



RESOLUCION EXENTA:

1197

CORONEL, 26 ABR 2017

VISTOS: Los antecedentes de la Resolución N° 10/17 de la Contraloría General de la República, D.L. 2763/79, Resolución N°557/81, Resolución Exenta N° 1935/96 sobre facultades delegadas en materia de personal, Encargado Oficina de Calidad Hospital Coronel:

RESOLUCION:

- 1. APRUEBASE** en el Hospital San José de Coronel, **NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS**, a contar del 02 de Enero de 2017.
- 2. DEJESE** sin efecto a contar de esta misma fecha Resolución Exenta N°1302 del 24 de Julio de 2013, Norma Sistema Estandarizado de Registros Clínicos del Hospital San José de Coronel.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



DR. HUGO ARCE REBOLLEDO
DIRECTOR
HOSPITAL DE CORONEL

Transcribo fielmente,


EFIGENIA LUNA NEIRA
Ministro de



Dr.HAR/Dr.LDSZ/gac
RES. EXTENTA INT. N°34/2017

Distribución:

- ♦ Dirección
- ♦ Subdirección Medica
- ♦ Subdirección Administrativa
- ♦ Enfermera Gestión del Cuidado
- ♦ Encargado Of. de Calidad
- ♦ Jefe Servicios Clínicos y Unidades
- ♦ Jefe Oficina de Personal
- ♦ Oficina de Partes


| | | |
|--|--|------------------------------|
|  | NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO | Realizado: SOME |
| | | Edición: 3° |
| | | Fecha Aplicación: 02/01/2017 |
| | | Vigencia Máxima: 02/01/2022 |
| | | Páginas: 36 |

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS

| REDACTADO: | VERIFICADO | APROBACIÓN OFICINA CALIDAD | APROBACIÓN DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO |
|---|---|--|---|
| <p><i>E.U. Carolina Palma Aguirre</i> Enfermera de Calidad</p> <p><i>Mat. María E. Quezada H.</i> Integrante Oficina de Calidad</p> | <p>Dr. Alex Cleveland Cartes Subdirector Médico</p> | <p>Dr. Luis de los Santos Zarraga Encargado Oficina de Calidad</p> | <p>Dr. Hugo Arce Rebolledo Director Hospital de Coronel</p> |
| Fecha: 13/12/2016 | Fecha: 22/12/2016 | Fecha: 28/12/2016 | Fecha: 02/01/2017 |


Pilar Pineda Cárdenas
 AKRESAL Chile S.A.

Fecha: 1/2/17

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
|  | NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO | Realizado: SOME |
| | | Edición: 3° |
| | | Fecha Aplicación: 02/01/2017 |
| | | Vigencia Máxima: 02/01/2022 |
| | | Páginas: 36 |

1) INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es el documento más importante de un servicio hospitalario y de cualquier centro de salud en el cual se registra la historia clínica de un paciente y todo su proceso de atención médica. Es un documento reservado de carácter confidencial de utilidad para el paciente, el establecimiento la investigación la docencia y la justicia, debe ser elaborada con letra clara y legible, conservar su estructura en forma ordenada.

2) OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contar con el historial clínico completo del paciente, estandarizado, con registros mínimos y legibles, acerca de las atenciones hospitalarias y ambulatorias, que permita una continuidad de la atención, segura y de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS


- a) Establecer los requisitos que debe contener la historia clínica.
- b) Estandarizar los registros de las Historias Clínicas.

3) ALCANCE:

Todos los funcionarios del Hospital San José de Coronel que forman parte del procedimiento de manejo de la Historia Clínica.


4) RESPONSABLES

- Funcionarios de las leyes N° 15.076 y N° 19664
- Funcionarios de la ley N° 18.834

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
|  <p>Hospital San José Ministerio de Salud Oficina de Calidad</p> | NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO | Realizado: SOME |
| | | Edición: 3º |
| | | Fecha Aplicación: 02/01/2017 |
| | | Vigencia Máxima: 02/01/2022 |
| | | Páginas: 36 |

5) DEFINICIONES:

- a) **FICHA CLINICA:** Documento único y ordenado, que debe reunir en forma clara, toda la información concerniente a la salud de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas.
- b) **LEGIBILIDAD:** El registro debe ser escrito con letra clara y legible, con leguaje acorde y entendible.
- c) **INGRESO MEDICO:** Documento que se realiza el médico al ingresar un paciente a hospitalización.
- d) **PROTOCOLO OPERATORIO:** Es el documento fundamental de constancia del procedimiento quirúrgico realizado
- e) **PROTOCOLO DE ANESTESIA:** Registro de la atención anestésica del paciente desde su inducción hasta su despertar.
- f) **EVOLUCION DIARIA DE PACIENTE HOSPITALIZADO:** Es la evolución clínica diaria y condiciones generales del paciente.
- g) **EPICRISIS:** Informe elaborado al alta del paciente , que resume la condición al ingreso, evolución y condiciones de alta
- h) **ATENCION DE URGENCIA:** Registro de la atención del paciente en el servicio de urgencia, que incluye atención médica y de enfermería. Medicamentos y procedimientos.
- i) **HOJA DE ATENCION DE ENFERMERIA:** Registro de las atenciones de enfermería durante hospitalización del paciente.

| | | |
|--|--|------------------------------|
|  <p>Hospital San José Ministerio de Salud OFICINA DE CALIDAD</p> | <p>NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO</p> | Realizado: SOME |
| | | Edición: 3° |
| | | Fecha Aplicación: 02/01/2017 |
| | | Vigencia Máxima: 02/01/2022 |
| | | Páginas: 36 |

6) REGISTROS CLÍNICOS MÍNIMOS

El responsable del llenado de la ficha clínica es el médico y/o profesional tratante, este registro debe ser hecho considerando los siguientes requisitos.

- Debe hacerse con letra clara y legible.
- Las Correcciones deberán tarjarse o achurarse no se permite el uso del corrector.
- No dejar espacio entre cada evolución, la evolución se registra de manera secuencial.
- Los registros deben ser realizado con lápiz pasta de color azul o negro.
- Se debe registrar Nombre y firma de persona responsable de cada atención.

Se deben registrar los datos que cada actividad defina, siendo los registros mínimos los siguientes.



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

a) REGISTROS CLÍNICOS MÍNIMOS:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE DE LLENADO | CONTENIDOS MINIMOS |
|--|------------------------|--|
| <p>Ingreso Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización de adulto (Anexo N°1). • Hospitalización de Niños (Anexo N°2). • Hospitalización de ginecoobstetricia (Anexo N°3). | Médico tratante | <p><u>CONTENIDO MINIMOS INGRESO ADULTO Y NIÑO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos básicos de identificación (nombre, edad, fecha) • Signos vitales • Anamnesis • Antecedentes mórbidos • Antecedentes quirúrgicos • Examen físico • Impresión diagnóstica • indicaciones • Nombre y firma médico tratante. <p><u>INGRESO MATERNAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A estos contenidos mínimos se debe agregar (Historia clínica perinatal exclusivo de obstetricia Ver (Anexo N°4). • Datos del embarazo actual • Examen obstétrico • Partograma • Tipo de parto • Datos del recién nacido • Dg de alta |
| <p>Protocolo operatorio (Protocolo de intervención quirúrgica (Ver Anexo N° 5).</p> | Cirujano tratante | <ul style="list-style-type: none"> • Datos de identificación del paciente (nombre del paciente) • Diagnostico pre y post operatorio • Identificación del equipo quirúrgico • Cirugía Practicada • Nombre y firma del medico • Fecha de intervención |
| <p>Protocolo de anestesia (Ver Anexo N°6)</p> | Anestesista | <ul style="list-style-type: none"> • Datos de identificación del paciente (nombre, N° de ficha) • Grafica de signos vitales • Tipo de anestesia • Identificación del equipo quirúrgico • Indicaciones • Evolución post anestésico • Médico responsable |



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO
DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME


Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE DE LLENADO | CONTENIDOS MINIMOS |
|---|--|---|
| Lista Chequeo (Ver Anexo N°7) | Médico, Enfermera y Técnico Paramédico | <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de Paciente • Fecha de aplicación • Intervención Quirúrgica • Entrada, antes de pausa quirúrgica antes de la incisión. • Salida, antes de ser retirado del quirófano. • Asistente que aplica la lista. |
| Evolución diaria del paciente (ver Anexo N°8) | Médico tratante | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente y n° de ficha • Evolución clínica diaria • Exámenes y procedimientos realizados • Tratamiento e indicaciones. • Firma y nombre del médico. |
| Epicrisis (Ver Anexo N°9) | Médico tratante | <p>Informe elaborado al alta del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de ingreso y egreso. • Resumen de condición de ingreso y evolución actual • Fecha de ingreso y egreso • Exámenes y tratamiento realizado • Indicaciones • Nombre y Firma médico tratante |
| Registro de consulta profesional Ambulatoria | Médico y/o profesional tratante | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente y n° de ficha • Evaluación clínica de acuerdo a especialidad • Exámenes y procedimientos realizados • indicaciones. • Firma y nombre del médico/o profesional tratante. • Información ingresada en formulario Anexo N°6 |
| Interconsulta (Ver Anexo N°10) | Médico y /o profesional | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y N° de ficha • Datos de identificación del paciente • Hipótesis diagnóstica • Sospecha de auge • Especialidad de derivación • Firma del médico y/o profesional solicitante • Fecha |

| | | |
|--|--|------------------------------|
|  | NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO | Realizado: SOME |
| | | Edición: 3° |
| | | Fecha Aplicación: 02/01/2017 |
| | | Vigencia Máxima: 02/01/2022 |
| | | Páginas: 36 |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE DE LLENADO | CONTENIDOS MINIMOS |
|--|--|---|
| Atención de Urgencia Hoja DAU (Ver Anexo N°11) | Personal administrativo de admisión, Técnico paramédico, enfermera y/o matrona, medico de turno. | <ul style="list-style-type: none"> • Datos de identificación del paciente • Motivo de consulta. • Hora de ingreso • Signos vitales • Hipótesis diagnóstica • Tratamiento e indicaciones • Procedimientos especiales <p>Uso Exclusivo Obstetricia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso • Presión Arterial • Altura Uterina • N° de Embarazo • N° de Partos |
| Hoja de atención de enfermería (Anexo 12) | Técnico paramédico, enfermera y/o matrona | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente y n° de ficha • Evolución clínica diaria • Control de signos vitales • Exámenes y procedimientos realizados <p>Nombre y firma de profesional/o técnico tratante.</p> |



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ANEXO N°1 HOSPITALIZACION ADULTOS

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL DE CORONEL

FECHA: / /

HORA:

Servicio de Urgencia

HOSPITALIZACION ADULTOS

NOMBRE..... EDAD.....

DOMICILIO..... CIUDAD.....

ANAMNESIS

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

ANTECEDENTES MORBIDOS

DIABETES MELITUS L.C.F.A. OTROS
HIPERTENSION ARTERIAL T.B.C.
EPILEPSIA ALERGIA

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

APENDICECTOMIA COLECISTECTOMIA OTROS

EXAMEN FISICO GENERAL

ESTADO GENERAL B R M T° AXILAR
FR. RESP. T° RECTAL
PULSO PR. ARTERIAL
SATUROMETRIA

EXC LUC EMB INC

EXAMEN FISICO SEGMENTARIO

CABEZA: _____
CUELLO: _____
TORAX: _____
PULMONES: _____



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

CORAZON: _____

MAMAS: _____

ABDOMEN: _____

EXTREMIDADES:

 SUPERIORES: _____

 INFERIORES: _____

EXAMEN NEUROLOGICO: _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA: _____

DESTINO: _____

INDICACIONES.

1. ALIMENTACION: _____

2. MEDICAMENTOS: _____

3. MEDIDAS DE ENFERMERIA: _____

4. EXAMENES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: _____



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ANEXO N°2 HOSPITALIZACIÓN NIÑOS

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL DE CORONEL

FICHA N° _____

FECHA: / /

HORA:

HOSPITALIZACION PEDIATRICA

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| NOMBRE COMPLETO | | | |
| | | | |

| EDAD | PESO | T° | DOMICILIO |
|------|------|----|-----------|
| | | | |

DATOS APORTADOS

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

ANTECEDENTES MORBIDOS

TBC

VENEREAS

EPILEPSIA

OTROS

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS

Previsión: _____ Presupuesto Familiar: _____

Vivienda: _____

Agua Potable: _____ Luz: _____ Alcantarillado: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo: _____

Part: Fecha: _____ Tipo: _____ Lugar: _____

R. Nac: EG: _____ Peso: _____ Talla: _____ Apgar: _____

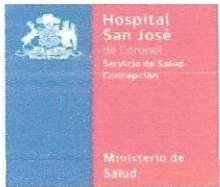
Patología neonatal: _____

Alimentación: _____

Nutrición: E D1 D2 D3 Desarrollo psicomotor: _____

INMUNIZACIONES: BCG Completas: SI _____ NO _____

ENFERMEDADES ANTERIORES: _____



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ENFERMEDAD ACTUAL

Table with 12 empty rows for recording current illness.

EXAMEN FISICO

Table with 12 empty rows for recording physical examination.

DIAGNOSTICOS:

- 1. _____
2. _____
3. _____

INDICACIONES.

- 1.-Alimentación: _____
2.-Medidas de Enfermería _____
3.- Medicamentos: _____
4.- Exámenes: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3º

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ANEXO N°3 HOSPITALIZACIÓN GINECO - OBSTETRICA

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE CORONEL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA

FICHA GINECO - OBSTETRICA

NOMBRE _____ Observación N° _____
DOMICILIO _____ Edad _____
Fecha de Ingreso _____ Hora _____ RUT: _____

ANAMNESIS

Antecedentes Obstétricos y Ginecológicos:

Table with columns: Niño vivo, Niño muerto, Total, Termino (Eut., Dist.), Prematuro (Eut., Dist.), Niños vivos, Niños fallecidos

Fecha ultima menstruación: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

Table with columns: Exámenes, HTO y HB, VDRL, RH, Grupo Sanguíneo

EXAMEN FISICO: PULSO _____ Temp. Axilar: _____ Temp. Rectal: _____ Presión Arterial: _____

Estado general: _____

Corazón: _____ Peso: _____

Pulmones: _____ Talla: _____

Extremidades: _____

Abdomen: _____

EXAMEN GINECOLOGICO: _____

Observaciones: _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

Enviada a Servicio: _____

Indicaciones: _____

FIRMA _____



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

Intervención: _____ Fecha: _____ Anestesia: _____
Hora: _____ Anestesista: _____

Fecha:

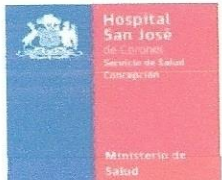
| PRESCRIPCIONES | | | | | | | | | |
|----------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P | T | M | T | M | T | M | T | M | T |
| 140 | 40 | | | | | | | | |
| 120 | 39 | | | | | | | | |
| 100 | 38 | | | | | | | | |
| 80 | 37 | | | | | | | | |
| 80 | 37 | | | | | | | | |
| 60 | 36 | | | | | | | | |
| EVOLUCION | | | | | | | | | |

Resumen de la evaluación: _____

DIAGNOSTICO DE EGRESO

Alta: _____ Fecha: _____
Causa: _____

FIRMA



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3º

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ANEXO Nº 4 HISTORIA CLINICA PERINATAL



Padre desea asistir al parto SI NO

HISTORIA CLINICA PERINATAL

Establecimiento Nº

Fecha ingreso Hora

Historia Clínica

RUN -

Apellidos _____ Nombre _____ Actividad _____
Progenitor _____ Nombres _____ Actividad _____
Domicilio _____ Fono _____ Localidad _____
Consultorio _____ Previsión A B C D Isapre _____ Otros _____

EDAD
Menor 15 Mayor 35
ALFABETA SI NO
ESTUDIOS Ning. Media Años Aprobados
Básica Superior
ESTADO CIVIL Casada Soltera
Conviviente Otro
ANTICONCEPCION A D O NO
ESTADO NUTRICION A B C D

ANTECEDENTES
FAMILIARES NO SI
Diabetes
TBC Pulmonar
Hipertensión
Alergias
Otros
PERSONALES NO SI
Diabetes
TBC Pulmonar
Hipertensión
Alergias
Otros
Gestas Ninguno o más de 3 partos.
Algun RN menor de 2.500 g.
Cesárea Anterior.
Abortos
Partos
Provocados Espontáneos
Sépticos
Molar Ectópicos
Vaginales
Nacidos Vivos
Nacidos Muertos
Viven
Muertos 12ª Semana
Muertos después 1ªª Semana
RN con mayor peso
Término último embarazo Mes Año
Embarazo deseado NO SI

EMBARAZO ACTUAL
Peso habitual Kg.
Peso actual Kg.
Talla cm.
F.U.R. Día Mes Año
F.U.R. Operacional
Estimada Según Eco precoz Paciente Clínica
Dudas SI NO
F.P. PARTO Día Mes Año
Edad gest. Ingreso Sem
HOSPITALIZACION EMB. ACTUAL NO SI
Nº de Días
Motivo
GRUPO SANGRE Rh + Positivo
 - Negativo
Sensibilizada NO SI

Ex. clínico normal NO
Ex. mamas normal SI NO
Ex. odont. normal SI NO
Pelvis normal SI NO
Papanic normal SI NO
Carvix normal SI NO
VIH + -
VORL. + -
HCTO.
Día Mes Año
Día Mes Año
FUMAR NO SI
Cigarrillos por día

Motivo de consulta: _____

Observaciones: _____

EXAMEN OBSTETRICO
Presentación: Cef Pod Trans
Tº C P. A. mm/Hg
Altura uterina cm.
Encamamiento: Tono _____ Dorso _____
Contracciones L.C.F.
Desaceleraciones NO SI
CUELLO UTERINO
Longitud cm. Dilatación cm.
Membranas _____ L. Amniótico _____
Posición _____ Plano _____
Evaluación Pelvis _____
Comentarios: _____

RESUMEN PATOLOGIAS MATERNAS
Ninguna Orden
Emb. múltiple Otras infec. Rot. pre. memb.
Hipert. previa R.C.I.U. Infec. puerp.
Preeclampsia Amen. parto prem. Hem. puerp.
Eclampsia Desprop. cef. pelv. Alcohol/drogas
Cardiopatía Hemorragia 1º trim. Otras
Diabetes Hemorragia 2º trim.
Inf. urinaria Hemorragia 3º trim.
C.I.E. Anemia crónica

Diagnóstico de Ingreso / Indicaciones _____
Destino _____

Nombre _____ Firma _____ Médico Matrona



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

Panc Abono

Origen _____

CONTROL PRENATAL

Fecha control: Dia Mes Año Semanas Peso Fecha ultimo control: Dia Mes Año Semanas Peso Nº de controles

CONTROL CONT. Alto Riesgo No Si

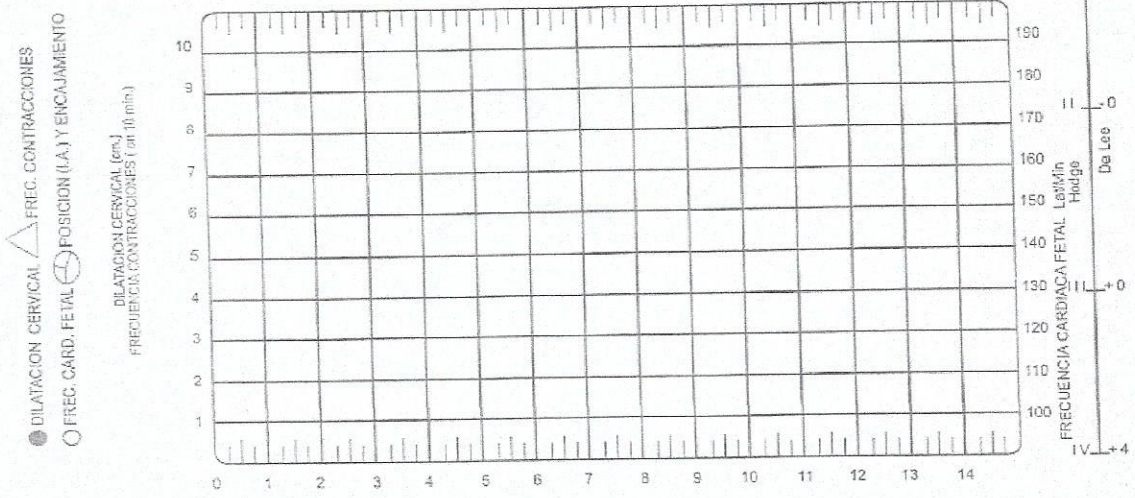
INGRESO PRE-PARTO

Tamaño FETAL ACCORDU: Del Pos Tran

MEMBRANAS: Rota No

Multipara Multipara Cesaria Anterior

PARTOGRAMA



Hora Real _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Presión Arterial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pulso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Posición Materna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intensidad contracciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Duración Contracciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor / local / intens. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Líquido amniótico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monitoreo fetal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anestesia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

OBSERVACIONES

| Fecha | Hora | Matrona o Médico |
|-------|------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

PROTOCOLO DE PARTO

Diagnóstico pre operatorios _____ Cirujano _____

_____ Anestesia _____

_____ Ayudante _____

_____ Matrona _____

_____ Arsenalera _____

Operación _____

Diagnósticos post operatorios _____

Anestesia _____

Descripción Operatoria _____

FIRMA: _____



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3º

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

| | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| TIPO DE PARTO | | Cesarea <input type="checkbox"/> | |
| Espont. <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | Podalica <input type="checkbox"/> | |
| Forceps <input type="checkbox"/> | | | |

| | | | | |
|----------------------------|------|-----|-----|-----|
| TERMINO DE EMBARAZO | | | | |
| Horas | Min. | Día | Mes | Año |
| | | | | |

Indicaciones principales
Parto operatorio inducción _____

NIVEL DE ATENCIÓN

1 2 3 Domic. Otro

| | | | | | | |
|----------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| ATENCIÓN | Médico <input type="checkbox"/> | Matrona <input type="checkbox"/> | Aux. <input type="checkbox"/> | Alumno <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | Responsable Al. Maternal |
| | Parto <input type="checkbox"/> | | | | | Nombre: _____ |
| | Neonatal <input type="checkbox"/> | | | | | Responsable Al. Neonatal |
| | | | | | | Nombre: _____ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| INVERTE INTRAUT. | EPISIOTOMIA | ALUMBRAMIENTO | DESCRIPCIÓN PLACENTA Y CORDÓN |
| No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | Natural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Emb. Parto 1 | DESCARRIOS | Complete <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Peso placenta _____ gr. Observaciones _____ |
| | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | REVISIÓN INSTRUMENTAL | Long. cordón _____ cm. |
| | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

ANESTESIA Peridural Raquídea General Local Analgesia/tranquilizante Ninguna

MEDICAMENTOS Opioides Antibióticos Otro Cuáles _____ Ninguna

| | | | | | | | | | |
|--|---------------|---------------------------|--|--------------|--|--------------|--|---|---|
| RECEN NACIDO En abarba F.M. sólo sexo y peso | TALLA | EDAD POR EX FÍSICO | PESO E.G. | APGAR | REANIM. RESP. | VORL. | EXAMEN FÍSICO | ALOJAMIENTO CONJUNTO | HOSPITALIZACIÓN |
| SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | PESO AL NACER | PER. CEP | Adec. <input type="checkbox"/> Peq. <input type="checkbox"/> Ods. <input type="checkbox"/> | 1º minuto 5º | No <input type="checkbox"/> Mascares <input type="checkbox"/> Turbo <input type="checkbox"/> | +/ - | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | cm | cm | | Sí o menor | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| RESUMEN PATOLOGIAS RECEN NACIDO | Hcto. <input type="checkbox"/> | BCG | Nº HISTORIA CLINICA RECEN NACIDO |
| Ninguna <input type="checkbox"/> Otras SOR <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Memb. hialina <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Def. congénitos <input type="checkbox"/> | Grupo <input type="checkbox"/> Rp <input type="checkbox"/> | Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> | |
| Sind. aspirat. <input type="checkbox"/> Hipertiliro. <input type="checkbox"/> Neurológicas <input type="checkbox"/> | | | |
| Apnea <input type="checkbox"/> Otras hematol. <input type="checkbox"/> Metabólicas <input type="checkbox"/> | | | |

DIAGNOSTICO DE ALTA

- _____
- _____
- _____
- _____

| | | | |
|---|--|---|--|
| Egreso RN | Alimentación | Egreso Materno | Anticoncepción |
| Horas Día Mes | Pecho <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Anil. <input type="checkbox"/> | Horas Día Mes | Condón <input type="checkbox"/> Ligadura <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Píldoras <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |
| Sano <input type="checkbox"/> Trastado <input type="checkbox"/> | Con Patología <input type="checkbox"/> | Sano <input type="checkbox"/> Trastado <input type="checkbox"/> | |
| | | Con Patología <input type="checkbox"/> | |

Responsable: _____

LABOR 1 - PPT 2010060 - BARRIOBANG 200 - CONCEPCION



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO
DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ANEXO N°5

PROTOCOLO INTERVENCION QUIRURGICA
PROTOCOLO OPERATORIO

NOMBRE PACIENTE: _____

N° OBSERVACION: _____ FECHA: _____ HORA: _____ PABELLON: _____

CLASIFICACION DE OPERACIÓN: LIMPIA _____ LIMPIA

CONT _____ CONTAMINADA _____ SUCIA _____

DIAGNOSTICO PRE- OPERATORIO: _____

DIAGNOSTICO POST- OPERATORIO: _____

CIRUJANO: _____

AYUDANTES: _____

ANESTESISTA: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____

ARSENALERA: _____ ARSENALERA _____ AUXILIAR ANESTESIA _____

OPERACIÓN PRACTICADA: _____

CHECK LIST SI _____ NO _____ BIOPSIA _____ RAPIDA _____ DIFERIDA _____

RECIENTOS DE COMPRESAS: _____ RECIENTO INSTRUMENTAL: _____

HALLAZGOS ERATORIO: _____

DESCRIPCION: _____



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3º

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ANEXO Nº 6
PROTOCOLO ANESTESICO

PROTOCOLO ANESTESICO

IDENTIFICACION: _____ CIRUJANO: _____
 Nº FICHA: _____ PREVISION: _____ FECHA: _____ 1er AYUDANTE: _____
 NOMBRE: _____ 2do AYUDANTE: _____
 GRUPO RH: _____ EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ ANESTESISTA: _____
 DIAGN. PREOPERATORIO: _____ ENFERMERA: _____
 PREMEDICACION: _____ AUX. ANESTESIA: _____
 DIAGN. POST-OPERATORIO: _____ ARSENALERA: _____
 OPERACION REALIZADA: _____ PABELLON: _____
 PABELLON Nº: _____

GASES ANESTESICOS:
 O2: _____
 NEO: _____
 SEVOFLURANO: _____
 ISOFLURANO: _____

ANESTESIA GENERAL INTUBACION: Nº CLIFF RESONANCIA

ANESTESIA REGIONAL SUB ARACNO IDEAL PERIDURAL BLOQUEO PERIFERICO

ROGAS: _____ TROCAR CATETER PUNCIÓN

| HORAS | | LLEGADA | T | PA | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | |
|--------------------|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| LLEGADO A PABELLON | 40' | 42' | 44' | 46' | 48' | 50' | 52' | 54' | 56' | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' |
| PULSO | 42' | 44' | 46' | 48' | 50' | 52' | 54' | 56' | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' | 84' |
| PRESION ARTERIAL | 44' | 46' | 48' | 50' | 52' | 54' | 56' | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' | 84' | 86' |
| ANESTESIA | 46' | 48' | 50' | 52' | 54' | 56' | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' | 84' | 86' | 88' |
| OPERACION | 48' | 50' | 52' | 54' | 56' | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' | 84' | 86' | 88' | 90' |
| SUPINA | 50' | 52' | 54' | 56' | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' | 84' | 86' | 88' | 90' | 92' |
| PROND. | 52' | 54' | 56' | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' | 84' | 86' | 88' | 90' | 92' | 94' |
| GINECOLOGIA | 54' | 56' | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' | 84' | 86' | 88' | 90' | 92' | 94' | 96' |
| LATERAL | 56' | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' | 84' | 86' | 88' | 90' | 92' | 94' | 96' | 98' |
| | 58' | 60' | 62' | 64' | 66' | 68' | 70' | 72' | 74' | 76' | 78' | 80' | 82' | 84' | 86' | 88' | 90' | 92' | 94' | 96' | 98' | 100' |

SP02: _____
 Co2: _____
 DROGAS:
 1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____
 5 _____
 6 _____
 7 _____
 8 _____
 9 _____
 10 _____
 11 _____
 12 _____

DIURESIS:

| MONITOR CARDIACO | VIA VENOSA | Nº COMPRESAS | INICIAL | TERMINO | OBSERVACIONES |
|------------------|-------------------|----------------|--------------|---------|---------------|
| CXIMETRO PULSO | Nº BRANULA | | | | |
| MONITOR P.A. | Nº SONDA GASTRICA | RECuento | INICIAL | TERMINO | |
| ELECTROBISTURI | LLAVE 3 | FOLEY | INSTRUMENTAL | | |
| VENOSA CENTRAL | NELLATON | C INSTRUMENTAL | Nº | | |



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3º

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

| RECUPERACION: | | HORA INGRESO | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------|---|--------------|-----|-----|-----|------|------|------|------|----|----|----|----|----|------------|
| HR INGRESO: | | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
| 43° | 280 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42° | 260 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41° | 240 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40° | 220 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39° | 200 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38° | 180 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37° | 160 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36° | 140 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35° | 120 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34° | 100 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33° | 80 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32° | 60 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31° | 40 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30° | 20 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SATURACION: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIURESIS: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EVALUACION POST-ANESTESICA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNCION CIRCULATORIA | 2 1 0 | P.A. SISTOLICA MAYOR 100 mm Hg P.A. SISTOLICA MAYOR 80 mm Hg. Y MENOR 100 mm P.A. SISTOLICA MENOR 60 mm Hg. | 0° | 30° | 60° | 90° | 120° | 160° | 180° | 210° | | | | | | |
| FUNCION RESPIRATORIA | 2 1 0 | AMPLIA, CAPAZ DE TOSER. LIMITADA, TOS DEBIL APNEA. | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD MOTORA | 2 1 0 | MOVILIZA SUS 4 EXTREMIDADES. MOVILIZA 2 EXTREMIDADES. NO MOVILIZA EXTREMIDADES. | | | | | | | | | | | | | | |
| GRADO DE CONCIENCIA | 2 1 0 | DICE SU NOMBRE Y UBICACION TIEMPO/ESPACIO. SOLO DICE SU NOMBRE. NO RESPONDE. | | | | | | | | | | | | | | |
| COLORACION DE LA PIEL | 2 1 0 | MUCOSAS ROSADAS. PALIDA CIANOSIS | | | | | | | | | | | | | | |
| SANGRAMIENTO: | | VOMITO: | SCORE TOTAL: | | | | | | | | | | | | | |
| AUXILIAR ANESTESIA: | | | | | | | | | | | | | | | | HORA ALTA: |
| MEDICO RESPONSABLE: | | | | | | | | | | | | | | | | DESTINO: |



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ANEXO N° 7
LISTA DE VERIFICACIÓN (CHECK LIST)



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL DE CONCEPCION

LISTA DE VERIFICACION
(CHECK LIST)

NOMBRE: _____ INTERVENCION: _____

N° FICHA: _____ SERVICIO: _____ FECHA: _____

| | |
|---|--|
| ENTRADA (ANTES DE LA INDUCCION DE LA ANESTESIA) | |
| EL PACIENTE HA CONFIRMADO | SI NO |
| - SU IDENTIDAD | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| - EL SITIO QUIRURGICO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| - EL PROCEDIMIENTO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| - SU CONSENTIMIENTO INFORMADO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA | |
| <input type="checkbox"/> MONITORES CONECTADOS, COLOCADOS Y EN FUNCIONAMIENTO | |
| TIENE EL PACIENTE | |
| 1. ALERGIAS CONOCIDAS | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. VIA AEREA DIFICIL / RIESGO DE ASPIRACION | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| NOTA: SI LA RESPUESTA ES SI: VERIFICAR EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS NECESARIOS | |
| 3. RIESGO DE HEMORRAGIA MAYOR 500ML | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| NOTA: SI LA RESPUESTA ES SI: CONFIRMAR LA VIA VENOSA EQUIPOS NECESARIOS | |
| 4. ¿ SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE ACUERDO A LA NORMA LOCAL? | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| PAUSA QUIRURGICA (ANTES DE LA INCISION CUTANEA) | |
| <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCION | |
| <input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE | |
| | - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE - EL SITIO QUIRURGICO Y LATERALIDAD - EL PROCEDIMIENTO |
| PREVISION DE EVENTOS CRITICOS | |
| <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REvisa: LOS PASOS CRITICOS O IMPREVISTOS, LA DURACION ESTIMADA DE LA OPERACION Y LA PERDIDA DE SANGRE PREVISTA | |
| <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA REvisa: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUN PROBLEMA ESPECIFICO | |
| <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERIA (ENFERMERA, ARSENALERA Y PABELLONERA) REvisa LOS INDICADORES DE ESTERILIDAD, PROBLEMAS CON EL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS E INFORMA | |
| ¿ PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMAGENES DIAGNOSTICADAS ESENCIALES EN EL QUIROFANO? | |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO PROCEDE |
| SALIDA (ANTES QUE EL PACIENTE SE RETIRE DEL QUIROFANO) | |
| <input type="checkbox"/> LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO PROCEDIMIENTO REALIZADO | |
| <input type="checkbox"/> QUE LOS RECuentOS DE INSTRUMENTOS, COMPRESAS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS O NO PROCEDEN | |
| <input type="checkbox"/> EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE SEGUN NORMA) | |
| <input type="checkbox"/> REvisa EN VOZ ALTA SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS | |
| <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACION Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE | |
| CIRUJANO: _____ | |
| ANESTESIOLOGO: _____ | |
| ASISTENTE QUE APLICA LISTA DE CHEQUEO _____ | |



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL SAN JOSE DE CORONEL

Pag N° _____

ANEXO N° 8
HISTORIA Y EVOLUCION CLINICA

Nombre: _____ Observación Clínica N° _____

| Servicio | Fecha | |
|----------|-------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME
Edición: 3º
Fecha Aplicación: 02/01/2017
Vigencia Máxima: 02/01/2022
Páginas: 36

ANEXO Nº 9
EPICRISIS

HISTORIA CLINICA Nº _____ R.U.T. _____
Nombre: _____ Edad: _____
Fecha ingreso: _____ Fecha egreso: _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO

DIAGNOSTICO DE EGRESO

- 1. _____
2. _____
3. _____

RESUMEN HOSPITALIZACIÓN, EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS:

Blank lines for hospitalization summary.

INDICACIONES

- 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Nombre y firma del Médico _____

IAAS: SI: [] NO: []
MEJORADO: []
NO MEJORADO:: []
FALLECIDO: []
(marcar con una X lo que corresponda)
CONTROL
1. HOSPITAL.....
2. CESFAM



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME
Edición: 3°
Fecha Aplicación: 02/01/2017
Vigencia Máxima: 02/01/2022
Páginas: 36

EPICRISIS ELECTRONICO

S.S.CONCEPCION
HOSPITAL CORONEL

EPICRISIS



| PACIENTE | HOSPITALIZACIÓN |
|----------|--------------------------|
| Nombre: | N° HISTORIA CLÍNICA: |
| R.U.N.: | Fecha y hora de ingreso: |
| Sexo: | Fecha y hora de egreso: |
| Edad: | |

DIAGNÓSTICO

EVOLUCIÓN

EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

COMPLICACIONES

INDICACIONES AL ALTA

| | | |
|------------------|----------------|---------------------|
| SIGNOS DE ALERTA | PRESCRIPCIONES | DIETA Y ACTIVIDADES |
|------------------|----------------|---------------------|

OTROS CUIDADOS

PRÓXIMO CONTROL

Fecha:

Lugar:

MÉDICO TRATANTE

Nombre:

Especialidad:

_____ Firma



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ANEXO N°10 INTERCONSULTA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACIÓN

GOBIERNO DEL CHILE
MINISTERIO DE SALUD

FECHA SOLICITUD: Día Mes Año

FDLIO N°

HORA:

Para ser llenado en Admisión

1. Servicio de Salud

2. Establecimiento

3. Especialidad

4. Unidad

5. Nombre

6. Historia Clínica

7. RUT. Apellido paterno Apellido materno Nombres

8. Si es recién nacido, RUT. de padre o madre beneficiario

9. Sexo (marcar con X) Masculino Femenino

10. Fecha de Nacimiento Día Mes Año Hora

11. Edad Años Meses Horas

12. Domicilio (calle, número, número inferior, bloque (block), villa, localidad)

13. Comuna de residencia

14. Teléfono 1

15. Teléfono 2

16. Correo Electrónico

Para ser llenado por el (a) profesional que solicita la interconsulta o derivación

17. Se deriva para atención en: Establecimiento

18. Especialidad

19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica Seguimiento Realizar Tratamiento Otro Especificar

20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)

21. ¿Sospecha problema de salud AUGE? Especificar Problema

22. Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde)

23. Fundamentos del diagnóstico:

24. Exámenes realizados:

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

25. Nombre

26. RUT. Apellido paterno Apellido materno Nombres

Firma profesional

Original: Establecimiento que recibe la referencia



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME
 Edición: 3º
 Fecha Aplicación: 02/01/2017
 Vigencia Máxima: 02/01/2022
 Páginas: 36

ANEXO Nº 11
 ATENCION DE URGENCIA (HOJA DAU)

| ADMISION UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITAL DE CORONEL | | | | TIPO ATENCION | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|------|-----|---|-------------|------|-----|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| <table border="1"> <tr> <td>HORA</td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table> | | | | HORA | DIA | MES | AÑO | FOLIO N°: ADMISOR: | | | | MEDICINA <input type="checkbox"/> CIRUGIA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> OBSTETRICIA <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> | | | | |
| HORA | DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> RUT _____ PREVISION _____ ISAPRE FONASA A B C D PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DOMICILIO _____ FONDO: _____ DERIVADO POR: _____ LLEGO EN: _____ ESTABLECIMIENTO ORIGEN: _____ MOTIVO DE CONSULTA: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DE ADMISION | | | | SIGNOS VITALES | | | | SELECTOR DE DEMANDA C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> ALERGIAS A FARMACOS: ALCOHOLEMIA 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ACCIDENTE: TRANSITO <input type="checkbox"/> ESCOLAR <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| DATOS GES PATOLOGIA GES SI NO DIAGNOSTICO: _____ HORA SOSPECHA: _____ PROFESIONAL QUE SOSPECHA: _____ | | | | ATENCION OBSTETRICA PESO _____ TALLA _____ ALT. UT _____ PARA _____ PRES _____ | | | | GESTA DILAT _____ LCR _____ MEMB _____ | | | | | | | | |
| EXAMEN FISICO EXAMENES: RADIOGRAFIA: ECG: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATENCION MEDICA HIPOTESIS DIAGNOSTICA _____ TRATAMIENTO Y/O INDICACIONES: _____ | | | | INDICACIONES RECETA URGENCIA RP: _____ UNID _____ TR. _____ FF _____ DIAS _____ RP: _____ UNID _____ TR. _____ FF _____ DIAS _____ RP: _____ UNID _____ TR. _____ FF _____ DIAS _____ RP: _____ UNID _____ TR. _____ FF _____ DIAS _____ RP: _____ UNID _____ TR. _____ FF _____ DIAS _____ | | | | | | | | | | | | |
| PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA <table border="1"> <tr> <th>PROCEDIMIENTO</th> <th>RESPONSABLE</th> <th>HORA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | | | PROCEDIMIENTO | RESPONSABLE | HORA | | | | | | | DATOS DE EGRESO CARÁCTER LESIONES LEVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MED GRAV <input type="checkbox"/> FALLECIDO <input type="checkbox"/> DESTINO DOMICILIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> TRASLAD <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> SE ENTREGA INFORMACION: A FAMILIARES <input type="checkbox"/> A TUTORES <input type="checkbox"/> A PACIENTE <input type="checkbox"/> PERTINENCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES: _____ | | | |
| PROCEDIMIENTO | RESPONSABLE | HORA | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA ATENCION MEDICA _____ FIRMA Y TIMBRE MEDICO DE TURNO _____ | | | | OBSERVACIONES: _____ | | | | | | | | | | | | |



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

| |
|------------------------------|
| Realizado: SOME |
| Edición: 3º |
| Fecha Aplicación: 02/01/2017 |
| Vigencia Máxima: 02/01/2022 |
| Páginas: 36 |

**MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL SAN JOSE DE CORONEL**

Historia clínica Nº _____

CONTROL DE INDICACIONES Y TRATAMIENTO DE ENFERMERIA

Nombre: _____ Observación Clínica Nº _____

| Fecha | Tratamiento y cuidados de enfermería | | | | Observaciones |
|-------|--------------------------------------|--|--|--|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO
DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

ANEXO N° 12

REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA/MATRONERÍA

N° Ficha: _____

Fecha: _____ N° Dia Hosp: _____ N° Dia Post Op: _____ Previsión: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Rut: _____ F. Nacimiento: _____

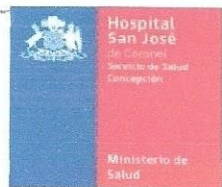
Alergia: no sí : _____ Peso : _____ Talla: _____ Sala: _____ Cama: _____

Aislamiento : si no Tipo : c a g Patógeno: _____

Diagnóstico: _____

Intervención Quirúrgica: _____

| Horario | | | | | | | Valoración |
|----------------------|---------------|---------------------|-----------------|------------|--|--|------------|
| | | | | | | | |
| Presion Sistólica | | | | | | | |
| Presion Diastólica | | | | | | | |
| Temp. Axilar | | | | | | | |
| Temp. Rectal | | | | | | | |
| Fr. Cardíaca | | | | | | | |
| Fr. Respiratoria | | | | | | | |
| Saturación | | | | | | | |
| Oxig / FiO2 | | | | | | | |
| EVA - ENA - FLACC | | | | | | | |
| Diuresis | | | | | | | |
| Deposiciones | | | | | | | |
| Vómitos | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| HGT | Hora | | | | | | |
| | mg/dl | | | | | | |
| Balance Hídrico | SI NO | CUP : SI NO | N° Días : _____ | N° : _____ | | | |
| VVP N° _____ | 0 1 2 3 4 5 6 | Localización: _____ | | | | | |
| VVP N° _____ | 0 1 2 3 4 5 6 | Localización: _____ | | | | | |
| Régimen: | | | | | | | |
| Vía Alimentación: | Oral | Enteral | Parenteral | | | | |
| Indicaciones Médicas | Horario | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |



OFICINA DE CALIDAD

NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

| CUIDADOS UNIVERSALES | | HORARIO | | VALORACION |
|----------------------------------|---|--------------|--------------|------------|
| | | 8:00 a 20:00 | 20:00 a 8:00 | |
| Aseo y Confort | Autocuidado | | | |
| | Con ayuda o supervisión | | | |
| | Receptor de cuidados | | | |
| Deambulación | Autovalente | | | |
| | Con ayuda o supervisión | | | |
| | Receptor de cuidados | | | |
| Alimentación | Autovalente | | | |
| | Con ayuda o supervisión | | | |
| | Asistida | | | |
| Eliminación | Autovalente | | | |
| | Pañal c/4 hrs. | | | |
| | Con ayuda o supervisión | | | |
| Apoyo Emocional | Asistida | | | |
| | Mayor- 30 Min. | | | |
| | 15 - 30 Min. | | | |
| | 5 - 14 Min. | | | |
| Vigilancia | Menor de 5 min. | | | |
| | Orientado, autónomo y conciente | | | |
| | Inestabilidad de la marcha o en reposo | | | |
| | Riesgo de caídas por fármaco y elementos | | | |
| | Riesgo de caída por limitación física, cognitiva o Alt. de conciencia o conducta insegura | | | |
| Planificación del cuidado | | 8:00 a 20:00 | 20:00 a 8:00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CUDYR : RIESGO () DEPENDENCIA () CATEGORIA: _____ HORA: _____
Riesgo UPP : () S/R B M A Riesgo Caída () B M A
Riesgo ETE : () B M A N/A Identificación: SI NO
Acompañamiento : NO - DIURNO -NOCTURNO

| | 08:00 a 20:00 | 20:00 a 08:00 |
|-----------------------|---------------|---------------|
| Responsable de Turno: | | |
| Personal del turno: | | |
| | | |



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

EVALUACIÓN

INDICADOR DE EPICRISIS

Trimestralmente la Enfermera y/o Matrona de los Servicios Clínicos evalúa el cumplimiento de las condiciones de legibilidad y contenidos mínimos de la epicrisis a través de una muestra significativa y aleatoria

$$\frac{\text{Número de pacientes con epicrisis con contenidos mínimos presentes al Egreso}}{\text{Número total de pacientes evaluados con epicrisis}} \times 100$$

Umbral de cumplimiento 80 %

INDICADOR DE PROTOCOLO ANESTESICO

Trimestralmente la Enfermera de pabellón evalúa el cumplimiento del registro de Protocolo Anestésico.

$$\frac{\text{Número de pacientes que cuentan con protocolo anestésico con sus contenidos mínimos de acuerdo a Norma}}{\text{Número total de pacientes evaluados con protocolo anestésico}} \times 100$$

Umbral de cumplimiento 80 %

INDICADOR DEL FORMULARIO DE ADMISION DUA

Trimestralmente la Enfermera encargada evalúa el cumplimiento de los contenidos mínimos de los registros de atenciones de la unidad de urgencia.

$$\frac{\text{Número de DUA con contenidos mínimos de acuerdo a la norma}}{\text{Número total de DUA evaluados}} \times 100$$

Umbral de cumplimiento 80 %



**NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO
DE REGISTRO CLINICO**

| |
|-------------------------------------|
| Realizado: SOME |
| Edición: 3° |
| Fecha Aplicación: 02/01/2017 |
| Vigencia Máxima: 02/01/2022 |
| Páginas: 36 |

PAUTA DE EVALUACIÓN PROTOCOLO ANESTESICO

NOMBRE DE SUPERVISOR: _____

FECHA: _____

| Descripción | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| • Datos de identificación del paciente (Nombre, Rut, N° de Ficha) | | |
| • Grafica de signos vitales | | |
| • Tipo de anestesia | | |
| • Identificación del equipo quirúrgico | | |
| • Indicaciones | | |
| • Evolución post anestésico | | |
| • Medico Responsable | | |

NUMERO DE PUNTOS OBSERVADOS.....

NUMERO DE PUNTOS CUMPLIDOS.....

FIRMA DEL SUPERVISOR



**NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO
DE REGISTRO CLINICO**

Realizado: SOME

Edición: 3°

Fecha Aplicación: 02/01/2017

Vigencia Máxima: 02/01/2022

Páginas: 36

PAUTA DE EVALUACIÓN HISTORIA CLINICA DE EPICRISIS

NOMBRE DE SUPERVISOR: _____

FECHA: _____

| Descripción | Si | No |
|--|----|----|
| • Diagnóstico de Ingreso, egreso. | | |
| • Resumen de condición de ingreso y evolución actual | | |
| • Fecha de ingreso y egreso | | |
| • Exámenes y tratamiento realizado | | |
| • Indicaciones | | |
| • Nombre y firma médico tratante | | |

NUMERO DE PUNTOS OBSERVADOS.....

NUMERO DE PUNTOS CUMPLIDOS.....

FIRMA DEL SUPERVISOR



NORMA SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTRO CLINICO

Realizado: SOME
 Edición: 3°
 Fecha Aplicación: 02/01/2017
 Vigencia Máxima: 02/01/2022
 Páginas: 36

PAUTA DE EVALUACIÓN
 HISTORIA CLINICA FOLIO DAU

NOMBRE DE SUPERVISOR: _____
 FECHA: _____

| Descripción | Si | No | N/A |
|---|----|----|-----|
| • Datos de identificación del paciente | | | |
| • Datos de atención (consulta por) | | | |
| • Hora de ingreso | | | |
| • Signos vitales | | | |
| • Hipótesis diagnóstica | | | |
| • Tratamiento e indicaciones | | | |
| • Procedimientos especiales | | | |
| USO EXCLUSIVO DE OBSTETRICIA | | | |
| • Peso de la paciente | | | |
| • N° de embarazos | | | |
| • N° de partos | | | |
| • Presión arterial | | | |
| • Altura uterina | | | |

NUMERO DE PUNTOS OBSERVADOS.....

NUMERO DE PUNTOS CUMPLIDOS.....

 FIRMA DEL SUPERVISOR

