



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

MANUAL DE USO DE LOS FORMULARIOS BÁSICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

2009

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

HISTORIA CLINICA UNICA

Manual de Uso de los Formularios Básicos

CONTENIDO

ACUERDO MINISTERIAL No 000138 DEL 14 MARZO 2008

ANTECEDENTES	2	
MARCO LEGAL	4	
MARCO TECNICO	5	
PROCESO DE REDISEÑO	6	
PROCESO ADMINISTRATIVO	7	
PROCESO TECNICO	7	
SECUENCIA DE UTILIZACION		11
DESCRIPCION DE LOS FORMULARIOS	12	
001	ADMISIÓN	12 - 15
002	CONSULTA EXTERNA ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO	16 - 18
003	ANAMNESIS – EXAMEN FISICO	19 - 21
005	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES	22 - 23
006	EPICRISIS	24 - 26
007	INTERCONSULTA – SOLICITUD – INFORME	27 - 29
008	EMERGENCIA	30 - 32
010 A y B	LABORATORIO CLÍNICO	33 - 35
012 A y B	IMAGENOLOGÍA	36 - 38
013 A y B	HISTOPATOLOGIA	39 - 41
020	SIGNOS VITALES	42 - 43
022	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	44 - 45
024	AUTORIZACIONES, EXONERACIONES Y	

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	46 -49
033	ODONTOLOGÍA	50 - 52
038	TRABAJO SOCIAL – EVALUACIÓN	53 - 55
053	REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA	56 - 58
054	CONCENTRADO DE LABORATORIO	59 - 60
055	CONCENTRADO DE EX. ESPECIALES	61 - 62
ANEXO 1	FICHA FAMILIAR Hojas 1- 2- 3- 4	63 - 68
ANEXO 2	ATENCION PREHOSPITALARIA	69 - 72

GLOSARIO 73 – 74

COMITE DE HISTORIAS CLINICAS 75

ANTECEDENTES

En 1967, se creó el Ministerio de Salud Pública que asumió las competencias de la Junta Nacional de Asistencia Social, Liga Ecuatoriana Antituberculosa - LEA y otras entidades semipúblicas. Hasta ese momento, los formularios de la Historia Clínica, tenían un formato diseñado de acuerdo a criterios clínicos definidos por los diferentes servicios de salud.

En 1972, mediante Decreto Supremo N° 200, se creó el Comité Nacional de Coordinación y Desarrollo de las Estadísticas de Salud y de Historia Clínica, como un organismo asesor del Ministerio de Salud Pública, integrado por representantes, de la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador, Federación Nacional de Médicos y del Ministerio de Salud Pública.

El Decreto estableció la obligatoriedad la Historia Clínica Única y del Sistema Estadístico, como un conjunto de formularios y métodos de registro médico y estadístico, a ser utilizados en los establecimientos hospitalarios del Estado, instituciones de derecho público, semipúblico y autónomas y en las instituciones de derecho privado, de acuerdo con el instructivo y manual de procedimientos dictado por el Ministerio de Salud Pública.

A fines de 1972, la Comisión Ministerial de la Historia Clínica, difundió el Manual de Registros Médicos y Estadística e implantó la utilización de los formularios diseñados en los establecimientos públicos de salud.

Entre 1995 y 1996, la Dirección General de Salud y la Dirección de Planificación, integraron una comisión ministerial para analizar las posibilidades de actualización de la Historia Clínica.

Entre febrero y septiembre de 2003, la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento del Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento de la cuarta transitoria del Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, elaboró la propuesta de rediseño de los formularios básicos.

Entre octubre y noviembre de 2003, la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento convocó a la Comisión Ministerial de la Historia Clínica, integrada por 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-UASP, encargada del Sistema Común de Información-SISALUD, para presentar y discutir la propuesta.

En diciembre de 2003, la Comisión aprobó la propuesta para su presentación ante el Consejo Nacional de Salud - CONASA.

En enero de 2004, el Ministerio de Salud Pública presentó la propuesta ante el Directorio del CONASA.

En enero de 2005, el CONASA conformó una Comisión *ad hoc* de la Historia Clínica con delegados del Ministerio de Salud Pública, Hospital Pablo Arturo Suárez, Universidad Tecnológica Equinoccial y Sociedad Ecuatoriana de Medicina Interna, con apoyo técnico de OPS

En agosto de 2005, la Comisión *ad hoc* presentó la propuesta definitiva a las autoridades del CONASA. El mismo mes, el documento fue enviado al Ministerio de Salud Pública.

En diciembre de 2005, el Proceso de Normatización analizó el documento enviado por el CONASA y propuso un pilotaje de validación de la propuesta en la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública.

En febrero de 2006, la Dirección General de Salud, con el propósito de coordinar las reformas y elaborar los formularios definitivos, reintegró la Comisión Ministerial de la Historia Clínica con personal técnico de las direcciones de Aseguramiento de la Calidad, Normatización, Servicios de Salud, Calificación de Demanda y Oferta, Salud Pública, y Ciencia y Tecnología

En octubre de 2006,, el Directorio del Consejo Nacional de Salud, aprobó el expediente único para la Historia clínica, con 14 formularios básicos.

En enero del 2007, mediante Acuerdo Ministerial se aprobó la utilización de los formularios básicos actualizados de la Historia Clínica Única y de los formularios del "Registro Médico Orientado por Problemas"

En febrero de 2007, la Dirección General de Salud dispuso al Proceso de Aseguramiento de la Calidad la elaboración un plan de implementación – evaluación de los formularios de la Historia Clínica, aprobados con el CONASA, (incluyendo 4 formularios adicionales)

En julio del 2007, el equipo técnico de la Comisión de Historia Clínica realizó la implementación-evaluación de los formularios actualizados de la Historia Clínica

Única en 80 unidades operativas del Ministerio de Salud Pública en las provincias de Guayas y Pichincha. Los resultados establecieron que el 72% de los participantes aprobó el documento sin cambios, mientras que el 28% presentó observaciones, principalmente al formato.

En febrero de 2007, la Comisión Ministerial de la Historia Clínica, con apoyo técnico de OPS, consolidó los aportes recopilados en la fase de implementación – evaluación y presentó 20 formularios básicos para su aprobación y aplicación.

MARCO LEGAL

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Art. 11.- “...El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.

Estos mecanismos incluyen:...

d) “Un conjunto común de datos básicos para la historia clínica;”

Art. 27.- “El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, implantará y mantendrá un sistema común de información sectorial que permitirá conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, dimensionar los recursos disponibles y la producción de los servicios para orientar las decisiones políticas y gerenciales en todos los niveles”.

Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Art. 76.- De la clasificación internacional de enfermedades.- La aplicación y uso de la clasificación internacional de enfermedades será obligatoria en todos los niveles y entidades del Sistema Nacional de Salud.

Art. 77.- De la Historia Clínica Única.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado.

Art. 78.- Obligatoriedad de uso de la historia clínica única.- El uso y aplicación de la historia clínica única serán obligatorios en las instituciones de salud que integran el sistema.

Art. 79.- Responsabilidad y uso de la historia clínica.- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona, que será la base para el sistema de referencia y contrareferencia.

Disposición transitoria 4.- El plazo para el diseño de los formularios básicos que forman parte de la historia clínica única será de un año calendario, a partir de la publicación en el Registro Oficial del presente Reglamento. (28/enero/03)

MARCO TECNICO

Definiciones

“Es el registro escrito y organizado de las actividades desarrolladas durante el proceso de la atención brindada por enfermedad y fomento de la salud a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos dentro de una unidad clínica a través de todo su ciclo vital” (OPS)

“Es un documento debidamente identificado en el que se registra la información concerniente a la salud de un paciente, sus alteraciones y evolución a través de toda su vida, cuyo propósito primordial es de servir como medio eficiente para la comunicación entre el médico tratante y los demás profesionales que intervienen en dicha atención” (OPS)

Es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad, que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del usuario. (MSP)

Objetivo general

Mejorar la calidad de la atención a los usuarios mediante la utilización de un conjunto organizado de instrumentos actualizados para asegurar la integralidad de la documentación de la Historia Clínica Única

Objetivos específicos

- Mantener disponible la evidencia documentada sobre la secuencia ordenada de los episodios de salud y enfermedad del usuario
- Mejorar la planificación de la atención a los usuarios
- Permitir una evaluación científica de la calidad de atención al usuario
- Mejorar la comunicación la comunicación entre los profesionales de la salud para la toma informada de decisiones
- Apoyar la protección de los derechos legales del usuario, del profesional responsable y del establecimiento de salud

Características

- **Veracidad.**- Registro real de las decisiones y acciones de los profesionales responsables sobre los problemas de la salud del usuario
- **Integralidad.**- Información completa sobre las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad del usuario
- **Pertinencia.**- Aplicación de criterios de racionalidad científica en el registro de los datos, de conformidad con los protocolos de atención y las guías de práctica clínica
- **Secuencialidad.**- Mantenimiento de un orden cronológico de los formularios
- **Disponibilidad.**- Existencia real y completa de los formularios y documentos complementarios para su utilización en el momento requerido
- **Oportunidad.**- Registro simultáneo de los datos mientras se realiza la atención
- **Calidad del registro.**- Llenado completo con claridad, legibilidad y estética, (evitando siglas o símbolos no autorizados), que incluya fecha y hora de atención, y nombre y firma del responsable

PROCESO DE REDISEÑO

Estructura

La Historia Clínica Única de uso ambulatorio y hospitalario está integrada por los formularios básicos, de especialidades y complementarios, que se utilizan según las necesidades de registro de los profesionales de la salud.

Modificaciones de Estructura

Los formularios para llenado manual y digital se han diseñado en hojas de cálculo. El ordenamiento de los datos se ha realizado de acuerdo a la secuencia de actividades de cada uno de los procesos asistenciales.

Todos los datos requeridos por la Historia Clínica vigente han sido clasificados y reordenados en áreas específicas de información, a los que se han agregado los nuevos datos requeridos por la actualización de los procesos preventivos y curativos.

Se ha establecido un encabezamiento y un pie de página, entre los cuales se encuentran títulos de secciones (gris oscuro), subtítulos de áreas específicas (gris claro) y celdas asignadas para el registro de los datos respectivos, de la siguiente manera:

- **Títulos numerados:** barras con el nombre del bloque de información correspondiente. En algunos títulos se describe el significado de las siglas utilizadas. Al final de algunos títulos puede aparecer la opción "No Aplica". Cuando se marca "X", significa que el profesional no considera necesario el llenado del bloque respectivo (Si es del caso, se registrará la causa)
- **Subtítulos:** barras con el nombre de los datos que deben registrarse en las celdas subyacentes o situadas a la derecha
- **Celdas (en filas o columnas)**
 - Cuadradas grises: se llenan solamente con una "X", sin exceder sus bordes
 - Rectangulares blancas: se llenan con el texto respectivo requerido en el título o subtítulo
- **Encabezado y pie de página**
 - Nombre, sexo, número de hoja y número de historia clínica del usuario
 - Fecha y hora del llenado, nombre, firma y código del responsable

Modificaciones de Nomenclatura

- El formulario 001 (Admisión y Alta) vigente, se denomina (Admisión y Alta-Egreso)
- Los formularios 003 (Anamnesis) y 004 (Examen Físico) vigentes, se unifican en el nuevo form. 003 (Anamnesis y Examen Físico)
- El formulario 006 (Epicrisis y Transferencia) vigente, se desagrega en los nuevos form. 006 (Epicrisis) y form. 053 (Referencia)
- El formulario 024 (Autorizaciones, Exoneraciones y Retiro) contiene en el reverso los datos del Consentimiento Informado
- Se agregan los form. 054 (Concentrado de Laboratorio) y form. 055 (Concentrado de Exámenes Especiales) que complementan el formulario 011 (Hoja de Pegado de Exámenes) vigente
- Se agrega el anexo 1 (Ficha Familiar)
- Se agrega el anexo 2 (Hoja Prehospitalaria)

PROCESO ADMINISTRATIVO

Apertura de la Historia Clínica Única

Los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud Pública abrirán una Historia Clínica Única (compuesto por la carpeta y el juego de formularios) a todo usuario que asiste por primera vez a demandar atención de salud. La identificación de la H.C.U. se realiza mediante un sistema dígito-terminal simple (5 dígitos) y compuesto (6 dígitos), de acuerdo a la complejidad de la unidad operativa y numeración correlativa (orden ascendente) A medida que progrese la conectividad del Sistema, se unificará la identificación única con el número de la Cédula de Identidad y/o Ciudadanía.

Archivo, acceso y custodia

Los archivos activo y pasivo se organizarán y funcionarán de acuerdo a normas técnicas. Su custodia será responsabilidad del establecimiento que genera la atención.

El acceso a la historia clínica estará permitido al usuario, al profesional responsable y a las autoridades judiciales y sanitarias, de acuerdo a la Ley.

La Historia Clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 15 años, contados a partir de la fecha de la última atención: 5 años en el archivo activo y 10 años en el archivo pasivo.

Confidencialidad

Los expedientes de las historias clínicas deben conservarse en un área restringida con acceso exclusivo al personal de salud autorizado, para asegurar la confidencialidad de la información y adoptar medidas de protección para evitar la destrucción o pérdida de los documentos

Ordenamiento

Durante la hospitalización los formularios se ordenarán de acuerdo a la siguiente secuencia (1) Signos vitales y actividades de enfermería, (2) Administración de líquidos y medicamentos, (3) Evolución y prescripciones, (4) Notas de evolución, (5) Informes de laboratorio e imagenología.

El subproceso de Estadística se encargará de registrar el nombre del paciente y el número de la Historia Clínica en todos los formularios adjuntados al expediente, mientras que el profesional responsable del uso de la Historia Clínica se encargará de numerar en forma ascendente cada uno de los grupos de formularios.

Después de concluir un tratamiento completo los grupos de formularios deben organizarse por orden cronológico. El personal de Estadística agrupará separadamente el conjunto de formularios de cada egreso hospitalario (episodio completo de internación) y el conjunto de formularios de cada alta de consulta externa.

PROCESO TÉCNICO

Nomenclatura

La Comisión Ministerial de Historia Clínica ha conservado (en lo posible) la numeración y nomenclatura original de los formularios vigentes, utilizados en los diferentes niveles de complejidad

FORMULARIO			SERVICIOS USUARIOS
NÚMERO	ANVERSO	REVERSO	
001	ADMISIÓN	ALTA - EGRESO	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
002	ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO	EVOLUCIÓN	CONSULTA EXTERNA
003	ANAMNESIS	EXAMEN FÍSICO	HOSPITALIZACIÓN
005	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (1)	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (2)	CONSULTA EXTERNA –HOSPITALIZACIÓN- EMERGENCIA
006	EPICRISIS (1)	EPICRISIS (2)	HOSPITALIZACIÓN
007	INTERCONSULTA – SOLICITUD	INTERCONSULTA - INFORME	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
008	EMERGENCIA (1)	EMERGENCIA (2)	EMERGENCIA
010	LABORATORIO CLÍNICO – SOLICITUD (010-A)	LABORATORIO CLÍNICO - INFORME (010-B)	CONSULTA EXTERNA – HOSPITALIZACIÓN Emergencia – LABORATORIO
012	IMAGENOLOGÍA - SOLICITUD (012-A)	IMAGENOLOGÍA – INFORME (012-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - IMAGENOLOGÍA
013	HISTOPATOLOGIA - SOLICITUD (013-A)	HISTOPATOLOGIA – INFORME (013-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA – Histopatología
020	SIGNOS VITALES (1)	SIGNOS VITALES (2)	HOSPITALIZACIÓN
022	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1)	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA – OBSERVACIÓN
024	AUTORIZACIONES, EXONERACIONES	CONSENTIMIENTO INFORMADO	HOSPITALIZACIÓN – EMERGENCIA
033	ODONTOLOGÍA (1)	ODONTOLOGÍA (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
038	TRABAJO SOCIAL - EVALUACIÓN	TRABAJO SOCIAL - EVOLUCIÓN	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
053	REFERENCIA	CONTRAREFERENCIA	CONSULTA EXTERNA – HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
054	CONCENTRADO DE LABORATORIO (1)	CONCENTRADO DE LABORATORIO (2)	CONSULTA EXTERNA – HOSPITALIZACIÓN
055	CONCENTRADO DE EX. ESPECIALES (1)	CONCENTRADO DE EX. ESPECIALES (2)	CONSULTA EXTERNA – HOSPITALIZACIÓN
ANEXO 1	FICHA FAMILIAR	FICHA FAMILIAR	ATENCION EXTRAMURAL FAMILIAR

	(1) , (3)	(2) , (4)	
ANEXO 2	ATENCION PREHOSPITALARIA		RED DE AMBULANCIAS - EMERGENCIA

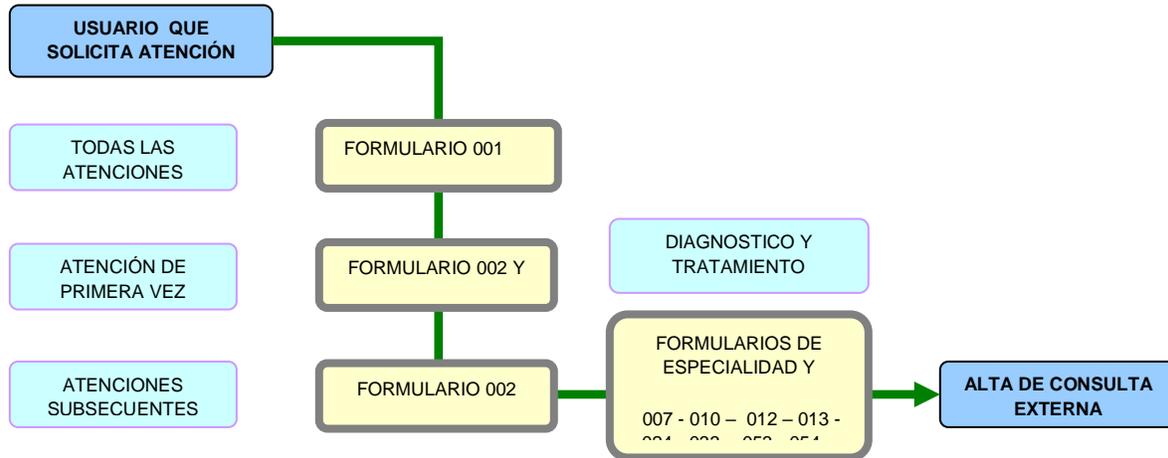
Cuadro 2.- FORMULARIOS BÁSICOS, SERVICIOS INVOLUCRADOS Y PERSONAL RESPONSABLE

FORMULARIO		SERVICIO				PERSONAL DE LA SALUD								
NÚMERO	NOMBRE	CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS DE DIAGNOSTICO	EMERGENCIA	INTERNACIÓN	ESTADÍSTICO	ENFERMERA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	MÉDICO	ODONTÓLOGO	OBSTETRIZ	PSICÓLOGO	TECNÓLOGO	SOCIAL
001	ADMISION Y ALTA – EGRESO	X	X	X	X	X			X		X	X		
002	CONSULTA EXTERNA	X							X		X	X		
003	ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO				X				X		X	X		
005	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES				X				X		X	X		
006	EPICRISIS				X				X		X	X		
007	INTERCONSULTA	X		X	X				X		X	X		
008	EMERGENCIA			X					X		X	X		
010	LABORATORIO CLÍNICO	X	X	X	X				X		X	X	X	
012	IMAGENOLOGÍA	X	X	X	X				X		X		X	
013	HISTOPATOLOGIA	X	X		X				X		X			
020	SIGNOS VITALES			X	X		X	X						
022	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS			X	X		X	X						
024	AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO	X		X	X				X	X	X	X		
033	ODONTOLOGÍA	X						X		X				
038	TRABAJO SOCIAL	X		X	X									X
053	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	X		X	X				X	X	X	X		

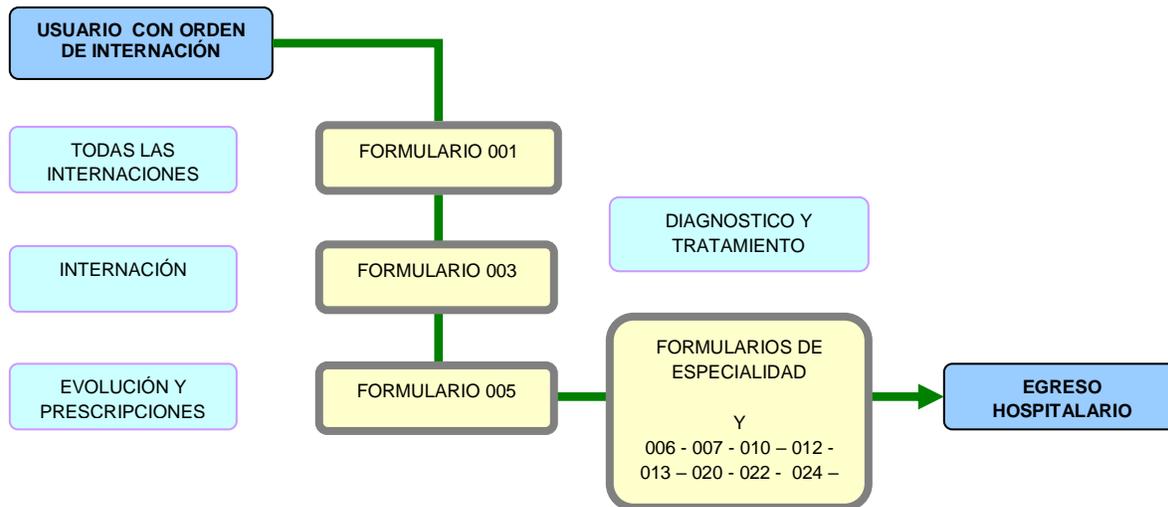
054	CONCENTRADO DE LABORATORIO	X			X				X	X	X	X		
055	CONCENTRADO DE EXÁMENES ESPECIALES	X			X				X	X	X	X		
ANEXO 1	FICHA FAMILIAR	X					X	X	X	X	X	X		X
ANEXO 2	ATENCION PRE HOSPITALARIA			X					X				X	

Secuencia de utilización

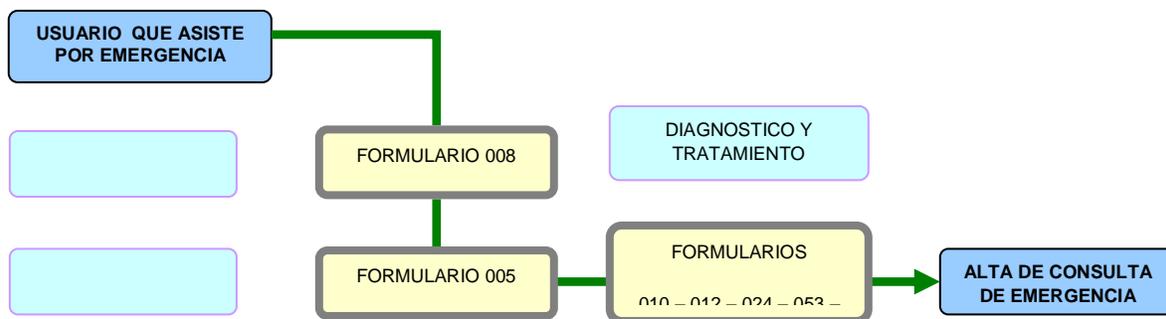
Cuadro 3.- USO DE FORMULARIOS EN CONSULTA EXTERNA



Cuadro 4.- USO DE FORMULARIOS EN HOSPITALIZACIÓN Y OBSERVACIÓN



Cuadro 5.- USO DE FORMULARIOS EN EMERGENCIA



DESCRIPCIÓN DE LOS FORMULARIOS E INSTRUCCIONES DE LLENADO

FORMULARIO 001 – ADMISIÓN Y ALTA-EGRESO

Objetivo

Mantener disponible un registro actualizado con la información completa y organizada del usuario en cada una de las admisiones, altas y egresos para uso del personal autorizado.

Nº	TÍTULO	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	--------	------------	--------------------------

REGISTRAR LA INSTITUCION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: : MSP, IESS-SSC, FFAA., POLICIA NACIONAL, SOLCA, JBG, ONGs Y OTRAS MENCIONADAS EN EL ART. 7 DE LA LOSNS

REGISTRAR EL NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA

REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO A LA UNIDAD OPERATIVA

REGISTRAR LOS CODIGOS DE LA PARROQUIA, CANTON Y PROVINCIA DONDE ESTÁ SITUADA LA UNIDAD OPERATIVA

REGISTRAR EL NÚMERO DE HISTORIA ASIGNADO AL USUARIO POR LA UNIDAD OPERATIVA

ANVERSO: ADMISIÓN

1	REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN	IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	REGISTRAR LOS APELLIDOS Y NOMBRES Y EL N° DE CEDULA DE CIUDADANÍA DEL USUARIO
		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ANOTAR LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL SEÑALANDO BARRIO, PARROQUIA ETC. EN LA ZONA RURAL SE PUEDE AGREGAR REFERENCIAS CONOCIDAS DE LA ZONA. ESCRIBIR "U" SI ES ZONA URBANA O "R" SI ES ZONA RURAL Y EL NÚMERO DE TELÉFONO
		NACIMIENTO, NACIONALIDAD Y GRUPO CULTURAL	ANOTAR LA FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO. NACIONALIDAD: CORRESPONDE AL PAÍS DE ORIGEN. REGISTRAR EL GRUPO CULTURAL QUE CORRESPONDE A LA PERTENENCIA A UN PUEBLO O CONJUNTO DE COMUNIDADES RECONOCIDAS POR EL ESTADO, QUE COMPARTEN FORMAS COMUNES DE IDENTIDAD, ORGANIZACIÓN, COSTUMBRES, LENGUA, CREENCIAS Y COSMOVISIÓN
		EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN	SEÑALAR LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS, EN EL CASO DEL MENOR DE 1 AÑO, REGISTRAR "0". MARCAR CON "X" EL SEXO, Y EL ESTADO CIVIL. REGISTRAR EL ÚLTIMO AÑO APROBADO, SEGUIDO DE LA LETRA "B" PARA BÁSICO O "U" PARA UNIVERSIDAD
		FECHA DE ADMISIÓN	ESCRIBIR LA FECHA DE LA ADMISION
		OCUPACIÓN	DESCRIBIR LA ACTIVIDAD ECONÓMICA HABITUAL
		EMPRESA DONDE TRABAJA	ESCRIBIR EL NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE REALIZA EL TRABAJO ACTUAL
		TIPO DE SEGURO DE SALUD	REGISTRAR EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE CUBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL USUARIO
		REFERIDO DE:	REGISTRAR EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE AL USUARIO
		EN CASO NECESARIO LLAMAR A:	REGISTRAR LOS DATOS DE LOCALIZACIÓN DE UN FAMILIAR O PERSONA CONOCIDA A LA QUE SE PUEDE AVISAR NOVEDADES DE SALUD DEL USUARIO, SU PARENTESCO, DIRECCIÓN, TELÉFONO.
		ADMISIONISTA	ESCRIBIR EL CÓDIGO O LAS INICIALES DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL LLENADO
2	REGISTRO DE NUEVAS ADMISIONES PARA ATENCIONES PRIMERAS Y SUBSECUENTES	NÚMERO DE ORDEN Y FECHA	DE ACUERDO AL NÚMERO DE ADMISIÓN DE UNA ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE, REGISTRE LA FECHA DE LLEGADA DEL USUARIO
		EDAD	REGISTRAR LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN. SI ES MENOR DE 1 AÑO, MARCAR "0"
		REFERIDO DE:	REGISTRAR EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE AL USUARIO PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO. EN CASO DE PROCEDER DE OTRA UNIDAD DE SALUD,
		ATENCIÓN PRIMERA O SUBSECUENTE	MARCAR "X" SEGÚN LA ATENCIÓN ES DE PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE PARA CONSULTAS PREVENTIVAS O DE MORBILIDAD
		ADMISIONISTA	ESCRIBIR CÓDIGO DEL ADMISIONISTA O RESPONSABLE QUE LLENA LA ADMISIÓN DE PRIMERA VEZ
3	REGISTRO DE CAMBIOS (NECESARIO PARA ACTUALIZAR DATOS)	FECHA	REGISTRAR LA FECHA DE LA ATENCIÓN
		ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN OCUPACIÓN	REGISTRE EL ESTADO CIVIL DE ACUERDO REGISTRAR EL NUEVO DATO QUE CORRESPONDA A INSTRUCCIÓN, OCUPACIÓN, EMPRESA Y TIPO DE SEGURO DE SALUD,
		DIRECCIÓN	REGISTRAR LA NUEVA DIRECCIÓN EN CASO DE HABER CAMBIO DE LA MISMA, LLENAR DE ACUERDO AL LLENADO DEL BLOQUE 1
4	INFORMACIÓN ADICIONAL		REGISTRAR LOS DATOS ADICIONALES DEL USUARIO REQUERIDOS POR LAS DIFERENTES ENTIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:, MSP, IESS, PRIVADOS, COMUNITARIOS ESTE BLOQUE SERÁ NORMATIZADO POR CADA UNA DE LAS INSTITUCIONES, SEGÚN SUS NECESIDADES TÉCNICAS O ADMINISTRATIVAS

REVERSO: ALTA – EGRESO

5	ALTA AMBULATORIA	CARACTERÍSTICAS	FECHAS DE ADMISIÓN Y ALTA: - EN LA CELDA SUPERIOR REGISTRAR LA FECHA DE ADMISIÓN PARA ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ POR MORBILIDAD ESPECÍFICA (Esta fecha se registrara al inicio o cuando el usuario demanda por primera vez la atención de su problema de salud) - EN LA CELDA INFERIOR REGISTRAR LA FECHA DE ALTA O DE LA ÚLTIMA ATENCIÓN POR LA MISMA MORBILIDAD (Esta fecha se registrara luego de que el paciente haya sido dado de alta)
			CONSULTAS DE EMERGENCIA: REGISTRAR EL NÚMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA POR UNA MORBILIDAD ESPECÍFICA NUMERO DE CONSULTAS EXTERNAS: REGISTRAR EL NÚMERO DE ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA (DE PRIMERA VEZ MÁS LAS SUBSECUENTES) POR UNA MISMA MORBILIDAD ESPECÍFICA
			ESPECIALIDAD DEL SERVICIO: REGISTRAR LA ESPECIALIDAD DEL SERVICIO DESDE EL QUE SE ORDENA EL ALTA: MEDICINA, PEDIATRIA, GINECO OBSTETRICIA, CIRUGÍA, SALUD MENTAL
CONDICION DEL ALTA: MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES DE CONDICION AL ALTA, O MUERTO.			
		DIAGNÓSTICO	DIAGNOSTICOS O SÍNDROMES: REGISTRAR HASTA 4 DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES EN ORDEN DE IMPORTANCIA CIE: ANOTAR EL CÓDIGO CIE CORRESPONDIENTE. PRESUNTIVO O DEFINITIVO: MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES: PRESUNTIVO O DEFINITIVO.
		TRATAMIENTO	MARCAR "X" SI EL TRATAMIENTO FUE CLÍNICO O QUIRÚRGICO REGISTRAR LOS 2 PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICO MÁS IMPORTANTES REALIZADOS REGISTRAR EL CODIGO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO
6	EGRESO HOSPITALARIO	CARACTERÍSTICAS	FECHAS DE ADMISIÓN Y EGRESO: - EN LA CELDA SUPERIOR REGISTRAR LA FECHA DE ADMISIÓN (CORRESPONDE A DE FECHA DE INTERNACIÓN POR MORBILIDAD ESPECÍFICA) - EN LA CELDA INFERIOR REGISTRAR LA FECHA DE EGRESO: (CORRESPONDE A LA SALIDA DEL ESTABLECIMIENTO CON O SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA)
			DIAS DE ESTADA: CALCULAR Y REGISTRAR LOS DIAS DE ESTADA, SEGÚN NORMA. REGISTRAR "1", SI EL PACIENTE INGRESA Y EGRESA EL MISMO DÍA
			SERVICIO: REGISTRAR EL SERVICIO EN EL QUE HA PERMANECIDO EL PACIENTE INTERNADO LA MAYOR CANTIDAD DE DÍAS DE ESTADA
			CONDICION DEL EGRESO: MARCAR "X" SEGÚN EL ESTADO DEL PACIENTE AL EGRESO: ALTA O MUERTE: MENOS DE 48 HORAS O MAYOR DE 48 HORAS
		DIAGNÓSTICO	DIAGNOSTICOS O SÍNDROMES: REGISTRAR HASTA 4 DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES EN ORDEN DE IMPORTANCIA CIE: ANOTAR EL CÓDIGO CIE CORRESPONDIENTE. PRESUNTIVO O DEFINITIVO: MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES: PRESUNTIVO O DEFINITIVO..
		TRATAMIENTO	MARCAR "X" SI EL TRATAMIENTO FUE CLÍNICO O QUIRÚRGICO REGISTRAR LOS 2 PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS: MÁS IMPORTANTES REALIZADOS ESCRIBIR EL CODIGO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO

Notas al 001

- a. En las unidades operativas que posean de estructura de Estadística, el anverso será llenado por el admisionista
- b. En los subcentros de salud, el anverso será llenado por el personal de enfermería
- c. En todas las unidades operativas, el reverso será llenado por el profesional responsable de la atención, a excepción de la codificación CIE-10 que lo hará el personal de Estadística.
- d. El personal de Estadística revisará la integralidad del llenado del anverso y reverso
- e. El personal de Estadística llenará el nombre del usuario y el número de Historia Clínica Única en todos los formularios adjuntos

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)		BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	N° TELÉFONO		
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO H M	ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU U-L		INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO	
FECHA DE ADMISIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:			
EN CASO NECESARIO LLAMAR A:		PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° TELÉFONO			

CODIGO ADMISIONISTA

CODIGO

COD= CÓDIGO U= URBANA R= RURAL M= MASCULINO F= FEMENINO SOL= SOLTERO CAS= CASADO DIV= DIVORCIADO VIU= VIUDO U-L= UNIÓN LIBRE

2 REGISTRO DE NUEVAS ADMISIONES PARA ATENCIONES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES

N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE:	PRIMERA	SUB SECUENTE	CÓDIGO ADMISIONISTA	N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE:	PRIMERA	SUB SECUENTE	CÓDIGO ADMISIONISTA
1							11						
2							12						
3							13						
4							14						
5							15						
6							16						
7							17						
8							18						
9							19						
10							20						

Anverso

3 REGISTRO DE CAMBIOS

1	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	
	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NUMERO O MANZANA Y CA)		BARRIO	ZONA	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA
2	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	
	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NUMERO O MANZANA Y CA)		BARRIO	ZONA	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA
3	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	
	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NUMERO O MANZANA Y CA)		BARRIO	ZONA	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA
4	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	
	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NUMERO O MANZANA Y CA)		BARRIO	ZONA	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA

4 INFORMACIÓN ADICIONAL

ESPACIO RESERVADO PARA REGISTRAR OTROS DATOS ESPECIFICOS DEL USUARIO REQUERIDOS POR LA INSTITUCIÓN QUE CONSTA EN EL ENCABEZAMIENTO

5 ALTA AMBULATORIA

NUMERO DE ORDEN	FECHAS DE ADMISION Y ALTA DIA/MES/AÑO	CARACTERÍSTICAS				DIAGNOSTICO						TRATAMIENTO								
		CONSULTAS DE EMERGENCIA	NUMERO DE CONSULTAS EXTERNAS	ESPECIALIDAD DEL SERVICIO	CONDICIÓN AL ALTA			DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES	CIE	PRESUNTIVO	DEFINITIVO	DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES	CIE	PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CLÍNICO	QUIRÚRGICO	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS PRINCIPALES	CÓDIGO DEL RESPONSABLE	
					CURADO	IGUAL	PEOR													MUERTO
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

Reverso

6 EGRESO HOSPITALARIO

NUMERO DE ORDEN	FECHAS DE ADMISION Y EGRESO DIA/MES/AÑO	ESTADA	SERVICIO	CONDICIÓN AL EGRESO			DIAGNOSTICO						TRATAMIENTO								
				ALTA	MUERTE MENOS DE 48 HORAS	MUERTE MAS DE 48 HORAS	DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES	CIE	PRESUNTIVO	DEFINITIVO	DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES	CIE	PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CLÍNICO	QUIRÚRGICO	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS PRINCIPALES	CÓDIGO DEL RESPONSABLE			
																			ALTA	MUERTE MENOS DE 48 HORAS	MUERTE MAS DE 48 HORAS
1																					
2																					
3																					
4																					

FORMULARIO 002 – CONSULTA EXTERNA

Objetivo

Mantener un registro sistemático de los datos recopilados de diagnóstico, tratamiento y evolución de los problemas de salud, de acuerdo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica o de la bibliografía disponible.

Nº	TÍTULOS	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ESTABLECIMIENTO</th> <th>NOMBRE Y APELLIDO</th> <th>SEXO</th> <th>EDAD</th> <th>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA</th> </tr> </thead> </table>				ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA				
ANVERSO: CONSULTA EXTERNA – ANAMNESIS								
1	MOTIVO DE CONSULTA		DESCRIBIR LA CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE CONSULTA, EN PALABRAS TEXTUALES DEL USUARIO					
2	ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		REGISTRAR EL RESULTADO ORGANIZADO DEL INTERROGATORIO DE SÍNTOMAS ACERCA DEL PROBLEMA MOTIVO DE CONSULTA					
3	ANTECEDENTES PERSONALES		REGISTRAR EL RESULTADO ORGANIZADO DEL INTERROGATORIO, ACERCA DE PROBLEMAS DE SALUD ANTERIORES AL MOTIVO DE CONSULTA					
4	ANTECEDENTES FAMILIARES		MARCAR "X" SI EXISTEN LOS ANTECEDENTES DEFINIDOS EN LAS CELDAS 1 - 10, REGISTRAR LOS PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, ANTEPONIENDO EL NÚMERO DEL PROBLEMA SEÑALADO.					
5	REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS		MARCAR "X" SI SE ENCUENTRA EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "CP" O SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "SP", DE LAS OPCIONES SEÑALADAS DESCRIBIR SOLAMENTE LOS SÍNTOMAS ENCONTRADOS EN LAS OPCIONES CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA, ANTEPONIENDO EL NÚMERO CORRESPONDIENTE,					
6	SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA	FECHA	ANOTAR LA FECHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ Y DE LAS ATENCIONES SUBSECUENTES RESPECTIVAS					
		SIGNOS	ANOTAR LOS VALORES OBTENIDOS SOBRE TEMPERATURA, PRESIÓN ARTERIAL, PULSO, FRECUENCIA RESPIRATORIA Y PESO / TALLA					
7	EXAMEN FÍSICO REGIONAL		MARCAR "X" SI SE ENCUENTRA EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "CP" O SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "SP". EN LAS OPCIONES DE EXAMEN SEÑALADAS DESCRIBIR SOLAMENTE LOS SIGNOS DE LAS OPCIONES CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA, ANTEPONIENDO EL NÚMERO RESPECTIVO					
8	DIAGNÓSTICO	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS; O DEFINITIVOS					
		CIE	ESCRIBIR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES					

9	PLAN DE TRATAMIENTO		REGISTRAR EL CONJUNTO ORGANIZADO DE SOLICITUDES DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO CLÍNICO, IMAGENOLOGÍA Y OTROS
			REGISTRAR EL CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES FÁRMACO TERAPÉUTICAS O INTERVENCIONES PROGRAMADAS
			REGISTRAR LAS RECOMENDACIONES O INDICACIONES ACERCA DE LOS ESTILOS DE VIDA
FECHA HORA NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA			
REVERSO: CONSULTA EXTERNA – EXAMEN FÍSICO			
10	EVOLUCIÓN	FECHA – NOTAS	ANOTAR LA FECHA (DIA / MES / AÑO)
			DESCRIBIR EL PROGRESO EN EL TRATAMIENTO Y NUEVOS DATOS DE ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO. ESCRIBIR LA FIRMA DE RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL TRATANTE
11	PRESCRIPCIONES	INDICACIONES Y FARMACOTERAPIA	REGISTRAR LAS INDICACIONES PARA ENFERMERÍA, FARMACOTERAPIA E INSUMOS: NOMBRE, PRESENTACIÓN, VÍA, DOSIS, FRECUENCIA Y PERIODO. ESCRIBIR LA FIRMA DE RESPONSABILIDAD
		ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	REGISTRAR CON UNA SUMILLA EL CUMPLIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Notas al 002

- a. Los signos vitales serán registrados en la preconsulta por el personal de enfermería y verificados por el médico durante la consulta
- b. En la posconsulta, el personal de enfermería registrará la administración de fármacos e insumos prescritos
- c. En las atenciones preventivas se utilizarán los formularios específicos de cada programa

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (H-M)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA

1 MOTIVO DE CONSULTA

--

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Anverso

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPER TENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULO SIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. OTRO ANTECEDENTE	10. SIN ANTECEDENTES

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA
 SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP																		
1			ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS			3			CARDIO VASCULAR			5			GENITAL			7			MÚSCULO ESQUELÉTICO			9			HEMO LINFÁTICO		
2			RESPIRATORIO			4			DIGESTIVO			6			URINARIO			8			ENDOCRINO			10			NERVIOSO		

6 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA

FECHA DE MEDICION				
TEMPERATURA °C				
PRESION ARTERIAL				
PULSO / min	FRECUENCIA RESPIRATORIA			
PESO / Kg	TALLA / cm			

7 EXAMEN FÍSICO REGIONAL

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES
 SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP																						
1			CABEZA			2			CUELLO			3			TÓRAX			4			ABDOMEN			5			PELVIS			6			EXTREMIDADES

8 DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO
 DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1						3					
2						4					

9 PLAN DE TRATAMIENTO

REGISTRAR LOS PLANES: DIAGNOSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

CODIGO

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------	------	------------------------	-------	----------------

FORMULARIO 003 – ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Objetivo

Disponer de un registro sistemático de datos de diagnóstico y tratamiento, que permita ampliar la información clínica del Formulario 002 en caso de orden de Internación desde Consulta Externa o Emergencia.

Nº	TÍTULOS	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: ANAMNESIS			
	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO EDAD NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	MOTIVO DE CONSULTA		DESCRIBIR LA CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE CONSULTA, EN PALABRAS TEXTUALES DEL USUARIO
2	ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	10 OPCIONES	REGISTRAR EL RESULTADO ORGANIZADO DEL INTERROGATORIO DE SÍNTOMAS ACERCA DEL PROBLEMA MOTIVO DE CONSULTA: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, FACTORES QUE AGRAVAN O MEJORAN, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, RESULTADOS DE EXÁMENES ANTERIORES, CONDICIÓN ACTUAL
3	ANTECEDENTES PERSONALES	24 OPCIONES	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES DE ANTECEDENTES PERSONALES DESCRIBIR LA OPCIÓN ELEGIDA ANTEPONIENDO EL NÚMERO RESPECTIVO REGISTRAR LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LA PACIENTE FEMENINA
4	ANTECEDENTES FAMILIARES	10 OPCIONES	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES DE ANTECEDENTES FAMILIARES DESCRIBIR LA OPCIÓN ELEGIDA ANTEPONIENDO EL NÚMERO RESPECTIVO,
5	REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS	ÓRGANOS Y SISTEMAS	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES DE ORGANOS Y SISTEMAS: CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "CP" O SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "SP". DESCRIBIR LOS SÍNTOMAS SOLAMENTE DE LAS OPCIONES CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA, DIFERENTE AL MOTIVO DE CONSULTA
REVERSO: EXAMEN FÍSICO			
6	SIGNOS VITALES Y MEDICIONES	SIGNOS Y MEDICIONES	REGISTRAR LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA BUCAL Y/O AXILAR, PESO, TALLA, PERÍMETRO. CEFÁLICO
7	EXAMEN FÍSICO	REGIONAL	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES: CON PATOLOGÍA O SIN PATOLOGÍA REGISTRAR SOLAMENTE LOS SIGNOS DE LAS REGIONES ANATÓMICAS ENCONTRADAS CON PATOLOGÍA
		SISTÉMICO	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES: CON PATOLOGÍA O SIN PATOLOGÍA REGISTRAR SOLAMENTE LOS SIGNOS DE LOS SISTEMAS ENCONTRADOS CON PATOLOGÍA

8	DIAGNOSTICO	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS
		CIE	REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.
9	PLAN DE TRATAMIENTO		REGISTRAR EL CONJUNTO ORGANIZADO DE SOLICITUDES DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO CLÍNICO, IMAGENOLOGÍA Y OTROS REGISTRAR EL CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES FÁRMACO TERAPÉUTICAS O INTERVENCIONES PROGRAMADAS REGISTRAR LAS RECOMENDACIONES ACERCA DEL ESTILO DE VIDA
<p style="text-align: center;">FECHA HORA NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA</p>			

Notas al 003

Este formulario se utilizará los pacientes que ingresan al hospital o para ampliar la información del formulario 002, en caso de existir una orden de internación desde los servicios de Consulta Externa o Emergencia.

FORMULARIO 005 – EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES

Objetivo

Conservar un registro secuencial del progreso clínico, variaciones del tratamiento y prescripciones realizadas por el profesional responsable del paciente hospitalizado

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ANVERSO Y REVERSO : EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (1) y (2)				
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	EVOLUCIÓN	FECHA	REGISTRAR EL DÍA, MES Y AÑO DE LA ATENCIÓN	
		HORA	REGISTRAR HORA DE INICIO DE LA ATENCIÓN	
		NOTAS	DESCRIBIR EL PROGRESO DEL TRATAMIENTO Y LOS NUEVOS DATOS DE ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO. REGISTRAR LA FIRMA AL PIE DE CADA NOTA	
2	PRESCRIPCIONES	INDICACIONES	REGISTRAR LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS. INDICACIONES DE ACTIVIDADES PARA ENFERMERÍA U OTRO PERSONAL DE SALUD, FARMACOTERAPIA Y PROCEDIMIENTOS. REGISTRAR LA FIRMA AL PIE DEL GRUPO DE PRESCRIPCIONES	
		ADMINISTRACIÓN	REGISTRAR LA ADMINISTRACIÓN VERIFICADA DE CADA PRESCRIPCIÓN. CON LA FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	

FORMULARIO 006 - EPICRISIS

Objetivo

Mantener disponible un resumen completo de los eventos diagnósticos, terapéuticos y de evolución de un episodio de hospitalización, desde el ingreso hasta el egreso

Nº	TÍTULOS	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	------------	--------------------------

ANVERSO: EPICRISIS (1)				
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			ESCRIBIR UN RESUMEN DEL ESTADO ACTUAL EN BASE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DESDE SU APARICIÓN HASTA EL MOMENTO DE LLENADO O DE ALTA O EGRESO DEL PACIENTE.
2	RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES			ESCRIBIR UNA SÍNTESIS DE LOS SUCESOS MAS IMPORTANTES EN EL DESARROLLO DE LA EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO DE LAS COMPLICACIONES ENCONTRADAS
3	HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			ESCRIBIR UNA SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS MAS IMPORTANTES DE LAS DETERMINACIONES DE LABORATORIO E INFORMES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DE DIAGNÓSTICO
REVERSO: EPICRISIS (2)				
4	RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS			ESCRIBIR UNA SÍNTESIS DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO PROPUESTOS Y REALIZADOS Y DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS REALIZADOS
5	DIAGNOSTICO DE INGRESO	CATEGORÍA		REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS
		CIE		REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.
6	DIAGNOSTICOS DE EGRESO	CATEGORÍA		REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS
		CIE		REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.
7	CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO			DESCRIBIR EL ESTADO CLÍNICO AL MOMENTO DEL EGRESO. EVENTOS CLÍNICOS PREVISIBLES, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DEL EGRESO Y EN CASO DE REFERENCIA, INDICAR EL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO

8	MÉDICOS TRATANTES	NOMBRE, ESPECIALIDAD Y CÓDIGO	ANOTAR LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE LAS DIFERENTES FASES DE TRATAMIENTO DURANTE LA INTERNACIÓN			
		FECHAS	REGISTRAR EL PERIODO DE RESPONSABILIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE			
9	EGRESO	ALTA	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES ASINTOMÁTICO, DISCAPACIDAD LEVE, MODERADA O GRAVE, RETIRO VOLUNTARIO (POR SOLICITUD DEL USUARIO Y SIN AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE) RETIRO INVOLUNTARIO (SIN SOLICITUD DEL USUARIO NI AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE)			
		DEFUNCIÓN	MARCAR "X" SI EL FALLECIMIENTO SE PRODUCE EN MENOS DE 48 HORAS O MÁS DE 48 HORAS DE INTERNACIÓN			
		DÍAS DE ESTADA	CALCULAR LOS DÍAS DE ESTADA, SEGÚN NORMA. REGISTRAR "1", SI EL PACIENTE INGRESA Y EGRESA EL MISMO DÍA			
		INCAPACIDAD	REGISTRAR SI ES LEVE, MODERADA O GRAVE, LOS DÍAS DE REPOSO O INCAPACIDAD. REGISTRE LA REFERENCIA SI EL PACIENTE FUE REFERIDO.			
		FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA

Notas al 006

El llenado de este formulario es obligatorio antes del alta o egreso, e implica el final del tratamiento o del episodio de una patología específica

Anverso

FORMULARIO 007 - INTERCONSULTA

Objetivo

Disponer de un registro sistematizado de los datos de las solicitudes e informes de interconsulta

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ANVERSO: INTERCONSULTA – SOLICITUD					
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
1	CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO		ESCRIBIR LOS NOMBRES DE LA UNIDAD DE ORIGEN Y DESTINO, SALA Y CAMA DEL USUARIO		
			MARCAR "X" SEGÚN SEA NORMAL O URGENTE ESCRIBIR EL ESTABLECIMIENTO Y DESDE QUE SERVICIO SE CONSULTA		
			DESCRIBIR LA CAUSA REAL QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA		
2	CUADRO CLÍNICO ACTUAL		ESCRIBIR UN RESUMEN ORGANIZADO DE LOS DATOS DE LA ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, CON ÉNFASIS EN LA PATOLOGÍA QUE SE CONSULTA.		
3	RESULTADOS DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		REGISTRAR LOS DATOS MAS IMPORTANTES DE LABORATORIO CLÍNICO , IMAGENOLOGÍA Y OTROS EXÁMENES ESPECIALES		
4	DIAGNOSTICOS	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS		
		CIE	REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.		
5	TRATAMIENTO REALIZADO		ESCRIBIR EL CONJUNTO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, MEDIDAS EDUCATIVAS, FARMACOLÓGICAS, PROCEDIMIENTOS		
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA
REVERSO: INTERCONSULTA – INFORME					
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
6	CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA		REGISTRAR EL INFORME DEL SERVICIO Y/O PROFESIONAL CONSULTADO, DESPUÉS DE LA REVISIÓN DEL PACIENTE		

7	RESUMEN DEL CRITERIO CLINICO		ESCRIBIR UNA SÍNTESIS DEL CRITERIO MÉDICO, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD DEL USUARIO
8	DIAGNÓSTICO	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS
		CIE	ANOTAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10
9	EXAMENES COMPLEMENTARIOS PROPUESTOS		ESCRIBIR EL CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES FÁRMACO TERAPÉUTICAS E INDICACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA Y EDUCACIÓN ESPECÍFICA RECOMENDADOS POR EL PROFESIONAL INTERCONSULTADO.
10	PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO		ESCRIBIR EL PLAN DIAGNÓSTICO CON LAS PRINCIPALES PRUEBAS NECESARIAS PARA DEFINIR EL DIAGNÓSTICO Y EVALUAR LA RESPUESTA
FECHA HORA NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA			

FORMULARIO 008 - EMERGENCIA

Objetivo

Mantener disponible un registro sistemático de los datos recopilados durante la atención de a los usuarios en el servicio de emergencia

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: EMERGENCIA (1)			
	INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA	CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	REGISTRO DE ADMISIÓN		<p>REGISTRAR LOS DATOS COMPLETOS DE IDENTIFICACIÓN Y DIRECCIÓN DEL USUARIO, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, PAÍS DE NACIONALIDAD Y GRUPO CULTURAL (SI AMERITA)</p> <p>REGISTRAR LA FECHA DE ADMISION Y LOS DATOS LABORALES</p> <p>REGISTRAR EL NOMBRE DE UN FAMILIAR O AMIGO PARA EL CASO DE QUE SEA NECESARIO LA PRESENCIA URGENTE,</p> <p>MARCAR "X" EN LA FORMA DE LLEGADA DOSCRIBIR LA FUENTE DE INFORMACIÓN, INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE Y NÚMERO TELEFÓNICO RESPECTIVO</p>
2	INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO		<p>REGISTRAR LA HORA Y MARCAR "X" EN LA CAUSA QUE OCASIONA LA LLEGADA A EMERGENCIA</p> <p>MARCAR "X" SI SE HA NOTIFICADO LA EMERGENCIA A LA POLICIA Y SI EXISTE OTRO MOTIVO DE CONSULTA (ESPECIFICAR)</p> <p>REGISTRAR EL GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh, SI ESTÁ DISPONIBLE</p>
3	ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS		<p>MARCAR "X" EN LAS OPCIONES SEÑALADAS Y REGISTRAR EL RESULTADO DEL INTERROGATORIO SOBRE CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, FRECUENCIA Y FACTORES AGRAVANTES DEL PROBLEMA</p>
4	ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO Y QUEMADURA		<p>REGISTRAR LA FECHA,, EL LUGAR (HOGAR, VIA PÚBLICA,, FABRICA) Y DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO</p> <p>MARCAR "X" SI EL PACIENTE ACUDE CON CUSTODIA POLICIAL</p> <p>MARCAR "X" SEGÚN EL TIPO DE EMERGENCIA Y ESCRIBIR LAS OBSERVACIONES</p> <p>MARCAR "X" SI EL PACIENTE TIENE ALIENTO ETÍLICO</p> <p>REGISTRAR EL VALOR ALCOCHECK, SI ESTÁ DISPONIBLE</p>
5	ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES		<p>MARCAR "X" EN LOS ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES SEÑALADOS Y DESCRIBIR LOS DETALLES RESUMIDOS DEL ANTECEDENTE."</p>
REVERSO: EMERGENCIA (2)			

6	SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES	SIGNOS VITALES Y MEDICIONES	REGISTRAR LOS DATOS RECOPIADOS DE PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA, PESO, TALLA,
		VALORES	REGISTRAR LOS VALORES CALCULADOS DE LA ESCALA DE GLASGOW REGISTRAR LOS VALORES REACCIÓN PUPILAR DERECHA E IZQUIERDA, TIEMPO DE LLENADO CAPILAR Y SATURACIÓN DE OXÍGENO (SI SE DISPONE)
7	EXAMEN FÍSICO		MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGIA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGIA REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS
8	LOCALIZACION DE LESIONES		ESCRIBIR EN EL DIAGRAMA EL NÚMERO DE LA LESION CORRESPONDIENTE A LA REGION AFECTADA REGISTRAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL DIAGRAMA TOPOGRAFICO, SI ES NECESARIA UNA ACLARACIÓN
9	EMERGENCIA OBSTÉTRICA		REGISTRAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA REALIZAR OBSERVACIONES ADICIONALES, SI AMERITA
10	SOLICITUD DE EXÁMENES		MARCAR "X" EN LAS CELDAS DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS NECESARIOS ANOTAR UNA DESCRIPCION EN LA PARTE INFERIOR DEL BLOQUE.
11	DIAGNÓSTICOS DE INGRESO		REGISTRAR EL NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO DE INGRESO SI ES PRESUNTIVO O DEFINITIVO ESCRIBIR LA CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES "CIE"
12	DIAGNÓSTICOS DE ALTA		REGISTRAR EL NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO DE INGRESO SI ES PRESUNTIVO O DEFINITIVO ESCRIBIR LA CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES "CIE"
13	PLAN DE TRATAMIENTO	INDICACIONES	DESCRIBIR LAS INDICACIONES GENERALES PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO O LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS
		MEDICAMENTOS	REGISTRAR EL NOMBRE GENÉRICO DEL PRINCIPIO ACTIVO CON LA CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN RESPECIVA REGISTRAR LA POSOLOGÍA Y OTRAS INDICACIONES CORRESPONDIENTES.
14	ALTA		MARCAR "X" O SEGÚN LA OPCION CORRESPONDIENTE. REGISTRAR DATOS DEL DESTINO DEL PACIENTE Y SU CONDICIÓN AL SALIR, INDICANDO TAMBIÉN LA CAUSA DE SU ALTA O SALIDA (EJEMPLO: "TRATAMIENTO TERMINADO, ABANDONO VOLUNTARIO CON O SIN AUTORIZACIÓN MEDICA, ETC.)
FECHA HORA NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA			

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL		N° - MANZANA		CANTÓN		PROVINCIA		ZONA (U/R)	
FECHA NACIMIENTO		LUGAR NACIMIENTO		EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS		SEXO		ESTADO CIVIL	
						H M		SOL CAS DIV VIU U-L	
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:	
EN CASO NECESARIO AVISAR A:		PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN				N° TELÉFONO	
FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACIÓN		INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE				N° TELÉFONO	
AMBULATORIO	AMBULANCIA	OTRO TRANSPORTE							

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA	TRAUMA	CAUSA CLÍNICA	CAUSA G. OBSTÉTRICA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA	OTRO MOTIVO				

3 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

DESCRIBIR: CRONOLOGIA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES

VÍA AÉREA LIBRE	VÍA AÉREA OBSTRUIDA	CONDICIÓN ESTABLE	CONDICIÓN INESTABLE

4 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO		DIRECCIÓN DEL EVENTO		CUSTODIA POLICIAL
ACCIDENTE DE TRANSITO	CAÍDA	QUEMADURA	MORDEDURA	AHOGAMIENTO	CUERPO EXTRAÑO
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA X ARMA C. PUNZANTE	VIOLENCIA X RIÑA	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN X DROGAS	INHALACIÓN DE GASES	OTRA INTOXICACIÓN	ENVENENAMIENTO
OBSERVACIONES					
				ALIENTO ETÍLICO	VALOR ALCOCHECK

5 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO

1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. GINECOLÓGICO	4. TRAUMATÓG.	5. QUIRÚRGICO	6. FARMACOLÓG.	7. OTRO ANTECEDENTE	8. NINGUN ANTECEDENTE

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL		F. CARDIACA min		F. RESPIRAT. min		TEMP. BUCAL °C		TEMP. AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m	
GLASGOW	OCULAR (4)	VERBAL (5)	MOTORA (6)	TOTAL (15)	REACCIÓN PUPILAR DER	REACCIÓN PUPILAR IZQ	T. LLENADO CAPILAR	SATURA OXIGENO					

7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

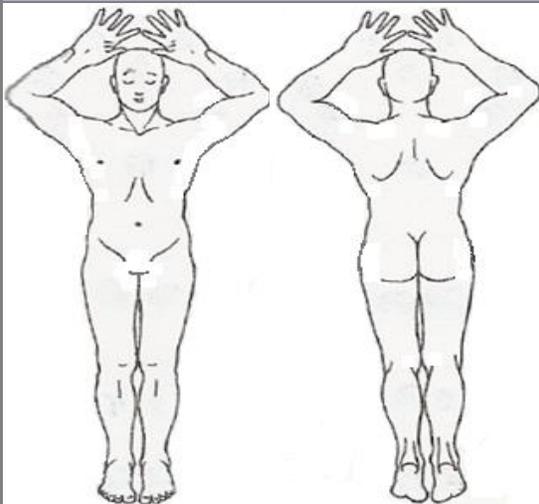
MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGIA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGIA
REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS

1. VIA AEREA OBSTRUIDA	3. CABEZA	3. CUELLO	4. TORAX	5. ABDOMEN	6. COLUMNA	7. PELVIS	8. EXTREMIDADE
---------------------------	-----------	-----------	----------	------------	------------	-----------	-------------------

Reverso

8 LOCALIZACION DE LESIONES

ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESIÓN SOBRE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE



1 HERIDA PENETRANTE	
2 HERIDA NO PENETRANTE	
3 FRACTURA EXPUESTA	
4 FRACTURA CERRADA	
5 CUERPO EXTRAÑO	
6 HEMORRAGIA	
7 MORDEDURA	
8 MUTILACION	
9 EXCORIACIÓN	
10 DEFORMIDAD	
11 HEMATOMA	
12 ERITEMA	
13 LUXACION / ESGUINCE	
14 QUEMADURA	
15 APLASTAMIENTO	

9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN	SEMANAS GESTACIÓN	MOVIMIENTO FETAL	
FRECUENCIA C. FETAL	MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO DE RUPTURA	
ALTURA UTERINA	PRESENTACIÓN		
DILATACIÓN	BORRAMIENTO	PLANO	
PELVIS ÚTIL	SANGRADO VAGINAL	CONTRACCIONES	

10 SOLICITUD DE EXÁMENES

REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NÚMERO

1. BIOMETRÍA	3. QUÍMICA SANGUÍNEA	5. GASOMETRÍA	7. ENDOSCOPIA	9. R-X ABDOMEN	11. TOMOGRAFÍA	13. ECOGRAFÍA PÉLVICA	15. INTERCONSULTA
2. UROANÁLISIS	4. ELECTROLITOS	6. ELECTROCARDIOGRAMA	8. R-X TÓRAX	10. R-X ÓSEA	12. RESONANCIA	14. ECOGRAFÍA ABDOMEN	16. OTROS

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

1			
2			
3			

12 DIAGNÓSTICO DE ALTA

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

1			
2			
3			

13 PLAN DE TRATAMIENTO

INDICACIONES	MEDICAMENTO PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN	POSOLÓGIA
	1	
	2	
	3	
	4	

14 ALTA

DOMICILIO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACIÓN	INTERNACIÓN	REFERENCIA	EGRESA VIVO	EN CONDICIÓN ESTABLE	EN CONDICIÓN INESTABLE	DÍAS DE INCAPACIDAD
SERVICIO DE REFERENCIA	ESTABLECIMIENTO			MUERTO EN EMERGENCIA	CAUSA PROBABLE			

CODIGO

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------	------	------------------------	-------	----------------

FORMULARIO 010 – LABORATORIO CLÍNICO

Objetivo

Conservar un registro sistemático de las solicitudes e informes de las determinaciones de laboratorio, para apoyar el diagnóstico y tratamiento de un paciente

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ANVERSO: LABORATORIO CLÍNICO – SOLICITUD (10-A)				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE DEL USUARIO		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	
SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD	FECHA DE TOMA
1	HEMATOLÓGICO		MARCAR "X" , EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS	
2	UROANÁLISIS		MARCAR "X" , EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS	
3	COPROLÓGICO		MARCAR "X" , EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES.	
4	QUÍMICA SANGUÍNEA		MARCAR "X" , EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS	
5	SEROLOGIA		MARCAR "X" , EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS	
6	BACTERIOLOGÍA		MARCAR "X" , EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS.	
7	OTROS		ESCRIBIR LAS PRUEBA ADICIONALES SOLICITADAS EN LAS CELDAS VACIAS	
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA
REVERSO: LABORATORIO CLÍNICO – INFORME (10-B)				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE DEL USUARIO		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	
PERSONA QUE RECIBE	PROFESIONAL SOLICITANTE	SERVICIO	SALA	CAMA
PRIORIDAD	FECHA DE ENTREGA			
1	HEMATOLOGÍA		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS	
2	UROANÁLISIS		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS	

3	COPROLÓGICO		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
4	QUÍMICA SANGUÍNEA		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS CON LOS VALORES DE REFERENCIA Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
5	SEROLOGIA		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
6	BACTERIOLOGÍA		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
7	OTROS		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
FECHA HORA NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA			

Notas al 010

- a. Los resultados de los exámenes de laboratorio clínico serán transcritos por el profesional responsable en el formulario 054. Una vez transcritos los datos, los reportes se entregarán al usuario (salvo criterio clínico del profesional responsable)
- b. La impresión del anverso y reverso puede realizarse en hojas separadas, según las necesidades del establecimiento

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA

SERVICIO		SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA	
				URGENTE	RUTINA	CONTROL		

1 HEMATOLOGIA	
BIOMETRIA HEMÁTICA	INDICES HEMÁTICOS
PLAQUETAS	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)
GRUPO SANGUÍNEO	T. TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)
RETICULOCITOS	DREPANOCITOS
HEMATOZOARIO	COOMBS DIRECTO
CÉLULA L.E.	COOMBS INDIRECTO
TIEMPO DE COAGULACION	TIEMPO DE SANGRIA

2 UROANALISIS	
ELEMENTAL Y MICROSCOPICO	
GOTA FRESCA	
PRUEBA DE EMBARAZO	

4 QUIMICA SANGUINEA	
GLUCOSA EN AYUNAS	TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)
GLUCOSA POST PRANDIAL 2 HORAS	TRANSAMINASA OXALACÉTICA (AST)
UREA	FOSFATASA ALCALINA
CREATININA	FOSFATASA ACIDA
BILIRRUBINA TOTAL	COLESTEROL TOTAL
BILIRRUBINA DIRECTA	COLESTEROL HDL
ACIDO URICO	COLESTEROL LDL
ALBUMINA	TRIGLICERIDOS
GLOBULINA	HIERRO SERICO
	AMILASA

3 COPROLOGICO	
COPROPARASITARIO	
CULTIVO DE HELENTOS	
SANGRE OCULTA	
INVESTIGACION DE POLIMORFOS	
INVESTIGACION DE ROTAVIRUS	

5 SEROLOGIA	
VDRL	LATEX
AGRUTINACIONES FEBRILES	ASTO

6 BACTERIOLOGIA	
GRAM	FRESCO
ZIEHL	CULTIVO - ANTIBIOGRAMA
HONGOS	MUESTRA DE:

7 OTROS	

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	

PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD		FECHA DE ENTREGA	
							URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 HEMATOLÓGICO										
HCTO	%	HB	g / dl	VCM		RETICULOCITOS				
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN			mmh	HCM		DREPANOCITOS				
PLAQUETAS			mmc	CHCM		GRUPO - FACTOR Rh				
LEUCOCITOS			mmc	HIPOCROMIA		COOMBS DIRECTO				
METAM	%	BASOF	%	ANISOCITOSIS		COOMBS INDIRECTO				
CAYAD	%	MONOC	%	POIQUILOCIT.		TIEMPO DE SANGRÍA				
SEGME	%	LINFO	%	MICROCITOSIS		TIEMPO DEPROTROMBINA		seg		
EOSIN	%	ATIPI	%	POLICROMAT.		TIEMPO T. PARCIAL		seg		

3 COPROLÓGICO										
COLOR		HEMOGLOBINA		ESPORAS		FIBRAS				
CONSIST.		GLÓBULOS ROJOS		MICELIOS		ALMIDÓN				
pH		POLIMORFOS		MOCO		GRASA				
PROTOZOARIOS	QUISTE	TROFOZOITO		HELMINTOS		HUEVO	LARVA			

2 UROANÁLISIS			
ELEMENTAL		MICROSCÓPICO	
DENSIDAD		LEUCOCITOS POR CAMPO	
pH		PIOCITOS POR CAMPO	
PROTEÍNA		ERITROCITOS POR CAMPO	
GLUCOSA		CÉLULAS ALTAS	
CETONA		BACTERIAS	
HEMOGLOBINA		HONGOS	
BILIRRUBINA		MOCO	
UROBILINOGENO		CRISTALES	
NITRITO		CILINDROS	
LEUCOCITOS			

4 QUÍMICA									
DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACIÓN	RESULTADO
GLUCOSA EN AYUNAS				TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)				COLESTEROL HDL	
GLUCOSA 2 HORAS				TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)				COLESTEROL LDL	
UREA				FOSFATASA ALCALINA				TRIGLICÉRIDOS	
CREATININA				ALFA ACIDA				HIERRO SERICO	
BILIRUBINA TOTAL				COLESTEROL TOTAL				AMILASA	
PROTEÍNA TOTAL									
ALBÚMINA									
GLOBULINA									

Reverso

5 SEROLOGIA			
VDRL		LATEX	
AGLUTINACIONES FEBRILES		ASTO	

6 BACTERIOLOGÍA			

7 OTROS			

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------	------	------------------------	-------	----------------

FORMULARIO 012 - IMAGENOLOGÍA

Objetivo

Mantener un registro organizado y actualizado de las solicitudes e informes de los estudios de imagenología.

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

IMAGENOLOGÍA – SOLICITUD (12-A)				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE DEL USUARIO		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	
SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD	FECHA DE TOMA
1	ESTUDIO SOLICITADO		MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES DE LA LISTA DESCRIBIR EL ESTUDIO SOLICITADO. MARCAR "X" EN LAS OPCIONES ADMINISTRATIVAS	
2	MOTIVO DE LA SOLICITUD		REGISTRAR LA CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE ESTUDIO	
3	RESUMEN CLÍNICO		REGISTRAR LA INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LAS CONDICIONES CLÍNICAS ACTUALES DEL USUARIO	
4	DIAGNÓSTICOS		ANOTAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS REGISTRAR EL CÓDIGO CIE -10 DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DEFINITIVO	
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA
IMAGENOLOGÍA – INFORME (12-B)				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE DEL USUARIO		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	
PERSONA QUE RECIBE	PROFESIONAL SOLICITANTE	SERVICIO	SALA	CAMA
PRIORIDAD	FECHA DE ENTREGA			
1	ESTUDIO REALIZADO		MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES DE LA LISTA DESCRIBIR EL ESTUDIO REALIZADO	

2	INFORME DE IMAGENOLOGÍA		DESCRIBIR EN FORMA DETALLADA DE LOS HALLAZGOS RELEVANTES DE LAS IMÁGENES TOMADAS DEL USUARIO
3	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA		ESCRIBIR LOS VALORES DE LAS MEDIDAS FETALES, EDAD GESTACIONAL, PESO Y SEXO FETAL, NÚMERO DE FETOS, UBICACIÓN Y MADUREZ PLACENTARIA, LIQUIDO AMNIOTICO MARCAR "X" EN LAS OPCIONES SEÑALADAS ESCRIBIR OBSERVACIONES, SI AMERITA
4	DIAGNÓSTICOS		ANOTAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS DE IMAGENOLOGÍA, REGISTRAR EL CÓDIGO CIE-10 DE CADA DIAGNÓSTICO
5	RECOMENDACIONES		ESCRIBIR LAS SUGERENCIAS DE ESPECIALIDAD SOBRE LAS MEJORES OPCIONES PARA LOS PLANES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
		FECHA	HORA
		NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO
		NUMERO DE HOJA	

Notas al 012A Y 12B

- a. Los informes de los estudios de imagenología serán transcritos por el profesional responsable en el formulario 055. Una vez transcritos los datos, los reportes se entregarán al usuario (salvo criterio clínico del profesional responsable)
- b. La impresión del anverso y reverso puede realizarse en hojas separadas, según las necesidades del establecimiento

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA

SERVICIO		SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA	
				URGENTE		RUTINA	CONTROL	

1 ESTUDIO SOLICITADO													
RADIOGRAFIA		TOMOGRAFÍA		RESONANCIA		ECOGRAFÍA		PROCEDIMIENTO		MAMOGRAFIA		OTROS	
DESCRIPCION													
PUEDE MOVILIZARSE		PUEDE RETIRARSE VENDAS, APÓSITOS O YESOS		EL MEDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN		TOMA DE RADIOGRAFÍA EN LA CAMA							

2 MOTIVO DE LA SOLICITUD									
REGISTRAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR ACLARACIÓN DE DIAGNOSTICO									

3 RESUMEN CLÍNICO					4 DIAGNÓSTICOS								
<div style="text-align: center; font-size: 48px; opacity: 0.5; font-weight: bold;">Anverso</div>					1	SELECCIÓN	TIPO	TERMINACIÓN	PERSONAL DE ENFERMERÍAS	CIE	PRE	DEF	
								SUNTIVO	DEF: DEFINITIVO				
					2								
					3								
					4								
					5								

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA

FORMULARIO 013 - HISTOPATOLOGÍA

Objetivo

Mantener un registro organizado y actualizado de las solicitudes e informes de los estudios de Histopatología

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ANVERSO: HISTOPATOLOGÍA – SOLICITUD (13-A)				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE DEL USUARIO		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	
SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD	FECHA DE ENTREGA
1	ESTUDIO SOLICITADO		MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES DE HISTOPATOLOGÍA O CITOLOGÍA Y DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA O PIEZA	
2	RESUMEN CLÍNICO		REGISTRAR LA INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LAS CONDICIONES CLÍNICAS ACTUALES DEL USUARIO	
3	DIAGNÓSTICOS		ANOTAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS REGISTRAR EL CÓDIGO CIE-10 DE LOS DIAGNÓSTICOS RESPECTIVOS	
4	MUESTRA O PIEZA		DESCRIBIR EL ORIGEN, NÚMERO, ZONA Y NATURALEZA DE LAS PIEZAS PARA BIOPSIA	
5	TRATAMIENTO QUE RECIBE		REGISTRAR LA INFORMACIÓN MÁS IMPORTANTE SOBRE FARMACOTERAPIA O PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REALIZADOS AL USUARIO	
6	DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGÍA VAGINAL		REGISTRAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA, MÉTODO ANTICONCEPTIVO, TERAPIA HORMONAL, EDADES DE MENARQUIA, MENOPAUSIA E INICIO DE RELACIONES SEXUALES. PARIDAD Y FECHAS DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN, PARTO Y CITOLOGÍA REGISTRAR LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA RELEVANTE PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA MUESTRA	
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA
REVERSO: HISTOPATOLOGÍA – INFORME (13-B)				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE DEL USUARIO		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	
PERSONA QUE RECIBE	PROFESIONAL SOLICITANTE	SERVICIO	SALA	CAMA
PRIORIDAD	FECHA DE ENTREGA			
1	DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA		ANOTAR EL NÚMERO DE LA PIEZA Y EL NÚMERO DEL INFORME DESCRIBIR LA APARIENCIA, DIMENSIONES, PESO Y CONSISTENCIA DE LA MUESTRA O	

			PIEZA RECIBIDA		
2	DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA		DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LOS CORTES PROCESADOS		
3	DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO		REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS DE HISTOPATOLOGÍA, REGISTRAR EL CÓDIGO CIE-10 DE CADA DIAGNOSTICO		
4	RECOMENDACIONES		REGISTRAR LAS SUGERENCIAS DE ESPECIALIDAD SOBRE LAS MEJORES OPCIONES PARA LOS REALIZAR LOS PLANES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO		
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA

Notas al 013A y 13B

- a. Los informes de los estudios de histopatología y citología serán transcritos por el profesional responsable en el formulario 055. Una vez transcritos los datos, los reportes se entregarán al usuario (salvo criterio clínico del profesional responsable)
- b. La impresión del anverso y reverso puede realizarse en hojas separadas, según las necesidades del establecimiento

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	

SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA
			URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 ESTUDIO SOLICITADO			
HISTOPATOLOGIA	CITOLOGÍA	DESCRIPCIÓN	

2 RESUMEN CLINICO	

3 DIAGNÓSTICOS		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1					
2					
3					
4					
5					

4 MUESTRA O PIEZA		DESCRIBIR EL PROCEDIMIENTO, ORIGEN NUMERO Y ZONA

5 TRATAMIENTO QUE RECIBE	
<h1>Anverso</h1>	

6 DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGÍA VAGINAL																				
MATERIAL					ANTICONCEPCIÓN			TERAPIA HORMONAL	EADAES DE:				PARIDAD			FECHAS				
ENDOCERVIX	EXOCERVIX	PARED VAGINAL UNION	ESCAMO COLUMNAR	MUNON CERVICAL	OTRO	ORALO INJECTABLE	DIU		LIGADURA	OTRO	MEMORQUIA	MENOPALUSIA	INICIO DE RELACIONES SEXUALES	GESTACIONES	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS	ULTIMA MENSTRUACIÓN	ULTIMO PARTO	ULTIMA CITOLOGÍA

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------	------	------------------------	--------	-------	----------------

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA

PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE ENTREGA	
							URGENTE		RUTINA	CONTROL	

1 DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA			
NUMERO DE LA PIEZA	NUMERO DEL INFORME	DESCRIPCION	

2 DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA			EL INFORME DE CITOLOGIA VAGINAL SE COMPLEMENTARÁ EN EL BLOQUE 5
HISTOPATOLOGIA	CITOLOGIA	DESCRIPCION	
<h1>Reverso</h1>			

3 DIAGNÓSTICO HISTOPATOLOGICO		CIE	4 RECOMENDACIONES	
1				
2				
3				
4				
5				

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA

FORMULARIO 020 – SIGNOS VITALES

Objetivo

Conservar un registro secuencial de las actividades de enfermería correspondientes a la medición de las variaciones de los signos vitales, ingreso y eliminación de líquidos, mediciones y actividades de Enfermería de un paciente hospitalizado o en observación.

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ANVERSO Y REVERSO: SIGNOS VITALES (1) Y (2)				
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	SIGNOS VITALES	PULSO Y TEMPERATURA	TRAZAR UNA LINEA DE UNIÓN DE LOS PUNTOS DEL PULSO (EN ROJO) Y DE LA TEMPERATURA (EN AZUL)	
		FRECUENCIA RESPIRATORIA Y PRESIÓN ARTERIAL	REGISTRAR EN LAS CELDAS CORRESPONDIENTES A "AM" Y "PM" LOS DATOS DE "FRECUENCIA RESPIRATORIA" Y "PRESIÓN ARTERIAL" EN CASO DE REQUERIRSE MAYOR FRECUENCIA DE CONTROL DE PRESIONES SE UTILIZARÁ EL MISMO FORMULARIO CAMBIANDO LOS TÍTULOS DE AM Y PM POR HORAS	
2	BALANCE HÍDRICO	INGRESOS	ANOTAR EL VOLUMEN (CC) DE LÍQUIDOS INGERIDOS POR VÍA ORAL, SUMINISTRADOS POR VÍA PARENTERAL Y LA SUMA DE AMBOS VALORES	
		ELIMINACIONES	ANOTAR EL VOLUMEN (CC) ELIMINADO POR ORINA, DRENAJE Y OTROS Y LA SUMA DE LOS VALORES ANTERIORES	
3	MEDICIONES Y ACTIVIDADES		REGISTRAR LOS DATOS DIARIOS DE ASEO / BAÑO, MEDICION DE PESO, Y DEMÁS ACTIVIDADES SEÑALADAS ESCRIBIR EL NOMBRE DEL REPOSABLE CORRESPONDIENTE	

Notas al 020

Utilizar el formulario en los servicios de observación, emergencia, e internación

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (H- M)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA

FECHA					
DIA DE INTERNACIÓN					
DIA POSTQUIRÚRGICO					

1 SIGNOS VITALES

TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA



F. RESPIRATORIA X min																	
PRESIÓN SISTÓLICA																	
PRESIÓN DIASTÓLICA																	

2 BALANCE HÍDRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL																
	VÍA 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 FÍSICA																	
CAMBIO DE SONDA																	
RECANALIZACIÓN VÍA																	
RESPONSABLE																	

FORMULARIO 022 – ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Objetivo

Mantener un registro sistemático y verificado de la administración de fármacos al paciente en observación o internación por el personal de enfermería, de acuerdo a las prescripciones del profesional responsable del tratamiento.

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
ANVERSO Y REVERSO: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1) Y (2)				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA	CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
1	MEDICAMENTOS		ANOTAR LAS CARACTERÍSTICAS SEÑALADAS DE LAS PRESCRIPCIONES FARMACOLÓGICAS	
2	ADMINISTRACIÓN		REGISTRAR LA FECHA Y HORA REGISTRAR LOS DATOS DE VERIFICACIÓN HORARIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN ESCRIBIR LAS INICIALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE TURNO	

Notas al 022

Utilizar el formulario en los servicios de observación, emergencia, e internación

FORMULARIO 024 – AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO

INFORMADO

Objetivo

Disponer de un documento legal, suscrito libre y voluntariamente por el paciente o su representante, en el que se autoriza al profesional responsable la realización de un plan de tratamiento clínico, procedimiento diagnóstico o intervención quirúrgica, luego de recibir una información comprensible y suficiente

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ANVERSO: AUTORIZACIONES, EXONERACIONES Y RETIRO				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA
1	AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
2	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
3	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
4	RETIRO DE MENOR O PERSONA INCAPACITADA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
5	AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
6	AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
REVERSO: CONSENTIMIENTO INFORMADO				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA
1	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL MÉDICO TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS	REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL	

		CLÍNICOS	<p>PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS</p> <p>RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON EL TRATAMIENTO</p> <p>TERAPIA: INTERVENCIONES ESPECÍFICAS</p> <p>RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO</p>
2	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS QUIRÚRGICOS	<p>REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS</p> <p>RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON LA CIRUGÍA</p> <p>TERAPIA: INTERVENCIONES ESPECÍFICAS</p> <p>RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA</p>
3	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS ANESTÉSICOS	<p>REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS</p> <p>RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON LA ANESTESIA</p> <p>TERAPIA: TIPO ESPECÍFICO DE ANESTESIA</p> <p>RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON LA ANESTESIA</p>
4	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	PROPÓSITOS DEL PLAN	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE
		ACTIVIDADES DEL TRATAMIENTO	
		CONSENTIMIENTO DE CIRUGÍA	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE
		CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA	
		GARANTÍA DE CALIDAD	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE
		BENEFICIOS Y RIESGOS	
		GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE
		DERECHO DE ANULACIÓN	
DECLARACIÓN DE VERACIDAD			
5	CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL		REGISTRAR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Notas al 024

- a. El texto informativo para el consentimiento informado deberá ser leído y comprendido por el paciente después de la correspondiente información presencial

y verbal del profesional responsable, enfatizando los riesgos, efectos indeseables y beneficios del plan de tratamiento propuesto, a corto, mediano y largo plazo.

- b. No se requerirá el consentimiento informado del paciente en los siguientes casos excepcionales:
- Situación de urgencia
 - Emergencia sanitaria
 - Incompetencia o incapacidad del paciente
 - Ausencia del representante legal
- c. El consentimiento informado de pacientes niños y adolescentes, será decidido por sus representantes legales.

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
------------------	------------------	---------	----------	------	------	-------	------

MARCAR 'X' EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
---------------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--	------------	----------	----------------------	-------

MARCAR 'X' EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO

DECLARO QUE NINGÚN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
---------------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--	------------	----------	----------------------	-------

MARCAR 'X' EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA

DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
---------------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--------------------	------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
------------------------------------	----------	----------------------	-------

MARCAR 'X' EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--------------------------------	------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--------------------	------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
-------------------	----------	----------------------	-------

MARCAR 'X' EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE

AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO

AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE

ÓRGANOS DONADOS	NOMBRE DE LOS RECEPTORES
-----------------	--------------------------

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--------------------------------	------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--------------------	------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
---------------------------------	----------	----------------------	-------

MARCAR 'X' EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA

AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--------------------------------	------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--------------------	------------	----------	----------------------	-------

NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
-------------------	----------	----------------------	-------

Anverso

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
------------------	------------------	---------	----------	------	------	-------	------

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS

NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
---------------------------------	--------------	----------	--------	-------

2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
---------------------	--------------	----------	--------	-------

Reverso

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
--------------------------	--------------	----------	--------	-------

4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

<p>A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD</p> <p>C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA</p> <p>E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS</p> <p>F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO</p> <p>G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)</p> <p>H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.</p> <p>I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO</p>	<p>FIRMAS DEL PACIENTE</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
--	---

5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--------------------------------	------------	----------	----------------------	-------

FORMULARIO 033 – ODONTOLOGÍA

Objetivo

Mantener un registro secuencial y cronológico de los datos recopilados del diagnóstico, tratamiento, evolución del progreso y/o variaciones del tratamiento y de las prescripciones efectuadas por el profesional Odontólogo de acuerdo a las recomendaciones de las guías de práctica estomatológica.

Nº	TÍTULOS	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	------------	--------------------------

ANVERSO: ODONTOLOGÍA (1)					
	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	MOTIVO DE CONSULTA				DESCRIBIR LA CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE CONSULTA, EN PALABRAS TEXTUALES DEL USUARIO
2	ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL				ESCRIBIR EL RESULTADO ORGANIZADO DEL INTERROGATORIO DE SÍNTOMAS SOBRE EL PROBLEMA ODONTOLÓGICO
3	ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	PERSONALES			MARCAR "X" SI SE DETECTA ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES PERSONALES. ESCRIBIR EL RESULTADO DEL INTERROGATORIO ACERCA DE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES DEL USUARIO
		FAMILIARES			MARCAR "X" SI SE DETECTA ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES FAMILIARES RESULTADO DEL INTERROGATORIO ACERCA DE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA
4	SIGNOS VITALES				REGISTRAR LOS DATOS OBTENIDOS SOBRE, PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA min, FRECUENCIA RESPIRATORIA min, TEMPERATURA °C,
5	EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO				MARCAR "X" SOLAMENTE SI EXISTE PATOLOGÍA Y DESCRIBIR EN LA PARTE INFERIOR
6	ODONTOGRAMA				REGISTRAR LOS RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN ODONTOLÓGICA Y LA APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE LA DENTICIÓN DEFINITIVA Y / O TEMPORAL, UTILIZANDO LOS SÍMBOLOS CORRESPONDIENTES
7	INDICADORES DE SALUD BUCAL	HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA - HOS			ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DE HIGIENE ORAL EN DIENTES TEMPORALES Y/O DEFINITIVOS
		ENFERMEDAD PERIODONTAL - EP			ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES EN DENTICIÓN TEMPORAL Y/O DEFINITIVA
		MAL OCLUSIÓN			ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DE LA OCLUSIÓN DE MAXILARES EN DENTICIÓN TEMPORAL Y DEFINITIVA
		FLUOROSIS			ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DEL EXCESO DE FLUOR DEPOSITADO EN EL ESMALTE DENTARIO QUE PRODUCE DEFORMACIONES Y COLORACIÓN ANORMAL
8	ÍNDICES CPO - ceo				REGISTRAR EL ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DEL GRADO DE AFECTACIÓN DE LOS TEJIDOS DENTARIOS TEMPORALES O DEFINITIVOS

9	SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA	SELLANTES	LOCALIZACIÓN DE LA COLOCACIÓN DE OBTURACIONES TEMPORALES EN PIEZAS DENTARIAS PARA PREVENIR CARIES DENTAL.
		EXODONCIAS	NÚMERO DE PIEZAS DENTALES FALTANTES O EXTRAÍDAS.
		PRÓTESIS	CARACTERÍSTICAS DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLES Y NO REMOVIBLES DESTINADOS REESTABLECER LA FUNCIONALIDAD DEL APARATO ESTOMATOGNATICO.
REVERSO: ODONTOLOGÍA (2)			
10	PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL		ANOTAR LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS PARA DEFINIR O AMPLIAR EL CRITERIO DIAGNÓSTICO ANOTAR LA CONCENTRACIÓN, PRESENTACIÓN , VÍA , DOSIS UNITARIA , FRECUENCIA Y DÍAS QUE SE ADMINISTRARÁ EL MEDICAMENTO PRESCRITO ANOTAR LAS INDICACIONES PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO
11	DIAGNÓSTICOS	CATEGORÍA	MARCAR "X" EN DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DEFINITIVO
		CIE	ESCRIBIR EL CÓDIGO ASIGNADO A LA ENFERMEDAD DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES APLICADA A ODONTOLOGIA
FECHA HORA NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA			
12	TRATAMIENTO	SESIÓN Y FECHA	REGISTRAR EL NÚMERO DE ORDEN DE LA SESIÓN CORRESPONDIENTE , LA FECHA
		DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	DESCRIBIR LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD Y PROGRESO DEL TRATAMIENTO. NUEVOS DATOS DEL EXAMEN ODONTOLÓGICO Y DE LOS RESULTADO DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO
		PROCEDIMIENTOS	REGISTRAR LAS ACTIVIDADES E INTERVENCIONES PREVENTIVAS Y CURATIVAS REALIZADAS
		PRESCRIPCIONES	ANOTAR EL NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS PRESCRITOS
		CÓDIGO Y FIRMA	REGISTRAR EL NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL Y LA FIRMA

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (H-M)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	------------	------	---------------------

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 VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
9. ENF. CARDIACA									

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min.
------------------	--------------------------	----------------	-------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

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

Anverso

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR 'X' (1, 2 ó 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
CÁLCULO 0-1-2-3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
GINGIVITIS 0-1						
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	◻	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□ - - - - □	PRÓTESIS FIJA	○ azul	OBTURADO
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	(- - - -)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL				
BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS	

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

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	-------	----------------

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 2				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 3				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 4				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 5				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 6				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 7				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 8				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 9				CÓDIGO
FECHA				FIRMA

Reverso

FORMULARIO 038 – TRABAJO SOCIAL

Objetivo

Mantener un registro sistemático y verificado de la estructura, características socio económicas y riesgos a la salud del usuario en el contexto del entorno familiar.

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ANVERSO: TRABAJO SOCIAL – EVALUACIÓN			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HOJA FAMILIAR
NOMBRES Y APELLIDOS		CÉDULA DE CIUDADANÍA	DIRECCIÓN Y TELÉFONO
EN CASO NECESARIO LLAMAR A: DIRECCIÓN Y TELÉFONO			
1	VIVIENDA Y SERVICIOS		MARCAR "X" SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDAS DE INFRAESTRUCTURA, CALIDAD DE MATERIALES Y DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR
2	CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA		MARCAR "X" SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDAS DE EDUCACIÓN, ALIMENTACIÓN, VESTUARIO, ENFERMEDADES CRÓNICAS E INGRESO FAMILIAR
3	RIESGO FAMILIAR		MARCAR "X" SEGÚN EXISTAN EVIDENCIAS DE DESORGANIZACIÓN, VIOLENCIA, MIGRACIÓN, ENFERMEDADES, ADULTOS MAYORES
4	ESTRUCTURA DEL GRUPO FAMILIAR		MARCAR "X" DE ACURDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE CADA MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR RESPECTO A GÉNERO, INSTRUCCIÓN, PARENTESCO, ECONOMÍA Y SEGURO DE SALUD
5	RIESGO SOCIAL		REGISTRAR LA CATEGORÍA DE ACUERDO AL PUNTAJE OBTENIDO DE LOS BLOQUES 1 Y 2. ANOTAR EL DIAGNÓSTICO SOCIAL Y CÓDIGO CIE-10 REGISTRAR EL DIAGNÓSTICO MÉDICO Y FIRMA ANOTAR EL NOMBRE, CÓDIGO Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL
REVERSO: TRABAJO SOCIAL – EVOLUCIÓN			
6	EVOLUCIÓN DEL CASO	OBSERVACIONES	REGISTRAR LA FECHA Y HORA DE LA ATENCIÓN ANOTAR EL NÚMERO Y DESCRIBIR INFORMACION SOBRE: 1. ENTREVISTA 2. VISITA DOMICILIARIA 3. TRAMITES INTERNOS Y EXTERNOS 4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS 5. REFERENCIAS
7	PRESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN FAMILIAR	REGISTRAR LAS PRESCRIPCIONES PARA LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES

6 EVOLUCIÓN DEL CASO		7 PRESCRIPCIÓN	
1. ENTREVISTA 2. VISITA DOMICILIARIA 3. TRÁMITES INTERNOS Y EXTERNOS 4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS 5. REFERENCIAS		RECOMENDACIÓN FAMILIAR	
FECHA Y HORA	OBSERVACIONES		TRABAJADORA SOCIAL
FECHA	1. SE		CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA

Reverso

FORMULARIO 053 - REFERENCIA

Objetivo

Disponer de un registro organizado de datos sobre el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades operativas de diferente complejidad.

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ANVERSO: REFERENCIA				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
FECHA, EDAD, GÉNERO ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN, EMPRESA Y SEGURO DE SALUD				
1	MOTIVO DE REFERENCIA		DESCRIBIR LAS CAUSAS QUE SUSTENTAN LA REFERENCIA DEL USUARIO A OTRA UNIDAD OPERATIVA DE MAYOR COMPLEJIDAD. INDICAR SI ES TRANSFERENCIA O DERIVACIÓN	
2	RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LOS DATOS DE ENFERMEDAD ACTUAL Y DEL EXAMEN FÍSICO	
3	HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LOS DATOS MAS SIGNIFICATIVOS DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS REALIZADOS	
4	DIAGNÓSTICO		ANOTAR LOS DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS, SEGÚN CIE	
5	TRATAMIENTO REALIZADO		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LAS INDICACIONES DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y PRESCRIPCIONES FARMACOLÓGICAS, ASÍ COMO DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE	
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA
REVERSO: CONTRARREFERENCIA				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
FECHA, EDAD, GÉNERO ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN, EMPRESA Y SEGURO DE SALUD				
1	RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LOS DATOS MAS IMPORTANTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL Y DEL EXAMEN FÍSICO	
2	HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LOS DATOS MAS SIGNIFICATIVOS DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS REALIZADOS	

3	TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LAS INDICACIONES DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y PRESCRIPCIONES FARMACOLÓGICAS, ASÍ COMO DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE
4	DIAGNÓSTICOS		ANOTAR LOS DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS, SEGÚN CIE-10
5	TRATAMIENTO RECOMENDADO		ESCRIBIR EL CONSEJO ESPECIALIZADO SOBRE LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS Y EDUCACIONALES NECESARIAS PARA MEJORAR LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE
FECHA HORA NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA			

Notas al 053

En caso de realizar transferencia y derivación de pacientes se utilizará este formulario con una nota explicativa en el bloque 1

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANIA	
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	SEXO			ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN
			H	M	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIA LA REFERENCIA				SERVICIO QUE REFIERE					

1 MOTIVO DE REFERENCIA

2 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Anverso

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4 DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1					4			
2					5			
3					6			

5 TRATAMIENTO REALIZADO

CODIGO

SALA		CAMA		MEDICO		FIRMA	
------	--	------	--	--------	--	-------	--

FORMULARIO 054 – CONCENTRADO DE LABORATORIO

Objetivo

Conservar un registro integral de los resultados de las determinaciones de laboratorio clínico realizadas, transcrito fielmente desde el original y organizado según cronología y tipo de examen

Nº	TÍTULO	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	--------	-------------	--------------------------

ANVERSO Y REVERSO: CONCENTRADO DE LABORATORIO (1) Y (2)				
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
FECHA DE TRASCIPCIÓN		RESPONSABLE	FECHA DE REPORTE	
1	HEMATOLÓGICO		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS	
2	UROANÁLISIS		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS	
3	COPROLÓGICO		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS	
4	QUÍMICA SANGUÍNEA		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS	
5	SEROLOGIA		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS	
6	BACTERIOLOGÍA		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS	
7	OTROS		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS	

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (H-M)		N° HOJA		N° HISTORIA CLÍNICA	
COMPONENTE		1	2	3	4	5	6				
FECHA DE TRANSCRIPCIÓN											
RESPONSABLE DE LA TRANSCRIPCIÓN											
FECHA DEL REPORTE											
1 HEMATOLÓGICO	HEMATOCRITO / HEMOGLOBINA										
	SEDIMENTACIÓN										
	PLAQUETAS										
	LEUCOCITOS										
	FORMULA LEUCOCITARIA	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS
		SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON
		EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN
	HCM / CMHC										
	GRUPO SANGUINEO / FACTOR Rh										
	T. PROTROMBINA / TTP										
T. COAGULACION / T. SANGRIA											
2 UROANÁLISIS	DENSIDAD / pH										
	PROTEÍNA / GLUCOSA										
	CETONA / HEMOGLOBINA										
	BILIRRUBINA / UROBILINOGENO										
	NITRITO / LEUCOCITOS										
	PIOCITOS / ERITROCITOS										
	BACTERIAS										
3 COPROLÓGICO	POLIMORFOS / CRISTALES										
	MOCO / GRASA										
	PARÁSITOS										
	SANGRE OCULTA										
4 QUÍMICA SANGUÍNEA	GLUCOSA AYUNAS / GLUCOSA 2 HORAS										
	UREA / CREATININA										
	BILIRRUBINA TOTAL / DIRECTA										
	ACIDO URICO / PROTEÍNA TOTAL										
	ALBUMINA / GLOBULINA										
	ALT (TGP) / AST (TGO)										
	FOSFATASA ALC / FOSFATASA ACIDA										
	COLESTEROL TOTAL / HDL										
	COLESTEROL LDL / TRIGLICÉRIDOS										
	HIERRO SÉRICO / AMLASA										
5 SEROLOGÍA	LATEX / ASTO										
	VDRL										
	AGLUTINACIONES FEBRILES										
6 BACTERIOLOGÍA											
7 OTROS											

Anverso y Reverso

FORMULARIO 055 – CONCENTRADO DE EXÁMENES ESPECIALES

Objetivo

Conservar un registro integral de los resultados de los estudios de gabinete realizados, transcrito fielmente desde el original y organizado según cronología y tipo de examen.

Nº	TÍTULO	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	--------	-------------	--------------------------

ANVERSO Y REVERSO: CONCENTRADO DE EXÁMENES ESPECIALES (1) Y (2)				
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	EXAMEN ESPECIAL	FECHA	REGISTRAR LAS FECHAS DE TRASCRIPCIÓN Y DE INFORME	
		ESTUDIO SOLICITADO	ESCRIBIR UN RESUMEN DEL INFORME DEL EXAMEN SOLICITADO	
2	RESULTADO	INFORME ENVIADO	TRASCRIBIR DEL NOMBRE DEL EXAMEN REALIZADO Y DEL RESULTADO DEL INFORME	
		RESPONSABLE	REGISTRAR EL CÓDIGO DE LA PERSONA QUE REALIZA LA TRASCRIPCIÓN	

ANEXO 1 – FICHA FAMILIAR

Objetivo

Disponer de un registro integral de la información necesaria para identificar los riesgos biológicos, higiénicos sanitarios y socio económicos de las familias del área de cobertura y aplicar el modelo de atención integral en la evaluación del riesgo familiar y la ejecución de los planes de intervención

Nº	TÍTULO	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	--------	-------------	--------------------------

HOJA 1: FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS			
IDENTIFICACION	REGISTRAR EL NOMBRE DE LA INSTITUCION Y UNIDAD OPERATIVA DEL EQUIPO BÁSICO DE ATENCION EN SALUD, CODIGO DE LA UNIDAD Y DE LA LOCALIZACION, NUMERO DE LA FICHA FAMILIAR		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	REGISTRAR LA PROVINCIA, CANTON Y PARROQUIA, DEN LA QUE SE UBICA LA VIVIENDA. SECTOR (SI ES RURAL) O, MANZANA (SI ES URBANA) NUMERO DE LA FAMILIA. DIRECCIÓN URBANA. EN LA ZONA RURAL SE PUEDEN AGREGAR REFERENCIAS CONOCIDAS DE LA ZONA. NOMBRE DEL BARRIO, NUMERO DE CASA Y COMUNIDAD A LA QUE PERTENECE		
GRUPO CULTURAL	REGISTRAR LA PERTENENCIA DE LA FAMILIA A UN PUEBLO O CONJUNTO DE COMUNIDADES RECONOCIDAS POR EL ESTADO Y QUE COMPARTEN FORMAS COMUNES DE IDENTIDAD, ORGANIZACIÓN, COSTUMBRES, LENGUA, CREENCIAS Y COSMOVISIÓN		
IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	APELLIDOS Y NOMBRES, Nº DE CEDULA DE CIUDADANIA DE LA PERSONA QUE SUSTENTA ECONOMICAMENTE A LA FAMILIA Y NUMERO TELEFONICO		
FECHA DE LLENADO	ESCRIBIR DIA, MES, Y AÑO DEL LLENADO DE LA FICHA		
NUMERO DE CARPETA	NUMERAR CADA CARPETA EN FORMA SECUENCIAL, EN EL MOMENTO DE LA ACTUALIZACIÓN		
1	INFORMACION GEO REFERENCIADA		REGISTRAR LOS DATOS DE LONGITUD, LATITUD Y ALTITUD QUE SEÑALA EL INSTRUMENTO GPS O LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL ORGANISMO COMPETENTE
2	MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD	GRUPOS DE EDAD	REGISTRAR LOS DATOS ESTABLECIDOS PARA CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, CLASIFICADOS POR GRUPOS PROGRAMÁTICOS
		EMBARAZADAS	REGISTRAR LOS DATOS DE CADA UNA DE LAS EMBARAZADAS DEL GRUPO FAMILIAR CON LA INFORMACIÓN OBSTÉTRICA PERTINENTE,
3	MORTALIDAD FAMILIAR		REGISTRAR LOS NOMBRES DE LOS MIEMBROS FAMILIARES FALLECIDOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS, CON SU PARENTESCO Y LA EDAD DE FALLECIMIENTO REGISTRAR LA CAUSA DE LA MUERTE DE CADA UNO
4	RESPONSABLE DEL LLENADO		REGISTRAR EL NOMBRE Y LA FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENA LA FICHA.(INCLUIR EL CÓDIGO, SI ES PROFESIONAL)
HOJA 2: FICHA FAMILIAR - RIESGOS			

5	CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR	RIESGOS BIOLÓGICOS	REGISTRAR LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE A CADA COMPONENTE DE ACUERDO A SU GRAVEDAD ESTABLECIDA EN EL RANGO (0 - 4) Y DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA
		RIESGOS SANITARIOS	REGISTRAR LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE A CADA COMPONENTE DE ACUERDO A SU GRAVEDAD ESTABLECIDA EN EL RANGO (0 - 4) Y DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA
		RIESGOS SOCIO ECONÓMICOS	REGISTRAR LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE A CADA COMPONENTE DE ACUERDO AL A SU GRAVEDAD ESTABLECIDA EN EL RANGO (0 - 4) Y DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA
		CALIFICACION DEL RIESGO	SUMAR TODAS LAS CALIFICACIONES DE LOS COMPONENTES DE LOS RIESGOS Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL RANGO DE CALIFICACIONES CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0= SIN RIESGO 1 - 14 = RIESGO BAJO 15 - 34= RIESGO MEDIO 35 - 72= RIESGO ALTO

HOJA 3: FICHA FAMILIAR - EVOLUCION

6	EVOLUCION DE LA GESTION DEL RIESGO FAMILIAR	RIESGO	REGISTRAR LA FECHA EN QUE SE REALIZA LA VISITA DOMICILIARIA Y EL NÚMERO DEL RIESGO IDENTIFICADO EN LA HOJA ANTERIOR
		ACTIVIDADES PROGRAMADAS	REGISTRAR LA PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS (CONCERTADAS ENTRE EL EQUIPO Y LA FAMILIA) SEÑALAR LOS COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA FAMILIA Y POR EL EQUIPO DE SALUD
		EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS	REGISTRAR LA FECHA EN QUE EL EQUIPO EVALUA EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS. MARCAR "X" EN LAS CELDAS CORRESPONDIENTES AL CUMPLIMIENTO REGISTRAR EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARCIAL Y LAS CAUSAS DE CUALQUIER INCUMPLIMIENTO REGISTRAR EL CÓDIGO O LAS INICIALES DEL RESPONSABLE DEL LLENADO

HOJA 4: FICHA FAMILIAR – FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACION

7	FAMILIOGRAMA	SIMBOLOGIA	CONTIENE LOS SÍMBOLOS DE LAS DIFERENTES POSIBILIDADES DE RELACIÓN GENEALÓGICA DE LA FAMILIA
		ABREVIATURAS	CONTIENE LAS ABREVIATURAS DE LOS DIFERENTES EVENTOS EPIDEMIOLÓGICOS RELEVANTES PARA LA FAMILIA
		GENERACIONES (ABUELOS, PADRES, HIJOS)	DIBUJAR LAS RELACIONES GENEALÓGICAS Y LOS EVENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA FAMILIA UTILIZANDO LAS FORMAS DE SIMBOLOGÍA Y LAS ABREVIATURAS SEÑALAR EL SIMBOLO O LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE A LA SITUACION FAMILIAR O PERSONAL COPIAR EL SIMBOLO O LA ABREVIATURA NECESARIA, PEGAR EN EL ESPACIO DE LA GENERACION CORRESPONDIENTE Y ADAPTAR EL FORMATO
8	UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN		DIBUJAR UN CROQUIS APROXIMADO DEL PUNTO GEOGRÁFICO (ORIENTANDO HACIA ARRIBA EL NORTE, ABAJO EL SUR, A LA DERECHA EL ORIENTE Y A LA IZQUIERDA EL OCCIDENTE) DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN UNIR CON UNA LINEA EL PUNTO DE VIVIENDA CON EL PUNTO DE CONTAMINACIÓN Y ESCRIBIR SOBRE LA LINEA LA DISTANCIA APROXIMADA EN METROS, CUADRAS O KILÓMETROS.

9	CONTAMINACION AMBIENTAL		REGISTRAR LA FECHA DEL INFORME DESCRIBIR EL CONTAMINANTE IDENTIFICAR EL ACTOR O FACTOR CAUSANTE DE LA CONTAMINACIÓN
10	LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO		IDENTIFICAR LOS LUGARES O AGENTES FORMALES Y NO FORMALES DE SALUD EN LOS QUE LA FAMILIA CONFIA PARA RECIBIR ATENCIÓN DE SALUD, SEÑALANDO LOS PROBLEMAS A RESOLVER Y EL MOTIVO DE SU CONFIANZA, SI ES DEL CASO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO UO		AREA N°		CODIGO LOCALIZACIÓN		NUMERO DE FAMILIAR		FICHA	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	SECTOR	MANZANA	# DE FAMILIA	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	DIRECCIÓN/HABITUAL DE LA FAMILIA (CALLE O REFERENCIA)	FECHA DE LLENADO	NUMERO DE CARPETA		
BARRIO	NUMERO DE CASA	COMUNIDAD	GRUPO CULTURAL	NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA	NUMERO DE TELEFONO							NUMERO DE CARPETA	

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA

LATITUD	LONGITUD	ALTITUD
---------	----------	---------

ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA

NUMERO DE CUADRO AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO		ESCOLARIDAD				ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS		SALUD BUCA	RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NUMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA	
					H	M	SN	BAS	BACH	SUP	ESP	SI					NO
MENOR 1 AÑO																	
1 - 4 AÑOS																	
5 - 9 AÑOS																	
10 - 19 AÑOS																	
20 - 64 AÑOS																	
65 AÑOS Y MAS																	
TOTALES																	

Hoja 1

GRUPO	EMBARAZADAS	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN	FECHA PROBABLE DEL PARTO	SEMANAS DE GESTACIÓN	DOSIS DE VACUNACIÓN JT		ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS		ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS
						PRIMERA	SEGUNDA	REFUERZO	GESTAS	

3 MORTALIDAD FAMILIAR

REGISTRAR SOLO LOS FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS		
NOMBRE	PARENTESCO	CAUSA

4 RESPONSABLE DEL LLENADO

NOMBRE Y APELLIDO	CÓDIGO	FRMA
-------------------	--------	------

5 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR

GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACION									
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE:		0= SIN RIESGO	1= RIESGO MUY BAJO	2= RIESGO BAJO	3= RIESGO MODERADO	4= RIESGO ALTO					
A	1 PERSONAS CON VACUNACION INCOMPLETA										
	2 PERSONAS CON MALNUTRICION (SOBREPESO O DESNUTRICION)										
	3 PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO										
	4 EMBARAZADAS CON PROBLEMAS										
	5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD										
	6 PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES										
B	7 CONSUMO DE AGUA INSEGURA										
	8 MALA ELIMINACION DE BASURA Y EXCRETAS										
	9 MALA ELIMINACION DE DESECHOS LIQUIDOS										
	10 IMPACTO ECOLOGICO POR INDUSTRIAS										
	11 ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS										
C	12 POBREZA										
	13 DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA										
	14 ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE										
	15 DESESTRUCTURACION FAMILIAR										
	16 VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCION										
	17 MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA										
	18 HACINAMIENTO										

Hoja 2

CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL:		0= SIN RIESGO	1 - 14 = RIESGO BAJO	15 - 34 = RIESGO MEDIO	35 - 72 = RIESGO ALTO	TOTAL		TOTAL		TOTAL			
RESPONSABLE DE LA CALIFICACION		SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
NIVEL DE RIESGO TOTAL													
CALIFICACION (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGUN EL RANGO TOTAL)													
RESPONSABLE DE LA CALIFICACION													

ANEXO 2 - ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (1)

Objetivo

Mantener un registro sistemático de los eventos, procedimientos y evolución de un usuario, desde el lugar del accidente hasta la llegada al servicio de emergencias

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: ATENCION PREHOSPITALARIA (1)			
INSTITUCIÓN Y AMBULANCIA	CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	PROVINCIA/CANTON/PARROQUIA	NÚMERO DE HOJA
1	DATOS GENERALES		<p>EN PRIMER LUGAR REGISTRE CON UNA X EL TIPO DE EMERGENCIA PRODUCIDO : TRAUMA, OBSTERICIA, CLINICA O PSIQUIATRIA.</p> <p>REGISTRAR EL NOMBRE Y APELLIDO, NÚMERO DE CÉDULA, EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS Y EL SEXO DEL USUARIO Y LA HORA DE DESPACHO</p> <p>REGISTRAR EL NOMBRE Y APELLIDO Y NÚMERO DE CÉDULA DEL INFORMANTE</p> <p>REGISTRAR LA FECHA (D/M/A) Y LA HORA DE ATENCIÓN AL USUARIO</p> <p>REGISTRAR LA DIRECCIÓN DEL EVENTO O LA UBICACIÓN DE REFERENCIA, EL ESCENARIO (VIA PÚBLICA, DOMICILIO, PARQUE, QUEBRADA, BOSQUE, ETC.) FECHA (DMA) Y HORA DEL EVENTO CAUSANTE DEL ACCIDENTE</p> <p>REGISTRE LA FECHA Y HORA DE LA ATENCION, INDICAR CON UNA X SI EL VEHICULO FUE IDENTIFICADO, EN TAL CASO REGISTRE EL NUMERO DE LA PLACA, SI DISPONE DEL SOAT, LA ASEGURADORA Y EL NUMERO DE POLIZA.</p>
2	INTERROGATORIO		<p>REGISTRAR LOS DATOS MÁS RELEVANTES DEL INBTERRGATORIO REALIZADO AL USUARIO SOBRE ANTECEDENTES DEL EVENTO, SINTOMAS, MEDICAMENTOS QUE RECIBE. CINEMATICA ETC,</p> <p>MARQUE CON UNA X EN CASO DE QUE EL PACIENTE TENGA ANTECEDENTES DE ALERGIAS Y O ADICCIONES</p>
3	EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO		<p>MARCAR X EN LAS CELDAS CUADRADAS Y DESCRIBIR ABAJO, ESCRIBIENDO EL NUMERO DE LA/S LESION / ES VERIFICADA / S</p> <p>REGISTRE EL O LOS DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS Y MARQUE CON UNA "X" EL ESTADO INICIAL – GRAVE – MODERADO O LEVE (MEMENTO EN QUE SE ESTA ATENDIENDO AL PACIENTE) Y EL ESTADO FINAL (MOMENTO EN QUE SE ENTREGA A LA UNIDAD OPERATIVA)</p>

4	SIGNOS VITALES	SIGNOS VITALES	REGISTRAR LOS SIGNOS VITALES EN LOS TRES MOMENTOS INDICADOS (ESCENA – TRANSPORTE - ENTREGA)
		ESCALA DE GLASGOW	REGISTRAR LOS VALORES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES Y EL VALOR TOTAL DE LA ESCALA DE GLASGOW
		PUPILAS DERECHA E IZQUIERDA	REGISTRAR LA REACCION (RN= REACCION NORMAL, RL= REACCION LENTA, RR= REACCION RÁPIDA) Y LA DILATACION O APERTURA PUPILAR: DN: NORMAL DD: MIOSIS DA: MIDRIASIS
5	TRAUMA	ACCIDENTE DE TRANSITO	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES
		OTROS	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES
6	EMERGENCIA GINECO – OBSTÉTRICA Y NEONATAL		REGISTRAR LAS CARACTERÍSTICAS MAS IMPORTANTES DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA MARCAR "X" EN LAS OPCIONES RESPECTIVAS
7	PARO CARDIO RESPIRATORIO		MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES EN LÍNEA BLANCA, AMPLIAR LA INFORMACIÓN, SI ES NECESARIO
8	LOCALIZACIÓN DEL TRAUMA		SEÑALAR EN EL ESQUEMA TOPOGRÁFICO SOBRE LA ZONA AFECTADA, EL NÚMERO CORRESPONDIENTE A LA LESIÓN EXISTENTE Y DIBUJAR SI ES EL CASO A PARTIR DEL NUMERAL 13 REGISTRE CUALQUIER OTRA LESIÓN QUE NO ESTÉ ENLISTADA
9	PROCEDIMIENTOS		REGISTRE SI SE HAN REALIZADO LOS PROCEDIMIENTOS ALLÍ INDICADOS Y EL TIPO DE VENTILACIÓN PROPORCIONADA. INDIQUE EL VOLUMEN DE LÍQUIDOS PROPORCIONADOS COMO TERAPIA (FLUIDO TERAPIA) MARCAR "X" EN LAS CELDAS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DE ACUERDO AL DETALLE INDICADO EN EL BLOQUE.
10	ENTREGA DEL PACIENTE		REGISTRAR CON UNA "x" LA CONDICIÓN EN QUE SE ENTREGA EL PACIENTE (VIVO O MUERTO) SEÑALAR LA HORA DE LLEGADA Y EL CARGO, NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE QUE ENTREGA Y DEL QUE RECIBE MARCAR CON UNA "x" SI EL PACIENTE ES DE MANEJO AMBULATORIO O QUEDA INTERNADO

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

REVERSO: ATENCION PREHOSPITALARIA (2)			
INSTITUCIÓN Y AMBULANCIA	CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	PROVINCIA/CANTON/PARROQUIA	NÚMERO DE HOJA
1	MEDICAMENTOS		DESCRIBA EL NOMBRE, LA PRESENTACIÓN Y EL CONSUMO REALIZADO DE CADA UNO DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS. PUEDE REGISTRAR CON NOMBRE GENÉRICO O COMERCIAL
2	INSUMOS MÉDICOS		REGISTRE LA PRESENTACIÓN Y EL CONSUMO (CANTIDAD EN UNIDADES) DE CADA UNO DE LOS INSUMOS MÉDICOS ENLISTADOS, EN CASO DE HABER USADO
3	CUSTODIA DE PERTENENCIAS		DESCRIBA TODAS LAS PERTENENCIAS DE LA VÍCTIMA QUE SE ENTREGAN AL FAMILIAR O AL ESTABLECIMIENTO QUE LO RECIBE. REGISTRE EL NOMBRE Y LA FIRMA DE QUIÉN ENTREGA Y QUIEN RECIBE DICHAS PERTENENCIAS
4	DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE		ESTE BLOQUE SIRVE PARA INDICAR LA REACCIÓN DE L PACIENTE O SU FAMILIAR EN RELACIÓN A SU ACEPTACIÓN O NO A LA ATENCIÓN Y A SU TRASLADO SEÑALE CON UNA "x" EN CASO DE REHUSARSE AL TRATAMIENTO O AL TRASLADO. REGISTRE EL NOMBRE, No. DE CÉDULA Y LA FIRMA DEL PACIENTE O DEL FAMILIAR RESPONSABLE REGISTRE LA HORA Y LA CAUSA QUE MOTIVA ESTA NO ACEPTACIÓN.
5	DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL SERVICIO		ESTE BLOQUE SIRVE PARA INDICAR LA NO ACEPTACIÓN POR PARTE DEL SERVICIO DE DESTINO AL CUAL SE LO TRANSPORTÓ AL PACIENTE. SEÑALE CON UNA "x" EN CASO DE QUE EL SERVICIO SE REHUSARSE A LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE REGISTRE EL NOMBRE, No. DE CÉDULA Y LA FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO. REGISTRE LA HORA Y LA CAUSA QUE MOTIVA LA NO RECEPCIÓN.
6	OBSERVACIONES		REGISTRE CUALQUIER OBSERVACIÓN ADICIONAL QUE SE TENGA RESPECTO A LA ATENCIÓN REALIZADA AL PACIENTE, TANTO EN LA ESCENA DEL EVENTO COMO EN EL TRANSPORTE Y RECEPCIÓN,

NOTAS AL ANEXO 2

Este formulario es un documento necesario para tramitar procesos legales relacionados con los eventos accidentales o emergentes y para el reconocimiento de los seguros por procedimientos prehospitalarios realizados

INSTITUCION	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO UO	Nº AMBULANCIA	CANTON	PROVINCIA	Nº DE HOJA
-------------	------------------	-----------	---------------	--------	-----------	------------

1 DATOS GENERALES							MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS		TRAUMA	OBSTETRICIA	CLINICA	PSIQUIATRIA
NOMBRE DE LA VICTIMA	CEDULA		EDAD	SEXO	HORA DE DESPACHO							
DIRECCION DEL EVENTO	ESCENARIO DEL EVENTO			FECHA Y HORA DEL EVENTO								
FECHA Y HORA DE LA ATENCION	VEHICULO IDENTIFICADO	NUMERO DE PLACA	SOAT	ASEGURA DORA	NUMERO POLIZA							

2 INTERROGATORIO							ANTECEDENTES DEL EVENTO, SINTOMAS, MEDICAMENTOS QUE RECIBE. CINEMATICA		ALERGIAS	ADICIONES

3 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO										MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS Y DESCRIBIR ABAJO, ESCRIBIENDO EL NUMERO DE LA LESION			
1. VIA AEREA OBSTRUIDA	2. ALIENTO ALCOHOLICO	3. LESION EN CABEZA	4. LESION EN CUELLO	5. LESION EN TORAX	6. LESION EN ABDOMEN	7. LESION EN PELVIS	8. LESION EN COLUMNA	9. LESION EN MIEMBROS					
										ESTADO INICIAL	GRAVE	MODERADO	LEVE
										ESTADO FINAL	GRAVE	MODERADO	LEVE

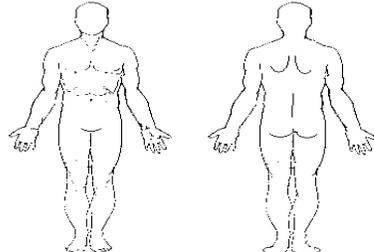
REACCION: RN= NORMAL RL= LENTA RR= RAPIDA DILATACION: DN= NORMAL DD= MIOSIS DA= MIDRIASIS

4 SIGNOS VITALES					ESCALA DE COMA DE GLASGOW				PUPILAS			
LUGAR	PULSO / min	TEMPER. °C	PRESION ARTERIAL mm Hg	FRECUENCIA RESPIR. / min	APERTURA OJOS (4)	RESPUESTA VERBAL (5)	RESPUESTA MOTORA (6)	TOTAL GLASGOW (15)	REACCION (RN-RL-RR)	DILATACION (DN-DD-DA)	REACCION (RN-RL-RR)	DILATACION (DN-DD-DA)
ESCENA												
TRANSPORTE												
ENTREGA												

5 TRAUMA							VIOLENCIA	ACCIDENTE	AUTO AGRESION
ACCIDENTE TRANSITO	VICTIMA CONDUCTOR	VICTIMA PASAJERO	VICTIMA PEATON	AUTOMOVIL-CAMIONETA	AUTOBUS	VEHICULO PESADO	MOTO	BICICLETA	
	IMPACTO FRONTAL	IMPACTO LATERAL	IMPACTO POSTERIOR	ATROPELLO DE VEHICULO	CAIDA DE VEHICULO EN ASIENTO DELANTERO	CHOQUE DE VEHICULO EN ASIENTO POSTERIOR	EXPULSION DE VEHICULO VICTIMA ATRAPADA	VOLCA MIENTO OTRO VEHICULO	
	BOLSA INFLADA	CINTURON COLOCADO	CASCO COLOCADO	ROPA PROTECTORA					
OTROS	HERIDA POR ARMA DE FUEGO CUERPO EXTRAÑO	HERIDA POR ARMA CORTANTE CAIDA	HERIDA POR ARMA PUNZANTE AGRESION SEXUAL	HERIDA POR OTRO OBJETO AGRESION FISICA	QUEMADURA AGRESION INTRAFAMILIAR	APLASTA MIENTO ENVENENAMIENTO	MORDEDURA INTOXICACION	FRACTURA OTRO	

6 EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICA Y NEONATAL										PARTO	ABORTO	SANGRADO
SEMANA DE EMBARAZO	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS	CONTRACCIONES UTERINAS	HORA	NUMERO	INTENSIDAD				
MEMBRANAS INTEGRAS	MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO DE RUPTURA	PRESENTACION	ALTURA UTERINA	SEXO R.N. (H / M)	APGAR 1 MINUTO	APGAR 5 MINUTOS					
DILATACION F. CARDIACA FETAL	BORRAMIENTO MOVIMIENTO FETAL	PLANO	ECLAMPSIA	PRE ECLAMPSIA								

7 PARO CARDIO RESPIRATORIO										
PRESENCIADO X PERSONAL SEM	PRESENCIADO X ESPECTADOR	NO PRESENCIADO	RCP X PERSONAL ENTRENADO	RCP X LEGO	SE UTILIZA DESFIBRILADOR	DURACION RCP ANTES LLEGADA	DURACION DEL PARO			

8 LOCALIZACION DEL TRAUMA		SEÑALAR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA ZONA AFECTADA Y DIBUJAR			
	1	HERIDA PENETRANTE	9	MORDEDURA	
	2	HERIDA NO PENETRANTE	10	CUERPO EXTRAÑO	
	3	ESGUINCE	11	QUEMADURA	
	4	LUXACION	12	APLASTAMIENTO	
	5	FRACTURA CERRADA	13		
	6	FRACTURA EXPUESTA	14		
	7	HEMATOMA	15		
	8	AMPUTACION	16		

9 PROCEDIMIENTOS		
VENTILACION MANUAL		
VENTILACION MECANICA		
OXIGENTERAPIA (VOLUMEN/MIN)		
FLUIDOTERAPIA (VOLUMEN)		
MEDICACION	PUNCION CRICOTIROIDEA	INTUBACION
INMOBILIZACION PARCIAL	INMOBILIZACION TOTAL	DESCOMPRESION TORAX
SONDAJE VESICAL	SONDAJE NASOGASTRICO	EXTRACCION C. EXTRAÑO
SUTURA / CURACION	TAPONAMIENTO NASAL	HEMOSTASIA

10 ENTREGA DEL PACIENTE						VIVO	MUERTO
HORA LLEGADA	CARGO DE QUIEN ENTREGA	RESPONSABLE QUE ENTREGA	FIRMA	MANEJO AMBULATORIO			
HORA ENTREGA	UNIDAD QUE RECIBE	RESPONSABLE QUE RECIBE	FIRMA	INTERNAO			

1 MEDICAMENTOS

Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONSUMO	Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONSUMO
01				06			
02				07			
03				08			
04				09			
05				10			

2 INSUMOS MEDICOS

Nº	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO	Nº	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO	Nº	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO
01	APOSITOS			11	ESPARADRAPO			21	TUBO DE TORAX		
02	AGUJA TORACOCENTESIS			12	GUANTES DESECHABLES			22	TAPON NASAL		
03	BAJALENGUAS			13	GASAS			23	VENDAS		
04	BIGOTERA			14	JERINGUILLAS			24			
05	CANULA DE GUEDEL			15	MASCARILLA DE OXIGENO			25			
06	CLAMP UMBILICAL			16	TUBO ENDOTRAQUEAL			26			
07	COMBITUBE			17	SONDAVESICAL			27			
08	CATETER VENOSO			18	SONDA NASOGASTRICA			28			
09	EQUIPO DE VENOSCLISIS			19	SUTURAS						

3 CUSTODIA DE PERTENENCIAS (describir)

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA		FIRMA	
NOMBRE DEL QUIEN RECIBE		FIRMA	

4 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

REHUSA TRATAMIENTO		REHUSA TRASLADO		NOMBRE		CEDULA		FIRMA	
HORA		CAUSA							

5 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL SERVICIO

REHUSA RECEPCION		SERVICIO		NOMBRE		CEDULA		FIRMA	
HORA		CAUSA							

6 OBSERVACIONES

GLOSARIO

- **Admisión.-** *Actividad de recopilación sistemática de datos de los usuarios que demandan atención en los servicios de salud*
- **Alta.-** *Egreso o salida de un paciente del establecimiento de salud. Comprende las siguientes circunstancias en que una persona se retira del establecimiento: b) alta médica definitiva, b) alta médica transitoria, c) traslado a otro establecimiento, d) otras causas (retiro voluntario, fuga, indisciplina)*
- **Anamnesis.-** *Registro sistemático de las respuestas del usuario a preguntas estructuradas sobre la salud actual y los antecedentes personales y familiares*
- **Atención curativa.-** *Conjunto de medidas terapéuticas aplicadas para la recuperación de la salud de un usuario dentro o fuera de un servicio de salud*
- **Atención preventiva.-** *Conjunto de medidas sanitarias empleadas para la protección de la salud de un usuario*
- **Archivo Activo.-** *Almacenamiento de las historias clínicas de los usuarios que han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención*
- **Archivo Pasivo.-** *Almacenamiento de las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador (proveedor), transcurridos 5 años desde la última atención*
- **Comité de Historias Clínicas.-** *Conjunto de representantes seleccionados del equipo de salud de un establecimiento, encargado del análisis de la información y de la verificación del cumplimiento de las normas administrativas de la Historia Clínica Única*
- **CIE-10.-** *Conjunto de códigos correspondientes a las entidades nosológicas o enfermedades incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10*
- **Consentimiento informado.-** *Documento suscrito por el usuario de un servicio, en el que declara su conformidad con la información suministrada antes de aceptar las condiciones del tratamiento y/o de los procedimientos diagnósticos propuestos por el profesional responsable*
- **Consulta de primera vez.-** *Atención prestada al usuario ambulatorio por el profesional de la salud (médico, obstetrix, psicólogo) por primera vez y por causa de morbilidad o prevención en un determinado servicio*
- **Consulta Subsecuente.-** *Atención prestada al usuario ambulatorio por el profesional de la salud (médico, obstetrix, psicólogo) luego de la primera vez y por causa de morbilidad o prevención en un determinado servicio*
- **Contrareferencia.-** *Orden de envío de un paciente al establecimiento de menor complejidad que realizó la referencia para continuar con el tratamiento o para su control por consulta externa*
- **Derivación.-** *Referencia de un paciente con un diagnóstico definitivo para que reciba tratamiento en una unidad de diferente complejidad*
- **Diagnóstico presuntivo.-** *Reconocimiento inicial o provisional de las características de una enfermedad por sus signos y síntomas específicos, que requiere confirmación por pruebas realizadas en los servicios técnicos complementarios*
- **Diagnóstico definitivo.-** *Reconocimiento final o evidente de las características de una enfermedad por sus signos y síntomas específicos o mediante confirmación por pruebas realizadas en los servicios técnicos complementarios*

- **Egreso.-** Salida de un paciente hospitalizado por alta o defunción, que implica la conclusión del período de internamiento y la desocupación de una cama hospitalaria
- **Epicrisis.-** Resumen de todas las actividades de diagnóstico, tratamiento, evolución y de las prescripciones realizadas durante el periodo de internación de un paciente
- **Equipo de Salud.-** Grupo interdisciplinario de recursos humanos de la salud que realizan actividades coordinadas de atención al usuario
- **Estado de salud.-** Condiciones de funcionamiento orgánico y mental en las que se encuentra un usuario
- **Examen físico.-** Conjunto de maniobras clínicas realizadas por el profesional de la salud al usuario para apoyar la formulación del diagnóstico o para evaluar la evolución de la enfermedad
- **Grupo Cultural.-** Pueblo o conjunto de comunidades reconocidas por el Estado, que comparten formas comunes de identidad, organización, costumbres, lengua, creencias y cosmovisión. (Ejemplo: Kichua-Saraguro, Kichua-Salasaca, Kichua-Otavalo, Shuar-Kunkuki, Achuar-Warintza)
- **Informe de resultados.-** Documento que contiene la información enviada por el servicio complementario en respuesta a una solicitud de exámenes o estudios (Laboratorio Clínico, Imagenología, Histopatología)
- **Interconsulta solicitada.-** Pedido de atención que realiza un profesional tratante a otro profesional de la salud de diferente especialidad para que establezca o confirme el diagnóstico o procedimiento terapéutico más idóneo para el usuario
- **Mediciones.-** Medidas registradas en el usuario en cuanto a peso, talla y perímetros o espesores corporales varios
- **Posconsulta.-** Conjunto de actividades de enfermería realizadas después de la consulta.
- **Preconsulta.-** Conjunto de actividades de enfermería realizadas antes de la consulta
- **Referencia (Transferencia, Derivación).-** Orden médica de envío de un paciente a un establecimiento de mayor complejidad para continuar el proceso de diagnóstico y/o tratamiento
- **Signos vitales.-** Señales detectadas en el usuario sobre frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial y frecuencia respiratoria
- **Solicitud de exámenes.-** Documento que registra los pedidos de determinaciones o estudios a los servicios técnicos complementarios (Laboratorio, Imagenología, Histopatología)
- **Tratamiento.-** Aplicación de un conjunto de actividades o procedimientos planificados por el equipo de salud encaminados a mitigar o eliminar un problema de salud en el usuario
- **Transferencia.-** Orden de traslado de un usuario a un servicio o establecimiento de igual complejidad, por razones administrativas o por motivos técnicos (diagnóstico o tratamiento)