

MANUAL ADMINISTRATIVO DEL

Expediente Clínico

DE PROFAMILIA



MANUAL ADMINISTRATIVO DEL

Expediente Clínico

DE PROFAMILIA

Santo Domingo, República Dominicana, 2010

ASOCIACIÓN DOMINICANA PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA (PROFAMILIA)

MANUAL ADMINISTRATIVO DEL EXPEDIENTE CLINICO DE PROFAMILIA

Santo Domingo, República Dominicana, 2010

EQUIPO TÉCNICO:

Elaboración:

Dra. Digna Mary López Reyes, auditora en salud, post-grado en administración y gestión de centros.

Validación:

Licda. Ana Carolina Alcequiez, Enc. Administrativa y Servicio al Cliente

Clinica Dra. Evangelina Rodríguez de Profamilia.

Dr. Frank Alvarez, Asesor Médico.

Licda. Vivian Brache, Gerente de Investigación y Biomédica.

Dr. Julio Demorizi, Gerente Médico de la Clínica Dra. Evangelina Rodríguez.

Dr. José Mordán, Auditor Médico Externo de Profamilia.

Licda. Isabel Morillo, Enc. Administrativa y Servicio al Cliente Clínica San Francisco de Macoris de Profamilia.

Licda. Solanly Roche, Coordinadora de Operaciones Clínica Sabana Perdida de Profamilia.

Dra. Cruz María Santana, Coordinadora Medica de la Clínica Dra. Rosa Cisneros.

Dra. Clara Santillán, Gerente Médica de la Clínica Dra. Rosa Cisneros.

Lic. Ramón Soriano, Gerente de Operaciones Clínica Dra. Evangelina Rodríguez de Profamilia.

Revisión:

Dra. Mayra Toribio, auditora Programática de Profamilia.

Licda. Odette Ulloa, Enc. de Calidad de Atención de Profamilia.

Corrección de texto: S Bujosa & Asociados

Diseño y diagramación: Karen Cortés H.

Impresión: Editora Búho

Cuidado de edición: S. Bujosa & Asociados y Karen Cortés H.

Una publicación de PROFAMILIA



www.profamilia.org.do

info@profamilia.org.do

Distrito Nacional, República Dominicana

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	7
II. OBJETIVOS	9
III. MARCO LEGAL	9
<hr/>	
IV. GENERALIDADES	10
1. Características y Manejo del Expediente Clínico	11
2. Uso en docencia e investigación	11
3. Ámbito de aplicación	11
4. Definiciones	11
5. Documentación del Expediente Clínico	14
5.1 Documentos de Consulta Externa	14
5.2 Documentación según evento clínico	15
5.3 Documentos de Emergencia	16
5.4 Documentos de Internamiento	17
5.5 Otros documentos	22
6. Responsabilidades	23
<hr/>	
BIBLIOGRAFÍA	25
<hr/>	
ANEXOS	27

PRESENTACIÓN

En el crecimiento y fortalecimiento de una institución de salud, es necesario actualizar los procesos y procedimientos a fin de garantizar servicios eficientes y de calidad. En este sentido, Profamilia presenta una serie de documentos que se aplicarán a nivel de los servicios de las clínicas institucionales, entre los cuales se elaboraron: Manuales, Protocolos de Procedimientos y Guías de Atención; instrumentos que servirán de base para auditar en las diferentes áreas.

Estos documentos están dirigidos a las y los proveedores de salud que laboran en Profamilia, orientados a favorecer la reflexión sobre los fundamentos éticos del trato a los/as usuarios/as que acuden en busca de servicios a las clínicas institucionales.

La elaboración de estos instrumentos propicia el conocimiento de los principios establecidos para la provisión de servicios y una dinámica que favorezca la relación proveedor/a - usuarios/as y el reconocimiento de los factores que favorecen o dificultan el logro de una atención de calidad.

Con su elaboración y divulgación, la institución busca fortalecer el conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos, lo que implica que los/as clientes que acuden a los servicios tengan derecho a información, garantizando un modelo de atención diferenciado de alta calidad, con credibilidad y confiabilidad.

Los mismos constituyen un esfuerzo más de Profamilia, para contribuir a la reflexión crítica sobre la garantía de la calidad de atención en los servicios de salud que se ofrecen a todas y todos los usuarios, con procedimientos basados en el ejercicio de las normas nacionales e internacionales y las políticas establecidas por la institución.

INTRODUCCIÓN

Desde el año 1998 la República Dominicana, a través del Ministerio de Salud Pública, viene desarrollando gradualmente procesos de modernización del sector salud, que buscan dar mayor autonomía y lograr mayor eficiencia en los establecimientos de salud con una lógica gerencial, que permita lograr mejores resultados.

Por su parte Profamilia, fundada en 1966, con un gran camino recorrido ofreciendo servicios de salud sexual y reproductiva a la población dominicana y comprometida con los principios de calidad y calidez en sus clínicas, se inserta en dicho proceso elaborando los protocolos, manuales y/o guías de atención basado en las normas nacionales y/o internacionales.

El expediente clínico es un documento de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de las personas, así como también a optimizar la gestión en las clínicas, proteger sus intereses legales, tanto para los clientes como para los proveedores de salud y de la misma manera proporcionar información con fines de investigación y docencia.

Por esta razón, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que sigue el expediente clínico desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad a las demandas cada vez más exigentes del paciente y de los prestadores de servicios de salud. Más aún, si se tiene en cuenta la Ley General de Salud (42-01), que revalora las personas de los servicios de salud y lo posiciona como eje de las organizaciones y de las prestadoras de servicios de salud.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud de las personas, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

En tal sentido, la elaboración del Manual Administrativo de Expediente Clínico de Profamilia busca dar respuesta a estos nuevos desafíos, contribuyendo a resolver las principales situaciones que se presentan en los/as usuarios/as, proveedores de salud y las clínicas institucionales y fortalecer la calidad de los servicios.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el Manual Administrativo del Expediente Clínico en los servicios de Profamilia basada en las Normas Nacionales de SESPAS para brindar un servicio de salud con eficiencia y calidad en las clínicas institucionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar un instrumento consultativo informativo que regule el uso de expediente clínico en la Unidad de Apoyo Emocional y las clínicas de Profamilia.
- Evaluar los Expedientes Clínicos en función de un documento investigativo, docente, científico y administrativo.
- Estandarizar el expediente clínico llevando el orden y apoyándonos en las normas nacionales.
- Socializar los instrumentos incluidos en el expediente clínico con los proveedores de salud.
- Sensibilizar con los proveedores de salud el expediente clínico para su uso correcto

III. MARCO LEGAL

Las bases legales del Expediente Clínico están sustentadas en la Ley General de Salud (42-01), en el capítulo IV sección 1, artículo 28. Las mismas están apegadas:

- Al registro o constancia escrita de todo el proceso de Salud-enfermedad de las personas.
- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su expediente y con su estancia en instituciones prestadoras de servicios de salud pública o privada.
- A la información adecuada y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; y a recibir consejos por personal capacitado, antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos.
- El derecho a decidir, previa información y comprensión, sobre su aceptación o rechazo de asumir el tratamiento. Se exceptúan de esta disposición los casos que representen riesgos para la salud pública. En el caso de menores, discapacitados mentales y pacientes en estado crítico sin conciencia para decidir, la decisión recaerá sobre sus familiares directos, tutores o en su ausencia sobre el médico principal responsable de su atención.

IV. GENERALIDADES

Todo expediente clínico, deberá tener una hoja frontal de Datos Sociodemográficos que es llenada por el personal administrativo de Servicio al Cliente en el área de Recepción y contiene la siguiente información general:

- Tipo, nombre y domicilio de la clínica y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;
- Datos de identificación de la persona: Nombre(s), apellido(s), apodo, cédula de identidad, dirección (calle, barrio/paraje, municipio, provincia), teléfonos, sexo, fecha de nacimiento, nivel de escolaridad, ocupación actual y a quien notificar en caso de emergencia.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del/a medico/a, en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, a partir de la fecha del último acto médico.

Todo profesional o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos del presente manual.

En todas las clínicas de Profamilia para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros: autoridades judiciales, administrativas interna de la institución sanitaria (SESPAS u otro organismo rector), familiares, mediante el uso de formulario elaborado para tales fines y previa autorización de la Gerencia de la clínica. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuraduría de justicia y autoridades sanitarias.

Para solicitar un expediente clínico de una persona en las clínicas institucionales el/la medico/a otorgará información verbal y un resumen clínico por escrito, el cual deberá ser solicitado por escrito, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente, especificando con claridad el motivo de la solicitud.

El Expediente Clínico se manejará de acuerdo a la atención prestada a la persona (consulta externa, emergencia y/o internamiento). De esto dependerán las diferentes notas médicas elaboradas y el contenido del mismo.

De igual manera la solicitud del expediente clínico del área de psicología se realizará mediante la utilización de un formulario, atendiendo a los principios científicos y éticos que orienta las prácticas medicas para tratar los pacientes que requieren esos servicios.

Las notas en el Expediente Clínico deben expresarse en lenguaje técnico medico, sin abreviaturas, con letras legibles, sin tachaduras ni borrones. Los diagnósticos definitivos serán escritos atendiendo a la codificación internacional de enfermedades (CIE-10).

El empleo de medios diagnósticos electromagnéticos y otros serán exclusivamente de carácter auxiliar para el Expediente Clínico.

El Expediente Odontológico esta orientado a la prevención y control de enfermedades bucales. Contará de una ficha odontológica con las descripciones y características propias de le especialidad.

1. CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

- Contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.
- Proporciona evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento de la persona.
- Sirve como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada a la persona.
- Proporciona información para usos de investigación, docencia, jurídico, administrativo y estadístico.
- Contribuye al sistema de información proporcionando datos para la programación y evaluación de actividades de salud local, regional y nacional.
- Ayuda a proteger los intereses legales del cliente, de la clínica y del personal de salud.

2. USO EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Los Expedientes Clínicos solicitados para fines de docencia e investigación deberán ser revisados en el área de archivo clínico, para lo cual establecerá y comunicará a los interesados los mecanismos de la solicitud, entrega y devolución de dichas historias.

La información obtenida de los Expedientes Clínicos se consignará de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad.

Las personas que desean hacer uso de los Expedientes Clínicos para fines de investigación, deberán contar con la autorización escrita del Gerente o Coordinador Médico/a de las clínicas (o de la persona a la que él delegue esta responsabilidad). Así mismo, deberá indicar el tipo de investigación que ha de realizar, haciendo la solicitud mediante un protocolo elaborado para tales fines.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Manual Administrativo del Expediente Clínico será de aplicación en todas las Clínicas y la Unidad de Apoyo Emocional de Profamilia.

Su uso debe ser de carácter obligatorio para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud de las diferentes clínicas y de la Unidad de Apoyo Emocional de Profamilia.

4. DEFINICIONES

• Clínica o Prestadora de Servicios de Salud (PSS):

Constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, clasificada en una categoría e implementada con recursos humanos, materiales y equipos, encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas que permiten brindar atención de salud ya sean preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto Ambulatorio y de hospitalización, de acuerdo a su capacidad resolutive y nivel de complejidad.

- **Hoja de autorización de Ingreso:**
Es la hoja por el cual el paciente o su representante autorizan la hospitalización y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que los profesionales de la salud consideren oportunas y que no precisen de una hoja de consentimiento informado.
- **Hoja de Egreso:**
Es la hoja que le da salida a la persona de la clínica, dando fin a su hospitalización. Debe ser llenada por el médico tratante
- **Acto Médico:**
Es toda acción o disposición que realiza el/la médico/a en el ejercicio de su profesión. Ello comprende los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realizan en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico.
- **Atención de Salud:**
Es el conjunto de acciones de salud o servicios que se brinda a la persona, las cuales tienen como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que son realizadas por los proveedores de salud.
- **Consentimiento Informado:**
Es la conformidad expresa de la persona o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, y luego de haber recibido consejería, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por la persona o su representante legal, y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según la Ley General de salud 42-01 (Capítulo IV, artículo 28).
- **Historia Clínica:**
Es el documento médico legal, que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.
- **Expediente Clínico:**
Es un registro permanente y ordenado de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en donde el personal de salud hace las anotaciones y certificaciones en cada intervención de atención al usuario/a.

- **Hoja De Alta a Petición:**
Es el documento en el que el paciente o su representante legal ejerciendo su derecho deja constancia de su decisión de abandonar el establecimiento donde permaneció hospitalizado, o en observación para el caso de emergencia, en contra la opinión médica, asumiendo la responsabilidad de las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse, en caso que esté en peligro la vida.
- **Médico Tratante:**
Es el médico que toma bajo su responsabilidad la atención de un paciente.
- **Interconsulta:**
Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.
- **Urgencia:**
Es todo problema médico y/o quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y que requiera atención inmediata.
- **Usuario/a:**
Toda aquella persona, paciente o no, o cliente que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- **Referencia y contrarreferencia:**
Es un procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- **Referencia:**
Es la referencia de usuarios o envío de elementos de ayuda diagnóstica por parte de una clínica de Profamilia a otra de la misma institución o fuera de la institución para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.
- **Contrarreferencia:**
Es la respuesta que las clínicas receptoras de la referencia, dan al organismo o al centro de salud. Esta respuesta puede ser la remisión de la persona con las indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el mismo en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

5. DOCUMENTACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

5.1 Documentos de Consulta Externa

Todo expediente clínico iniciará con el formulario de información socio- demográfico del paciente. La atención en la Consulta Externa debe ser registrada en la Historia Clínica General cuando el paciente viene por primera vez, siendo responsabilidad del médico tratante el llenado de la misma.

5.1.a Historia Clínica General

La historia clínica general se aplicará en la Unidad de Apoyo Emocional y las clínicas de Profamilia y recoge la información global de la persona que acude por primera vez. Además, contamos con hojas clínicas por especialidades que formarán parte del expediente clínico de acuerdo a la especialidad que necesite el cliente, para eficientizar la calidad del servicio. Ambas deben ser llenadas por el médico tratante.

SECCIONES QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Mediante el interrogatorio se obtendrá la siguiente información:

- Identificación de la persona, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, incluyendo hábitos tóxicos (si es fumador, alcohólico, adicto), historia de internamientos, uso de medicamentos, revisión por sistemas, historia sexual y reproductiva.
- Examen físico que contiene información sobre el aspecto general, signos vitales (pulso, presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura), peso y talla, así como de la cabeza, cuello, tórax, mamas, abdomen, extremidades, genitales femeninos, que incluye especuloscopia, tacto vaginal y genitales masculinos, según sea el caso.
- Diagnóstico(s) presuntivo(s).
- Pruebas estándares solicitadas.
- Exámenes complementarios solicitados.
- Plan terapéutico.
- Diagnóstico(s) definitivo(s).
- Nombre y sello del médico tratante.

Para la elaboración de la Historia Clínica, Profamilia sigue las directrices de las Normas Nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Actualmente contamos con las siguientes:

- Historia Clínica General
- Historia Clínica de embarazo, parto y puerperio
- Historia Clínica de Pediatría

Para el área de psicología contamos con tres instrumentos que son:

- Historia Clínica de Psicoterapia individual
- Historia Clínica Infantil
- Entrevista a Adolescente

5.1.b Hojas Clínicas

Se han elaborado Hojas Clínicas por especialidades que formarán parte del Expediente Clínico, según los casos clínicos de las personas. Estas hojas clínicas se utilizarán a partir de la segunda consulta o consulta subsecuente y dependiendo de la especialidad que requiera el paciente.

Hay hojas clínicas de mastología, dermatología e infertilidad. Las especialidades de medicina interna, cardiología, gastroenterología, neumología y ginecología, fueron incorporadas a la Historia Clínica General.

5.2 Documentación según evento clínico

Son los formularios, instrumentos u hojas que acompañan a la Historia Clínica y que forman parte del expediente clínico, según las necesidades del/la cliente. Entre éstos se encuentran:

5.2.a Hoja de Consulta Subsecuente

Deberá elaborarla el médico tratante cada vez que proporcione atención a la persona de manera ambulatoria. En la misma se describe lo siguiente:

Datos de identificación del cliente, fecha y hora de la atención, evolución y actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados de los servicios de diagnóstico, tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señale dosis, vía y periodicidad. Firma y sello del médico tratante.

5.2.b Solicitud y Nota de Interconsulta

Cuando se requiera una interconsulta médica, la solicitud deberá hacerla el médico tratante y quedar registrada en el expediente clínico. Esta solicitud consta de:

- Datos de identificación del cliente
- Fecha y hora de la solicitud
- Servicio que solicita la interconsulta
- Motivo de interconsulta, conteniendo criterios diagnósticos, sugerencias
- Para el diagnóstica y tratamiento que se han realizado
- Firma y sello del médico solicitante.

La Nota de Interconsulta la realiza el médico consultado y debe constar de:

- Fecha y hora que se otorga el servicio
- Signos Vitales
- Motivo de la consulta
- Resumen de interrogatorio y exploración física
- Resultados de estudios diagnósticos
- Sugerencias diagnósticas
- Tratamiento y pronóstico.
- Firma y sello del médico que realiza la interconsulta.

5.2.c Nota de Referencia

La nota de referencia, si es necesaria, la realiza el médico de la clínica y debe anexar una copia del resumen con que se envía el paciente y debe contener:

- Datos de identificación del/la cliente
- Clínica que refiere y clínica receptora
- Especialidad o servicio que envía el paciente
- Fecha y hora de la referencia
- Resumen clínico del cliente (se describe de manera clara y completa incluyendo signos y síntomas del padecimiento que motiva a la referencia de la persona a otra unidad médica). En caso de que el referimiento se realice por consulta de otras especialidades, tratamientos y estudios especializados o debido a estudios de laboratorio que no se realicen en la institución o estudios diagnósticos deberá justificarse en el rubro.
- Impresión diagnóstica.
- Terapéutica empleada, sí la hubo.

5.2.d Nota de contrarreferencia

Es la nota que completa el médico que realiza la atención del/la paciente referido/a y debe contener:

- Fecha y hora en que se emite la atención al cliente
- Nombre de la clínica y/o servicio que atendió al paciente
- Condiciones clínicas en que se recibió al paciente
- Medidas diagnósticas y/o terapéuticas señalando los estudios de laboratorio y/o tratamientos realizados.
- Diagnóstico y sugerencias sobre el caso clínico
- Firma y nombre completo del médico que realiza la nota de contrarreferencia.

5.3. Documentos de Emergencia

Los expedientes clínicos de los/as clientes que se atienden por el Servicio de Emergencia contienen las siguientes notas médicas:

5.3.a Hoja de Emergencia

Debe ser elaborada por el médico que presta la atención en el Servicio de Emergencia. Esta nota debe constar de:

- Identificación de la persona
- Fecha y hora en que se otorga el servicio
- Motivo de la emergencia
- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.
- Resultado de exámenes de laboratorio y medios diagnósticos
- Diagnóstico/s
- Tratamiento y pronóstico.

En caso de que estos pacientes ameriten ser ingresados, se anexarán las notas de ingreso, de lo contrario se le da De Alta al paciente, con las recomendaciones de lugar.

5.3.b Hoja de Evolución

Cada vez que el médico ofrezca atención al paciente en emergencia, debe realizar una nota de evolución actualizando el cuadro clínico. Se utilizará la hoja de evolución de pacientes ingresados, ya que aun se encuentran dentro de esa posibilidad y se anexará al expediente clínico de esta área.

5.3.c Solicitud y Nota de Interconsulta

Esta solicitud deberá ser elaborada según el médico tratante lo considere y quedará asentada en el expediente clínico, al igual que la nota de interconsulta que la llenará el médico consultado. Siguiendo lo descrito en el numeral

5.3.d Nota de Referencia y Contrareferencia

De requerirse la nota de Referencia, ésta deberá elaborarla el médico de la clínica y se le anexará copia del resumen con que se envía el cliente. El detalle de esta hoja fue descrita anteriormente.

5.4 Documentos de Internamiento

Toda atención de emergencia o de consulta externa que amerite ingreso debe ser registrada en el expediente clínico. Cuando el paciente viene de Consulta Externa o de Emergencia, el expediente clínico para internamiento debe contener la orden de ingreso que será elaborada por el médico que ordena la misma y la Hoja de Admisión y Egreso.

A. LOS FORMULARIOS DE INTERNAMIENTO SON:

1. Nota de Ingreso

Debe elaborarla el médico que realiza el ingreso del paciente y debe contener:

- Identificación del paciente, fecha y hora del ingreso
- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental del paciente
- Resultado de exámenes de laboratorio, medios diagnósticos.
- Diagnóstico/s.
- Tratamiento y pronóstico
- Firma y sello del médico

2. Historia Clínica General

La Historia Clínica General se llenará según se describe anteriormente en este manual.

3. Nota de evolución

Deberá elaborarla el médico que realiza la atención al paciente, registrando la visita

médica cuando pasa a evaluar su condición de salud por lo menos una vez por día, según la complejidad del caso. Se llenará conforme a lo descrito anteriormente en este manual.

4. Órdenes Médicas

Al igual que la nota de evolución se actualizarán las órdenes médicas que contienen el número de expediente clínico, nombres y apellidos del paciente, área de servicio, sala, fecha, hora, órdenes, alimentación. Deberá estar firmada por el médico tratante, que es quien escribe las órdenes.

5. Nota de referimiento o traslado

Deberá elaborarla el médico que refiere al paciente siguiendo los pasos ya descritos en este documento.

B. EN PACIENTES INGRESADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SE ANEXARÁN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Nota Pre-operatoria

Esta nota debe elaborarla el cirujano que va a realizar la intervención. Esta nota debe contener:

- Identificación del paciente, hora y fecha
- Fecha de la cirugía
- Diagnóstico
- Plan quirúrgico
- Cuidado y plan terapéutico pre operatorio
- Pronóstico
- Firma y sello del médico cirujano

2. Nota Pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico

La realiza el médico anesthesiologo que asistió la cirugía. Consta de:

- Identificación del paciente, fecha y hora de la cirugía
- Especificar el tipo de cirugía que se vaya a realizar
- Nombre del cirujano
- Nombre del anesthesiologo
- Diagnóstico Pre – operatorio
- Medicación pre – anestésica
- Condiciones generales del/la paciente
- Firma y sello del médico anesthesiologo
- Además contempla detalles de la conducción anestésica

3. Nota Post - operatoria

Debe realizarla el cirujano que practicó la intervención quirúrgica. Es un resumen de la operación practicada y deberá contener:

- Identificación del/la paciente.

- Diagnóstico pre-operatorio
- Operación planeada, operación realizada
- Diagnóstico post-quirúrgico
- Descripción de técnica quirúrgica
- Hallazgos transoperatorio
- Estudios de laboratorio, de diagnóstico y tratamiento trans-operatorio
- Referir ayudantes de cirugía, instrumentistas, anestesiólogo
- Estado post quirúrgico inmediato
- Plan de manejo y tratamiento post-operatorio, pronóstico
- Envío de muestra quirúrgica para examen histopatológico
- Firma y sello del médico

4. Nota de Conteo de Materiales Quirúrgicos

Esta información es llenada por el/la ayudante o instrumentista y verificada por el cirujano. Contiene:

- Identificación del/la paciente, número de expediente clínico, cama, habitación
- Nombre del médico cirujano
- Conteo de los materiales (gasas, agujas, compresas, pinzas, etc.), antes de realizar la intervención quirúrgica y después de la misma.
- Firma y sello del médico cirujano y del que realiza el conteo.

B.1 EN CASO DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA:

Reporte de Anticoncepción Quirúrgica Permanente

En este formulario encontramos datos que son llenados por el ginecólogo en una cita previa a la intervención. Estos son:

- Identificación de la paciente
- Fecha de la evaluación
- Antecedentes obstétricos y patológicos personales
- Exploración física
- Historia ginecológica
- Datos de exámenes de laboratorio.

Otros datos son de anestesia, recuperación y de alta:

- Técnica anestésica, medicamentos
- Control trans-quirúrgico y post-quirúrgico de signos vitales
- Complicaciones anestésicas (si se presentaron)
- Recuperación y de alta
- Cita control

C. EN CASO DE PARTO SE UTILIZARÁ:

Partograma

Es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Existen mediciones estadísticas relevantes en el partograma, como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. El modelo básico está centrado en un papel cuadriculado en el que se construyen gráficas y curvas del trabajo de parto. En la escala vertical izquierda se listan en centímetros la dilatación cervical, desde 0 hasta 10. En el eje horizontal inferior se indican las horas transcurridas desde el inicio del trabajo de parto. En el eje vertical derecho se suele poner la altura de la presentación fetal.

D. EPICRISIS

Deberá ser elaborada por el médico tratante. Contiene:

- Identificación del/la paciente, número de expediente clínico, fecha de inicio de la atención médica y la fecha del final de la atención médica
- Motivo de egreso (De alta médica, De alta a petición o solicitada, fuga)
- Diagnósticos finales o definitivos
- Resumen de anamnesis, examen físico, resultado de exámenes de laboratorio u otros estudios complementarios de diagnóstico
- Resumen de evolución, manejo del/la paciente durante su estancia y estado actual, condición del paciente en la De alta
- Tratamiento/s, problemas clínicos pendientes, pronóstico, recomendaciones para la vigilancia ambulatoria
- Firma y sello del médico que indica la De Alta.

E. REPORTES DE OTROS PROFESIONALES, PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR

1. Formularios de Enfermería

Estos formularios deben ser llenados por el personal de enfermería de turno, de la manera y frecuencia establecida en los manuales de enfermería de la institución, acorde con las órdenes del médico y deben contener lo siguiente:

- Nombre del/la paciente, Fecha, hora, habitación
- Evolución de enfermería con una breve descripción de la condición del/la paciente, hábitos, condición actual de salud
- Control de signos vitales
- Administración de medicamentos (fecha, hora, dosis, vía)
- Procedimientos realizados y observaciones
- Signos y síntomas significativos
- Tratamientos realizados

Las observaciones sobre el estado del/la paciente deberán anotarse en los tres turnos: matutino, vespertino y nocturno y en los casos especiales de cuidados intermedios o intensivos según lo requiera. El tratamiento aplicado debe ser escrito sin abreviaturas no estandarizadas, con letra clara y legible. Todas las anotaciones deben tener fecha, hora y nombre completo de la enfermera y su firma.

Los diferentes formularios que maneja el departamento de enfermería son:

1.a Hoja de Control de Signos Vitales

En esta hoja está el número de expediente clínico, nombre/s y apellido/s de la persona atendida, edad, fecha, hora, días de hospitalización, servicio y número de cama, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del/la paciente.

1.b. Kárdex de Medicamentos

Contiene nombre/s y apellido/s del/la paciente, número de expediente clínico, fecha de inicio y fecha en que se discontinuó, horario de administración de los medicamentos y la vía, nombre/s, apellido/s y firma de la enfermera que preparó y administró el medicamento.

1.c. Hoja de Evolución de Enfermería

El personal de enfermería realizará los procedimientos asignados para cada día siguiendo las instrucciones médicas y escribirá las observaciones o novedades que se presenten en cada visita al paciente.

1.d. Nota de Conteo de Materiales Quirúrgicos

Esta información es llenada por la circulante y verificada por el cirujano. Contiene:

- Identificación del/la paciente, número de expediente clínico, cama, habitación
- Nombre del médico cirujano
- Conteo de los materiales (gasas, agujas, compresas, pinzas, etc.), antes de realizar la intervención quirúrgica y después de la misma.
- Firma del/la circulante que realiza el conteo.

2. Reporte de Exámenes de Laboratorio/ Medios diagnósticos

Deberá ser elaborado por el personal que realizó el estudio y contiene:

- Fecha y hora del proveedor solicitante
- Identificación del proveedor solicitante
- Estudio solicitado
- Problema clínico en estudio
- Resultados del estudio
- Identificación del personal que realiza el estudio
- Nombre completo y firma del profesional que informa

5.5 Otros Documentos

En el ámbito ambulatorio o de internamiento existen otros documentos que son utilizados en las clínicas de Profamilia, que permiten realizar una práctica médica con calidad y apegada a los principios de protección al usuario/a. Éstos son:

1. Formulario de retiro de métodos anticonceptivos
2. Formulario de Historia de Violencia
3. Formulario de consentimiento informado
4. Formulario de De Alta a Petición
5. Formulario de solicitud de autorización para uso del expediente clínico (para investigación o docencia)
6. Certificado de defunción

1. FORMULARIO PARA RETIRO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Consta de: nombre y edad de la paciente, información ginecológica (número de gestaciones, paridad, embarazos ectópicos), tipo de método utilizado, fecha de inserción, fecha de retiro, lugar de inserción del método, razón por la que se retira el método.

2. FORMULARIO DE HISTORIA DE VIOLENCIA

Este documento es utilizado por los/as proveedores/as de la institución para el servicio de la detección y manejo de casos de violencia en las clínicas de Profamilia.

Contiene el número de expediente clínico, fecha y a continuación presenta siete (7) preguntas con el objetivo de detectar la historia de violencia basada en género y de violencia intrafamiliar que ha vivido la usuaria. Las 4 primeras se refieren al tipo de violencia: a) violencia psicológica, verbal y emocional; b) violencia física; c) violencia sexual; d) abuso sexual en la infancia. Además investiga quién realizó el maltrato, sexo de quién lo realizó, cuándo ocurrió. Continúa el interrogatorio sobre si la usuaria siente miedo de su pareja u otra persona cercana, si se sentirá segura cuando regrese a su hogar. Finalmente esta hoja evalúa si pudo ofrecer ayuda a la usuaria y en caso de no haber aplicado el cuestionario, decir las razones. Al pie de la hoja se debe poner las siglas del proveedor/a, supervisor/a y digitador/a.

Dependiendo del curso o las respuestas obtenidas de la usuaria, será referido al departamento de Consejería y/o a Psicología.

3. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debe contener nombre de la institución, razón o denominación social, título del documento, lugar y fecha en que es emitido, señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado, autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva, nombre completo y firma de los testigos.

Los eventos de Profamilia que requieren del Formulario de Consentimiento Informado son:

- AQV
- Vasectomía
- Pruebas de VIH

- Ingresos
- Procedimientos quirúrgicos

4. FORMULARIO DE ALTA A PETICIÓN

Documento por medio del cual el/la paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de sus facultades y sus consecuencias que dicho acto pudiera ocasionar. Deberá ser elaborada por el médico. Debe incluir:

- Nombre y dirección de la clínica
- Fecha y hora de la De alta
- Nombre completo, edad, parentesco, en caso de ser otra persona diferente al/la paciente y firma de quien solicita la De Alta.
- Resumen clínico.
- Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y la atención de los factores de riesgo.
- Nombre completo y firma del medico que emite la hoja
- Nombre completo y firma de los testigos.

5. FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA USO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

En algunas situaciones la institución debe permitir el uso del expediente clínico ya sea para investigación o para docencia. Este procedimiento debe ser aprobado por el Gerente Médico o el Director de la Clínica de Profamilia que corresponda.

Debe contener el número del expediente clínico del caso solicitado, nombre de la persona o institución que solicita dicho expediente, razón o causa de solicitud (investigación, docencia), nombre y firma del director o gerente para aprobación de uso del mismo.

6. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Es elaborado por el personal médico conforme a lo establecido en la Ley General de Salud (42-01). De este documento debe archivar por lo menos una copia en el expediente clínico.

6. RESPONSABILIDADES CON EL EXPEDIENTE CLÍNICO

Es responsabilidad del Servicio de Archivo Clínico lo siguiente:

- la correcta localización de cada expediente clínico
- la custodia del mismo
- su correcto uso

Es responsabilidad de todo el personal que maneje el expediente clínico:

- mantener en buen estado dicho documento
- velando siempre por la pulcritud
- manejo adecuado y ético, cuidando la confidencialidad de la información del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

-
- Consentimiento Informado del Ministerio de Salud Pública.

 - Instrumentos elaborados en Profamilia para el Expediente Clínico.

 - Ley General de Salud (42-01).

 - Normas Nacionales del Expediente Clínico de la Atención Médica; SESPAS 2003, primera edición.

 - Normas de Expediente Clínico, Costa Rica.

 - Normas de Expediente Clínico de Hospitales de España.

 - Normas Mexicanas del Expediente Clínico.

 - Modelos de formularios de expediente clínico; APROFAM, Guatemala, 2007.

ANEXOS

DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE CLINICO



CLINICA PROFAMILIA _____ (Nombre)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Expediente Clínico No. _____

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

Nombre(s) _____

Apellido(s) _____ Apodo _____

Cédula de Identidad _/~/~/ - _/~/~/~/~/~/ - _/ No tiene

2. DIRECCIÓN:

Calle y número _____

Barrio/Paraje: _____ Municipio: _____

Provincia: _____

3. TELÉFONOS: Casa _____ Trabajo _____

Celular _____ Correo Electrónico _____

4. SEXO: 1. Masculino 2. Femenino

5. FECHA DE NACIMIENTO: _/_- _/_- _/~/~/_

Día Mes Año

6. NIVEL DE ESCOLARIDAD:

1. Ninguno 2. Primaria (incompleta) 3. Primaria completa (8vo. curso)4. Secundaria incompleta (1-3) 5. Secundario completa (bachiller)6. Estudios universitarios 7. Se ignora7. OCUPACIÓN ACTUAL: Empleado/a público/a Empleado/a privado/a Otro. Especifique _____

8. A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____



HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Clínica Profamilia _____ No. de Exp. _____

NOMBRE: _____ Edad: _____ años

Sexo: F M Consulta: Nueva Subsecuente Fecha: _____ Hora: _____

Motivo de consulta:

Historia de la enfermedad actual:

Tiempo de evolución: Días: _____ Meses: _____ Años: _____ Agudizado _____

Antecedentes Heredo Familiares

Patologías	Padre		Madre		Hermanos		Otros	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Diabetes								
Cardiopatías								
Hipertensión								
Cáncer								
Epilepsia								
Hipo/hipertiroidismo								
Falцемia								
Otros								

Antecedentes Personales

	Si	No	Especifique
Alérgicos			A qué?
Cáncer			
Diabetes			
Falцемia			
Hábitos Tóxicos			
Hepatitis			
Hipertensión arterial			
Accid. Cerebrovasc.			
Hipo/hipertiroidismo			
ITS			

	Si	No	Especifique
Quirúrgicos			
Sangrado gastrointest.			
Traumáticos			
Tuberculosis			
Transfusión			
Internamiento			
Uso medicamentos			¿Cuál(es)?

Observaciones: _____

Revisión por Sistema

NORMAL PATOLÓGICO Especifique:

Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Genito-Urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Musculo-Esquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sist. Nervioso Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hematopoyético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Historia Sexual y Reproductiva

Menarquía _____ Ciclo Menstrual: Regular Irregular IVS _____ años

G: ____ P: ____ A: ____ C: ____ Hijos(as) vivos(as): ____ FUM: ____ FUParto: _____

Fecha último PAP: _____ Mamografía: No Sí Fecha: _____

Método anticonceptivo usado en la actualidad:

AC Orales AC Emergencia Inyectable combinado Condón

Implantes Sólo Progestina Otros Cuál: _____

AQV DIU Ninguno

Tiempo de uso: _____

Observaciones: _____

Menopausia: Sí Cuánto tiempo _____ No Reemplazo hormonal: No Sí

Cuál: _____

Examen Físico

ASPECTO GENERAL _____

SIGNOS VITALES:

T/A _____ mm/Hg FC: _____ FR: _____ Pulso: _____ Temp. _____
 Peso: _____ Talla _____

	NORMAL	PATOLÓGICO	Especifique:
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

GENITALES FEMENINOS:

1. Externos: Normales Patológicos
 Describe: _____

ESPECULOSCOPIA: _____

TACTO VAGINAL:

1. Vagina: _____
 2. Cérvix: _____
 3. Tamaño del útero: Normal Patológico
 Describe: _____
 4. Posición del útero: Anteversión Retroflexión Intermedio
 5. Movilidad del útero: Móvil Fijo Dolor: Sí No
 Describe: _____
 6. Anexos: Normales Patológicos
 Describe: _____
 7. Fondos de saco: _____
 8. Parametrios: _____
 9. Prueba de embarazo: Se realizó: No Sí Positivo Negativo
- Observaciones y/o Hallazgos: _____

GENITALES MASCULINOS:

	NORMAL	PATOLÓGICO	Describe:
Pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Testículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epidídimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tacto rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Observaciones y/o Hallazgos: _____

Diagnóstico(s) Presuntivo(s)

Pruebas Estándares

Exámenes Complementarios

Plan Terapéutico

Ambulatorio Internamiento

Referimiento a: _____

Próxima cita Fecha: _____

Diagnóstico(s) Definitivo(s)

Nombre y sello del Médico



HOJA CLÍNICA DE MASTOLOGÍA

Clinica Profamilia _____ **No. de Exp.** _____

NOMBRE: _____ **Edad:** _____ años

Sexo: F M **Consulta:** Nueva Subsecuente **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Motivo de consulta: _____

Historia de la enfermedad actual: _____

EXAMEN FISICO:

Aspecto general: _____

Peso _____ (Lbs.)

TA _____

FC _____

FR _____

Temp. _____

Talla _____

NORMAL **PATOLÓGICO**

Cabeza

Cuello

Tórax

Mamas

Abdomen

Extremidades

Observaciones y/o Hallazgos: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Pruebas Estándares: _____

Exámenes Complementarios: _____

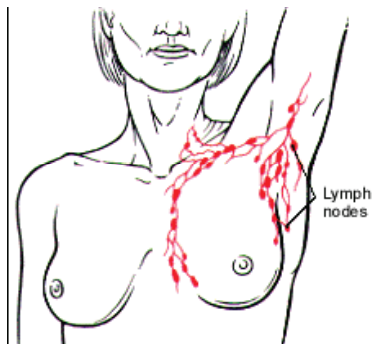
PLAN TERAPÉUTICO:

Procedimiento: _____

Fecha: _____ **Hora** _____ **Anestesia:** _____

Próxima Cita: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____



Firma y Sello Médico _____


profamilia HOJA CLÍNICA DE DERMATOLOGÍA

Clínica Profamilia _____ No. de Exp. _____

NOMBRE: _____ Edad: _____ años

 Sexo: F M Consulta: Nueva Subsecuente Fecha: _____ Hora: _____

Motivo de consulta: _____

Historia de la enfermedad actual: _____

EXAMEN FÍSICO:

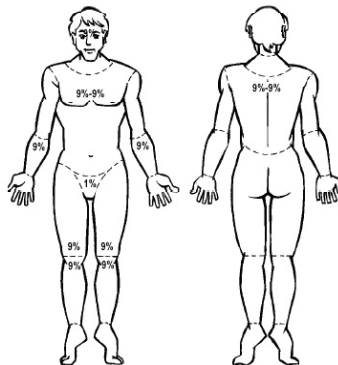
Aspecto general: _____

Signos Vitales:

T/A _____ mm/Hg FC: _____ FR: _____ Pulso: _____ Temp. _____

Peso: _____ Talla _____

	NORMAL	PATOLÓGICO	Especifique:
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Localización de las Lesiones


OBSERVACIONES: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

PRUEBAS ESTÁNDARES: _____

EXÁMENES ESPECIALES: _____

PLAN TERAPÉUTICO: _____

Ambulatorio Internamiento

Referencia a: _____

Próxima cita Fecha: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Firma y sello _____



profamilia

HOJA CLÍNICA DE INFERTILIDAD

Clínica Profamilia _____ No. de Exp. _____

NOMBRE: _____ Edad: _____ años

Sexo: F M Consulta: Nueva Subsecuente Fecha: _____ Hora: _____

Motivo de consulta: _____

Antecedentes de Enfermedades

Infertilidad: Primaria Secundaria

	SI	NO	Especifique:
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Secreción vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Galactorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Factores con posibles efectos adversos sobre la Infertilidad

Factores del medio ambiente u ocupacionales Sí No Uso excesivo de Alcohol o Drogas Sí No

Historia de Infertilidad

Menarquia _____ Amenorrea: Primaria Secundaria Ciclo menstrual: Regular Irregular Duración del ciclo corto _____ Largo _____Categoría menstrual: Algomenorrea Amenorrea secundaria Polimenorrea Dismenorrea: Leve Moderada Severa

IVS _____ años Frecuencia del coito vaginal _____

Dyspareunia: No Sí Especifique _____

G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ E _____ Molar _____ Hv: _____ Hm: _____

FUM: _____ FUParto: _____ Último PAP: _____

Mamografía: No Sí Fecha: _____Hijo(s) con pareja actual: No Sí Cuántos _____Hijos con pareja anterior: No Sí Cuántos _____

Método anticonceptivo usado:

AC Orales AC Emergencia Inyectable combinado Condón
 Implantes Sólo Progestina Otros Cuál: _____
 AQV DIU Ninguno

Tiempo de uso: _____

Observaciones: _____

Examen Físico

Estado General: _____

Signos vitales:

T/A _____ mm/Hg FC: _____ FR: _____ Pulso: _____ Temp. _____

Peso: _____ Talla _____

Peso normal para la talla: Sí No Especifique _____

Cambio de peso en más de 10%: Sí No

	NORMAL	PATOLÓGICO	Especifique:
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

GENITALES:

1. Externos: Normales Patológicas Distribución del vello: _____

Describe: _____

2. Vulva, vagina: Normales Patológicas

Describe: _____

3. Cérvix: _____

4. Tamaño del útero: Normal Patológico

Describe: _____

5. Posición del útero: Anteversión Retroflexión Intermedio

6. Movilidad del útero: Móvil Fijo Dolor: Sí No

Describe: _____

7. Anexos: Normales Patológicos

Describe: _____

8. Fondos de saco: _____

9. Parametrios: _____

Observaciones: _____

Diagnóstico(s) Presuntivo(s)

Pruebas Estándares

Exámenes Complementarios

Plan Terapéutico

Ambulatorio Internamiento

Referimiento a: _____

Próxima cita Fecha: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Nombre y sello del Médico

HISTORIAS CLÍNICAS DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



HISTORIA CLINICA DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Clínica Profamilia _____ **No. de Exp.** _____

Terapeuta: _____ Fecha de ingreso: _____

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos: _____

Sexo: Fem ; Masc Apodo: _____ Edad: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Tels.: Res. _____ Ofic. _____ Otros Nos. _____

Nivel de estudio: _____ Ocupación: _____ Religión: _____

Está usted: Soltera/o; Casada/o; En unión libre; Divorciada/o;

Viuda/o; Separada/o; Tiene novio/a.

Cómo se enteró de nuestro servicio: _____

Sus ingresos mensuales son RD\$ _____ Lugar de Trabajo _____

Referida (o) de: _____

Motivo de consulta: _____

Historia de la situación actual: _____

DATOS DE SALUD

Problemas de salud que ha padecido:

Gastritis Úlcera Epilepsia Tiroides Asma

Depresión Estrés Diabetes Accidentes VIH

Cáncer Alergia(s) A qué _____

Otros (especificar) _____

Medicamento(s) que está usando o ha usado: _____

¿Ha asistido antes a: Consulta Psicológica Psiquiátrica Ninguno

No. de sesiones No. de Terapeutas

¿Qué situación motivó la/s consulta/s anterior/es? _____

¿En qué le ayudó? _____

Problemas con el sueño: _____

Problemas de alimentación (en la forma de comer) _____

Consumo de: Café ; Cigarrillo ; Alcohol ; Otras drogas de uso restringido

Especificar cual/es _____

Estado de ánimo predominante: _____

¿Cómo se define a usted mismo/a? _____

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ Esa relación ¿fue voluntaria? Sí No

Comentario _____

DATOS FAMILIARES Y DE PAREJA/S

No. de hijos e hijas _____ Qué edades tienen: _____

Estos hijos/as son de: Una relación anterior ; De la actual

Especificar _____

¿Con quién /quienes vive/n? _____

Tiene pareja: Fija ; Ocasional ; No tiene pareja

¿Alguna dificultad en sus relaciones sexuales? _____

Llenar sólo si en la actualidad tiene pareja: Qué edad tiene

Tiempo que tienen como pareja _____ Duración del noviazgo _____

¿Qué cosas le gustan de su pareja? _____

¿Qué cosas no le gustan de su pareja? _____

¿Cómo han sido sus relaciones anteriores? _____

Observaciones de la terapeuta:

Referimento(s): Interno _____

Externo _____



**SERVICIO DE PSICOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA DE ADOLESCENTES**

Clinica Profamilia _____ **No. de Exp.** _____
 Terapeuta: _____ Fecha de ingreso: _____

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos: _____ Sexo: Fem Masc
 Apodo: _____ Edad: _____ Fecha y lugar de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Tels.: Res. _____ Cel. _____ Otros Nos. _____
 Nivel de estudio: _____ Ocupación: _____ Religión: _____

Historia Familiar

Nombre Madre/tutora: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 Nombre Padre/ tutor: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 ¿Cuántas personas viven en tu casa? _____ ¿Quiénes son? _____

Vives con tus padres? Sí No ¿Has vivido siempre con ellos? Sí No
 Tus padres: Viven juntos Están separados
 Número de hermanos: _____ Número de hermanas: _____ Lugar que ocupas: _____
 ¿Cómo es la relación con tus hermanos/as? _____

Referida (o) de: _____
 Historia de la situación actual: _____

Historia Escolar

Asistes a la escuela/colegio: No Sí Curso actual: _____
 Nombre de tu escuela/colegio: _____
 Has repetido algún curso? No Sí Cuál(es): _____
 Has abandonado la escuela en alguna ocasión? No Sí Por qué: _____
 Has tenido cambio(s) de colegios? No Sí Cuántas veces _____
 Cuál fue el motivo? _____
 Cómo describes tu rendimiento académico: Bueno Regular Malo
 Cómo te llevas con tus profesores/as? _____
 Cómo es tu relación con tus compañeros/as? _____
 Otras actividades recreativas que realizas _____
 ¿Sabes por qué estás aquí? (motivo de la consulta) _____

DATOS DE SALUD

Consumes o has consumido en alguna ocasión:

Cigarros Sí No

Alcohol Sí No

Drogas Sí No

Relaciones de vida social

Qué es lo que más te gusta hacer? _____

Qué es lo que más te gusta de tus amigos/as? _____

Qué es lo que menos te gusta de tus amigos/as? _____

Tienes novio/a: Sí No

Qué es lo que más te gusta de tu novio/a? _____

Qué es lo que menos te gusta de tu novio/a? _____

Estás sexualmente activo/a? Sí No

A qué edad fue tu primera relación sexual? _____

Fue voluntaria? Sí No

Usaste algún método anticonceptivo? Sí No ¿Cuál? _____

Describe brevemente tus planes futuros:

No llenar de aquí en adelante

Observaciones de la terapeuta:

Referimiento(s): Interno _____

Externo _____



**SERVICIO DE PSICOLOGÍA
HISTORIA CLINICA INFANTIL**

Clínica Profamilia _____ **No. de Exp.** _____
 Terapeuta: _____ Fecha de ingreso: _____

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos: _____
 Sexo: Fem ; Masc Apodo: _____ Edad: _____
 Fecha y lugar de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Tels.: Res. _____ Cel. _____ Otros Nos. _____
 Nombre Madre/tutora: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 Nombre Padre/ tutor: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 ¿Cuántas personas viven en tu casa? _____ ¿Quiénes son? _____

Historia Familiar

Con quién vives? _____
 Tus padres: Viven juntos Están separados
 Número de hermanos: _____ Número de hermanas: _____ Lugar que ocupas: _____
 Referida (o) de: _____

Motivo de consulta:

Historia de la situación actual: _____

DATOS DE SALUD DEL/LA NIÑO/A

¿Cómo fue el embarazo?: Prematuro A término
 Problemas de la madre durante el embarazo: No Sí Cuál(es) _____
 Uso de medicamentos durante el embarazo: No Sí Cuáles _____

Cigarrillo Alcohol Otras drogas (especificar cuáles) _____
 Parto: Normal Cesárea Fórceps Su esquema de vacunación está al día: Sí No
 Enfermedades o dolencias que ha padecido o padece: Meningitis Epilepsia Parasitosis
 Convulsiones por fiebre Convulsiones por otra razón Asma Accidentes graves
 Alergia(s): No Sí A qué _____
 Otras (especificar) _____
 Consume algún medicamento o droga? No Sí Especificar: _____

Desarrollo psicomotor:

A qué edad: Gateó _____ Caminó _____ Habló _____ Dejó de mojar la cama _____
 Controló la orina en el día _____ Controló la pupú _____ En la actualidad se orina: Sí No
 Algún problema psicomotor: _____

¿Cómo es su sueño?: Relajado/a Inquieto Interrumpido
 Comparte su habitación: Sí No Comparte su cama: Sí No
 ¿Con quién o quiénes comparte su habitación? _____

¿Tiene algún problema(s) de alimentación? _____
 Cuál es su estado de ánimo predominante: _____
 ¿Ha sido llevado antes a alguna de estas consultas: Psicológica Psiquiátrica
 ¿Qué situación motivó la(s) consulta(s) anterior(es)? _____
 ¿En qué le(s) ayudó? _____

Historia Escolar:

Edad de inicio: _____ Curso actual: _____ Centro privado Público
 Ha repetido algún curso? No Sí Cuál(es): _____
 Ha tenido cambio(s) de colegios? Sí No
 Cuántas veces _____
 Cuál fue el motivo? _____
 Cómo es su Rendimiento Actual _____
 Otras actividades recreativas que realiza: _____

Antecedentes de Salud Familiares:

Problemas de salud que ha(n) padecido en la familia de la madre (M) y/o el padre (P):

	M	P		M	P		M	P		M	P
Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar alergia(s) _____
 Otros (especificar) _____

No llenar de aquí en adelante

Sintomatología expresada: _____

Sintomatología observada: _____

Observaciones: _____

Referimiento(s): Interno _____

Externo _____



HOJA DE CONSULTA SUBSECUENTE

No. Expediente _____

Nombre (s) y apellido(s) _____

Servicio _____ Habitación _____ Cama _____

Fecha _____ Hora _____

Signos vitales: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP. _____

Evolución Clínica: _____

Resultados de Estudios Diagnósticos: _____

Indicación de:

Exámenes de Laboratorio: _____

Medios Diagnósticos _____

Diagnóstico/s _____

Tratamiento /s _____

Médico tratante _____



profamilia

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Solicitud

No. Expediente _____
 Fecha de la solicitud __/__/__ Hora _____
 Nombre(s) y apellido(s) usuario/a _____
 Número de habitación _____ Cama _____
 Servicio o área que solicita la interconsulta _____
 Motivo de la interconsulta _____

Nombre del médico _____

Nota de Interconsulta

Nombre(s) y apellido(s) usuario/a _____
 Fecha: __/__/__ Hora _____
 Servicio o área que solicita la interconsulta _____
 Signos vitales T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ Temp. _____
 Padecimiento actual _____
 Resumen interrogatorio _____

 Exploración Física _____

 Plan de estudios _____
 Diagnóstico/s y sugerencias _____

 Tratamiento _____

Nombre del médico que realiza la interconsulta _____



NOTA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

No. Expediente _____

REFERENCIA:

Referido de Clínica Profamilia _____

Fecha de la referencia: __/__/__ Hora: _____

Nombre(s) y apellido(s) usuario/a _____

Edad _____ años. Sexo: M() F() Teléfono _____

Cédula de Id., o Pasaporte _____

Dirección: Calle _____ No. _____

Barrio o sector _____ Provincia _____

Municipio _____ Sección _____ Paraje _____

Referido a _____

Motivo del referencia _____

Resultados de exámenes de Laboratorio _____

Resultados de Medios Diagnósticos _____

Diagnóstico/s Presuntivo/s _____

Tratamiento realizado _____

Nombre del Médico _____ Firma _____

Exequátur _____ Persona a cargo del usuario/a _____

CONTRAREFERENCIA:

Establecimiento que recibe al/la usuario/a _____ Fecha _____

Nombre del usuario/a _____ Edad: _____ años.

Manejo del usuario/a _____

Laboratorios / Medios Diagnósticos realizados _____

Terapéutica empleada _____

Médico que realizó la atención _____

Nota: Es interés de Profamilia dar seguimiento a la atención prestada en el caso referido. Agradeceremos nos envíen este formulario con la información requerida a nuestra clínica, dirigida al Médico que solicita la referencia.

DOCUMENTOS DE INTERNAMIENTO



ORDEN DE INTERNAMIENTO

Primera Parte: (Para llenar por el médico tratante)

Fecha de ingreso _____

Hora de ingreso _____

Nombre y apellido del usuario/a _____

Edad: _____ años. Sexo: F M Paciente fue atendido/a en: Consulta Externa Emergencia

Razón o Diagnóstico de ingreso _____

Sugiere ingresar en el área: Aislamiento UCI Sala

Observaciones _____

Sello y firma del Médico que autoriza _____

Segunda Parte: (Para llenar por el área administrativa)

Número de expediente clínico: _____

Afiliación a ARS (especifique) No Sí Cual _____

Número de habitación _____

Número de cama _____



HOJA DE ADMISIÓN Y EGRESO

No. Expediente _____

Ingreso

Hora de ingreso _____

Nombres y apellidos _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Lugar de nac. _____

Edad: _____ años. Sexo: F M

Ocupación _____ Cédula de Id. _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/ la Otros _____

Nombres y apellidos del padre _____

Nombres y apellidos de la madre _____

Nombres y apellidos del cónyuge _____

Dirección Provincia _____ Municipio _____

Sección _____ Paraje _____

Ensanche _____

Calle y Número _____

Teléfono _____ Móvil _____

En caso de emergencia notificar a _____

Dirección _____ Teléfono _____

Egreso

Fecha de egreso _____

Cantidad de días ingresado/a _____

Admitido por: Consulta externa Emergencia

Diagnóstico de egreso _____

Motivo del egreso: Alta médica Alta solicitada Fuga Defunción

Si hubo defunción se practicó autopsia: Sí No

Hubo intervenciones quirúrgicas u obstétricas: Sí No

Nombre, sello y Firma del medico tratante. _____



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

No. Expediente _____

IDENTIFICACIÓN

Nombres	Apellidos	Sexo		Edad		
		M	F	Años	Meses	Días

CONSENTIMIENTO

Yo _____
 cédula de identidad No. _____ autorizo a la clínica Profamilia a
 asignar un médico especialista que realizará el procedimiento quirúrgico _____
 así mismo cualquier otro procedimiento adicional que clínicamente se requiera durante la intervención.

Después de haber recibido la información sobre la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica y/o
 procedimiento, posibles métodos alternativos de tratamiento, riesgos y beneficios que dicho procedimiento.

Nombre del/a usuario/a _____ Fecha _____

DECLARACIÓN DEL/A CIRUJANO/A

Yo, _____, cirujano/a
 quien realizará la intervención quirúrgica he explicado a la/el usuario/a los beneficios, riesgos y complicaciones
 de dicho procedimiento. He entregado copia de este documento al usuario/a.

Sello y firma del cirujano/a _____ Fecha _____



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AQV

No. Expediente _____

IDENTIFICACIÓN

Nombres	Apellidos	Sexo		Edad		
		M	F	Años	Meses	Días

CONSENTIMIENTO

Yo _____, cédula de identidad No. _____ autorizo a la clínica Profamilia para que asigne un médico especialista quien realizará el procedimiento quirúrgico de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, así mismo cualquier otro procedimiento adicional que clínicamente se requiera durante la intervención.

Después de haber recibido la información sobre el procedimiento, los riesgos y complicaciones que pudieran aparecer, beneficios y las alternativas de otros métodos de anticoncepción que brindamos en nuestra clínica, consciente de todo, y con la posibilidad de cambiar de opinión y decisión en cualquier momento antes de realizar la intervención. Además doy fe de haber recibido información sobre mi protección adicional a otras enfermedades de transmisión sexual y la orientación y consejería necesaria que ofrecen las clínicas de Profamilia a las usuarias que requieren este método de anticoncepción.

Nombre del usuario/a _____

Fecha _____

DECLARACIÓN DE LA CONSEJERA

Yo _____, he explicado a la usuaria los procedimientos de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, los riesgos y beneficios que conlleva dicha intervención.

Nombre de la Consejera _____

Sello y firma del/la Médico/a Especialista _____

Fecha _____



NOTA PRE - OPERATORIA

No. Expediente _____

Nombre(s) y apellido(s) usuario/a _____

Edad: _____ años. Sexo: F M

Fecha de la cirugía: _____

Hora de la cirugía: _____

Diagnóstico Pre-quirúrgico: _____

Plan quirúrgico: _____

Tipo de intervención quirúrgica: _____

Riesgo quirúrgico: _____

Cuidados pre-quirúrgicos: _____

Plan terapéutico pre-operatorio: _____

Sello y firma del/la Médico Cirujano/a _____

Fecha _____



NOTA POST - OPERATORIA

No. Expediente _____

Servicio _____ Habitación _____ Cama _____

IDENTIFICACIÓN

Nombres	Apellidos	Sexo		Edad		
		M	F	Años	Meses	Días

Diagnóstico Pre-operatorio _____

Cirugía planeada _____

Cirugía realizada _____

Diagnóstico Post-quirúrgico _____

Descripción de la técnica quirúrgica _____

Hallazgos en transoperatorio y/o complicaciones _____

Estudios auxiliares transoperatorios _____

Ayudantes de Cirujano:

1er. ayudante _____

2do. ayudante _____

Medico anesthesiologo _____

Estado post quirúrgico inmediato _____

Manejo post quirúrgico _____

Tratamiento post quirúrgico _____

Envío de muestras a Patología:

Muestra de tejido _____

Tamaño de la muestra _____

Fecha de envió _____

Sello y firma del cirujano _____



profamilia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Yo _____, cédula de identidad
No. _____, certifico haber recibido toda la información que necesito saber
sobre la prueba de VIH a través de la Consejería.

Me han informado que la misma consiste en tomar una muestra de mi sangre del brazo la cual sería
analizada. Los riesgos son los mismos que tiene una extracción de sangre por otras razones.

El conocer mi estado Serológico, facilitará el inicio de un tratamiento en caso de que estuviera positivo y
fuera necesario.

Por lo tanto CONSIENTO LIBREMENTE, haciendo uso de mi derecho de VOLUNTARIEDAD, a tomar muestra
de mi sangre para la realización de la o las pruebas de VIH que sean necesarias para obtener un resultado
definitivo.

He recibido la garantía de que los resultados serán manejados con estricta confidencialidad tal y como lo
establecen las Normas Nacionales de Consejería y que prevalecerá el anonimato aún mi prueba sea positiva,
y que como enfermedad de notificación obligatoria tiene que ser informado al Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social.

FIRMA DEL USUARIO

FIRMA DEL CONSEJERO

FECHA



SOLICITUD DE EXPEDIENTE CLÍNICO

Nombre(s) y apellido(s) del/la paciente _____

Número de Expediente Clínico _____

Nombre del médico o persona solicitante _____

Razón para la solicitud _____

En virtud de las disposiciones con la Ley de Expediente Clínico de la Ley General de Salud 42-01 que habla de la confiabilidad de toda la información relacionada con su expediente clínico y con su estancia en instituciones prestadoras de servicios de salud y solo podrá ser obviada por autorización del paciente, en caso que la colectividad así lo reclame garantizando la dignidad y los derechos del paciente, por orden judicial o y por disposición de una ley especial o a nivel institucional, en caso de investigación o estudio, y en casos de revisión para auditoría.

Respetando tales disposiciones se estudiarán las razones y se permitirá el uso del Expediente clínico, siempre y cuando cumpla con los requisitos legales e institucionales que rigen las clínicas de Profamilia.

 Firma y sello de Director Médico

 Firma y sello de Gerente Médico

 Firma del/la Encargado/a de Archivo



EPICRISIS

No. Expediente _____

IDENTIFICACIÓN

Nombres	Apellidos	Sexo		Edad		
		M	F	Años	Meses	Días

Fecha de inicio de la atención médica _____

Fecha de final de la atención médica _____

DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS

Diagnóstico definitivo _____

Procedimientos quirúrgicos u obstétricos _____

Tratamientos _____

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Anamnesis _____

Examen Físico _____

Evolución _____

Complicaciones _____

Resultados de exámenes complementarios _____

Condición del paciente al dado la De Alta _____

Pronóstico _____

Recomendaciones _____

Firma y sello del médico responsable _____

