachs o maldeficiencia de esfingomielinasa 34 Hidrocefalia congénita 35 Escala de la soga 36 Otras anomalías neurológicas 37 Síndrome de Tay-Sachs 38 Síndrome de Down 39 Otras anomalías cromosómicas 40 Lado hendido 41 Polidactilia 42 Sindactilia 43 Otitis media 44 Otitis media 45 Otitis media 46 Otitis media 47 Otitis media 48 Otitis media 49 Otitis media 50 Otitis media 51 Otitis media 52 Otitis media 53 Otitis media 54 Otitis media 55 Otitis media 56 Otitis media 57 Otitis media 58 Otitis media 59 Otitis media 60 Otitis media
MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO 01 Lidocaina o similar 02 Anestésicos locales 03 Gases anestésicos (óxido nitroso - óxido de nitrógeno) 04 Barbitúricos 05 Relajantes musculares 06 Opioides 07 Magnésio 08 Equianestésicos 09 Oxitocina 10 Prostaglandinas 11 Betabloqueantes (Pentóxifilina-alfabetaína) 12 Anticoagulantes (heparina-aminocaproilato) 13 Entonox 14 Misoprostol 15 Serotonérgicos	16 Inhibidores de prostaglandinas 17 Anticoagulantes del coágulo 18 Solución de meperidina 19 Nitroglicerina 20 Beta Bloqueantes 21 Ocio antihipertensivos 22 Sangre y derivados 23 Heparina 24 Corticoides 25 Carbocisteína 26 Dulsidina 27 Amfoteroquina 28 Insulina 29 Oritoblasto 30 Otros	31 Síndrome de aspiración 32 APNEAS POR PREMATUREZ 33 OTROS SDR 34 Otitis media 35 Persistencia de la conductiva fetal 36 Neumonia congénita 37 Neumonia y síndrome intestinal 38 Neumonia 39 Neumonia 40 Enfermedad respiratoria crítica originada en el periodo prenatal	

P112B

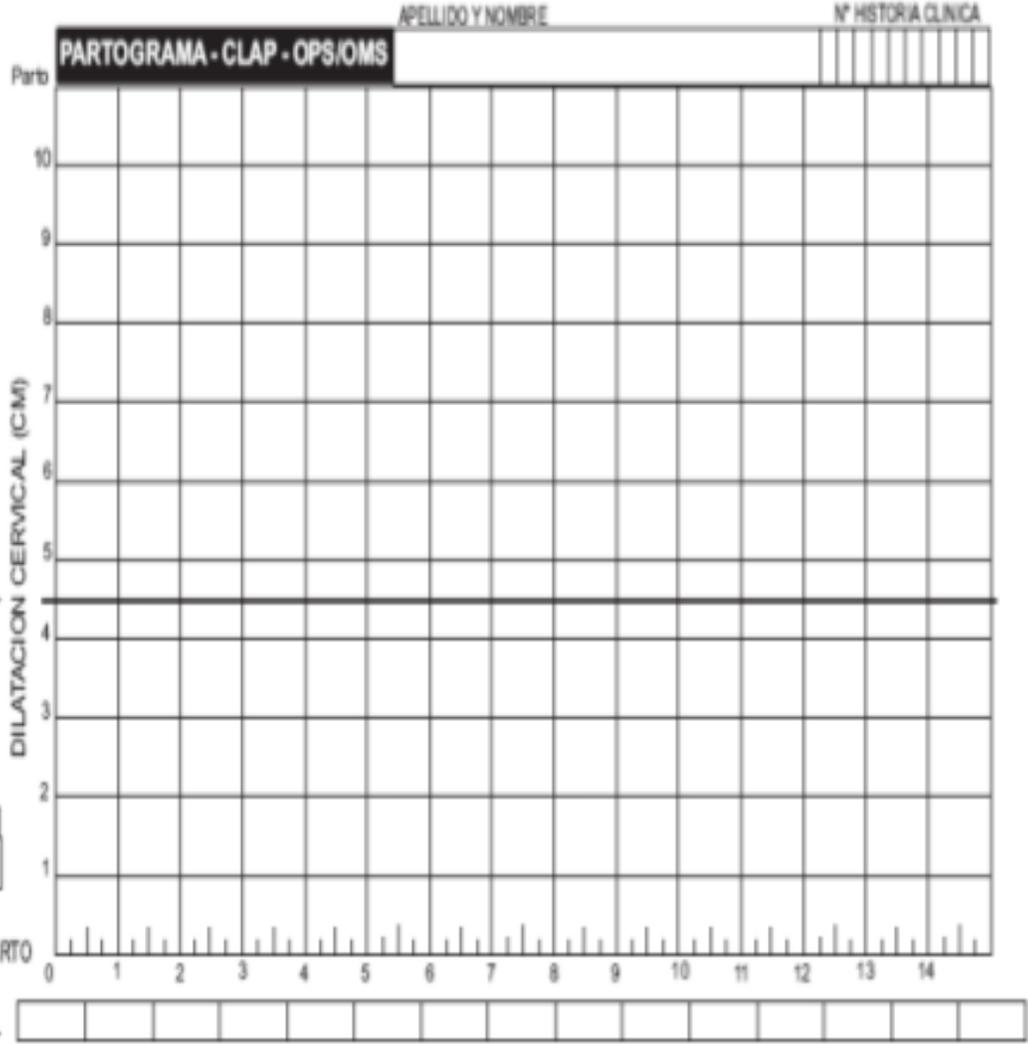
PARTOGRAMA

Posición	Vertical	Horizontal			
Paridad	Toda	Nulliparas		Nulliparas	
Memb.	Integras	Integras	Rotas	Integras	Rotas

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

0,15	0,15	0,05	0,30	0,20
0,25	0,25	0,10	0,35	0,35
0,35	0,40	0,25	0,40	0,50
1,00	0,55	0,35	1,00	1,05
1,15	1,25	1,00	1,30	1,25
2,10	2,20	2,30	2,15	2,30

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA



Plano de Hodge y Veriedad de posición

Dilatación cervical

Rotura espontánea memb. ... REM

Rotura artificial membranas ... RAM

DOLOR INTENSIDAD

Fuerte ... +++

Normal ... ++

Débil ... +

LOCALIZACION

Suprapúbico ... SP

Sacro ... S

DIA	MES	AÑO

OBSERVACIONES

Meconio ... M

Dp I ... I

Dp II ... II

Dps variables ... V

POSICION MATERNA

Lateral/derecha ... LD

Lateral/izquierda ... LI

Dorsal ... D

Semisentada ... SS

Sentada ... S

Parada o caminando ... PC

POSICION MATERNA																			
TENSION ARTERIAL																			
PULSO																			
FREC. CARDIACA FETAL																			
DUR. CONTRACCIONES																			
FREC. CONTRACCIONES																			
DOLOR / LOCALIZACION																			
OBSERVACIONES																			

P112C

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Antecedentes del parto:

Lugar de la atención del parto: _____
 Fecha y hora del nacimiento: _____ Duración del parto: _____
 Edad gestacional: _____ Atención del parto: Médico Enfermero(a) Partera(o) Otros _____
 Vía: Vaginal Cesárea Presentación: _____
 Eventualidades durante el parto: _____

Antecedentes postnatales:

APGAR: 1º: _____ 5º: _____ Peso: _____ gr. Talla: _____ cm.
 Datos de Asfixia: Sí No Especifique: _____
 Alojamiento conjunto: Sí No Tiempo junto a su madre: Permanente Transitorio Horas: _____
 Hospitalización (Lugar/Tiempo): _____

Alimentación:

Lactancia Materna Exclusiva: Sí No Lactancia Mixta: Sí No
 Duración de lactancia exclusiva: _____ Duración de lactancia mixta: _____
 Ablactación: _____

Vacunas

Vacunas	1 dosis	2ª dosis	3ª dosis	Refuerzo						
B.C.G.										
Pentavalente										
Polio										
Rotavirus										
MMR										
DPT										
dT										

Desarrollo Psicomotor

		Edad				Edad
Fijó la mirada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Gateó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
Sostuvo la cabeza	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Caminó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
Se sonrió	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Se proyectó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____
Se sentó	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____				

Historia socio – económica

Casa	_____	Servicios higiénicos	_____	No. de personas	_____
Paredes	_____	No. Habitaciones	_____	Animales domésticos	_____
Piso	_____	Agua	_____	Teléfono	_____
Techo	_____	Luz	_____	Otros	_____

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Página No. 2

I. Antecedentes Personales Patológicos

Infecciones: _____
Enfermedades crónicas: _____
Cirugías: _____
Hospitalizaciones: _____
Otros: _____

I. EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: FC: _____ FR: _____ PA: _____ T^o: _____ Silverman Andersen: _____

Datos antropométricos:

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ Perímetro Torácico: _____
Perímetro Abdominal: _____ Área superficie corporal: _____ IMC: _____

Aspecto General: _____

Piel y mucosas: _____

Cabeza y Cuello

Cráneo y cuero cabelludo: _____

Ojos: _____

Orejas y oídos: _____

Nariz: _____

Boca: _____

Cuello: _____

Tórax

Caja torácica: _____

Mamas: _____

Campos pulmonares: _____

Cardíaco: _____

Abdomen y Pelvis (Aquí también se describe cicatriz y/o cordón umbilical): _____

Ano y recto (cuando aplique el caso): _____

Musculoesquelético

Extremidades superiores: _____

Extremidades inferiores: _____

Genitourinario (cuando aplique el caso): _____

Examen neurológico (describir en el orden siguiente estado de conciencia, funciones vitales, actividad, reflejos, signos meníngeos, fuerza y tono muscular, coordinación, sensibilidad y reflejos):

II. Observaciones y Análisis

III. Diagnósticos o Problemas:

Nombre, Firma, Código y Sello de quien elaboró la historia

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS ADOLESCENTES

P112D

HISTORIA CLINICA DEL/LA ADOLESCENTE				ESTABLECIMIENTO		P.C. No.								
APELLIDOS Y NOMBRES _____							FECHA DE NACIMIENTO dia mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
DOMICILIO _____														
LOCALIDAD _____														
MUNICIPIO _____ TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/> manaje <input type="checkbox"/>														
CONSULTA PRINCIPAL N°		FECHA		EDAD		ESTADO CIVIL		ETNIA		ACOMPAÑANTE				
Consulta espontánea <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		años meses <input type="text"/> <input type="text"/>		casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> blanca <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra		solo <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> abuelos <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				
Motivos de consulta según adolecente						Motivos de consulta según acompañante								
1						1								
2						2								
3						3								
Descripción de motivo de consulta														
ANTECEDENTES PERSONALES														
PERSONALES (traumáticos)		CRECIMIENTO normal		DESARROLLO normal		ALERGIA		VICIUMS COMPLETAS		ENFERMEDADES CRÓNICAS				
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>				
ACCIDENTES		INTOXICACIONES		GRUJA HOSPITALIZAC.		USO DE MEDICAMENTOS		PROBLEMAS PSICOLÓGICOS		VIOLENCIA				
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>				
Observaciones														
ANTECEDENTES FAMILIARES														
DIABETES		OBESIDAD		CARDIOVASC. (HTA, infarto, etc.)		ALERGIA		INFECCIONES		CÁNCER				
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>				
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS		ALCOHOL, DROGAS Y OTROS		VIOLENCIA FAMILIAR		MORF. Y/O PSIQ. ADOLESCENTE		JUDICIALES		OTROS				
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>				
Observaciones														
FAMILIA			NIVEL DE INSTRUCCIÓN						VIVIENDA			DIAGRAMA FAMILIAR		
VIVE <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> en la casa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> en motel, protección, privado de libertad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			Padre o sustituto ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> universitaria <input type="checkbox"/> otros en el hogar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		Madre o sustituto ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> universitaria <input type="checkbox"/> otros en el hogar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		Pareja ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> universitaria <input type="checkbox"/> otros en el hogar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		ENERGÍA ELÉCTRICA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> en el hogar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>					
CONVIVE CON <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> hermana <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			TRABAJO Padre o sustituto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ocasional <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		Ocupación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		AGUA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ECRETAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HACERBIENTO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>							
Observaciones														
PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>														

Este es un espacio reservado

HOE2010/05/18

HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS ADOLESCENTES

EDUCACION		NIVEL <input type="checkbox"/> No escolariz. <input type="checkbox"/>		GRADO CURSO		AÑOS APROBADOS		PROBLEMAS EN LA ESCUELA		AÑOS REPETIDOS		VIOLENCIA ESCOLAR		DESCRION/EXCLUSION		EDUCACION NO FORMAL					
ESTUDIA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Prim. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>		[] []		[] []		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		Causa: _____		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		Causa: _____		Cuál?: _____					
Centro al que concurre		Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>		[] []		[] []		[] []		[] []		[] []		[] []		[] []					
Observaciones																					
TRABAJO		ACTIVIDAD		EDAD INICIO TRABAJO		TRABAJO		TRAB. JUVENIL		HORARIO DE TRABAJO		RAZON DE TRABAJO		TRABAJO LEGALIZADO		TRABAJO INSALUBRE		TIPO DE TRABAJO			
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> no trabaja		<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> desocupado		años [] []		[] []		decreto <input type="checkbox"/> permiso <input type="checkbox"/>		mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> no gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		[] [] [] []			
Observaciones																					
VIDA SOCIAL		ACEPTACION		PAREJA		violencia en la pareja		Amigos/as		ACTIVIDAD FISICA		JUEGOS Y REDES VIRTUALES		OTRAS ACTIVIDADES (incluso grupales)							
aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/>		edad de la pareja años [] []		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		[] []		[] []		años [] [] [] [] [] []							
Observaciones																					
HABITOS/ CONSUMOS		ALIMENTACION ADECUADA		COMIDAS POR DIA CON FAMILIA		TABACO		ALCOHOL		OTRAS SUSTANCIAS/S		CONDUCE VEHICULO		SEGURIDAD VIAL							
SUEÑO NORMAL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		[] [] [] []		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		frecuente <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		[] [] [] []		[] [] [] []		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		[] [] [] [] [] []					
Observaciones																					
GINECO-UROLOGICO		MENARCA/ESPERMARRCA		FECHA ULTIMA MENSTRUACION		CICLOS REGULARES		FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA		ITS/VIH		Tratamiento		EMBARAZOS							
[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] [] [] []							
Observaciones																					
SEXUALIDAD		RELACIONES SEXUALES		PAREJA SEXUAL		EDAD INICIO REL. SEX.		DIFICULTADES EN REL. SEX.		ANTIKONCEPCION		Inicio MAC		Contracepción		ACC de Embarazos		Prueba de VIH			
no hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []			
Observaciones																					
SITUACION PSICO-EMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL		ESTADO DE ANIMO		REFERENTE ADULTO		PROYECTO DE VIDA		REDES SOCIALES DE APOYO		REFERENTE ADULTO									
[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []									
Observaciones																					
EXAMEN FISICO		PESO (Kg)		DZ presc/fedad		IMC		PIEL, FANERAS Y MUcosa		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BucAL		CUELLO Y TIROIDES			
[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []			
Observaciones																					
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		PRESION ARTERIAL		ABDOMEN		GENITO-URINARIO		TANNER		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO		[] [] [] []			
[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []			
Observaciones																					
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL																					
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																					
Responsable Nombres y Apellidos												Firma		Fecha próxima visita		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []	

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS ADOLESCENTES

P112D

Hoja de Evolución Clínica										ESTABLE CEMENTO		H.C. Nº							
EVOLUCION				EDAD		ACOMPANANTE				ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN					
FECHA				años meses		<input type="checkbox"/> sola <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros				<input checked="" type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> univers.		<input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado		<input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde					
Motivos de consulta según adolescente:										Motivos de consulta según acompañante:									
1										1									
2										2									
3										3									
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																			
DIAGNÓSTICO INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsable: Nombres y Apellidos: Firma: Fecha: última visita																			
EXAMEN FÍSICO		PESO (Kg)		DZ presion arterial		IMC		PEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL		TALLA (cm)		DZ latido/min		Bajo Peso = < 15.5 Normal = 15.5 - 24.9 Sobrepeso = > 25.0 Obeso = > 30.0 DZ IMC		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal	
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		FRECUENCIA CARDIACA		TANNER		GENITO-URINARIO		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO					
normal anormal		normal anormal		normal anormal		mamas vello pub. genitales		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal					

EVOLUCION										ESTABLE CEMENTO		H.C. Nº							
EVOLUCION				EDAD		ACOMPANANTE				ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN					
FECHA				años meses		<input type="checkbox"/> sola <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros				<input checked="" type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> univers.		<input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado		<input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde					
Motivos de consulta según adolescente:										Motivos de consulta según acompañante:									
1										1									
2										2									
3										3									
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																			
DIAGNÓSTICO INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsable: Nombres y Apellidos: Firma: Fecha: última visita																			
EXAMEN FÍSICO		PESO (Kg)		DZ presion arterial		IMC		PEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL		TALLA (cm)		DZ latido/min		Bajo Peso = < 15.5 Normal = 15.5 - 24.9 Sobrepeso = > 25.0 Obeso = > 30.0 DZ IMC		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal	
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		FRECUENCIA CARDIACA		TANNER		GENITO-URINARIO		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO					
normal anormal		normal anormal		normal anormal		mamas vello pub. genitales		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal					

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO⁵

P112E

Página No. 1

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

IV. Datos Personales

Edad: _____ Fecha y lugar de Nacimiento: _____ Sexo: F M

Procedencia: _____ Religión: _____

Escolaridad: _____ Profesión u oficio: _____

Dirección habitual: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Fuente de información: _____ Confiabilidad: _____

V. Motivo de Consulta: _____

VI. Historia de la Enfermedad Actual: _____

VII. Interrogatorio por aparatos y sistemas:

76/119

⁵ Realizarse a personas mayores de 18 años.

VIII. Antecedentes Familiares Patológicos:

Enfermedades Infecto – contagiosas:

- Hepatitis Sífilis TB Cólera Amebiasis Tosferina Sarampión Varicela Rubéola Parotiditis
 Meningitis Impétigo Fiebre tifoidea Escarlatina Malaria Escabiosis Pediculosis Tiña
 Otros: _____

Enfermedades hereditarias:

- Alergias Diabetes mellitus Hipertensión arterial Enfermedad reumática Enfermedades renales
 Enfermedades oculares Enfermedades cardíacas Enfermedad hepática Enfermedades musculares
 Malformaciones congénitas Desórdenes mentales Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
 Anomalías del crecimiento y desarrollo Errores innatos del metabolismo Otros: _____

IX. Antecedentes Personales no Patológicos:

Inmunizaciones completas (confirmar con tarjeta de vacuna si es posible): Sí No _____

Hábitos: Horas de sueño: _____ Horas laborales: _____

Tipo y hora de actividad física: _____

Alimentación: _____

Tabaco: Sí No Tipo: _____ Cantidad y frecuencia: _____

Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____

Alcohol: Sí No Tipo: _____ Cantidad y frecuencia: _____

Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____

Drogas ilegales: Sí No Tipo: _____ Cantidad y frecuencia: _____

Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____

Fármacos: Sí No Número de medicamentos que está recibiendo actualmente (prescritos o no): _____

Nombre y posología de los fármacos: _____

Otros hábitos: _____

X. Antecedentes Personales Patológicos:

Enfermedades infecto-contagiosas previas (registrar fecha): _____

Enfermedades crónicas: _____

Cirugías previas realizadas: _____

Hospitalizaciones (registrar fecha y causa de la hospitalización): _____

XI. Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Inicio de vida sexual activa: _____ Número Compañeros sexuales: _____
 Gesta: _____ Para: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____ Legrado: _____
 Planificación familiar: Si No Método: _____
 FUR: _____ Semana de amenorrea: _____ Menopausia: Si No Fecha: _____
 Sustitución hormonal: Si No Especifique: _____
 PAP: Si No Resultado y fecha del último PAP: _____

XII. Historia laboral

1- Trabajo Actual: Si No Si la respuesta es negativa, continúe con el numeral 2.

Lugar de trabajo: _____
 Área en donde labora: _____
 Oficio, categoría o actividad que desempeña: _____
 Años de oficio en el trabajo actual: _____
 Día laboral (horas): _____ Horas semanales trabajadas: _____ Horas extras: _____
 Tipo de horario realizado: _____
 Descripción detallada del trabajo que desarrolla actualmente: _____

 Exposición a sustancias, materiales u otros productos: Si No Describa: _____

 Frecuencia e intensidad de su tarea: _____
 Posición adoptada en su trabajo: _____
 Trabajos fuera de su empleo habitual: _____

2- Antecedentes laborales: Si No

Fecha		Años trabajados	Puesto de trabajo (describir producto, materiales, situación, otros)
Inicio	Conclusión		

XIII. EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: FC: _____ FR: _____ TA: _____ T°: _____

Datos antropométricos:

Peso: _____ Talla: _____ Área superficie corporal: _____ IMC: _____

Aspecto General: _____

Piel y mucosas: _____

Cabeza y Cuello

Cráneo: _____

Ojos: _____

Orejas y oídos: _____

Nariz: _____

Boca: _____

Cuello: _____

Tórax

Caja torácica: _____

Mamas: _____

Campos pulmonares: _____

Cardíaco: _____

Abdomen y Pelvis (Aquí también se describe el abdomen grávido): _____

Tacto rectal (cuando aplique el caso): _____

Musculoesquelético

Extremidades superiores: _____

Extremidades inferiores: _____

Genitourinario (cuando aplique el caso): _____

Examen ginecológico: _____

Examen neurológico (describir en el orden siguiente estado de conciencia, funciones vitales, actividad, orientación en tiempo, espacio y persona, memoria y aprendizaje, signos meníngeos, fuerza y tono muscular, coordinación, sensibilidad y reflejos):

XIV. Observaciones y Análisis

XV. Diagnósticos o Problemas:

Nombre, Firma, Código y Sello de quien elaboró la historia

REGISTRO GRÁFICO DE SIGNOS VITALES

Establecimiento de Salud: _____ No. de Expediente _____
 Servicio: _____ No. Cédula _____
 Nombre del Usuario: _____
 Edad: _____ Sexo: F M Cubículo: _____ Cama: _____

FECHA →		A.M.		P.M.		A.M.		P.M.		A.M.		P.M.		A.M.		P.M.	
Pulso	Temp. °C																
180	42																
165	41																
150	40																
135	39																
120	38																
105	37																
90	36																
74	35																
60	34																
45	33																
30	32																
Presión Arterial	240																
	210																
	180																
	150																
	120																
	90																
60																	
30																	
Evacuaciones																	
Orina																	
Líquidos																	
Peso																	
Respiración																	

REGISTRO GRÁFICO DE SIGNOS VITALES

Establecimiento de Salud: _____ No. de Expediente _____

Servicio: _____ No. Cédula _____

Nombre del Usuario: _____

Edad: _____ Sexo: F M Cubículo: _____ Cama: _____

FECHA →															
Pulso	Temp. °C	A.M.	P.M.												
180	42														
165	41														
150	40														
135	39														
120	38														
105	37														
90	36														
74	35														
60	34														
45	33														
30	32														
Presión Arterial	240														
	210														
	180														
	150														
	120														
	90														
60															
30															
Evacuaciones															
Orina															
Líquidos															
Peso															
Respiración															



REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

ESP. No. _____
Estar: _____

Unidad de Salud _____
Nombre Completo _____
Fecha _____ Dirección Exacta _____

Sexo: M F

REGISTRO DE LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA

MAMA DERECHA MAMA IZQUIERDA

MARCAR CON UNA X EL SITIO
DE LESIÓN Y LA DISTANCIA DE LA AREOLA

Comentarios:

*Este FORMATO se realiza una vez al año y se anexa en el expediente después de la Historia Clínica

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

PERFIL FARMACOTERAPEUTICO

Nombres _____		Departamento _____				Problema al Ingreso _____		Motivos de cambio MC												
Apellidos _____								A. Modificación Problema			F. Dosis baja									
No.exp _____		Servicio _____		Fecha de ingreso _____				B. Tratamiento Cumplido			G. Dosis alta									
Edad _____ Sexo _____		Cubiculo _____				Dx Egreso _____		C. Falla terapéutica			H. Interacción									
Peso _____ Talla _____		No. Cama _____						D. Cambio de via			I. Cambio de intervalo administrativo									
				Fecha de Egreso _____		Causa Muerte _____		E. RAM												
						CB _____		J. No Sensibilidad												
						CD _____														
Código	Fármaco Prescrito	Dosis	Via	Indicación	Cambios		Fecha:			Mes:			Año:			Total				
	(Nombre genérico)				()	MC	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	11	12	13
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
Fármaco Sus		Sospecha de Reacciones Ad Med RAM																		
Código	Dosis	Via	Indicación	Código	Fármaco	Reacción	Desenlace	Fecha inicio	Fecha Final											

Nombre, firma, código del médico tratante

Nombre y firma de enfermería

Nombre y firma del farmacéutico (s)

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Servicio y Sala	No. Cama	No. INSS
Fecha y hora de ingreso	Fecha y hora de abandono	Tiempo de estancia

CONSTANCIA DE ABANDONO

Yo, _____ usuario () o responsable del usuario ()
atendido(a) en este establecimiento de salud, en el servicio de _____,
con el/los siguiente/s diagnóstico/s: _____;
con mi libre y espontánea voluntad decido **ABANDONAR ESTE CENTRO ASISTENCIAL**
sin la autorización del médico tratante ni de la dirección de este establecimiento por las siguientes razones:

Así mismo, estoy consciente de que debido a este Abandono, también estoy **negando el derecho a los procedimientos o intervenciones necesarias para el proceso de atención de mi persona (), hijo/a () o familiar ()**.

El personal de salud de nombre _____, me ha explicado las consecuencias y riesgos que podrían producirse por negar esta atención, incluso me ha explicado que debido a tal negativa podría producirse un riesgo elevado para mi/su salud, incluso la muerte; por lo que estando en uso de mis facultades mentales e informado(a) plenamente de las consecuencias que podrían resultar, firmo la presente constancia.

Al mismo tiempo exonero de toda responsabilidad moral, penal o administrativa al médico tratante, y resto del personal de este establecimiento proveedor de servicios de salud y al Ministerio de Salud por las consecuencias y riesgos que puedan presentarse, y asumo toda responsabilidad por la decisión tomada.

Al firmar esta constancia, reconozco que la he leído, se me ha explicado y que comprendo plenamente su contenido, se me han dado amplias oportunidades de realizar preguntas y todas las preguntas que he hecho han sido respondidas de forma satisfactoria.

Esta Constancia de Abandono, una vez firmada, tiene que ser respetada por mis familiares, abogados y demás personas.

La presente Constancia de Abandono se fundamenta en el inciso c del numeral 8 del Art. 8 de la Ley General de Salud y en el numeral 12 del Art. 7 del Reglamento de la Ley General de Salud.

Llenar en casos de niños/as, adolescentes y personas con autonomía disminuida:

Nombre _____ de _____ la _____ persona _____ que _____ retira _____ al _____ usuario: _____

Parentesco: Padre Madre Responsable o tutor

Dirección _____ exacta: _____

Nombre y firma del usuario, familiar responsable o tutor	Nombre y firma de testigo
Nombre y firma de segundo testigo (opcional)	Nombre, firma y código del personal de salud

EPICRISIS

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama
Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso	
Diagnósticos o problemas de Ingreso	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
Diagnósticos o problemas de Egreso	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
Resultados de Exámenes que Fundamentaron el Diagnóstico	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
	6)	
	7)	
	8)	
	9)	
	10)	
Tratamiento Recibido	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
	6)	
	7)	
	8)	
	9)	
	10)	

20		20
19		19
18		18
17		17
16		16
15		15
14		14
13		13
12		12
11		11
10		10
9		9
8		8
7		7
6		6
5		5
4		4
3		3
2		2
1		1

REPORTES DE LABORATORIO CLINICO Y MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Manifiestan que:

- Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo sobre el(los) procedimiento(s) diagnóstico(s) o terapéutico y tratamiento
- El doctor/a me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento y eximir de responsabilidad al médico tratante y personal de salud encargado de mi atención
- Se me han explicado otros métodos alternativos para la técnica diagnóstica-terapéutica propuesta y acepto el presente como el más adecuado para mi hijo (a) en las actuales circunstancias

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales condiciones, **ACEPTO** que se me realice(n) el(los) procedimiento(s) antes descritos.

Firma del usuario, familiar o representante legal: _____

Nombre y Firma testigo: _____ / _____

Nombre y Firma testigo: _____ / _____

Firma del médico: _____ Código: _____ Sello: _____

Lugar y fecha: _____, _____

1- Definición del procedimiento terapéutico, diagnóstico y/o tratamiento (de acuerdo a normas, protocolos, guías o manuales nacionales o literatura internacional)

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

2- Este(os) procedimiento(s) se me debe(n) practicar debido a las condiciones actuales de mi salud, y en este momento no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi bienestar y mejoría de mi estado. En mi caso particular, las indicaciones de este(os) procedimiento(s) son:

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

3- Este(os) procedimiento(s) no está libre de complicaciones, por lo tanto se me ha explicado que puedo presentar una o más de las siguiente complicaciones que son frecuente (escribir todas):

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

4- Otras complicaciones menos frecuentes pero que también se presentan son (escribir todas):

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

5- Además presentó las siguientes condiciones (si no posee ninguno escribir NINGUNO): _____

que aumenta(n) aún más la probabilidad de padecer las complicaciones antes mencionadas.

6- Si en el transcurso de llevarse a cabo el(los) procedimiento(s) ocurriese una complicación, autorizo al médico y su equipo a se realicen todas las medidas y procedimientos necesarios y adicionales para preservar mi vida y estado de salud; estos incluyen:

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Según lo dispuesto en la Ley No 423, Ley General de Salud, en el artículo 8, numerales 4, 8 y 9; el Decreto No. 001 – 2003 y el Reglamento de la Ley General de Salud, en el artículo 7, numerales 8, 11 y 12; y en el artículo 9, numeral 1: es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario.⁷ Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las posibles complicaciones que se pueden presentar, por lo que le solicitamos que firme de su puño y letra en el espacio en blanco que corresponde.

Nombres del (a) usuario/a o representante legal _____

Apellidos del (a) usuario/a o representante legal _____

Número de cédula _____

Número de teléfono domicilio _____ Celular _____

Dirección habitual _____

Nombre del familiar o representante legal que acompaña al usuario y se da por enterado del presente Consentimiento Informado:

Nombres _____

Apellidos _____

Número de cédula _____

Número de teléfono su domicilio _____ Celular _____

Dirección de su casa _____

Manifiestan: Que el profesional de la salud _____, con código del MINSa _____, y funcionario del (nombre del establecimiento de salud) _____ me ha explicado la siguiente información

sobre (escribir el/los procedimiento/s diagnóstico/s o terapéutico/s y tratamientos que se vaya a realizar al usuario):

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____
- 7- _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

⁷ Ley General de Salud y Reglamento, 27 de Febrero 2003.

REGISTRO DE ADMISIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO

DGPD-OE09/08

Establecimiento de Salud		Expediente	
Nombre y Apellido del Usuario:		No. Cédula	
Sexo <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 Acompañado(a) <input type="checkbox"/> 4 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 Ignorado	Escolaridad <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Superior <input type="checkbox"/> 4 Ninguna <input type="checkbox"/> 5 Ignorado	Fuente de Financiamiento <input type="checkbox"/> 1 Presupuesto <input type="checkbox"/> 2 INSS <input type="checkbox"/> 3 Particular <input type="checkbox"/> 4 Jubilado <input type="checkbox"/> 5 Otro, Especificar: _____
Edad <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Días <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>	Número de INSS <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1 Cotizante <input type="checkbox"/> 2 Cónyugue <input type="checkbox"/> 3 Hijo
Nombre de la Madre		Ocupación	
Nombre del Padre		Empleador	
		Dirección del empleador	
Dirección Completa			
			Barrio
Localidad		Municipio o Distrito	SILAIS
En caso de urgencia avisar a:			
Dirección y teléfono			Parentesco:
INGRESO			
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>
		Servicio <input type="text"/>	
Diagnóstico de Ingreso			Se trata de un Reingreso? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No
Ingresó por: <input type="checkbox"/> 1 Consulta Externa <input type="checkbox"/> 2 Emergencia <input type="checkbox"/> 3 Referido desde otro establecimiento (Especif.) _____			
Nombre y Código del Médico que Ordena el ingreso:			Nombre de/la Admisionista
EGRESO			
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>
		Servicio <input type="text"/>	
Diagnóstico de Egreso			Días de Estancia <input type="text"/>
Principal			
Complementarios			
Cirugías Realizadas			
¿Accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No			
¿De trayecto? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No			
¿Enfermedad laboral? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No			
Si ocurrió trauma, especificar causa: <input type="checkbox"/> 1 Intencional <input type="checkbox"/> 2 Autoinflingido <input type="checkbox"/> 3 Accidental <input type="checkbox"/> 4 Se ignora			
¿Ocurrió infección Intrahospitalaria? <input type="checkbox"/> 1 De la herida <input type="checkbox"/> 2 Neumonía <input type="checkbox"/> 3 Vías urinarias <input type="checkbox"/> 4 Otra <input type="checkbox"/> 5 Ninguna			
Tipo de Egreso <input type="checkbox"/> 1 Alta <input type="checkbox"/> 2 Defunción <input type="checkbox"/> 3 Abandono <input type="checkbox"/> 4 Fuga			
<input type="checkbox"/> 5 Referido a otro establecimiento (especificar): _____			
Nombre, Firma y Sello del Médico Tratante			

HOJA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Ingreso a Emergencia:		Mes:		Año:		Hora:		No. Expediente	
Establecimiento de Salud:						SILAIS:			
Nombres:						Apellidos:			
Edad:		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Ocupación:					
Dirección de domicilio:									
								Teléfono:	
Localidad*:						Departamento:			
Calidad: Asegurado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				No. Asegurado:		No. Cédula:			
Llegó en: <input type="checkbox"/> Ambulancia		<input type="checkbox"/> Radio patrulla		<input type="checkbox"/> Taxi		<input type="checkbox"/> A pie		<input type="checkbox"/> Particular	
CAUSAS DE ACCIDENTE O VIOLENCIA					LUGAR DE ACCIDENTE O VIOLENCIA				
<input type="checkbox"/> Vehículo motorizado		<input type="checkbox"/> Fenómeno Natural			<input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Vía Pública		
<input type="checkbox"/> Otro transporte		<input type="checkbox"/> Asalto o agresión			<input type="checkbox"/> Vivienda		<input type="checkbox"/> Deporte o diversión		
<input type="checkbox"/> Caída		<input type="checkbox"/> Intento de suicidio			<input type="checkbox"/> Centro de estudios		<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> Maquinaria		<input type="checkbox"/> Incendio o explosión			<input type="checkbox"/> Centro médico		<input type="checkbox"/> Desconocido		
<input type="checkbox"/> Efectos tardíos		<input type="checkbox"/> Otra			Fecha:		Hora:		
En caso de urgencia avisar a:						Parentesco:			
Dirección de domicilio:									
								Teléfono:	
Localidad:				Ciudad:		Departamento:			
Informes dados por:						Parentesco:			
Dirección de domicilio:									
Localidad:				Ciudad:		Departamento:			
Peso (Niño):		Talla (niño):		Temperatura:		Presión Arterial:			
Hora de la atención:		Nombre de quien atiende:			Frecuencia cardíaca:		Frecuencia respiratoria:		
Resumen Clínico:									
Examen Físico:									
Diagnóstico:									
Planes:									
Diagnóstico de Egreso:									
TIPO DE URGENCIA					DESTINO				
<input type="checkbox"/> Médica		<input type="checkbox"/> Alta			<input type="checkbox"/> Se hospitaliza en:				
<input type="checkbox"/> Quirúrgica		<input type="checkbox"/> En observación			<input type="checkbox"/> Se refiere a:				
<input type="checkbox"/> Gineco-Obstétrica		<input type="checkbox"/> Falleció			<input type="checkbox"/> Consulta externa de:				
<input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Abandono			<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Salida exigida		

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
NOTA OPERATORIA

Planes Post-Operatorios Inmediatos (describir los planes a cumplirse en Sala de Recuperación)

Planes Post-Operatorios (describir los planes a cumplirse en Sala de Hospitalizados):

Firma y Código Médico

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
NOTA OPERATORIA

P124A

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

Fecha de Operación:	Comenzó:	Terminó:	Duración:
Cirujano:	1er. Ayudante:	Anestesista:	
2do. Ayudante:	Instrumentista:	Anestésico:	

Diagnóstico Pre-Operatorio:

Diagnóstico Post-Operatorio:

Operación Efectuada y Técnica Quirúrgica Utilizada:

Hallazgos Trans-Operatorios:

Técnica Empleada (describir detalladamente y en forma clara la técnica quirúrgica y los materiales e hilos utilizados):

Firma y Código Médico

SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRÁNSITO DE USUARIO

Nombre del Establecimiento de Salud		No. Expediente
Nombres y Apellidos del Usuario		Sexo: F _____ M _____
No. Cédula	No. INSS	No. Cama
No. de Admisión	Fecha de Ingreso	Fecha de interconsulta
Servicio o especialidad que solicita la interconsulta:		
Servicio o especialidad al que se le solicita la interconsulta:		
Motivo(s) por el que solicita la interconsulta		
Nombre del profesional de la salud que solicita la interconsulta		
Firma y código del solicitante		Firma y código del que recibe

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRÁNSITO DE USUARIO

Nombre del Establecimiento de Salud		No. Expediente
Nombres y Apellidos del Usuario		Sexo: F _____ M _____
No. Cédula	No. INSS	No. Cama
No. de Admisión	Fecha de Ingreso	Fecha de interconsulta
Servicio o especialidad que solicita la interconsulta:		
Servicio o especialidad al que se le solicita la interconsulta:		
Motivo(s) por el que solicita la interconsulta		
Nombre del profesional de la salud que solicita la interconsulta		
Firma y código del solicitante		Firma y código del que recibe

MENOR DE 2 AÑOS O PROBLEMAS DE ALIMENTACION, ANEMIA, DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL: SI NO

SI NO ¿Tiene dificultad para alimentarse? **SI NO** Si es amamantado ¿se amamanta durante la noche? **SI NO** ¿Recibe otros alimentos o líquidos
 ¿Se alimenta al pecho materno? ¿Se alimenta al pecho materno más de 8 veces al día? ¿Usa pacha?

 Si da otros alimentos ¿con que frecuencia? _____ al día. Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación?

SI ES MENOR DE 6 MESES O ALGUNA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES INSATISFATORIA, OBSERVAR:

Presencia de placas blancas en la boca: SI NO
 EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO: Problemas de posición SI NO Problemas de agarre SI NO Problemas de succión SI NO

MICRONUTRIENTES SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vitamina A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SOSPECHA DE MALTRATO SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones Físicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportamiento alterado del niño/a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesión en genitales o ano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportamiento alterado de cuidador/a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El niño/a expresa espontáneamente el maltrato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INMUNIZACIONES Esquema vacunación completo para su edad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre y dosis vacuna(s) a aplicarse: _____ _____
---	---	--

EVALUAR EL DESARROLLO (ha logrado las habilidades de acuerdo a su edad) SI NO Alteraciones Fenotípicas SI NO 3 o mas SI NO

< 1 MES **SI NO** Succión Vigorosamente **SINO 1 MES** Vocaliza
 tomar un juguete Manos cerradas **SINO 2-3 MESES** Mira el rostro de la madre **SI NO 4-5 MESES** Responde al examen **SI NO 6-8 MESES** Intenta
 Lleva objeto a la boca Flexiona brazos y piernas Abre las manos Reacciona al sonido Emite
 sonidos Localiza el sonido Reflejo de moro Sonrisa social Eleva la cabeza
 Sostiene la cabeza Gira hacia el objeto

9-11 MESES **SI NO** 12-14 MESES **SI NO** 15-17 MESES **SI NO** 18-23 MESES **SI NO** 24-35 MESES **SI NO** 36-59 meses **SI NO**
 Juega a descubrirse solo Imita gestos Hace gestos a pedidos Identifica 2 objetos Se quita la ropa Se alimenta
 Se pasa objetos oraciones largas Pinzas superior Coloca cubos en recipiente Hace Garabatos Torre de 5 cubos Dice
 Se sienta solo Palabras confusas Dice una palabra Dice 3 palabras Dice frases cortas Se viste solo

 Duplica sílabas complejas Camina con apoyo Camina sin apoyo Camina para atrás Patea la pelota Ordenes

EVALUAR OTROS PROBLEMAS:

CLASIFICACION:

TRATAMIENTO:

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACION: _____

PROXIMA CONSULTA: _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

REFERIDO SI NO

NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____

HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

Nº de H. Clínica _____ Procedencia: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ día

mes año Nombre: _____ Sexo: ____ Edad: ____ / ____ P. cefálico: ____ cm. Temp.: ____ C

Primer apellido Segundo apellido Nombres meses/ días

¿Porque trae al niño/niña?

NIÑO (A) MENOR DE 3 MESES DE EDAD Primera consulta Subsecuente

SI NO		1. INFECCION BACTERIANA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Respiraciones por minuto _____ SI NO Apnea <input type="checkbox"/>	
Respiración rápida <input type="checkbox"/>	SINO <input type="checkbox"/>	Ombilgo y piel a su alrededor rojos <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/>	Se ve mal <input type="checkbox"/>	Alateo nasal <input type="checkbox"/>
Dificultad para alimentarse oído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pústulas escasas en piel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ombilgo supurando <input type="checkbox"/>	Quejido <input type="checkbox"/>
Convulsiones <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pústulas extensas en piel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supuración de ojos mas edema <input type="checkbox"/>	Supuración de <input type="checkbox"/>
Letargia, inconsciencia, fláccidez <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiraje subcostal (acentuado) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supuración de ojos <input type="checkbox"/>	Fiebre <input type="checkbox"/>
Vomita todo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fontanela abombada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manifestación de sangrado <input type="checkbox"/>	Hipotermia <input type="checkbox"/>
Cianosis central <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia abajo del ombilgo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palidez intensa <input type="checkbox"/>	
		Placas blancas en la boca <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distensión Abdominal <input type="checkbox"/>	Llenado capilar > 2" <input type="checkbox"/>

1.1 DIARREA: SI NO 7 días o más de duración: SI NO Sangre en las heces: SI NO Anormalmente somnoliento: SI NO

Piel vuelve a su estado anterior lentamente SI NO Piel vuelve a su estado anterior muy lentamente SINO Ojos hundidos SINO Inquieto o irritable

1.2 INMUNIZACIONES DE LA MADRE :Antitetánica: SI NO Antirubeola: SI NO 1.3 CONTROL PUERPERAL DE LA MADRE: SI NO

NIÑO (A) DE 3 MESES A 4 AÑOS DE EDAD Primera consulta Subsecuente

SEÑALES GENERALES DE PELIGRO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dejó de comer o beber <input type="checkbox"/>	Respiraciones por minuto _____ SI NO <input type="checkbox"/>	NO 14 días o más de duración <input type="checkbox"/>	Riesgo de malaria: Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>
Vomita todo <input type="checkbox"/>	Respiración rápida <input type="checkbox"/>	Sangre en las heces <input type="checkbox"/>	Fiebre por 7 días o más de duración y todos los días <input type="checkbox"/>
Convulsiones <input type="checkbox"/>	Tiraje subcostal <input type="checkbox"/>	Inquieto irritable <input type="checkbox"/>	Resultado inmediato Gota Gruesa <input type="checkbox"/>
Anormalmente Somnoliento <input type="checkbox"/>	Estridor en reposo <input type="checkbox"/>	Ojos hundidos <input type="checkbox"/>	Gota gruesa positiva <input type="checkbox"/>
	Sibilancias <input type="checkbox"/>	Bebe ávidamente con sed <input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca <input type="checkbox"/>
	21 días o más de duración <input type="checkbox"/>	Piel vuelve lentamente <input type="checkbox"/>	Coiza / ojos enrojecidos <input type="checkbox"/>
		Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/>	Erupción cutánea generalizada <input type="checkbox"/>
			Manifestaciones de sangrado <input type="checkbox"/>

PROBLEMAS DE OÍDO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE GARGANTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIC. GRAVE O ANEMIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SI NO Dolor de oído <input type="checkbox"/>	SI NO Dolor de garganta <input type="checkbox"/>	Emaciación grave visible <input type="checkbox"/>
Supuración del oído <input type="checkbox"/>	Ganglios crecidos o dolorosos <input type="checkbox"/>	Edema en ambos pies <input type="checkbox"/>
Supuración 14 días o más? <input type="checkbox"/>	Exudados blancos en la garganta <input type="checkbox"/>	Palidez palmar leve <input type="checkbox"/>
Tumefacción detrás de oreja <input type="checkbox"/>	Enrojecimiento de la garganta <input type="checkbox"/>	Palidez palmar-intensa <input type="checkbox"/>

DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL Determinar el estado nutricional: Sobrepeso Normal Rango de bajo peso Desnutrido Peso: _____ gr. Percentil: _____

Determinar la tendencia del crecimiento: Satisfactoria Insatisfactoria Talla: _____ cm Clasificación de la talla: _____

