



República del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

Consejo Nacional de Salud
Comisión de Reforma de la Historia Clínica



Expediente único para la
Historia Clínica

Consejo Nacional de Salud
Comisión de Reforma de la Historia Clínica

Expediente Único para la
Historia Clínica

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas
Guía para el análisis
Rediseño de los formularios básicos

Aprobado mediante
Resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud del 25 de octubre del 2006
Acuerdo Ministerial N° 0000620 del 12 de enero de 2007
Acuerdo Ministerial N° 0000116 del 16 de marzo de 2007

4ª Edición
Agosto 2007

Directorio del Consejo Nacional de Salud

Agosto 2007

Dra. Caroline Chang Campos
Ministra de Salud Pública - Presidenta del Directorio

Ec. Jeaneth Sánchez
Ministra de Bienestar Social

Dra. Nancy Vásconez
Directora General de Salud

Dr. Wellington Sandoval Córdova
Presidente del Consejo Directivo del IESS

Lic. Elena Valdivieso
Presidenta de AFEME

Dr. Iván Tinillo
Representante de los Gremios Profesionales

Dr. Paolo Marangoni
Representante de la Honorable Junta
de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Santiago Contreras
Representante de SOLCA

CPNV CSM Dr. José Estévez Pérez
Representante de la Fuerza Pública

Ing. Jorge Marún
Presidente del CONCOPE

Ing. Jhonny Terán
Presidente de la AME

Dr. Leonardo Pazmiño
Representante de las Entidades de
Salud Privadas con fines de lucro

Dr. Nelson Oviedo
Representante de las Entidades de
Salud Privadas sin fines de lucro

Ab. Marianela Rodríguez
Representante de los Gremios de Trabajadores

Dr. Jorge Albán Villacís
Director Ejecutivo del CONASA

Consejo Nacional de Salud

Comisión de Reforma de la Historia Clínica 2004-2005

Consejo Nacional de Salud

Dr. Jorge Albán Villacís	Coordinador General de las Comisiones Técnicas
Dra. Irina Almeida Mariño	Coordinadora Técnica

Ministerio de Salud Pública

Dr. José Villacís Verdesoto	Director General de Salud
-----------------------------	---------------------------

Comisión permanente ad-honorem

Dra. Diana Andrade Yépez	Delegada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Presidenta de la Comisión Científica de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna
Dr. Carlos Guarderas Recalde	Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez
Dr. Juan José Suárez Martínez	Subdecano, Profesor y Delegado de la Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo. Universidad Tecnológica Equinoccial

Colaboradores ocasionales ad-honorem

Dr. Harold Aguirre Herrera	Presidente de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central
Lcda. Nancy Burbano de Brady	Delegada de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética
Dr. Carlos Castillo Flamaín	Delegado de la Federación Médica Ecuatoriana Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Francisco de Quito
Dr. Oswaldo Chaves Cevallos	Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética. Coordinador Académico de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Bioética
Dr. Telmo Fernández Ronquillo	Coordinador del Foro Nacional de Investigadores en Salud. Director del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Guayaquil

Ministerio de Salud Pública

Comisión de Reforma de la Historia Clínica Única 2006

Dr. José Avilés	Director General de Salud
Dr. Agustín Cevallos	Dirección General de Salud
Dr. Fernando Astudillo	Proceso de Normatización
Dr. Mario Paredes	Proceso de Ciencia y Tecnología
Dr. José Castro	Proceso de Normatización
Dr. Washington Estrella	Proceso de Normatización
Lcdo. Segundo Silva	Proceso de Servicios de Salud
Dr. Xavier Toledo	Proceso de Oferta-Demanda
Dem. Renata Jara	Proceso de Aseguramiento de la Calidad

No. 0000620

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- QUE; de conformidad con lo previsto en los artículos 176 y 179; Capítulo 3, Título VII de la Constitución Política de la República, los Ministros de Estado, representarán al Presidente de la República, en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con lo dispuesto en el último inciso del Art. 17 del Decreto Ejecutivo No. 2428 publicado en el Registro Oficial No. 536 de 28 de marzo de 2002, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva;
- QUE; el Artículo 42 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”;
- QUE; el Artículo 45 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”;
- QUE; el Artículo 11, y sus literales a) a la i) de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud dispone que “la provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras”; y,
- QUE; el Artículo 17 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, inciso segundo, determina que las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, serán de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Sistema.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA:

ACUERDA:

- Art.1.- Aprobar y publicar los productos consensuados y conocidos por el Directorio del Consejo Nacional de Salud, que a continuación se detallan:
- a. Política Nacional de Medicamentos, aprobada en reunión de Directorio del 19 de julio de 2006.
 - b. Reforma del Marco Conceptual y de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.
 - c. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.

d. Política y Plan de Promoción del Sistema Nacional de Salud, aprobados en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

e. VI Revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, aprobada en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

Art.2.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense la Dirección General de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a, 12/01/07



DR. GUILLERMO WAGNER CEVALLOS

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

PRESIDENTE DEL DIRECTORIO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

No. 0000116

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- QUE; de conformidad con lo previsto en los artículos 176 y 179; Capítulo 3, Título VII de la Constitución Política de la República, los Ministros de Estado, representarán al Presidente de la República, en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con lo dispuesto en el último inciso del Art. 17 del Decreto Ejecutivo No. 2428 publicado en el Registro Oficial No. 536 de 28 de marzo de 2002, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva;
- QUE; el Artículo 42 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”;
- QUE; el Artículo 45 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”;
- QUE; el Artículo 11, y sus literales a) a la i) de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud dispone que “la provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras”; y,
- QUE; el Artículo 17 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, inciso segundo, determina que las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, serán de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Sistema.
- QUE; mediante Acuerdo No. 000620 de 12 de enero del 2007, se aprueba y publica el listado de productos consensuados por el Directorio del Consejo Nacional de Salud

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA:

ACUERDA:

- Art.1.- Publicar en detalle los productos enunciados en el Acuerdo Ministerial No. 000620 de 12 de enero del 2007:
- a. Política Nacional de Medicamentos, aprobada en reunión de Directorio del 19 de julio de 2006.
 - b. Reforma del Marco Conceptual y de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.

- c. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.
- d. Política y Plan de Promoción del Sistema Nacional de Salud, aprobados en Directorio del 21 de diciembre del 2006.
- e. VI Revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, aprobada en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

Art.2.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense la Dirección General de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a, 06/03/07



DRA. CAROLINE CHANG CAMPOS
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

PRESIDENTA DEL DIRECTORIO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Índice

Resumen ejecutivo	15
Expediente único para la Historia Clínica	17
Marco legal	17
Justificación	17
Situación propuesta	18
Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas	18
Guía para el análisis y discusión de un caso clínico	19
Fase I	21
Recolección de la información	
Fase II	21
Análisis	
Lista de Problemas	
Hipótesis	
Planes: diagnósticos, terapéuticos y educativos	
Notas de evolución	
Fase III	25
Síntesis	
Lista condensada de diagnósticos y manejo	
Epicrisis, referencia y contrarreferencia	
Bibliografía	27
Formularios	29
Lista y Formularios Básicos rediseñados de la Historia Clínica	31
Lista y Formularios del Registro Médico Orientado por Problemas	65

Resumen Ejecutivo

Desde febrero a septiembre del 2003, la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento del Ministerio de Salud Pública, elabora la propuesta de rediseño de los formularios básicos de la Historia Clínica.

Entre octubre y noviembre del 2003, la Dirección Nacional de Planificación del MSP integra la Comisión Nacional de la Historia Clínica, con delegados de la Dirección Nacional de Áreas de Salud, Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, División de Estadística y de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud Pública, encargada del Sistema Común de Información, para discutir la propuesta.

En enero del 2004, el Ministerio de Salud Pública entrega de manera formal la propuesta de modificación ante el Directorio del Consejo Nacional de Salud. En febrero del 2004, se realiza la primera socialización la propuesta a través de un taller nacional convocado por el CONASA.

En junio del 2004, se realiza el taller nacional de seguimiento y recopilación de observaciones, comentarios y aportes a la propuesta; y, se inicia el estudio de la propuesta del Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas con los aportes de 17 instituciones del Sistema Nacional de Salud. En noviembre de 2004, se realiza el taller de análisis y validación del primer pilotaje y se elabora el primer borrador, que es entregado al Directorio del Consejo Nacional de Salud.

En enero del 2005, con anuencia del Directorio del CONASA, se conforma la Comisión Ad hoc de la Historia Clínica con delegados del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del Hospital Pablo Arturo Suárez, de la Federación Médica Ecuatoriana, de la Universidad Tecnológica Equinoccial, de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna, de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética, del CONASA y de la OPS/OMS.

Entre abril y mayo del 2005, se realiza el segundo pilotaje y validación de la propuesta en las unidades operativas públicas y privadas, sistematizándose la propuesta con cooperación de OPS/OMS y se elabora el segundo borrador. A partir de julio del 2005, se realizan reuniones semanales de la Comisión Ad-hoc para el análisis del segundo borrador y elaboración de la propuesta definitiva, la misma que es presentada a las autoridades del CONASA y enviada a las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

En diciembre de 2005, se revisa y analiza el documento en el Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud y se propone realizar un tercer pilotaje para validar la propuesta en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.

En febrero de 2006, se integra la Comisión de la Historia Clínica del Ministerio de Salud Pública, conformada por la Dirección General de Salud, la Dirección de Aseguramiento de la Calidad, la Dirección de Normatización, la Dirección de Servicios de Salud, la Dirección de Demanda y Oferta, la Dirección de Salud Pública; y, la Dirección de Ciencia y Tecnología que revisa la documentación y entrega su informe final en septiembre de 2006; luego de que el Directorio del 19 de julio aprueba la solicitud de la Directora General de Salud de ese entonces, para ampliar el plazo en dos meses para que el Ministerio de Salud Pública presente sus comentarios y aportes técnicos al instrumento Historia Clínica Única.

Sobre la base del informe final enviado por el Ministerio de Salud, se mantiene una reunión de trabajo en octubre del 2006, entre los delegados de la Comisión de la Historia Clínica del Ministerio de Salud y de la Comisión de Reforma de la Historia Clínica del Consejo Nacional de Salud, en la que se llega a los siguientes acuerdos:

1. Elevar para la aprobación del Directorio del Consejo Nacional de Salud los formularios que han sido revisados durante el proceso de reforma de la Historia Clínica iniciado en enero del 2004 y validados por la Comisión de Historia Clínica Única del Ministerio de Salud, es decir, los siguientes 14 formularios básicos: consulta externa, anamnesis y examen físico, signos vitales, evolución y prescripciones, epicrisis, interconsulta, emergencia, laboratorio clínico, referencia, imagenología, histopatología, odontología, administración de medicamentos; y, trabajo social.
2. Los formularios de admisión y alta, atención prehospitalaria y la ficha familiar, propuestos por el Ministerio de Salud, luego de ser consensuados al interior de la Comisión de Reforma de la Historia Clínica del Consejo Nacional de Salud, se elevarán para conocimiento y aprobación del Directorio en su última reunión del presente año.
3. Los formularios del Registro Médico Orientado por Problemas, lista de problemas, notas de evolución SOAP, prescripciones médicas SOAP, lista de diagnósticos, concentrado de laboratorio; y, concentrado de exámenes especiales; deberán ser utilizados en forma inicial por los profesionales formados en el manejo del Registro Médico Orientado por Problemas; para posteriormente de manera progresiva difundir su utilización por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El documento final, puesto a consideración del Directorio del CONASA, fue aprobado mediante Resolución del 25 de octubre de 2006 y Acuerdos Ministeriales N° 0000620 y N° 0000116 del 12 de enero y 16 de marzo de 2007 respectivamente.

Expediente único para la Historia Clínica

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas

Guía para el análisis

Rediseño de los Formularios Básicos

Marco legal

El actual proceso de revisión conceptual y de los formularios de la Historia Clínica Única, se fundamenta en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, artículo 11, literal d; y, artículo 27, publicada en el Registro Oficial No. 670 del 25 de Septiembre del 2002; y, en los artículos 77, 78 y 79, y en la disposición transitoria cuarta del Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicado en el Registro Oficial No. 9 del 28 de enero del 2003.

Justificación

La Historia Clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.

La progresiva complejidad en la gestión de servicios de salud y los avances en la informática exigen que la implantación de los nuevos modelos de atención y gestión se apoyen en sistemas documentales de información y registros que permitan un monitoreo y evaluación dinámicos de las actividades de salud utilizando los datos obtenidos de la práctica clínica, para bajo los conceptos actuales de bioética asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbimortalidad, evitar el subregistro de enfermedades, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención.

La evaluación integral de la calidad científica del trabajo profesional requiere de manera urgente una redefinición conceptual e instrumental de la Historia Clínica Única hacia el **Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas (MRMOP) cuyos pilares fundamentales son:**

1. Base de datos
2. Lista de problemas
3. Hipótesis
4. Planes
5. Notas de evolución

Los resultados esperados dependerán de su aplicación a nivel nacional, de la capacitación, difusión y retroalimentación del proceso y sobre todo del compromiso institucional de las organizaciones miembros del Sistema Nacional de Salud.

Situación propuesta

El cambio en el modelo, incorporando el Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas (MRMOP), surge como una necesidad que implica el rediseño e introducción de nuevos formularios para la recopilación de la información y un cambio en la conducta científica y en la atención de salud en nuestro país. En realidad constituye un nuevo paradigma asistencial, docente, investigativo y de evaluación en la prestación de salud que siempre deben estar interrelacionados.

El nuevo modelo exige una actitud de cambio, un proceso continuo de capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación; todo en función del trabajo en equipo multidisciplinario. Su implementación fortalecerá la investigación epidemiológica retrospectiva y prospectiva, con bases de datos de calidad.

El beneficiario intermedio de esta implementación será el Sistema Nacional de Salud pues permitirá el ahorro de recursos y la optimización de procesos. El beneficiario final será el ciudadano, sano o enfermo, que recibirá una atención de salud que privilegia la calidad, con respeto a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, pluralidad, eficiencia, ética e integridad.

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas

El expediente único para la historia clínica es el documento en el que se registra la historia de salud de una persona y los conocimientos científicos y la experiencia del equipo de salud. Representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro de la salud. Los formularios del expediente varían según el servicio donde se lo aplique (emergencias, consulta externa u hospitalización) o del nivel de atención (medicina general o de especialidad).

La Historia Clínica Orientada por Problemas propuesta por Lawrence Weed, en 1964, también conocida como "Método de Weed", es una metodología innovadora, sistemática y ordenada de la información, que rebasa el ámbito de la historia clínica tradicional.

En definitiva es el resultado de un registro de información compilado para un análisis posterior, que ha sido probado por universidades y centros asistenciales de todo el mundo.

Nosotros ampliamos el concepto cuando hablamos del Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas, introduciendo la Guía de Análisis.

Guía para el análisis y discusión de un caso médico

1. Historia Clínica: Recolección de los datos

- 1.1 Comentarios a la anamnesis
- 1.2 Comentarios al examen físico

————— Aplicación de la Semioteconia general y especial —————

2. Análisis de los síntomas:

- 2.1 Elaboración de una lista de las probables estructuras o estadios de la función en la que se origina cada síntoma
- 2.2 Análisis para seleccionar la estructura o el estadio de la función en la que se origina cada síntoma
- 2.3 Análisis para establecer las razones por las cuales se presente este síntoma

NOTA: Los numerales 2.2 y 2.3, pueden tratarse simultáneamente

3. Análisis de los signos

Síganse las mismas pautas y el mismo orden que para el análisis de los síntomas

4. Formación de los síndromes (Primer nivel de hipótesis diagnóstica)

5. Elaboración de una lista de los exámenes complementarios necesarios para confirmar los síndromes, y análisis de dichos exámenes

————— Aplicación de la Anatomía Patológica, Fisiopatología y Semiología —————

————— (Se necesita como prerrequisito, de todas las Ciencias Básicas) —————

6. Diagnóstico diferencial por exclusión:

- 6.1 Formulación de una lista de probables entidades nosológicas a las cuales pudieran pertenecer los síndromes
- 6.2 Análisis de cada una de las entidades nosológicas propuestas
- 6.3 Toma de decisión sobre la entidad nosológica más probable (Segundo nivel de hipótesis diagnóstica)
- 6.4 Formulación de una lista de exámenes complementarios específicos para el caso, y análisis de los mismos
- 6.5 Toma de decisión sobre el diagnóstico nosológico definitivo

————— Aplicación de la Semiología y la Nosología —————

7. Formulación de un esquema terapéutico:

- 7.1 Elaboración de una lista de medidas generales y análisis del por qué de las mismas
- 7.2 Elaboración de una lista de medicamentos a usarse y análisis del por qué de la misma.

————— Aplicación de las Buenas Prácticas de Prescripción —————

8. Criterios para el establecimiento del pronóstico y evolución

9. Elaboración de una lista de criterios educativos, profilácticos y de otros órdenes, debidamente justificados por el análisis

————— Aplicación de conceptos nutricionales, higiénicos, éticos y otros —————

10. Bibliografía

NOTA: A lo largo de todo el proceso debe aplicarse las conductas recomendadas por la Medicina Basada en Evidencias

Otro fundamento del MRMOP es un enfoque sistematizado cuyos principales elementos de acuerdo a la descripción original de Weed y añadidos a la misma son:

Tabla I**Fases del Manejo del RMOP
(Modificado de Weed)**

Fase I

1. Recolección y registro de la información:
 - 1.1. Base de datos
 - 1.2. Lista inicial de problemas
-

Fase II

2. Análisis
 - 2.1. Lista complementaria de problemas
 - 2.2. Hipótesis
 - 2.3. Planes
 - 2.4. Notas de evolución
-

Fase III

3. Síntesis
 - 3.1. Lista condensada de diagnósticos y manejo
 - 3.2. Informe médico final (Epicrisis)
-

Fase I

1. Recolección de la información para formar la base de datos

Weed, creó el concepto de *base de datos* en respuesta al siguiente cuestionamiento: ¿Qué información exacta puede descubrirse en forma más productiva para beneficio del paciente que recibe atención médica? La información exacta significa una anamnesis y un examen físico completo y debidamente registrado, lo que se favorece con los formularios que se proponen. Por ejemplo:

Tabla II

Base de Datos del RMOP

-
1. Datos de filiación

 2. Motivo de consulta o ingreso

 3. Perfil del paciente (hábitos, factores epidemiológicos de riesgo, personalidad, situación sociofamiliar, etc.)

 4. Antecedentes familiares y personales relevantes

 5. Historia del problema actual

 6. Anamnesis por aparatos o sistemas

 7. Exploración física

 8. Datos complementarios disponibles

Fase II

2. Análisis

2.1. Lista de problemas

Consiste en la elaboración correcta de un listado de los problemas extraídos de la Base de Datos (Formulario 001-A), que van a ser los que requieran la atención continua del médico o de otros miembros del equipo sanitario. Deberá consignar los problemas de cualquier tipo: psicológicos, sociales, factores de riesgo, síntomas, signos, hallazgos de pruebas complementarias de laboratorio o imagen o situaciones potencialmente peligrosas (tratamientos, alergias, etc.), todos ellos, partiendo del nivel más elemental (como síntomas o signos) y/o expresados en un mayor nivel de comprensión, es decir, agrupados como síndromes, si fuera posible, o sustituidos por un diagnóstico etiológico cuando éste haya sido confirmado. En ningún caso, sin embargo, debe considerarse como una lista de diagnóstico diferencial o de posibilidades que expliquen el cuadro clínico del paciente.

Su correcta elaboración exige ciertos requisitos:

1. Debería contener siempre la edad y el sexo del paciente en mención, siempre como un parámetro de referencia y análisis. Los mismos se deberán registrar en el apartado y columna respectivos creados para el efecto.
2. El listado de problemas deberá ser completo y extraído imprescindiblemente de una adecuada base de datos.
3. Cada problema deberá ser consignado con su respectivo número, que permita su identificación a través del RMOP en su análisis inicial y en las notas de evolución.
4. Cada problema tendrá su fecha de aparición o detección, lo más precisa posible.
5. Los problemas deberán ser ordenados, de manera secuencial por cronología (antecedentes, hábitos, factores de riesgo, síntomas, signos y exámenes complementarios, en ese orden).
6. Cada problema deberá registrarse en forma concreta y resumida (no se trata de trasladar la enfermedad actual a la lista de problemas).
7. Se acepta asociar problemas cuya causalidad y explicación fisiopatológica sea la misma, ejemplo: náusea-vómito o escalofrío-fiebre, etc.
8. Cada problema deberá consignarse en la lista usando terminología semiológica y médica, ejemplo: cefalea y no dolor de cabeza.
9. Cada problema deberá constar en la forma más definida posible, ejemplo: será mejor epigastralgia, que dolor abdominal y mejor aún ardor epigástrico, pues se está delimitando en dos palabras el lugar y el tipo de dolor abdominal.
10. Se deberán diferenciar los problemas activos de los problemas pasivos, lo cual permitirá priorizar aquellos problemas que requieren atención y análisis inmediatos, ejemplo: una apendicectomía pasada debe consignarse como problema pasivo en el contexto de una cefalea. Sin embargo, cabe mencionar que la designación no es rígida y puede cambiar, ejemplo: la misma apendicectomía en el contexto de un dolor abdominal relacionado a un abdomen agudo obstructivo, debería consignarse como un problema activo en relación probable con adherencias. La catalogación en activos o pasivos se la hace con las letras A y P respectivamente en la columna creada para el efecto. Se excluyen los antecedentes familiares.

La *lista de problemas* es por esencia misma, dinámica. Puede estar sujeta a corrección, cuando no se confirman los problemas o están mal consignados. La aparición o detección de nuevos síntomas o signos, de resultados anormales de laboratorio o imagen y la conclusión de diagnósticos, obtenidos con su fecha correspondiente, se constituyen sucesivamente en nuevos problemas, que se registrarán secuencialmente en la misma (*complementación de la lista de problemas*).

De esta forma, la *lista de problemas* deberá ser completada continuamente en la medida que evolucione la enfermedad del paciente, o que se disponga de datos adicionales o aparezcan nuevas situaciones. La Lista de Problemas deberá ser, finalmente, cerrada o *resuelta* una vez que todos los problemas hayan sido explicados a través de uno o varios diagnósticos, que pasarían ese momento a constituirse en los problemas finales y a futuro en antecedentes. Esto, facilitará su seguimiento posterior en consulta ambulatoria o en una nueva internación hospitalaria.

Su correcta implementación exige una permanente actitud crítica ante su elaboración y una estrecha supervisión por un sistema asistencial y docente piramidal.

La *lista de problemas* debe estar situada al principio de la historia y sirve como un resumen valioso y actualizado, como un índice de estudio y lista de cotejo de justificación o exclusión de posibles diagnósticos, que permite al médico responsable y al estudiante un enfoque completo del paciente o del caso problema y a otros profesionales (médicos consultores, residentes de guardia, enfermeras, entre otros) el acceso rápido y sin prejuicios a la información.

2.2. Hipótesis

En el planteamiento original de Weed este paso está implícito, pero debe estar francamente explicitado y consignado en las hojas de evolución y prescripciones médicas (Formulario 005). De manera concreta se propone la aplicación de la Guía para el Análisis.

Con fines académicos, la síntesis y la integración de los problemas permiten mediante análisis probabilístico la formulación de una o, mejor aún, varias hipótesis. Este paso también exige el cumplimiento de ciertos requisitos:

1. Deberían ser lo más amplias posibles (la hipótesis única no es aconsejable).
2. En lo posible, se debería partir de una hipótesis general “marco” seguidas de las más específicas, ejemplo: Sangrado Digestivo Alto - Síndrome de Mallory-Weiss.
3. Se debe procurar que las hipótesis guarden una lógica correlación y concatenación causa-efecto, ejemplo: Disentería por *Entamoeba histolytica*, proceso primario a secundario, ejemplo: Doble lesión mitral secundaria a Fiebre reumática, y enfermedad-complicación, ejemplo: Neumonía complicada con Empiema.
4. Toda hipótesis debe estar justificada sobre la base de un análisis lógico, sustentado en el estudio y conocimiento, utilizando la base de datos disponible del caso, cotejado con la lista de problemas. Este razonamiento debe quedar registrado en forma escrita y concreta. Con la realización de este ejercicio es posible apreciar la influencia que un problema puede tener sobre otro y, a veces, de inicio llegar a una clara comprensión de la enfermedad del paciente. Ejemplo: ante un caso de fiebre y soplo cardíaco, quien no siga este proceso es posible que en principio, no piense en una Endocarditis Bacteriana subaguda; sin embargo, la experiencia adquirida con el uso de la lista de problemas y el planteamiento de hipótesis le exigirá recordar que cualquier ítem no resuelto debe obligarlo a *detenerse y pensar* para preguntarse si los problemas tienen o no relación entre sí.

La lista de problemas, necesariamente obliga al médico, estudiante y al equipo de salud a percibir al paciente como un todo y a construir la hipótesis basada en la totalidad de los problemas.

2.3. Planes: diagnósticos, terapéuticos y educativos

Otro elemento esencial del MRMOP es la descripción de los planes que el médico establece para la confirmación-exclusión de las respectivas hipótesis. Los mismos deberán ser consignados en forma separada para cada una de las hipótesis. Dichos planes pueden incluir: procedimientos diagnósticos, medidas terapéuticas y educativas.

En cuanto a los **planes diagnósticos**, si el problema está aclarado es muy poco lo que se debe hacer para llegar al diagnóstico. De hecho, existen entidades nosológicas cuyo diagnóstico es puramente clínico, ejemplo: Síndrome gripal. Al contrario, si él o las hipótesis no están confirmadas es conveniente hacer una lista de estudios consignando y priorizando la investigación que se va a efectuar para cada posibilidad.

Este ejercicio obliga el empleo razonado de las técnicas o pruebas diagnósticas evitando su realización indiscriminada o en serie. Una práctica inteligente con una buena relación riesgo-coste-eficacia, consiste en seleccionar las pruebas diagnósticas más apropiadas para cada paciente en particular tomando en cuenta además la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de cada prueba en función de la patología. No existe nada más costoso e improductivo que la realización de “pruebas de rutina”. Esta sistematización quizás sea una de las mayores ventajas del método propuesto, tanto en el aprendizaje de los futuros médicos como en la práctica asistencial ambulatoria u hospitalaria pública o privada, con la finalidad última de optimizar recursos y mejorar el acceso y calidad de atención.

Por otra parte, como queda dicho, se deben realizar **planes terapéuticos**. Para ello es preciso que el médico determine cuál es el tratamiento necesario en ese momento. A las órdenes iniciales seguirán otras de acuerdo con la evolución de los problemas. Aun sin un diagnóstico final definido existen medidas terapéuticas temporales o sintomáticas universalmente aceptadas que deben indicarse, ejemplo: antitérmicos en caso de fiebre elevada, hidratación oral o parenteral en caso de deshidratación y analgésicos en caso de dolor, entre otros.

En el caso de pacientes hospitalizados que pueden requerir tratamientos complejos, las indicaciones o instrucciones de diagnóstico y tratamiento deben estar redactadas de forma clara y ordenada y cubrir todos los aspectos de atención al enfermo.

Es necesario seguir siempre un mismo orden para evitar errores u omisiones, para lo cual se plantea:

1. Prescripciones generales
2. Prescripciones de fármacos e insumos médicos
3. Procedimientos específicos
4. Recomendaciones para cada caso
5. Establecimiento del criterio pronóstico utilizando códigos de alarma rojo, amarillo y verde

Cuando el paciente ingresa por consulta externa o emergencias, en el Expediente Único para la Historia Clínica constará el servicio que deberá continuar con la atención.

En otro orden, es útil consignar los **planes educacionales** que incluyen los derechos y deberes de los pacientes y sus familiares, durante todo el proceso desde su primera consulta hasta el ingreso o alta. En ellos, se indicará si se advirtió al paciente acerca del riesgo de algún procedimiento y si se le explicó por qué y para qué se realizó el mismo (*Consentimiento Informado*).

Además, al momento del alta se deben incluir las indicaciones educativas y preventivas que reforzarán el tratamiento.

2.4. Notas de Evolución

También conocidas como *notas de progreso*. Su objetivo es reflejar la evolución de la enfermedad, durante el ingreso o en sucesivas revisiones ambulatorias, con especial interés en la aparición de complicaciones o nuevos datos y su interpretación, la respuesta terapéutica y la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales.

Resulta muy útil seguir un modelo propuesto que ha sido consignado con las siglas **SOAP** y que permite el registro sistemático y ordenado de la información:

(S) de subjetivo: referido a los síntomas manifestados por el paciente durante su evaluación o la variabilidad de los mismos;

(O) de objetivo: referido a los signos que se evidencia al examinar al paciente;

(A) de análisis: referido al análisis lógico de la nueva información en el contexto de la previa, con una finalidad diagnóstica y pronóstica; y,

(P) de planes: como corolario dinámico y lógico en las tres esferas previamente comentadas.

Es recomendable realizar esto, con cierta periodicidad, una especie de resumen o valoración global de la situación del enfermo y de los planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales. Esto dependerá en cada caso, de la gravedad o de la relevancia de la nueva información y se elaborarán cuantas veces sean necesarias.

Fase III

3. Síntesis

3.1. Lista condensada de diagnósticos y manejo

3.2. Epicrisis, referencia y contrarreferencia

La lista condensada de diagnósticos y manejo (Formulario 006 reverso) se constituye en un complemento necesario de la Lista de Problemas, que solo consigna los problemas y los diagnósticos, las explicaciones o resoluciones de los mismos, pero no como se manejaron. Evita tener que revisar múltiples notas de evolución e indicaciones médicas de fechas distintas donde estaría dispersa esta información.

La Epicrisis (Formulario 006 anverso) constituye el resumen condensado de la evaluación del paciente, que refleja los antecedentes y factores de riesgo, un cuadro clínico condensado, los diagnósticos y pronósticos establecidos, el tratamiento recibido, el plan de manejo, su control a futuro y las medidas educativas así como preventivas.

La referencia y contra-referencia (Formulario 006 anverso) facilita en forma breve y resumida el conocer de manera secuencial en el tiempo (¿a qué edad y en qué fecha?) todos los diagnósticos confirmados de un paciente con su respectivo código de asignación internacional (CIE) y el tratamiento respectivo recibido, información muy útil cuando el paciente es valorado luego de algún tiempo, por otros actores y en otros centros asistenciales.

Bibliografía

1. American Board of Internal Medicine. Clinical competence in Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1979; 90: 402-11.
2. Campbell EJ. El pensamiento diagnóstico. *Lancet* (Edición. esp.) 1987; 11: 132-4.
3. Castillo C, Suárez JJ, Hidalgo R. Historia Clínica Orientada por Problemas. En Hidalgo R. *Medicina Basada en Evidencias*. Cuadernos Académicos de la Facultad de Medicina. PUCE. Quito, 1999.
4. Foz G, Prieto A, Fábrega S. Historia clínica y sistema de registro. En: Martín-Zurro A, Cano F, editores. *Manual de atención primaria*, 2a edición. Barcelona: Doyma, 1988.
5. Griner PF, Mayewski RJ, Mushlin AI, Grunland P. Selection and interpretation of diagnostic tests and procedures. *Ann Intern Med* 1981; 94: 553-600.
6. Guarderas C. Guía para el análisis y discusión de un caso clínico. En: *Reforma de la Escuela de Medicina de la Universidad Central*. Editorial Casa del Estudiante. Quito. 2003.
7. Hurst JW, Walker H. *The problem-oriented system*. Baltimore: Williams Wilkins, 1972.
8. Hurst JW, Walker HK, Hall WD. More reasons why Weed is right. *N Engl J Med* 1973; 288: 629-30.
9. Hurst JW. El ejercicio de la medicina. En Hurst JW, ed. *Medicina Interna*. Tratado para la práctica médica. Madrid: Panamericana, 1984.
10. Kassirer JP. Diagnostic reasoning. *Ann Intern Med* 1989; 110: 893-900.
11. Lalama M, Terán R. Buenas prácticas de prescripción. Editorial Color Offset. Quito. 2000.
12. Pozo Rodríguez F. La eficacia de las pruebas diagnósticas (I y II). *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 779-89 y 91: 177-83.
13. Quill TE. Recognizing and adjusting to barriers in Doctor- Patient communication. *Ann Intern Med* 1989; 111: 51-7.
14. Reiser SJ. The clinical record in medicine (part I). Learning from cases. *Ann Intern Med* 1991; 114: 902-7.
15. Reiser SJ. The clinical record in medicine (part II). Reforming content and purpose. *Ann Intern Med* 1991; 114: 980-5.
16. Suárez JJ. Registro Médico Orientado por Problemas. En Carrillo E. *Problemas en Medicina Interna-SOAP*. Abya-Yala. Quito. 2001.
17. Suárez JJ, Hidalgo R. Registro Médico Orientado por Problemas. En Hidalgo R. *Medicina Basada en Evidencias*. Libro Universitario Regional. Costa Rica. 2002.
18. Walker HK, Hall WD, Hurst JW. *Clinical Methods: The history, physical, and laboratory examinations*. 2d edición. Boston: Butterworths, 1980.
19. Weed IL. Medical records, patient care, and medical education. *Brish J M Sc* 1964; 6: 271-282.
20. Weed IL. New approach to medical teaching. Resident Physician. *Brish J M Sc* 1967; 13: 77-93
21. Weed IL. Patient record as extension of basic science training of physician. Syllabus, case presented at Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio, 1967.
22. Weed IL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278: 593-600, 652-657.
23. Weed IL. *Medical Records, Medical Education, and Patient Care: The problem-oriented record as basic tool*. Cleveland. The Press of Case Western Reserve University, 1969.
24. Weed IL. *Medical records, medical education, and patient care*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1969.

**Lista de
formularios
básicos
rediseñados**

Formulario SNS MSP	Denominación	Anverso	Reverso
002	Consulta externa	Anamnesis y examen físico	Evolución
003	Anamnesis y examen físico	Anamnesis (hospitalización)	Examen físico (hospitalización)
004	Signos vitales	Signos vitales (1)	Signos vitales (2)
005	Evolución y prescripciones	Evolución y prescripciones (1)	Evolución y prescripciones (2)
006	Epicrisis	Epicrisis (1)	Epicrisis (2)
007	Interconsulta	Interconsulta-solicitud	Interconsulta-informe
008	Emergencia	Emergencia (1)	Emergencia (2)
010	Laboratorio clínico	Solicitud	Informe
011	Referencia	Referencia	Contrareferencia
012	Imagenología	Solicitud	Informe
013	Histopatología	Solicitud	Informe
014	Odontología	Odontología (1)	Odontología (2)
015	Administración de Medicamentos	Administración de medicamentos (1)	Administración de Medicamentos (2)
016	Trabajo social	Evaluación	Evolución

Modificaciones en la nomenclatura de los formularios básicos

1. Los formularios 003

(Anamnesis) y 004 (Examen Físico) vigentes, se unificarán en el nuevo formulario 003 (Anamnesis y Examen Físico)

2. El formulario 006

(Epicrisis y Transferencia) vigente, se desagregará en los nuevos formulario 006 (Epicrisis) y formulario 011 (Referencia)

3. El formulario 021

(Signos Vitales) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 004 (Signos Vitales)

4. El formulario 017

(Administración de Medicamentos) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 015 (Administración de Medicamentos)

5. El formulario 033

(Odontología) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 014

6. El formulario 038

(Servicio Social) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 016 (Trabajo Social)

**Formularios
básicos
rediseñados**

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

1 MOTIVO DE CONSULTA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

5 REVISION ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS

6 SIGNOS VITALES

FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								

7 EXAMEN FISICO

8 DIAGNOSTICOS

	CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1				3				
2				4				

9 PLANES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES

FECHA PARA CONTROL	HORA FIN	MEDICO	CODIGO	FIRMA
--------------------	----------	--------	--------	-------

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

1 MOTIVO DE CONSULTA		ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE	
A		C	
B		D	

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DESCRIBIR ABAJO, ANOTANDO EL NUMERO CORRESPONDIENTE										FUM= FECHA ULTIMA MENSTRUACION FUP= FECHA ULTIMO PARTO FUC= FECHA ULTIMA CITOLOGIA						
1. VACUNAS	5. ENF. ALERGICA	9. ENF. NEUROLOGICA	13. ENF. TRAUMATICA	17. TENDENCIA SEXUAL	21. ACTIVIDAD FISICA	MENARQUIA -EDAD-	MENOPAUSIA -EDAD-	CICLOS	VIDA SEXUAL ACTIVA									
2. ENF. PERINATAL	6. ENF. CARDIACA	10. ENF. METABOLICA	14. ENF. QUIRURGICA	18. RIESGO SOCIAL	22. DIETA Y HABITOS	GESTA	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS	HIJOS VIVOS								
3. ENF. INFANCIA	7. ENF. RESPIRATORIA	11. ENF. HEMO LINF.	15. ENF. MENTAL	19. RIESGO LABORAL	23. RELIGION Y CULTURA	FUM	FUP	FUC		BIOPSIA								
4. ENF. ADOLESCENCIA	8. ENF. DIGESTIVA	12. ENF. URINARIA	16. ENF. TRANSM. SEX.	20. RIESGO FAMILIAR	24. OTRO	METODO DE P. FAMILIAR		TERAPIA HORMONAL	COLPOS COPIA	MAMO-GRAFIA								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES		DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO.																
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPER TENSION	5. CANCER	6. TUBERCU LOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MALFORMACION	10. OTRO									

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, FACTORES QUE AGRAVAN O MEJORAN, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, RESULTADOS DE EXAMENES ANTERIORES, CONDICION ACTUAL.									
--------------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5 REVISION ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS		CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES				SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR								
1 ORGANOS DE LOS SENTIDOS	CP	SP	4 ARDIO VASCULAR	CP	SP	7 GENITAL	CP	SP	10 MUSCULO ESQUELETICO	CP	SP	13 EMO LINFATICO	CP	SP
2 RESPIRATORIO			5 DIGESTIVO			8 URINARIO			11 ENDOCRINO			14 ERVIOSO		

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

FECHA																			
DIA DE INTERNACION																			
DIA POSTQUIRÚRGICO																			

1 SIGNOS VITALES TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA

PULSO O TEMP ▲	AM	PM																
140																		
130																		
120 42																		
110 41																		
100 40																		
90 39																		
80 38																		
70 37																		
60 36																		
50 35																		
40																		

FRECUENCIA RESPIRATORIA																		
PRESION ARTERIAL																		

2 BALANCE HIDRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL																	
	VIA ORAL																	
	TOTAL																	
ELIMINACIONES CC	ORINA																	
	DRENAJE																	
	OTROS																	
	TOTAL																	

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO																		
PESO Kg																		
DIETA ADMINISTRADA																		
NUMERO DE COMIDAS																		
NUMERO DE MICCIONES																		
NUMERO DE DEPOSICIONES																		
ACTIVIDAD FISICA																		
CAMBIO DE SONDA																		
RECANALIZACION VIA																		
RESPONSABLE																		

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

FECHA																		
DIA DE INTERNACION																		
DIA POSTQUIRÚRGICO																		

1 SIGNOS VITALES TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA

PULSO TEMP O ▲	AM	PM																
140																		
130																		
120 42																		
110 41																		
100 40																		
90 39																		
80 38																		
70 37																		
60 36																		
50 35																		
40																		

FRECUENCIA RESPIRATORIA																		
PRESION ARTERIAL																		

2 BALANCE HIDRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL																	
	VIA ORAL																	
	TOTAL																	
ELIMINACIONES CC	ORINA																	
	DRENAJE																	
	OTROS																	
	TOTAL																	

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO																		
PESO Kg																		
DIETA ADMINISTRADA																		
NUMERO DE COMIDAS																		
NUMERO DE MICCIONES																		
NUMERO DE DEPOSICIONES																		
ACTIVIDAD FISICA																		
CAMBIO DE SONDA																		
RECANALIZACION VIA																		
RESPONSABLE																		

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO	LOCALIZACION			N° HISTORIA CLÍNICA
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISION																
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			NACIONALIDAD			N° CÉDULA DE CIUDADANIA				
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL						CANTON		PROVINCIA		N° TELÉFONO						
FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN				OCUPACION		N° SEGURO DE SALUD	
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH			SUPE	ESPE
NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION				PARENTESCO O AFINIDAD				DIRECCION				N° TELEFONO				
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE				N° CÉDULA DE IDENTIDAD				DIRECCION				N° TELEFONO				
FORMA DE LLEGADA			FUENTE DE INFORMACION			INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE				N° TELEFONO						
AMBULATORIO	SILLA DE RUEDAS	CAMILLA														

MAS= MASCULINO FEM= FEMENINO SOL= SOLTERO CAS= CASADO DIV= DIVORCIADO VIU= VIUDO UL= UNION LIBRE SIN= SIN INSTRUCCION BASI= BASICA BACH= BACHILLERATO SUPE= SUPERIOR ESPE= ESPECIAL

2 INICIO DE ATENCION													
HORA	VIA AEREA LIBRE	VIA AEREA OBSTRUIDA	GRUPO - Rh	CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE	INESTABLE	OTRO						
MOTIVO DE LLEGADA													

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACION													NO APLICA
LUGAR DEL EVENTO		DIRECCION DEL EVENTO			FECHA	HORA	VEHICULO O ARMA						
TIPO DE EVENTO				AUTORIDAD COMPETENTE									
ACCIDENTE	ENVENENAMIENTO	VIOLENCIA	OTRO	HORA DENUNCIA			CUSTODIA POLICIAL						
OBSERVACIONES		INTOXICACION				VIOLENCIA							
ALIENTO ETILICO	VALOR ALCOCHECK	HORA EXAMEN	SE HACE ALCOHOLEMIA	OTRAS SUSTANCIAS	SOSPECHA	ABUSO FISICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL					
OBSERVACIONES		QUEMADURA			PICADURA			MORDEDURA					
GRADO I	GRADO II	GRADO III	PORCENTAJE SUPERFICIE										

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES										PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE P= PERSONAL, F= FAMILIAR		NO APLICA
1. ALERGICOS	2. CLINICOS	3. GINECOLOGICOS	4. TRAUMATOLOGICOS	5. PEDIATRICOS	6. QUIRURGICOS	7. FARMACOLOGICOS	8. OTROS					

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISION DE SISTEMAS										CRONOLOGIA - LOCALIZACION - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES		NO APLICA

6 CARACTERISTICAS DEL DOLOR		EVOLUCION		TIPO		MODIFICACIONES					ALIVIA CON			NO APLICA			
REGION ANATOMICA	PUNTO DOLOROSO	AGUDO	SUB AGUDO	CRONICO	EPISODICO	CONTINUO	COLICO	POSICION	INGESTA	ESFUERZO	DIGITO PRESION	SE IRRADIA	ANTES PASMODICO	OPIACEO	AINE	NO ALIVIA	INTENSIDAD LEVE MODERADO O GRAVE

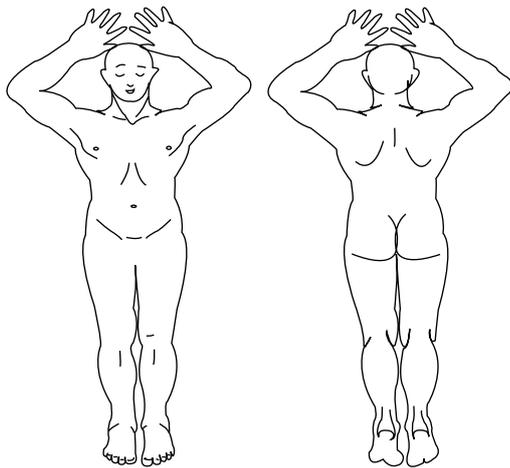
7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA min		FRECUENCIA RESPIRAT. min		TEMPERATUR BUCAL °C		TEMPERATUR AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m		PERIMET. CEFALIC cm
GLASGOW INICIAL	OCULAR	VERBAL	MOTORA	TOTAL		REACCION PUPILAR DER		REACCION PUPILAR IZO		T. LLENADO CAPILAR				

8 EXAMEN FISICO R= REGIONAL S= SISTEMICO CP= CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES SP =SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

CP		SP		CP		SP		CP		SP		CP		SP					
1R PIEL Y FANERAS				6R BOCA				11R ABDOMEN				1S ORGANOS DE LOS SENTIDOS				6S URINARIO			
2R CABEZA				7R ORO FARINGE				12R COLUMNA VERTEBRAL				2S RESPIRATORIO				7S MUSCULO ESQUELETICO			
3R OJOS				8R CUELLO				13R INGLE-PERINE				3S CARDIO VASCULAR				8S ENDOCRINO			
4R OIDOS				9R AXILAS - MAMAS				14R MIEMBROS SUPERIORES				4S DIGESTIVO				9S HEMO LINFÁTICO			
5R NARIZ				10R TORAX				15R MIEMBROS INFERIORES				5S GENITAL				10S NEUROLÓGICO			

9 DIAGRAMA TOPOGRÁFICO ANOTAR EL NUMERO SOBRE EL LUGAR DE LA LESION NO APLICA



- 1 HERIDA PENETRANTE
- 2 HERIDA NO PENETRANTE
- 3 FRACTURA EXPUESTA
- 4 FRACTURA CERRADA
- 5 AMPUTACION
- 6 HEMORRAGIA
- 7 MORDEDURA
- 8 PICADURA
- 9 EXCORIACION
- 10 DEFORMIDAD O MASA
- 11 HEMATOMA
- 12 QUEMADURA G-I
- 13 QUEMADURA G-II
- 14 QUEMADURA G-III
- 15
- 16

10 EMBARAZO - PARTO NO APLICA

GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS
FECHA ULTIMA MENSTRUACION	SEMANAS GESTACION	MOVIMIENTO FETAL	
FRECUENCIA C. FETAL	MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO	
ALTURA UTERINA	PRESENTACION		
DILATAACION	BORRAMIENTO	PLANO	
PELVIS UTIL	SANGRADO VAGINAL	CONTRACCIONES	

11 ANALISIS DE PROBLEMAS NO APLICA

12 PLAN DIAGNOSTICO REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO NO APLICA

1. BIOMETRIA	3. QUIMICA SANGUINEA	5. GASOMETRIA	7. ENDOSCOPIA	9. R-X ABDOMEN	11. TOMOGRAFIA	13. ECOGRAFIA PELVICA	15. INTERCONSULTA
2. UROANALISIS	4. ELECTROLITOS	6. ELECTRO CARDIOGRAMA	8. R-X TORAX	10. R-X OSEA	12. RESONANCIA	14. ECOGRAFIA ABDOMEN	16. OTROS

13 DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS CIE **14 DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS** CIE

1			1		
2			2		
3			3		

15 PLAN DE TRATAMIENTO DESCRIBIR ABAJO, ANOTANDO EL NUMERO

MEDICAMENTO GENÉRICO	VIA	DOSIS	POSOLOGIA	DIAS	1. INDICACIONES GENERALES	2. PROCEDIMIENTOS	3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	4. OTROS
1								
2								
3								
4								

16 SALIDA

DOMICILIO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACION	INTERNACION	REFERENCIA	VIVO	ESTABLE	INESTABLE	DIAS DE INCAPACIDAD
SERVICIO		ESTABLECIMIENTO			MUERTO EN EMERGENCIA	CAUSA		
FECHA DE SALIDA	HORA DE SALIDA	MEDICO			FIRMA			CODIGO

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA		
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANIA		
FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE			PRIORIDAD		FECHA TOMA
								URGENTE	NORMAL	CONTROL

1 HEMATOLOGIA			
BIOMETRIA HEMÁTICA		INDICES HEMÁTICOS	
PLAQUETAS		T. PROTROMBINA	
GRUPO / Rh		TIEMPO T. PARCIAL	
RETICULOCITOS		DREPANOCITOS	
HEMATOZOARIO		COOMBS DIRECTO	
CÉLULA L.E.		COOMBS INDIRECTO	

2 QUIMICA SANGUINEA			
GLUCOSA EN AYUNAS		TRANSAMINADA PIRÚVICA	
GLUCOSA 2 HORAS		TRANSAMINASA OXALACETICA	
UREA		FOSFATASA ALCALINA	
CREATININA		COLESTEROL TOTAL	
ACIDO URICO		COLESTEROL HDL	
BILIRRUBINAS		COLESTEROL LDL	
PROTEINAS		TRIGLICERIDOS	

3 COPROLOGICO	
COPROPARASITARIO	
SANGRE OCULTA	
INV. POLIMORFO NUCLEARES	
ROTAVIRUS	

4 UROANALISIS			
ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO		PRUEBA DE EMBARAZO	
GOTA FRESCA		CULTIVO-ANTIBIOGRAMA	
GRAM			

5 BACTERIOLOGIA			
GRAM		FRESCO	
ZIEHL		CULTIVO - ANTIBIOGRAMA	
HONGOS		MUESTRA DE	

6 OTROS	

SNS-MSP / HCU-form.010 / 2007

LABORATORIO CLINICO - SOLICITUD

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA RECIBO	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE	PRIORIDAD			FECHA ENTREGA
						URGENTE	NORMAL	CONTROL	

1 HEMATOLOGICO						
HCT	%	HGB	g / dl	VCM		RETICULOCITOS
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION			mmh	HCM		DREPANOCITOS
PLAQUETAS			mmc	CHCM		GRUPO - FACTOR R _n
LEUCOCITOS			mmc	HIPOCROMIA		
METAM	%	BASOF	%	ANISOCITOSIS		COOMBS DIRECTO
CAYAD	%	MONOC	%	POIQUILOKIT.		COOMBS INDIR.
SEGME	%	LINFO	%	MICROCITOSIS		T.PROTROMBINA seg
EOSIN	%	ATIPI	%	POLICROMAT.		T T P seg

3 COPROLOGICO						
COLOR		HEMOGLOBINA		ESPORAS		FIBRAS
CONSIST.		GLOBULOS ROJOS		MICELIOS		ALMIDON
pH		POLIMORFOS		MOCO		GRASA
PROTOZOARIOS		QUISTE	TROFO	HELMINTOS	HUEVO	LARVA

2 QUIMICA	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUNAS				TRANSAMINASA PIRUVICA		
GLUCOSA 2 HORAS				TRANSAMINASA OXALACETICA		
UREA				FOSFATASA ALCALINA		
CREATININA				COLESTEROL TOTAL		
ACIDO URICO				COLESTEROL HDL		
BILIRRUBINA TOTAL				COLESTEROL LDL		
BILIRRUBINA DIRECTA				TRIGLICERIDOS		
PROTEINA TOTAL						
ALBUMINA						
GLOBULINA						

4 UROANALISIS		
DENSIDAD		LEUCOCITOS PC
pH		PIOCITOS PC
PROTEINA		ERITROCITOS PC
GLUCOSA		CELULAS ALTAS
CETONA		BACTERIAS
HEMOGLOBINA		HONGOS
BILIRRUBINA		MOCO
UROBILINOGENO		CRISTALES
NITRITO		CILINDROS

5 BACTERIOLOGIA

6 VARIOS

PROFESIONAL	
FIRMA	
TECNOLOGO	
FIRMA	

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA			CODIGO		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA				
							PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANIA				
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN			EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD	
			M	F	S	C	D	V	UL	SIN	BAS			BACH
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE HACE LA REFERENCIA			SERVICIO QUE REFIERE											

1 MOTIVO DE REFERENCIA

2 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4 TRATAMIENTO REALIZADO

5 DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA		
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANIA			
FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE			PRIORIDAD		FECHA TOMA
								URGENTE	NORMAL	CONTROL

1 ESTUDIO SOLICITADO												
R-X CONVENCIONAL	<input type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	RESONANCIA	<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	
DESCRIBIR												
PUEDE MOVILIZARSE		<input type="checkbox"/>	PUEDE RETIRARSE VENDAS, APOSITOS O YESOS			<input type="checkbox"/>	EL MEDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN		<input type="checkbox"/>	TOMA DE RADIOGRAFÍA EN LA CAMA		<input type="checkbox"/>

2 MOTIVO DE LA SOLICITUD	

3 DIAGNOSTICOS						
CIE= CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES				CIE	PRE	DEF
PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO						
1						
2						
3						
4						
5						

4 RESUMEN CLINICO	

			MEDICO			FIRMA		
--	--	--	--------	--	--	-------	--	--

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANIA	

FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	SOLICITANTE	FECHA RECEPCION	FECHA ENTREGA	NUMERO DE LA PIEZA	NUMERO DEL INFORME

1 DESCRIPCION MACROSCOPICA

2 DESCRIPCION MICROSCOPICA

3 DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

CIE

1		
2		
3		
4		
5		

4 RECOMENDACIONES

5 INFORME DE CITOLOGIA

PAPANICOLAOU	I	II	III-A	III-B	III-C	IV	V-A	V-B
OMS - DPH	NORMAL	INFLAMATORIO	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA SEVERA	CA. IN SITU	CA. ESCAMO CELULAR	CA. INVASOR
NIC			I	II	III	III		
BETHESDA			LIE. BAJO	LIE. ALTO	LIE. ALTO	LIE. ALTO	CA	CA
DIAGNOSTICO								
CONTROL	MUESTRA INADECUADA	BIOPSIA	CAUTERIZACION	COLPOSCOPIA	GRADO DE MADURACION		FECHA PROCESO	
HISTIOCITOS	FLORA BACTERIANA	ERITROCITOS	PATOGENOS	HONGOS	NUMERO DE MUESTRA		FECHA ENTREGA	

COMENTARIOS ADICIONALES

CODIGO

TECNOLOGO		MEDICO PATOLOGO			FIRMA	
-----------	--	-----------------	--	--	-------	--

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 -19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS: CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES NO APLICA

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min	FRECUENCIA RESPIRAT. min	TEMPERATURA BUCAL °C	TEMPERATURA AXILAR °C	PESO Kg	TALLA m
------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------	-----------------------	---------	---------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. ATM	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA

SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

Caries O Restaurac. / Retos radic. F Corona C Prótesis remov. U U Prótesis total □
 Sellante * Estracción X Ausente A Trat. endodon. I Prótesis fija. 0-0

Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA										CARIES						
PIEZAS			PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	ENF. PERIODONTAL		MALOCCLUSION		FLUOROSIS		D	C	P	O	TOTAL
16	17	55	0-1-2-3-9	0-1-2-3	0-1	LEVE	ANGLE I	LEVE	d	c	e		o	TOTAL		
11	21	51				MODERADA	ANGLE II	MODERADA								
26	27	65				SEVERA	ANGLE III	SEVERA								
36	37	75														
31	41	71														
46	47	85														
TOTALES																

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA									
			M	F											
1 MEDICAMENTOS INI= INICIALES DEL RESPONSABLE FUN= SUMILLA															
PRESENTACION, VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA	DIA Y MES														
	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA									
			M	F											
1 MEDICAMENTOS						INI= INICIALES DEL RESPONSABLE FUN= SUMILLA									
PRESENTACION, VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA	DIA Y MES														
	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															

**Lista de
formularios
del Registro
Médico Orientado
por Problemas**

Lista de formularios del Registro Médico Orientado por Problemas

Estos formularios deberán ser utilizados en forma inicial por los profesionales formados en el manejo del Registro Médico Orientado por Problemas; para posteriormente de **manera progresiva** difundir su utilización por todos los profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Formulario SNS MSP	Denominación	Anverso	Reverso
031	Lista de problemas	Lista de problemas (1)	Lista de problemas (2)
032	Notas de evolución	Notas de evolución SOAP (1)	Notas de evolución SOAP (2)
033	Prescripciones médicas	Prescripciones médicas (1)	Prescripciones médicas (2)
034	Lista de diagnósticos	Lista de diagnósticos	Lista de diagnósticos
035	Concentración de laboratorio	Concentración de laboratorio (1)	Concentración de laboratorio (2)
036	Concentración de exámenes especiales	Concentración de exámenes especiales (1)	Concentración de exámenes especiales (2)

**Formularios
del Registro
Médico Orientado
por Problemas**

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE		APELLIDO		SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA											
					M	F													
LLENADO POR ENFERMERIA																			
	1	2	3	4	5	6	7												
FECHA																			
RESPONSABLE																			
REPORTADO POR																			
1 HEMATOLOGICO	HCT - HGB																		
	PLAQUETAS																		
	LEUCOCITOS																		
	FORMULA LEUCOCITARIA	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS
		SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON
		EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN
	VSG																		
	TP / TTP																		
	GRUPO / Rh																		
	HEMATOZOARIO / INR																		
HCM / CMHC																			
HIERRO SERICO / TRANSFERRINA																			
2 QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA AYUNAS / 2 HORAS																		
	UREA / CREATININA																		
	BILIRRUBINA TOTAL / DIRECTA																		
	ALT (TGP) / AST (TGO)																		
	FOSFATASA ALCALINA / ACIDA																		
	HDL / LDL																		
	COLESTEROL T. / TRIGLICERIDOS																		
	ALBUMINA / GLOBULINA																		
	AMILASA / LIPASA																		
	HEMATOZOARIO / RETICULOCITOS																		
	ACIDO URICO / APE																		
	CPK / MIO																		
	CK-MD / TROPONINA																		
	LDH / DIMERO-D																		
	HbGLICOSILADA / FRUCTOSAMINA																		
SODIO / POTASIO																			
CALCIO / FOSFORO																			
3 COPRO	POLIMORFOS / HEMOGLOBINA																		
	MOCO / GRASA																		
	PARASITOS																		
4 UROANALISIS	DENSIDAD / pH																		
	PROTEINA / GLUCOSA																		
	CETONA / HEMOGLOBINA																		
	BILIRRUBINA / UROBILINOGENO																		
	NITRITO / LEUCOCITOS																		
	PIOCITOS / ERITROCITOS																		
	CRISTALES																		
	CILINDROS																		
5 GASOMETRIA	pH																		
	PAO2 / PACO2																		
	SATO2 /																		
	HCO3 / BE																		
6 VARIOS	VDRL / FTA																		
	HbSAg / antiHVC																		
	PCR / LATEX																		
	VIH																		

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA												
			M	F														
LLENADO POR ENFERMERIA																		
FECHA	8	9	10	11	12	13												
RESPONSABLE																		
REPORTADO POR																		
1 HEMATOLOGICO	HCT - HGB																	
	PLAQUETAS																	
	LEUCOCITOS																	
	FORMULA LEUCOCITARIA	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	
		SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	
		EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	
	VSG																	
	TP / TTP																	
	GRUPO / Rh																	
	HEMATOZOARIO / INR																	
HCM / CMHC																		
HERRO SERICO / TRANSFERRINA																		
2 QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA AYUNAS / 2 HORAS																	
	UREA / CREATININA																	
	BILIRRUBINA TOTAL / DIRECTA																	
	ALT (TGP) / AST (TGO)																	
	FOSFATASA ALCALINA / ACIDA																	
	HDL / LDL																	
	COLESTEROL T. / TRIGLICERIDOS																	
	ALBUMINA / GLOBULINA																	
	AMILASA / LIPASA																	
	HEMATOZOARIO / RETICULOCITOS																	
	ACIDO URICO / APE																	
	CPK / MIO																	
	CK-MD / TROPONINA																	
	LDH / DIMERO-D																	
	HbGLICOSILADA / FRUCTOSAMINA																	
SODIO / POTASIO																		
CALCIO / FOSFORO																		
3 COPRO	POLIMORFOS / HEMOGLOBINA																	
	MOCO / GRASA																	
	PARASITOS																	
4 UROANALISIS	DENSIDAD / pH																	
	PROTEINA / GLUCOSA																	
	CETONA / HEMOGLOBINA																	
	BILIRRUBINA / UROBILINOGENO																	
	NITRITO / LEUCOCITOS																	
	PIOCITOS / ERITROCITOS																	
	CRISTALES / CILINDROS																	
5 GASOMETRIA	pH																	
	PAO2 / PACO2																	
	SAT02 / HCO3 / BE																	
6 VARIOS	VDRL / FTA																	
	HbSAg / antiHVC																	
	PCR / LATEX																	
	VIH																	

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

LLENADO POR ENFERMERIA

Nº	FECHA	EXAMEN ESPECIAL SOLICITADO	RESULTADO	RESPONSABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

LLENADO POR ENFERMERIA

Nº	FECHA	EXAMEN ESPECIAL SOLICITADO	RESULTADO	RESPON SABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Salud Pública - Ministerio de Bienestar Social

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina del Ecuador
Gremios Profesionales - Junta de Beneficencia de Guayaquil - Sociedad de Lucha contra el Cáncer - Fuerza
Pública - Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador Asociación de Municipalidades del Ecuador
Entidades de Salud Privada - Organizaciones No Gubernamentales - Trabajadores de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Agosto 2007