

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Normas Nacionales

Expediente Clínico de la Atención Médica

SESPAS 2003

Primera Edición

SESPAS

Santo Domingo R. D.
Ave. Tiradentes Esq. San Cristóbal

Edición con la aprobación de la

Dirección Nacional de Normas y Protocolos Clínicos
SESPAS 2003

Diseño de Portada y Diagramación:

T-Graf, S.A.

Esta Publicación es financiada por:

Organización Panamericana de la Salud. (OPS)



SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (SESPAS)

SUB- SECRETARIA DE ATENCION ESPECIALIZADA Dirección Nacional de Normas y Protocolos Clínicos

- Sub- Secretaría de Atención Especializada
- Sub- Secretaría de Atención Primaria
- Sub- Secretaria de Planificación y Sistemas de Salud
- Dirección Nacional de Normas y Protocolos Clínicos
- Dirección Nacional de Calidad de Atención en Salud
- Dirección General de Epidemiología
- Dirección General de Enfermería
- Dirección Nacional de Laboratorios Clínicos
- Dirección General de Materno – Infantil y Adolescentes

Entidades Consultadas

- Comisión Nacional de Calidad de Atención (CONACA)
- Hospital de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (FFAA Y PN.)
- Asociación Dominicana de Profesores del Laboratorio Clínico (ADOPLAC)
- Asociación de Dueños de Clínicas Privadas (ANDECLIP)
- Proyecto Desarrollo de Recursos Humanos en Enfermería para el Centro Americano y el Caribe República Dominicana. (PRODECE)
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS)
- Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP)
- Proyecto Salud Reproductiva. -EPOS – GTZ
- Asociación Dominicana Pro bienestar de la Familia (PROFAMILIA)
- Colegio Médico Dominicano (AMD)
- Comisión Ejecutiva Para la Reforma del Sector Salud (CERSS)

INDICE DE CONTENIDO

Prólogo	
Introducción	
Campo de Aplicación:	1
Definiciones:	2
Generalidades:	3- 4
Del Expediente de Consulta Externa:	5- 6
De las Notas Médicas en Urgencias	6- 7
De Las Notas Médicas en Hospitalización:	7- 9
De Los Reportes del Personal Profesional, Técnico y Auxiliar	9- 10
Otros Documentos:	10- 12
Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas	12
La Codificación De Las Enfermedades	12

PROLOGO

El Programa de Reforma del Sector Salud, plasma la mejoría de la Calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en la Ley general de Salud (42-01) y la ley del sistema Dominicano de Seguro Social (87- 01). Para alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, 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 del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores Público, Social y Privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de Calidad, permitiendo los usos: Médico, Jurídico, de Enseñanza, Investigación, Evaluación, Administrativo y Estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Dominicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la practica medica, especialmente el de la libertad prescriptiva a favor del personal médico a través de la cual los Profesionales, Técnicos y Auxiliares de las disciplinas para la Salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Dr. José Rodríguez Soldevilla
Firma del Secretario

INTRODUCCION

Esta Norma Oficial Dominicana, establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración uso y archivo del expediente clínico. La presente Norma Dominicana es de aplicación general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores públicos, social y privado, incluidos los consultorios en los términos previstos en la misma.

Existen actualmente leyes, reglamentos que desde nuestra individualidad debemos cumplir, ya que si lo hacemos primero estamos ofertando a nuestros usuarios una buena Calidad de Atención y a la vez damos un buen ejemplo a las generaciones futuras que se insertaran en el Sector Salud en la República Dominicana.

DR. FRANCISCO A. HIDALGO ABUD

Director Nacional de Normas y Protocolos Clínicos.

1. CAMPO DE APLICACIÓN

El campo de aplicación de estas Normas Oficiales del Expediente Clínico de la Atención Médica numerada dentro de la Serie de Normas Nacionales publicadas por la SESPAS con el no. 32, tiene un ámbito de aplicación en todo el territorio nacional; la misma está amparada por la Ley General de Salud (42- 01). Esta Ley en su Primer Libro el sistema Nacional de Salud, nos expresa en el capítulo II – artículo 8. – cito: La rectoría del Sistema Nacional de Salud, estará a cargo de la SESPAS y sus expresiones territoriales locales y técnicas; entendida esta rectoría como la capacidad política de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud; y coordinar acciones sociales comprometidos con la producción de la Salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de Salud.

Párrafo I cito: La regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía de control y evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planeaciones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

2. EN LO RELACIONADO A LAS DISPOSICION DE CADAVERES HUMANOS

En lo relacionado a este tema la Ley General de salud (42- 01) en su libro quinto en el capítulo II de disposición de cadáveres de seres humanos el artículo 137 nos expresa: La SESPAS en coordinación con los ayuntamientos, la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales y demás instituciones competentes, elaborará la reglamentación que norme la adecuada disposición de cadáveres humanos así como todo lo relevante a la normalización sanitaria del traslado internacional e ingreso de cadáveres humanos.

3. DEFINICIONES

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

3.1. Atención Médica: al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la Salud.

3.2. Cartas de consentimiento bajo información: a los documentos escritos, asignados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubiera otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello atañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

3.3. Establecimiento para la Atención Médica: A todo aquél, fijo o móvil; público o social privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.

3.4. Expediente Clínico: Al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

3.5. Hospitalización: Al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

3.6. Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, o solicitud del médico tratante.

3.7. Paciente: al beneficiario directo de la atención médica.

3.8. Referencia- Contrarreferencia: al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío- recepción – regreso de pacientes en el propósito de brindar atención medica oportuna, integral y de calidad.

- 3.9 Resumen Clínico:** el documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronósticos, estudios de laboratorio y gabinete.
- 3.10 Urgencia:** a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.
- 3.11 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10):** Son los diferentes códigos que se utilizan para digitalizar las enfermedades.
- 3.12 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10):** Son los diferentes códigos que se utilizan para digitalizar las enfermedades.

4. GENERALIDADES

- 4.1** Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social, privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.
- 4.2** Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:
- 4.2.1** Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
 - 4.2.2** En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.
 - 4.2.3** Nombre, sexo, edad, y domicilio del usuario.
 - 4.2.4** Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.
- 4.3** Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes,

deberán conservarlos por un período mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

4.4 El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

4.5 Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

4.6 En todos los establecimientos 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 mediante orden de la autoridad competente, para arbitraje médico.

4.7 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Dominicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

4.8 Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

4.9 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien elabora.

4.10 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

4.11 El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.

- 4.12** Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.
- 4.13** El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.
- 4.14** La integración del expediente odontológico se ajustará en el caso que sea necesario para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, además de lo establecido en la presente Norma.

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la natura de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientas las prácticas médicas, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

- 4.15** El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Dominicana de las instituciones autorizadas para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- 4.16** Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que consideren necesarios.
- 4.17** En los casos en que medie un contacto suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

5. DEL EXPEDIENTE EN CONSULTA EXTERNA

Deberá contar con:

5.1 Historia Clínica

Deberá elaborarla el medico y constara de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

5.1.1 Interrogatorio: Deberá tener como mínimo: Ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales, patológicos, (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo, y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

5.1.2 Exploración Física: Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.

5.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de laboratorios, gabinete y otros.

5.1.4 Terapéutica empleada y resultados obtenidos.

5.1.5 Diagnósticos o problemas clínicos.

5.2 Nota de evolución:

Deberá elaborarla el medico cada vez que proporcione atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

5.1.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).

5.1.2 Signos vitales.

5.1.3 Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnostico y tratamiento.

5.2.4 Diagnósticos

5.2.5 Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad.

5.3 Nota de Ínter-consulta:

La solicitud deberá elaborarla el medico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

5.3.1 Criterios diagnósticos

- 5.3.2 Plan de estudios
- 5.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento
- 5.3.4 Demás que marca el numeral 7.1

5.4 Nota de referencia/contrarreferencia.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

- 5.4.1 Establecimiento que envía.
- 5.4.2 Establecimiento receptor
- 5.4.3 Resumen clínico, que incluirá como mínimo:
 - Motivo de envío
 - Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo, y otras adicciones).
 - Terapéutica empleada, si la hubo.

6. DE LAS NOTAS MÉDICAS EN URGENCIAS

6.1 Inicial

Deberá elaborarla el médico y constará de lo siguiente:

- 6.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio
- 6.1.2 Signos vitales
- 6.1.3 Motivo de la consulta
- 6.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.-
- 6.1.5 Diagnósticos o problemas clínicos
- 6.1.6 Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnósticos y tratamiento
- 6.1.7 Tratamiento
- 6.1.8 Pronóstico

6.2 Nota de evolución

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevará a efecto conforme a lo previsto en el numeral 5.2 de la Presente Norma.

- 6.2.1 En los casos en que el paciente requiera íter-consulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud,

la cual realizará el medico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el medico especialista.

6.3 De referencia/traslado:

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 5.3 de la Presente Norma.

7. DE LAS NOTAS MÉDICAS EN HOSPITALIZACION

7.1 De ingreso

Deberá elaborarla el medico que ingresa al paciente y contener como minimo los datos siguientes:

7.1.1 Signos vitales

7.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.

7.1.3 Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnostico y tratamiento.

7.1.4 Tratamiento,

7.1.5 Pronostico

7.2 Historia Clínica

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 5.1 de la Presente Norma.

7.3 Nota de Evolución:

Deberá elaborarla el medico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevaran a efecto conforme a lo previsto en el numeral 5.2 de la presente Norma.

7.4 Nota de referencia/traslado

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 5.3 de la presente Norma.

7.5 Nota Pre-operatoria

Deberá elaborarla el cirujano que va intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 7.5.7. para estos últimos), y deberá contener como mínimo:

- 7.5.1** Fecha de la cirugía
- 7.5.2** Diagnostico
- 7.5.3** Plan quirúrgico
- 7.5.4** Tipo de intervención quirúrgica
- 7.5.5** Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)
- 7.5.6** Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios
- 7.5.7** Pronóstico

7.6 Nota Pre-Anestésica, vigilancia y registro anestésico

Se realizara bajo los lineamientos de la Normatividad Oficial Dominicana en materia de anestesiología y demás aplicables.

7.7 Nota Post-Operatoria.

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada, y deberá contener como mínimo:

- 7.7.1** Diagnostico pre-operatorio
- 7.7.2** Operación planeada
- 7.7.3** Diagnostico post-operatorio
- 7.7.4** Descripción de la técnica quirúrgica
- 7.7.5** Hallazgos trans-operatorios
- 7.7.6** Reporte de gases y compresas
- 7.7.7** Incidentes y accidentes
- 7.7.8** Cuantificación de sangrado, si lo hubo
- 7.7.9** Estudios de servicios auxiliares de diagnostico y tratamiento transoperatorios
- 7.7.10** Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante
- 7.7.11** Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante
- 7.7.12** Estado post-quirúrgico inmediato
- 7.7.13** Plan de manejo y tratamiento post-operatorio inmediato
- 7.7.14** Pronostico
- 7.7.15** Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico
- 7.7.16** Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer medico
- 7.7.17** Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

7.8 Nota de Egreso

Deberá elaborarla el medico y deberá contener como mínimo:

- 7.8.1** Fecha de ingreso/egreso
- 7.8.2** Motivo del egreso
- 7.8.3** Diagnósticos finales
- 7.8.4** Resumen de la evolución y el estado actual.
- 7.8.5** Manejo durante la estancia hospitalaria
- 7.8.6** Problemas clínicos pendientes.
- 7.8.7** Plan de manejo y tratamiento
- 7.8.8** Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
- 7.8.9** Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- 7.8.10** Pronóstico
- 7.8.11** En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

8. DE LOS REPORTES DEL PERSONAL PROFESIONAL, TECNICO Y AUXILIAR

8.1 Hoja de Enfermería

Deberá por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del medico y deberá contener como mínimo:

- 8.1.1** Habitus exterior
 - 8.1.2** Grafica de signos vitales
 - 8.1.3** Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía
 - 8.1.4** Procedimientos realizados
 - 8.1.5** Observaciones
- 8.2** De los servicios auxiliares de diagnostico y tratamiento: Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:
- 8.2.1** Fecha y hora del estudio
 - 8.2.2** Identificación del solicitante
 - 8.2.3** Estudio solicitado
 - 8.2.4** Problema clínico en estudio
 - 8.2.5** Resultados del estudio
 - 8.2.6** Incidentes si los hubo

8.2.7 Identificación del personal que realiza el estudio

8.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.

9. OTROS DOCUMENTOS

9.1 Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia.

9.1.1. Cartas de Consentimiento bajo información.

9.1.1.1. Deberán como mínimo:

9.1.1.1.1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

9.1.1.1.2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento

9.1.1.1.3. Título del documento

9.1.1.1.4. Lugar y fecha en que se emite

9.1.1.1.5. Acto autorizado

9.1.1.1.6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado

9.1.1.1.7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescrita.

9.1.1.1.8. Nombre completo y firma de los testigos

9.1.1.2. Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

9.1.1.2.1. Ingreso hospitalario

9.1.1.2.2. Procedimientos de cirugía mayor

9.1.1.2.3. Procedimientos que requieren anestesia general

9.1.1.2.4. Salpingoclasia y vasectomía

9.1.1.2.5. Trasplantes.

9.1.1.2.6. Investigación clínica en seres humanos

9.1.1.2.7. De necropsia hospitalaria

9.1.1.2.8. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

9.1.1.2.9. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación

9.1.1.3. El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo informaciones adicionales a las

previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

- 9.1.1.4.** En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Prestación de Servicios de atención Médica.

9.1.2. Hoja de egreso voluntario.

- 9.1.2.1** Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

- 9.1.2.2** Deberá ser elaborada por un medico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsabilidad medica del profesional que se encargara del tratamiento. Constará de:

- 9.1.2.2.1 Nombre y dirección del establecimiento
- 9.1.2.2.2 Fecha y Hora del Alta
- 9.1.2.2.3 Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, firma de quien solicita el alta.
- 9.1.2.2.4 Resumen Clínico de la condición actual del paciente en lo previsto en el apartado 5.8 de la presente Norma.
- 9.1.2.2.5 Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo.
- 9.1.2.2.6 En su caso, nombre completo y firma del medico que autorice el egreso.
- 9.1.2.2.7 Nombre completo y firma del medico que emite la hoja.
- 9.1.2.2.8 Nombre completo y firma de los testigos.

- 9.1.1** Hoja de notificación a la Dirección Provincial de Salud correspondiente.

En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

- 9.1.3.1.1 Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
 - 9.1.3.1.2 Fecha de elaboración
 - 9.1.3.1.3 Identificación del paciente
 - 9.1.3.1.4 Acto notificado.
 - 9.1.3.1.5 Reporte de lesiones del paciente, en su caso
 - 9.1.3.1.6 Agencia del Ministerio Público a la que se notifica
 - 9.1.3.1.7 Nombre Completo y firma del médico que realiza la notificación
- 9.1.1** Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica

La realizará el médico conforme a los lineamientos que en su caso se expidan para la vigilancia epidemiológica.

9.1.1 Notas de defunción

Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en el Art. 137.

De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos una copia en el expediente clínico.

- 9.2** Los documentos normados en el presente apartado deberá contener:

9.2.1 En nombre completo y firma de quien lo elabora.

9.2.2 Un encabezado con fecha y hora.

10. LA CODIFICACION DE LAS ENFERMEDADES

Estas deben de realizarse de acuerdo a la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el momento que se tengan los diagnósticos definitivos.

11. CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES

Esta Norma Oficial Dominicana tiene concordancia parcialmente con lineamientos y recomendaciones internacionales, especialmente con normas de los Estados Unidos Mexicanos y con lineamientos ya establecidos por la Organización Mundial de la Salud OMS/Organización Panamericana de la Salud OPS.

ANEXOS

- ✚ Ordenamiento de un Expediente Clínico Completo
- ✚ Una muestra de la Historia Clínica
- ✚ Historia Clínica Perinatal Base
- ✚ Formulario de Consentimiento Informado
- ✚ Una muestra de Hoja de Anestesiología
- ✚ Formulario de Historia de Clínica de Paciente con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- ✚ Formulario de Referencia y Contrarreferencia
- ✚ Formulario Certificación de Defunción.



SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

SUBSECRETARIA DE ATENCION ESPECIALIZADA

DIRECCION NACIONAL DE CALIDAD DE ATENCION EN SALUD

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL ORDENAMIENTO Y MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO

“Un buen DX y orden médica precisas, ordenadas y técnicamente fundamentadas son la esencia del profesional médicos.

“Un buen expediente clínico ordenado completo y legible es una responsabilidad compartida del medico y la enfermera”.

- ✚ Orden de hospitalización
- ✚ Hoja de Admisión
- ✚ Hoja de Egreso
- ✚ Historia Clínica
- ✚ Ordenes Medicas
- ✚ Signos Vitales
- ✚ Plan de Cuidados de Enfermería
- ✚ Record Diario de Las Enfermeras
- ✚ Hoja de Evolución
- ✚ Hoja de Ínterconsulta
- ✚ Informes de Laboratorio
- ✚ Informes de Procedimientos Realizados (Rx, Sonografía)
- ✚ Hoja Anestesia*
- ✚ Conducción Quirúrgico*
- ✚ Resumen Medico de Egreso*

*En caso de que el paciente haya sido intervenido quirúrgicamente



**SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
-SESPAS-**

FORMULARIO DE REFERENCIA

PSS: _____ ARS /SNS: _____

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: F M: Teléfono _____

Cédula No. _____ No. De Historia Clínica: _____

Dirección: (calle, barrio, ensanche): _____

Provincia, Municipio, Sección, Paraje: _____

Referido a: _____

Motivo de Referencia: _____

Resultado de Pruebas complementarias. _____

Diagnostico presuntivo: _____

Tratamiento realizado: _____

Nombre, Firma del Médico y No. Exequatur: _____

Fecha: _____



**SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
-SESPAS-**

FORMULARIO DE CONTRAREFERENCIA

PSS: _____ ARS /SNS: _____

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: F M: Teléfono _____

Cédula No. _____ No. De Historia Clínica: _____

Dirección: (calle, barrio, ensanche): _____

Provincia, Municipio, Sección, Paraje: _____

Resultado de Pruebas Complementarias: _____

Diagnostico Final: _____

Resultado de Pruebas complementarias. _____

Resultado de Pruebas Complementarias: _____

Tratamiento realizado: _____

Recomendaciones para el Control y Seguimiento: _____

Nombre, Firma del Médico y No. Exequatur: _____

Fecha: _____



**SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
-SESPAS-**

RESUMEN MEDICO DE EGRESO

		NO. DE AFILIACION	
NOMBRE:		APELLIDOS:	
DOMICILIO:			
NO. CEDULA		AFILIACION:	
FECHA DE INTERNAMIENTO		FECHA EGRESO	

RESUMEN DE LOS HALLAZGOS

--

RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES:

--

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

ESTADO FINAL DE ALTA

DIAGNOSTICO DEFINITIVO	ESTADO FINAL DE ALTA
1.	
2.	
3.	
4.	

OTROS DIAGNOSTICOS (Complicaciones o comorbilidades)

--

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO U OBSTETRICO PRINCIPAL:

--

OTROS PROCEDIMIENTOS/TRANSFUSIONES:

--

PLAN DE ALTA:

--

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, FIRMA Y CODIGO)

--



**SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
-SESPAS-**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
AUTORIZACION PARA OPERACIÓN Y/O INTERVENCION
QUIRURGICA Y SUMINISTRO DE ANESTESIAS**

REGISTRO NUM. _____ - HABITACION _____ - FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Yo: _____, mayor de edad, Cédula

No. _____, en pleno uso de mis facultades mentales, por este documento AUTORIZO

el (la) Doctor (a): _____

a practicar en mi persona o en la persona de mi _____

una operación y/o intervención quirúrgica consistente en : _____

Ya que se suministre la anestesia que se juzgue conveniente, estando de acuerdo en someterme o que se someta a mi _____ a dicha intervención quirúrgica con todos los riesgos que ello pueda contraer:

Quede entendido que por este mismo acto estoy exonerado, en mi nombre o en el de mí _____

_____ al hospital _____

Y a el (la) Doctor (a) _____

de todos los riesgos, consecuencias y complicaciones inmediatas y mediatas que puedan derivarse de la operación o intervención quirúrgica a practicarse; así como de cualquier perjuicio que yo alegue haber sufrido en mi nombre o en el de mi _____

por la (s) persona (s), empleado (s) o dependiente (s) del Hospital arriba citado.

Otorgo y firmo en Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la Republica Dominicana, a los _____

días del mes de _____ del año dos mil _____ (200__).

Firma del Paciente si es mayor de edad ó
De su padre, madre o tutor, si es menor de edad

Firma de la Persona que Autoriza

Firma del Testigo

Firma del Cirujano