



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 03 de Setiembre de 2019

VISTO: El Expediente N° 16551-2019 con el Informe Técnico N° 070-OGC-HCH-2019, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Oficio N° 582-2019-DME/HCH, del jefe del Departamento de Medicina, y el Informe N° 885 -OAJ/HCH, de la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; Asimismo, el artículo 29 de la Ley N° 26842, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado y que la historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo;

Que, a través de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas de los servicios de salud, se modificó la Ley General de Salud, en cuanto al Acceso a los Servicios de Salud, Acceso a la Información, Atención y recuperación de Salud, Consentimiento Informado; así como las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016 se aprobó las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud N° N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", la cual regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica, y tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del Sector Salud. Asimismo, en el numeral 9.2, de dicha norma, se establece que la Hoja de Anestesia: *Es el formato donde se registra la actividad realizada por el anestesiólogo en el que deberá incluir el resumen del reconocimiento pre*



operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el post operatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del anestesiólogo;

Que, mediante Oficio N° 582-2019-DME/HCH, el jefe del Departamento de Medicina solicita la aprobación de la "Historia Clínica de Ortogeriatría y el Formato del Informe de Alta de Ortogeriatría";

Que, a través del Informe Técnico N° 070-OGC-HCH-2019, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, recomienda la aprobación de la "Historia Clínica de Ortogeriatría y el Formato del Informe de Alta de Ortogeriatría";

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-SA/MINSA, se establece como funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de salud, estableciendo las normas y parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia dispone que la Dirección General esta cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directoral en los asuntos de su competencia;

Que, estando a lo propuesto por el jefe del Departamento de Medicina, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 885-2019-OAJ/HCH;

Con visación del jefe del Departamento de Medicina, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA, con fecha 09 marzo del 2007;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Historia Clínica de Ortogeriatría y el Formato del Informe de Alta de Ortogeriatría, los mismos que se adjuntan y forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento de la presente Directiva.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

() ACPR/BIC/Chg.
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() OGC
() DM
() OAJ

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.R. 23574 R.M.F. 0134



HORA: _____

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

HISTORIA CLINICA DE ORTOGERIATRIA

1. FILIACIÓN

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____

RELIGIÓN: _____

DNI: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

RESPONSABLE: (Nombre, edad, DNI y parentesco)

TELEFONOS: _____

FECHA DE INGRESO DE EMERGENCIA: _____

FECHA DE INGRESO A ORTOGERIATRIA: _____

2. ENFERMEDAD ACTUAL

TIEMPO DE ENFERMEDAD:

RELATO: _____

100

3. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

-APETITO:

-SED: _____

-DIURESIS: _____

-DEPOSICIÓN:

-SUEÑO: _____

-PESO:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ NRO HCL: _____ CAMA: _____



FECHA: ____/____/____

HORA: _____

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

4. ANTECEDENTES:

-ANTECEDENTES PERSONALES: (Nro. de hijos, FUR, alergias, vacunas, transfusiones, grupo y factor, viajes último año, etc.)

-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

INTERROGATORIO OSTEOPOROSIS

Fracturas previas:

- Cadera - vertebral
- Colles - Húmero
- Tibia - Otras

DXA previa: SI / NO

- SI: - Localización:
- Fecha:
- Score:

Factores de Riesgo:

Tratamiento actual con corticoides o en los últimos 3 meses: SI / No

Fractura de cadera de progenitores: SI/NO

Tratamiento previo o actual con:

- Bifosfonatos -Denosumab
- Calcio - Vitamina D

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ NRO HCL: _____ CAMA: _____



FECHA: ____/____/____

HORA: _____

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

-ANTECEDENTES FAMILIARES

-MEDICACIÓN DE USO HABITUAL:

(Nombre genérico, dosis, frecuencia)

-HABITOS NOCIVOS:

(Tipo, frecuencia, tiempo de consumo)

5. VALORACIÓN FUNCIONAL PREVIA

-Actividades básicas de la vida diaria:

- KATZ: _____
- BARTHEL: ____/100 _____

-Actividades Instrumentales de la vida diaria:

- LAWTON: ____/8 _____

-Movilidad: FAC ____/5 (Functional Ambulation Classification):

- 0.0 No camina
- 0.1 Camina con dos personas
- 1 Precisa gran ayuda física continua de 1 persona para soportar peso y equilibrio en superficie lisa.
- 2 Pequeña ayuda física continua e intermitente de 1 persona para mantener el equilibrio en superficie lisa.
- 3 Precisa supervisión en superficie lisa.
- 4 Independiente en superficie lisa, supervisión en escaleras o superficies no lisas o inclinadas.
- 5 Independiente en todas las superficies, sube y baja escaleras

-Uso de ayudas técnicas: NO/ SI Bastón () Andador () Silla de ruedas ()

-Riesgo de úlcera por presión: NORTON ____/20 Riesgo mínimo () medio () alto () Riesgo muy alto ()

6. VALORACIÓN MENTAL:

- TEST DE PFIFER: ____/10 Sin deterioro cognitivo () Deterioro cognitivo: Leve / Moderado / Severo
- GDS: ____/7 _____

7. VALORACIÓN SOCIAL:

-Test de Gijón: ____/15 Buena/Aceptable situación social () Riesgo social () Problema social ()

-Vive: sólo(a) () con la familia y/o cuidador 24h () Institucionalizado ()

-Familiares: (con quién vive) _____

-Vivienda: accesible SI /NO Piso: ____ con/sin ascensor: _____ Nro. de escalones: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ **NRO HCL:** _____ **CAMA:** _____



HORA:_____

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

8. SINDROMES GERIATRICOS:

- **FRAIL SCORE:** 0 robusto () 1-2 pre frágil () ≥ 3 , frágil ()

F:¿Siente Fatiga?

R: Resistencia ¿puede Ud. subir un tramo de escaleras?

A: Ambulación ¿puede Ud. Caminar una cuadra?

1: ¿Tiene Ud. más de 5 enfermedades?

L: ¿Ha perdido más de 5% de su peso en los últimos 6 meses?

Historia de caídas:

- Nunca () Ocasionalmente () Frecuentes () ¿Han sido evaluadas? SI / NO

- Nro. De caídas en el último año _____ Lugar de la caída: _____

-¿Ha tenido alguna complicación?

- Factores intrínsecos:

– Factores extrínsecos:

9. PROBLEMAS GERIATRICOS

-Deprivacion visual _____

-Edentulismo

-UPP () Grado _____ Zona _____

-Deprivacion auditiva _____

-Incontinencia

- Otros:

10. R.A.S.A

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ NRO HCL: _____ CAMA: _____



FECHA: ____/____/____

HORA: _____

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

11. EXPLORACIÓN FÍSICA:

PA: _____ FC: _____ FR: _____ SATO₂: _____ Temperatura: _____ Dolor (EVA): _____
Estado general: _____

Piel: _____

TCSC: _____

Tórax y Pulmones: _____

Cardiovascular: _____

Abdomen: _____

Genitourinario: _____

SOMA: _____

Neurológico: _____

12. INTERPRETACIÓN DE EXAMENES AUXILIARES:

LECTURA DE ECG: _____

RADIOGRAFIA DE TORAX: _____

RADIOGRAFIA DE PELVIS: _____

TEM CEREBRAL: _____

OTROS: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ NRO HCL: _____ CAMA: _____



HORA: _____

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

13. DIAGNÓSTICOS:

[illegible]

14. PLAN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS:

[illegible]

15. PLAN TERAPEUTICO:

[illegible]

FIRMA Y SELLO

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ NRO HCL: _____ CAMA: _____



FECHA DE ALTA: ____/____/____
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: ____

INFORME DE ALTA DE ORTOGERIATRÍA

NOMBRE: _____ EDAD _____

KATZ PREVIO: ____ ESTADO COGNITIV PREVIO: _____ FRAIL: _____

EXAMENES AUXILIARES AL ALTA:

Hb	U	Cr	Na+	K+	Glucosa	Leucocitos		Otros

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:

ALIMENTACIÓN:

NOMBRE: _____ NRO. HISTORIA CLÍNICA _____



FECHA DE ALTA: ____/____/____
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: ____

INFORME DE ALTA DE ORTOGERIATRÍA

MEDICACIÓN:

CUIDADOS:

PRONÓSTICO: Favorable () Reservado () Desfavorable ()

CONTROL POR CONSULTORIO EXTERNO DE:

Medico Responsable
Sello, firma y CMP:

NOMBRE: _____ NRO. HISTORIA CLÍNICA _____

