



# Resolución Directoral

Iquitos, 11 de febrero del 2025

Visto el Memorando N° 174-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01, de fecha 11 de febrero del 2025, mediante el cual se autoriza proyectar la Resolución Directoral que aprueba la actualización de las **"HISTORIAS CLÍNICAS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA"** en el Hospital Iquitos "César Garayar García";

## CONSIDERANDO:

Que, en los artículos I y II, del Título Preliminar de la Ley 26842 - Ley General de la Salud, establecen que "la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la atención en Salud", la cual tiene como finalidad Contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", la cual tiene como finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS del sector Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio del 2021, aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", señalando que los objetivos específicos son establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud; así como, brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud, una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas, estableciendo en el numeral 5.4 como tipos de documentos normativos: la Norma Técnica de Salud, Directiva, Guía Técnica y Documento Técnico;

Que, mediante el Oficio N° 005-2025-GRL-GRS-HICGG/30.17.01.06, de fecha de recepción 14 de enero del 2025, la Jefatura del Departamento de Medicina, solicita al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García", la emisión mediante acto resolutivo la nueva Historia Clínica del Departamento de Medicina;

Que, mediante el Oficio N° 013-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02, con fecha 20 de enero del 2025, la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, remite las Observaciones de la nueva





# Resolución Directoral

Iquitos, 11 de febrero del 2025

Historia Clínica del Departamento de Medicina en el Hospital Iquitos "César Garayar García", para su modificación y/o corrección de acuerdo al Informe N° 004-2025-WCPM-ÁREA DE RACIONALIZACIÓN;

Que, mediante el Oficio N° 016-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.06, de fecha de recepción 04 de febrero del 2025 por la Oficina de Planeamiento Estratégico, la Jefatura del Departamento de Medicina remite el Levantamiento de Observaciones de los nuevos Formatos de las Historias Clínicas del Departamento de Medicina en el Hospital Iquitos "César Garayar García" para la aprobación y emisión mediante acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Iquitos "César Garayar García";

Con el visto bueno de la Dirección Adjunta, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Organización y la Unidad de Asesoría Legal del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"; y

En uso de las atribuciones y facultades conferidas a la Dirección Ejecutiva del Hospital Iquitos "César Garayar García", mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 068-2025-GRL-GR, de fecha 07 de enero del 2025;

## SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** la actualización de las "HISTORIAS CLÍNICAS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA" en el Hospital Iquitos "César Garayar García", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTICULO 2°.- ENCARGAR** a la Jefatura del Departamento de Medicina para que proceda a la difusión, implementación, supervisión, seguimiento y el debido cumplimiento de la actualización de las "HISTORIAS CLÍNICAS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA" del Hospital Iquitos "César Garayar García".

**ARTICULO 3°.- DISPONER** la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese

CACG/NJBG/CLCR/WAM/GMJ/DOCC/wcpm



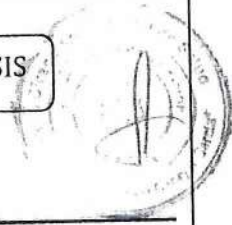
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.C. CARLOS ALBERTO CORRAL GONZALES  
Director Ejecutivo (e)  
C.M.P. N° 000488

---

**HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA**

PAPELETA DE ALTA - SIS



Nombres y Apellidos del Paciente

Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Días Hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha de Egreso: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**CODIGO RENALES:**

**NOMBRE EESS:**

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE EGRESADO**

<b>N° DE HC</b> [ ]	<b>Tipo Doc. De identidad</b> [ ]	<b>N° Doc.</b> [ ]	<b>Etnia</b> [ ]	<b>Financiador</b> [ ]	<b>Sexo</b> [ ]
------------------------	--------------------------------------	-----------------------	---------------------	---------------------------	--------------------

<b>Apellidos</b> [ ]	<b>Nombres</b> [ ]	<b>Edad/Tipo edad</b> [ ] [ ]
-------------------------	-----------------------	----------------------------------

<b>Ubigeo (residencia habitual)</b> [ ] (Escribir Ubigeo)	<b>Fecha Ingreso</b> [ ] [ ] [ ] (dd/mm/aa)	<b>Fecha Egreso</b> [ ] [ ] [ ] (dd/mm/aa)	<b>Condición</b> [ ]
---	---	--	-------------------------

**Diagnósticos (A00 –T98) (escribir código CIE)**

**Afección Principal**

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----

Solo se ingresará datos e causas externas de morbilidad, solo cuando en Diagnosticos se halla codificado un código CIE que empieza con "S" o "T"

**Causas externas de Morbilidad (V01 – Y98) (escribir código CIE)**

[ ]	[ ]
-----	-----

**Procedimientos (CIE) \*otro Procedimientos médicos (CPT) (escribir códigos)**

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----

Solo se ingresara datos en estos rubros, solo cuando en Diagnostico se halla codificado un código CIE que empieza con "C" o "D" (A excepción de : (D10-D36) Tumores (neoplasia) benigno)

<b>Estadios Oncológico</b> [ ]	<b>T (Tamaño)</b> [ ]	<b>N(Desiminación)</b> [ ]	<b>M(Metástasis)</b> [ ]
-----------------------------------	--------------------------	-------------------------------	-----------------------------

**Tratamiento**

[ ]
-----

**Prof. que atendió el parto**

**fecha del parto (dd/mm/aa)**

[ ]	[ ] [ ] [ ]
-----	-------------

RN VIVOS  
RN MUERTO

[ ]
[ ]

Estos cargos se llenarán SOLO cuando en "Diagnostico" se ingrese parto (080-084)

**Servicio**

[ ]
-----

**Responsable del egreso**

[ ]
-----





## DEPARTAMENTO DE MEDICINA REGISTRO DE BALANCE HIDRICO



TURNOS	7-1	1-7	7-7	TOTAL 24 HORAS	PROCESAMIENTO
<b>INGRESOS</b>	ALIM. X SNG				FECHA: _____ PESO: _____ TOTAL INGRESO: _____ TOTAL EGRESO: _____ DEBITO URINARIO: _____ BALANCE TOTAL: _____ DENSIDAD URINARIA: _____
	ALIM X V.O				
	E.V. QUE PASÓ				
	E.V. QUEDA				
	TRANSF. SANG				
	PLAQ				
	AGUA METABOLICA				
	TOTAL				
<b>EGRESOS</b>	ORINA				DEBITO URINARIO: VN (0,5-1/kg/hr) Egreso/peso/hora PERDIDA INSENSIBLE: T: 36°-38°C. Peso x 0.5 x Tiempo T: > 39°C. Peso x 1 x Tiempo AGUA METABÓLICA: Perdida insensible: (PI / 3)
	DEPOSICIÓN				
	DRENAJE SNG				
	OTROS				
	VOMITOS				
	PERD. INSENS.				
	TOTAL				
<b>INGRESOS</b>	ALIM. X SNG				FECHA: _____ PESO: _____ TOTAL INGRESO: _____ TOTAL EGRESO: _____ DEBITO URINARIO: _____
	ALIM X V.O				
	E.V. QUE PASÓ				
	E.V. QUEDA				
	TRANSF. SANG				
	PLAQ				
	AGUA METABOLICA				
	TOTAL				
<b>EGRESOS</b>	ORINA				BALANCE TOTAL: _____ DENSIDAD URINARIA: _____ DEBITO URINARIO: _____
	DEPOSICIÓN				
	DRENAJE SNG				
	OTROS				
	VOMITOS				
	PERD. INSENS.				
	TOTAL				
<b>INGRESOS</b>	ALIM. X SNG				FECHA: _____ PESO: _____ TOTAL INGRESO: _____ TOTAL EGRESO: _____ DEBITO URINARIO: _____
	ALIM X V.O				
	E.V. QUE PASÓ				
	E.V. QUEDA				
	TRANSF. SANG				
	PLAQ				
	AGUA METABOLICA				
	TOTAL				
<b>EGRESOS</b>	ORINA				BALANCE TOTAL: _____ DENSIDAD URINARIA: _____ DEBITO URINARIO: _____
	DEPOSICIÓN				
	DRENAJE SNG				
	OTROS				
	VOMITOS				
	PERD. INSENS.				
	TOTAL				
NOMBRES Y APELLIDOS			EDAD	N° DE CAMA	N° DE HC
			TIPO DE SEGURO:	N° SEGURO	





## CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DE LA INSTITUCION Y DEL PROFESIONAL	PROCEDIMIENTO Y SERVICIO EN EL QUE SE REALIZA:
FECHA:	
DIA:	MÉS:
AÑOS:	

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con D.N.I.N° \_\_\_\_\_ y como paciente \_\_\_\_\_ o como responsable \_\_\_\_\_ del paciente \_\_\_\_\_ identificado con D.N.I N° \_\_\_\_\_ autorizo al Dr. (a) \_\_\_\_\_ con especialidad \_\_\_\_\_ para la realización del procedimiento \_\_\_\_\_ teniendo en cuenta que há sido informado claramente los riesgos sobre los riesgos que se pueden presentar, siendo estos:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperados, que pueden requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba: Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me há sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapêuticos, em el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de médio, pero no de resultados. Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DNI O HUELLA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DNI O HUELLA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

C.M.P.: \_\_\_\_\_

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR POR:

---



---



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**RESOLUCION DIRECTORAL**

Iquitos, 28 de octubre del 2021

**EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: -----de-----del 202----- Hora:-----

Yo con DNI N°..... de Historia Clínica N°.....declaro haber sido informado (a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del DS 013-2006 –SA, SI( ) NO( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) (estudiantes de Pregrado, Postgrado, Pasantes y Profesionales especialistas) de Ciencias de la Salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanzas o docencia, no seré identificado (a).

Si consiento que se ha grabado Video ( ) Audio ( )  
No consiento que sea grabado ( ) Audio ( )

.....  
Firma y huella digital del paciente o representante legal Firma y sello profesional.  
De la salud que informa y toma el consentimiento.  
DNI N°.....

**REVOCATORIA/ DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO**

.....  
Forma y huella digital del paciente o representante Firma y sello profesional  
DNI N°..... DNI N°.....



Nombre:  
D.N.I.:

Edad:  
Fecha de Nacimiento:

H.C.:  
Grupo y Factor Rh:

Seguro:



Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	Radiografías
Día Hospital.											1: ( / / )
Hematíes											2: ( / / )
Hematocrito											
Hemoglobina											
VCM											3: ( / / )
HCM											
CHCM											
Reticulocitos											Tomografías
Ind. Aniso.											
Leucocitos											
Neutrófilos											1: ( / / )
Linfocitos											2: ( / / )
Monocitos											
Eosinófilos											
Basófilos											3: ( / / )
Plaquetas											
TP											
INR											BK esputo
T. Coagulac.											
T. Sangría											
Glucosa											1:
Creatinina											2:
TFG											3:
Urea											BK heces
TGO (AST)											
TGP (ALT)											
Bilirrubinas T											1:
Bil. Directa											2:
Bil. Indirecta											3:
Fos. Alcalina											BK orina
Prot. Totales											
Albúmina											
Globulinas											Cultivos
VSG											
PCR											
Procalcitonina											1:
LDH											2:
Gota gruesa											3:
Lactato											4:
Aglutinaciones											PR Sífilis
Otro:											PR VHB / HBsAg
Otro:											Anti-Core Total
											Anti VHC
											PR VIH
											ELISA VIH

URIANÁLISIS	EXAMEN COPROPARASITOLÓGICO	OTROS RESULTADOS	PL	1	2	3	4	5
			AGAE	1	2	3	4	5
			ECG	1	2	3	4	5
			RQ	I	II	III	IV	
Interconsultas			Otros					



## NOTA DE INGRESO

**Fecha:**                      **SIS:**                      **H.C.:**                      **Servicio de Procedencia:**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

- Apellidos y Nombres :
- Edad                      :
- Procedencia                      :

### **II. ANTECEDENTES IMPORTANTES**

### **III. ENFERMEDAD ACTUAL**

- Tiempo de la enfermedad                      : •
- Breve relato cronológico :

### **IV. EXAMEN FÍSICO**

F.C.:                      F.P.:                      F.R.:                      P.A.:                      T°:                      SaO<sub>2</sub>:

**Examen general**

**Piel y faneras**

**Cabeza y cara**

**Cuello**

**APELLIDOS Y NOMBRE(S):**

**CAMA:**

**SERVICIO:**

**HISTORIA CLÍNICA:**



## HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha:                      Hora:                      Seguro:                      H.C.:

### I. DATOS DE FILIACIÓN

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• D.N.I. / C.E. :                      :</li> <li>• Apellidos y Nombres :                      :</li> <li>• Sexo / Identidad sex. :                      :</li> <li>• Edad :                      :</li> <li>• Fecha de Nacimiento :                      :</li> <li>• Grado de instrucción :                      :</li> <li>• Estado civil :                      :</li> <li>• Religión :                      :</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedencia:</li> <li>• Dirección actual:</li> <li>• Ocupación actual:</li> <li>• Persona responsable:</li> <li>• Contacto(s) telefónico(s):</li> </ul> |
|--|--|

### II. ANTECEDENTES

#### Tipo de anamnesis:

#### Biológicos de importancia

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación:</li> <li>• Ejercicios:</li> <li>• Inmunizaciones:</li> <li>• I.R.S.<sup>a</sup>:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• N.P.S.<sup>a</sup>:</li> <li>• R.S.A.<sup>a</sup>:</li> <li>• Preservativos:</li> </ul> |
|--|--|

*(a) I.R.S. (Inicio de Relaciones Sexuales), N.P.S. (Número de Parejas Sexuales, ¿en cuánto tiempo?), R.S.A. (Relaciones Sexuales Actuales, ¿Aún mantiene?). Consultar de forma amena, sólo en poblaciones de riesgo para ITS: por ejemplo, PVVS, HSH, adictos a drogas, etc.).*

#### Gineco-Obstétricos<sup>b</sup>

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menarquia:</li> <li>• Régimen catamenial:</li> <li>• F.U.M.:1</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fórmula obstétrica:</li> <li>• Uso de anticonceptivos:</li> <li>• Menopausia / Climaterio:</li> </ul> |
|---|--|

*(b) Sólo aplica en pacientes mujeres de nacimiento.*

#### Socioeconómicos básicos

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivienda:</li> <li>• Habitantes:</li> <li>• Habitaciones:</li> <li>• Agua:</li> <li>• Desagüe:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viajes previos:</li> <li>• Residencias previas:</li> <li>• Crianza de animales:</li> <li>• Ocupaciones previas:</li> </ul> |
|--|---|

#### Hábitos Nocivos

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol:</li> <li>• Tabaco:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros (drogas, café, té):</li> <li>• Prod. de comb. de biomasa:</li> </ul> |
|---|---|

**APELLIDOS Y NOMBRE(S):**

**CAMA:**

**SALA:**

**HISTORIA CLÍNICA:**



- Relato cronológico:

#### **IV. FUNCIONES BIOLÓGICAS**

- Apetito:
- Sed:
- Diuresis:
- Deposiciones:
- Sueño:

**APELLIDOS Y NOMBRE(S):**

**CAMA:**

**SALA:**

**HISTORIA CLÍNICA:**



**Tórax I – Regiones pulmonares**

**Tórax II – Región precordial**

**Abdomen – Región anterolateral**

**Región dorsal y región lumbosacra**

**Genito-urinario**

**Año, región perianal y región perineal**

**Aparato locomotor**

**Sistema nervioso**

- Funciones cognitivas:

**APELLIDOS Y NOMBRE(S):**

**CAMA:**

**SALA:**

**HISTORIA CLÍNICA:**



VII. PLAN DE TRABAJO

7.1. Plan diagnóstico

7.2. Plan terapéutico

VIII. COMENTARIOS

APELLIDOS Y NOMBRE(S):

CAMA:

SALA:

HISTORIA CLÍNICA:





# HOJA DE TERAPEUTICA

HISTORIA CLINICA

FECHA Y HORA DE INICIO	FECHA Y HORA SUSPENSION	INDICACIONES Y TERAPEUTICA	Nombres y Apellidos, sellos y colegiatura del médico tratante
		(consignar con letras claras las indicaciones de dieta, balance, movilización del paciente, sondas drenajes, medicamentos (dosis, periodicidad y vía de administración)	
APELLIDO PATERMO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE:	CAMA N°





### INSTRUMENTO ESCALA DE RIESGO DE CAIDA J. H. DOWNTON

I. DATOS GENERALES.....

1. Edad (años): \_\_\_\_\_ 2. Sexo: a) Femenino ( ) b) Masculino ( )

II. ESCALA J. H. DOWNTON:

N° Caídas en el último año: \_

VARIABLES			PUNTAJE
Caídas Previas	NO	( )	0
	SI	( )	1
Uso de Medicamentos	Ninguno	( )	0
	Tranquilizantes- Sedantes	( )	1
	Diuréticos	( )	1
	Hipotensores (No diuréticos)	( )	1
	Antiparkinsonianos	( )	1
	Antidepresivos	( )	1
	Otros medicamentos	( )	1
Déficit sensorial	Ninguno	( )	0
	Alteraciones visuales	( )	1
	Alteraciones auditivas	( )	1
	Extremidades	( )	1
Estado Mental	Orientado	( )	0
	Confuso	( )	1
Deambulación	Normal	( )	0
	Segura con ayuda	( )	1
	Insegura con ayuda	( )	1
	No deambula	( )	1
Puntaje Obtenido			

**Interpretación del Puntaje**

- 3 o más = Alto Riesgo
- 1 a 2 = Mediano Riesgo
- 0 a 1 = Bajo Riesgo

\_\_\_\_\_  
Sello y Firma del Profesional de Enfermería



### ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERA POR PRESION

DEPARTAMENTO:

CAMA N°:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE:

N° HCl:

Variables		FECHA DE EVALUACIONES					
		1°	2°	3°	4°	5°	6°
<b>Condición física</b>	Buena	4	4	4	4	4	4
	Regular	3	3	3	3	3	3
	Muy Pobre	2	2	2	2	2	2
	Muy malo	1	1	1	1	1	1
<b>Estado mental</b>	Alerta	4	4	4	4	4	4
	Apático	3	3	3	3	3	3
	Confuso	2	2	2	2	2	2
	Estupor/Coma	1	1	1	1	1	1
<b>Actividad</b>	Deambula	4	4	4	4	4	4
	Camina con ayuda	3	3	3	3	3	3
	Sentado	2	2	2	2	2	2
	Encamado	1	1	1	1	1	1
<b>Movilidad</b>	Total	4	4	4	4	4	4
	Disminuida	3	3	3	3	3	3
	Muy limitada	2	2	2	2	2	2
	Inmóvil	1	1	1	1	1	1
<b>Incontinencia</b>	Ninguna	4	4	4	4	4	4
	Ocasional	3	3	3	3	3	3
	Urinaria	2	2	2	2	2	2
	Urinaria/fecal	1	1	1	1	1	1
<b>PUNTAJE OBTENIDO</b>							
<b>FIRMA Y SELLO ENFERMERO</b>							

#### Interpretación Orientativa de la Puntuación:

- De 5 a 9 puntos: Riesgo muy alto (color verde)
- De 10 a 12 puntos: Riesgo alto (color rojo)
- De 13 a 14 puntos: Riesgo medio (color amarillo)
- Mayor de 14 puntos: Riesgo mínimo/sin riesgo (color blanco)



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DESALUD  
 HOSPITAL IQUITOS "CÉSARGARAYARGARCIA" DEPARTAMENTO DE MEDICINA



## EXAMENES COMPLEMENTARIOS

NOMBRES: \_\_\_\_\_

FECHA			FECHA						FECHA				

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

SEGUNDO RESULTADO

---

PROMER RESULTADO

---



## EPICRISIS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Resumen de la enfermedad actual, examen físico, exámenes auxiliares, evolución y tratamiento

Procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos.

Complicaciones:

Fecha y hora del Egreso: .....

Estadía total (días).....

Tipo de alta: .....

Condición de egreso.....

Diagnostico principal y secundario (CIE-10)

Información sobre mortalidad (si fuera el caso, indicar si se realizará necropsia y causa de muerte.

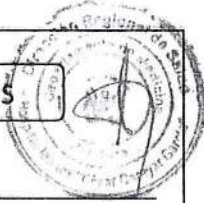
Nombres y Apellidos

Firma, sello y colegiatura del médico tratante.

---

**HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO DE INFECTOLOGIA**

PAPELETA DE ALTA - SIS



Nombres y Apellidos del Paciente

Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Días Hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha de Egreso: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**CODIGO RENALES:**

**NOMBRE EESS:**

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE EGRESADO**

<b>N° DE HC</b>	<b>Tipo Doc. De identidad</b>	<b>N° Doc.</b>	<b>Etnia</b>	<b>Financiador</b>	<b>Sexo</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Apellidos</b>	<b>Nombres</b>	<b>Edad/Tipo edad</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Ubigeo (residencia habitual)</b>	<b>Fecha Ingreso</b>	<b>Fecha Egreso</b>	<b>Condición</b>
<input type="text"/> (Escribir Ubigeo)	<input type="text"/> (dd/mm/aa)	<input type="text"/> (dd/mm/aa)	<input type="text"/>

**Diagnósticos (A00 –T98) (escribir código CIE)**

**Afección Principal**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Solo se ingresará datos e causas externas de morbilidad, solo cuando en Diagnosticos se halla codificado un código CIE que empieza con "S" o "T"

**Causas externas de Morbilidad (V01 – Y98) (escribir código CIE)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Procedimientos (CIE) \*otro Procedimientos médicos (CPT) (escribir códigos)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Solo se ingresara datos en estos rubros, solo cuando en Diagnostico se halla codificado un código CIE que empieza con "C" o "D" (A excepción de : (D10-D36) Tumores (neoplasia) benigno)

<b>Estadios Oncológico</b>	<b>T (Tamaño)</b>	<b>N(Desiminación)</b>	<b>M(Metástasis)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Tratamiento**

<input type="text"/>
----------------------

<b>Prof. que atendió el parto</b>	<b>fecha del parto (dd/mm/aa)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

RN VIVOS  
RN MUERTO

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Estos cargos se llenarán SOLO cuando en "Diagnostico" se ingrese parto (080-084)

**Servicio**

<input type="text"/>
----------------------

**Responsable del egreso**

<input type="text"/>
----------------------





**DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
REGISTRO DE BALANCE HIDRICO**



TURNOS		7-1	1-7	7-7	TOTAL 24 HORAS	PROCESAMIENTO		
INGRESOS	ALIM. X SNG					FECHA: PESO: TOTAL INGRESO: TOTAL EGRESO: DEBITO URINARIO: BALANCE TOTAL: DENSIDAD URINARIA:		
	ALIM X V.O							
	E.V. QUE PASÓ							
	E.V. QUEDA							
	TRANSF.	SANG						
		PLAQ						
	AGUA METABOLICA							
TOTAL								
EGRESOS	ORINA					DEBITO URINARIO: VN (0,5-1/kg/hr) Egreso/peso/hora PERDIDA INSENSIBLE: T: 36°-38°C. Peso x 0.5 x Tiempo T: > 39°C. Peso x 1 x Tiempo AGUA METABÓLICA: Perdida insensible: (PI / 3)		
	DEPOSICIÓN							
	DRENAJE	SNG						
		OTROS						
	VOMITOS							
	PERD. INSENS.							
	TOTAL							
INGRESOS	ALIM. X SNG					FECHA: PESO: TOTAL INGRESO: TOTAL EGRESO: DEBITO URINARIO:		
	ALIM X V.O							
	E.V. QUE PASÓ							
	E.V. QUEDA							
	TRANSF.	SANG						
		PLAQ						
	AGUA METABOLICA							
TOTAL								
EGRESOS	ORINA					BALANCE TOTAL: DENSIDAD URINARIA: DEBITO URINARIO:		
	DEPOSICIÓN							
	DRENAJE	SNG						
		OTROS						
	VOMITOS							
	PERD. INSENS.							
	TOTAL							
INGRESOS	ALIM. X SNG					FECHA: PESO: TOTAL INGRESO: TOTAL EGRESO: DEBITO URINARIO:		
	ALIM X V.O							
	E.V. QUE PASÓ							
	E.V. QUEDA							
	TRANSF.	SANG						
		PLAQ						
	AGUA METABOLICA							
TOTAL								
EGRESOS	ORINA					BALANCE TOTAL: DENSIDAD URINARIA: DEBITO URINARIO:		
	DEPOSICIÓN							
	DRENAJE	SNG						
		OTROS						
	VOMITOS							
	PERD. INSENS.							
	TOTAL							
NOMBRES Y APELLIDOS				EDAD	N° DE CAMA	N° DE HC		
				TIPO DE SEGURO:	N° SEGURO			





## CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DE LA INSTITUCION Y DEL PROFESIONAL	PROCEDIMIENTO Y SERVICIO EN EL QUE SE REALIZA:	
FECHA:		
DIA:	MÉS:	AÑO:

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con D.N.I.N° \_\_\_\_\_ y como paciente \_\_\_\_\_ o como responsable \_\_\_\_\_ del paciente \_\_\_\_\_ identificado con D.N.I N° \_\_\_\_\_ autorizo al Dr. (a) \_\_\_\_\_ con especialidad \_\_\_\_\_ para la realización del procedimiento \_\_\_\_\_ teniendo en cuenta que há sido informado claramente los riesgos sobre los riesgos que se pueden presentar, siendo estos:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperados, que pueden requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba: Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me há sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, em el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de médio, pero no de resultados. Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DNI O HUELLA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DNI O HUELLA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

C.M.P.: \_\_\_\_\_

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR POR:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**RESOLUCION DIRECTORAL**

Iquitos, 28 de octubre del 2021

**EXPRESION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: -----de-----del 202-----

Hora:-----

Yo con DNI N°..... de Historia Clínica N°.....declaro haber sido informado (a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del DS 013-2006 –SA, SI ( ) NO( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) (estudiantes de Pregrado,Postgrado,Pasantes y Profesionales especialistas) de Ciencias de la Salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanzas o docencia, no seré identificado (a).

Si consiento que se ha grabado Video ( ) Audio ( )  
No consiento que sea grabado ( ) Audio ( )

.....

Firma y huella digital del paciente o representante legal

De la salud que informa y toma el consentimiento.

DNI N°.....

.....

Firma y sello profesional.

**REVOCATORIA/ DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO**

.....

Forma y huella digital del paciente o representante

DNI N°.....

.....

Firma y sello profesional

DNI N°.....

HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA"  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



HOJA DE VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellidos..... Nombre.....  
Edad..... Dirección.....  
Telefono..... N° H° C.....  
Servicio..... N° Cama.....  
Motivo de Ingreso..... Fecha de Ingreso...../...../.....

VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA

**00. VALORACION FISICA**

Peso..... Talla..... IMC..... Pupillas..... Temperatura..... TA..... FC..... FR.....  
Tipo de respiracion..... Tos:  Seca  Productiva  Expectoracion..... Auscultacion.....  
Piel:  Hidratada  Deshidratada  Integra  Cianosis  Ictericia  Palides  Coloracion normal  
EDEMAS (Localizacion)..... Varices(Localizacion).....  
Heridas : (Localizacion)..... Tipo..... Presencia de UPP(localizacion).....  
Riesgo de UPP (escala.....)  
Tratamiento medico:

**01. PATRON PERCEPCION - MANEJO DE SALUD**

Describir su estado de salud:  excelente  bueno  normal  malo  Da Importancia a su salud  Acepta su estado de salud  
 No participa en aspectos relacionaosds con la enfermedad  
Motivo:  Desconocimiento  Incapacidad  Olvido  Falta de motivacion  Necesidades economicas  
 NECESITA O DESEA MAS INFORMACION SOBRE SU SALUD  Medicacion  Enfermedad  Signos de riesgo  autocuidados  
Alcohol:  Consumo esporadico  diario  Excesivo en fines de semana  Intoxicacion etilica en el ultimo mes  
Tabaco:  Exfumador  Fumador  > de 10 cigarros/dia  < de 10c/dia  Desea dejar de fumar otras sustancias.....  
Alergias:  Alimentos.....  Medicamentos.....  Otras.....  
Otras consideradas : .....  
 NADA A DESTACAR

**02. PATRON NUTRICIONAL METABOLICO**

Nutricion artificial:  Sonda Nasogastrica  Nutricional parentera **Apetito:**  Aumentando  Normal  Disminuido  
Dificultad para:  Tragar  Masticar  Beber **Intolerancia a la ingesta:**  Nauseas  Vomitos  Regurgitaciones  
Problema de denticion:  Protesis  Faltan Piezas  Caries **Problemas en la mucosa oral(describir).....**  
Higiene bucal:  Diaria  Despues de Comida  Ocasional/nunca  
sigue algun tipo de dieta:  De adelgazamiento  Diabetica  
Enumere lo que come en un dia : Desayuno..... Comida (almuerzo).....  
Cena..... Otras..... Suplementos.....  
Consumo de liquidos diarios: Agua..... Refrescos..... Leche..... Mates(Infusiones)..... Cafe..... Otros.....  
Expresa satisfaccion con su peso  Si  No  
Otras consideradas : .....  
 NADA A DESTACAR

**03. PATRON ELIMINACION**

**HABITO INTESTINAL :** Frecuencia..... Consistencia:  Liquida  Formada  Dura **Color.....**  
 Dolor al defecar:  Hemorroides  Gases  Presencia de Sangre en heces  Ostomias(Tipo).....  
Autonomia para defeccion  No precisa ayuda  ayuda parcial  Dependiente total  Usa pañales  
Otras consideradas : .....  
 NADA A DESTACAR

**HABITO Urinario :** Frecuencia..... **color y aspecto de la orina.....**  Signos de retencion de liquidos  
 Incontinencia(tipo).....  Sonda vesicales(tipo)..... Fecha ultimo cambio...../...../.....  
Autonomia para la eliminacion  No precisa ayuda  ayuda parcial  Dependiente total  Usa pañales  
Otras consideradas : .....  
 NADA A DESTACAR

**04. PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO**

Actividad fisica habitual:  sedentario  Paseos ocasionales  Paseo Diario(tiempo.....)  Practica depende(especificar.....)  
Situacion actual:  Deambulante  Sillon  Cama **Dificultad para:**  Mover  Levantarse  Sentarse  Caminar  
**Nivel funcional de movilidad:**  No precisa ayuda  Ayuda de dispositivos  Ayuda de Personas y dispositivo  Dependiente total  
**Ayuda para vestirse**  Autonomo  Ayuda Parcial  Dependencia Total **Vestido no adecuado:**  Calzado no adecuado   
**ayuda para el baño e higiene**  Autonomo  Ayuda parcial  Dependencia total **Higiene general.....**  
Otras consideradas : .....  
 NADA A DESTACAR



Nombre:  
D.N.I.:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

H.C.:  
Grupo y Factor Rh:

Seguro:



Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	Radiografías
Día Hospital.										1: ( / / )
Hematíes										
Hematocrito										
Hemoglobina										2: ( / / )
VCM										
HCM										
CHCM										3: ( / / )
Reticulocitos										
Ind. Aniso.										
Leucocitos										<b>Tomografías</b>
Neutrófilos										1: ( / / )
Linfocitos										
Monocitos										
Eosinófilos										2: ( / / )
Basófilos										
Plaquetas										
TP										3: ( / / )
INR										
T. Coagulac.										
T. Sangría										<b>BK esputo</b>
Glucosa										1:
Creatinina										2:
TFG										3:
Urea										<b>BK heces</b>
TGO (AST)										1:
TGP (ALT)										2:
Bilirrubinas T										3:
Bil. Directa										<b>BK orina</b>
Bil. Indirecta										1:
Fos. Alcalina										2:
Prot. Totales										3:
Albúmina										<b>Cultivos</b>
Globulinas										1:
VSG										2:
PCR										3:
Procalcitonina										4:
LDH										PR Sífilis
Gota gruesa										PR VHB / HBsAg
Lactato										Anti-Core Total
Aglutinaciones										Anti VHC
Otro:										PR VIH
Otro:										ELISA VIH

URIANÁLISIS	EXAMEN COPROPARASITOLÓGICO	OTROS RESULTADOS	PL	1	2	3	4	5			
			AGAE	1	2	3	4	5	6	7	8
ECG			1	2	3	4	5	6	7	8	9
RQ			I	II	III	IV					
Otros											
Interconsultas											



## NOTA DE INGRESO

Fecha:                      SIS:                      H.C.:                      Servicio de Procedencia:

### I. DATOS DE FILIACIÓN

- Apellidos y Nombres :                      :
- Edad :                      :
- Procedencia :                      :

### II. ANTECEDENTES IMPORTANTES

### III. ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de la enfermedad :                      :
- Breve relato cronológico :                      :

### IV. EXAMEN FÍSICO

F.C.:                      F.P.:                      F.R.:                      P.A.:                      T°:                      SaO<sub>2</sub>:

Examen general

Piel y faneras

Cabeza y cara

Cuello

APELLIDOS Y NOMBRE(S):

CAMA:

SERVICIO:

HISTORIA CLÍNICA:



## HISTORIA CLÍNICA

Fecha:                      Hora:                      Seguro:                      H.C.:

### I. DATOS DE FILIACIÓN

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• D.N.I. / C.E.                      :</li> <li>• Apellidos y Nombres                      :</li> <li>• Sexo / Identidad sex.                      :</li> <li>• Edad                      :</li> <li>• Fecha de Nacimiento                      :</li> <li>• Grado de instrucción                      :</li> <li>• Estado civil                      :</li> <li>• Religión                      :</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedencia:</li> <li>• Dirección actual:</li> <li>• Persona responsable:</li> <li>• Contacto(s) telefónico(s):</li> </ul> |
|--|---|

### II. ANTECEDENTES

Tipo de anamnesis:

#### Biológicos de importancia

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación:</li> <li>• Ejercicios:</li> <li>• Inmunizaciones:</li> <li>• I.R.S.<sup>a</sup>:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• N.P.S.<sup>a</sup>:</li> <li>• R.S.A.<sup>a</sup>:</li> <li>• Preservativos:</li> </ul> |
|--|--|

*(a) I.R.S. (Inicio de Relaciones Sexuales), N.P.S. (Número de Parejas Sexuales, ¿en cuánto tiempo?), R.S.A. (Relaciones Sexuales Actuales, ¿Aún mantiene?). Consultar de forma amena, sólo en poblaciones de riesgo para ITS: por ejemplo, PVVS, HSH, adictos a drogas, etc.).*

#### Gineco-Obstétricos<sup>b</sup>

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menarquia:</li> <li>• Régimen catamenial:</li> <li>• F.U.M.:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fórmula obstétrica:</li> <li>• Uso de anticonceptivos:</li> <li>• Menopausia / Climaterio:</li> </ul> |
|--|--|

*(b) Sólo aplica en pacientes mujeres de nacimiento.*

#### Socioeconómicos básicos

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivienda:</li> <li>• Habitantes:</li> <li>• Habitaciones:</li> <li>• Agua:</li> <li>• Desagüe:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viajes previos:</li> <li>• Residencias previas:</li> <li>• Crianza de animales:</li> <li>• Ocupaciones previas:</li> </ul> |
|--|---|

#### Hábitos Nocivos

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol:</li> <li>• Tabaco:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros (drogas, café, té):</li> <li>• Prod. de comb. de biomasa:</li> </ul> |
|---|---|

**APELLIDOS Y NOMBRE(S):**

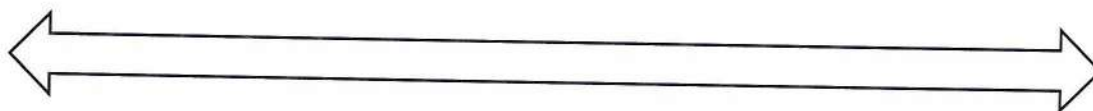
**CAMA:**

**SERVICIO:**

**HISTORIA CLÍNICA:**



- Relato cronológico y línea de tiempo:



**IV. FUNCIONES BIOLÓGICAS**

- Apetito :
- Sed:
- Diuresis:
- Deposiciones:
- Sueño:

**APELLIDOS Y NOMBRE(S):**

**CAMA:**

**SERVICIO:**

**HISTORIA CLÍNICA:**



Tórax I – Regiones pulmonares

Tórax II – Región precordial

Abdomen – Región anterolateral

Región dorsal y región lumbosacra

Genito-urinario

Año, región perianal y región perineal

Aparato locomotor

Sistema nervioso

APELLIDOS Y NOMBRE(S):

CAMA:

SERVICIO:

HISTORIA CLÍNICA:



**IX. PLAN DE TRABAJO**

**X. COMENTARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA**

**APELLIDOS Y NOMBRE(S):**

**CAMA:**

**SERVICIO:**

**HISTORIA CLÍNICA:**





# HOJA DE TERAPEUTICA

HISTORIA CLINICA

FECHA Y HORA DE INICIO	FECHA Y HORA SUSPENSION	INDICACIONES Y TERAPEUTICA	Nombres y Apellidos, sellos y colegiatura del médico tratante
		(consignar con letras claras las indicaciones de dieta, balance, movilización del paciente, sondas drenajes, medicamentos (dosis, periodicidad y vía de administración)	
<b>APELLIDO PATERMO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRE:</b>	<b>CAMA N°</b>

NTS N° 139-MINSA/2018DGAIN: "NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA GESTION DE LA HISTORIA CLINICA"



## INSTRUMENTO ESCALA DE RIESGO DE CAIDA J. H. DOWNTON

### I. DATOS GENERALES.....

1. Edad (años): \_\_\_\_\_ 2. Sexo: a) Femenino ( ) b) Masculino ( )

### II. ESCALA J. H. DOWNTON:

N° Caídas en el último año: \_

VARIABLES			PUNTAJE
Caídas Previas	NO	( )	0
	SI	( )	1
Uso de Medicamentos	Ninguno	( )	0
	Tranquilizantes- Sedantes	( )	1
	Diuréticos	( )	1
	Hipotensores (No diuréticos)	( )	1
	Antiparkinsonianos	( )	1
	Antidepresivos	( )	1
	Otros medicamentos	( )	1
Déficit sensorial	Ninguno	( )	0
	Alteraciones visuales	( )	1
	Alteraciones auditivas	( )	1
	Extremidades	( )	1
Estado Mental	Orientado	( )	0
	Confuso	( )	1
Deambulaci3n	Normal	( )	0
	Segura con ayuda	( )	1
	Insegura con ayuda	( )	1
	No deambula	( )	1
Puntaje Obtenido			

### Interpretaci3n del Puntaje

- 3 o m3s = Alto Riesgo
- 1 a 2 = Mediano Riesgo
- 0 a 1 = Bajo Riesgo

---

Sello y Firma del Profesional de Enfermer3a



### ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERA POR PRESION

DEPARTAMENTO:

CAMA N°:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE:

N° HCI:

Variables		FECHA DE EVALUACIONES					
		1°	2°	3°	4°	5°	6°
<b>Condición física</b>	Buena	4	4	4	4	4	4
	Regular	3	3	3	3	3	3
	Muy Pobre	2	2	2	2	2	2
	Muy malo	1	1	1	1	1	1
<b>Estado mental</b>	Alerta	4	4	4	4	4	4
	Apático	3	3	3	3	3	3
	Confuso	2	2	2	2	2	2
	Estupor/Coma	1	1	1	1	1	1
<b>Actividad</b>	Deambula	4	4	4	4	4	4
	Camina con ayuda	3	3	3	3	3	3
	Sentado	2	2	2	2	2	2
	Encamado	1	1	1	1	1	1
<b>Movilidad</b>	Total	4	4	4	4	4	4
	Disminuida	3	3	3	3	3	3
	Muy limitada	2	2	2	2	2	2
	Inmóvil	1	1	1	1	1	1
<b>Incontinencia</b>	Ninguna	4	4	4	4	4	4
	Ocasional	3	3	3	3	3	3
	Urinaria	2	2	2	2	2	2
	Urinaria/fecal	1	1	1	1	1	1
<b>PUNTAJE OBTENIDO</b>							
<b>FIRMA Y SELLO ENFERMERO</b>							

#### Interpretación Orientativa de la Puntuación:

- De 5 a 9 puntos: Riesgo muy alto (color verde)
- De 10 a 12 puntos: Riesgo alto (color rojo)
- De 13 a 14 puntos: Riesgo medio (color amarillo)
- Mayor de 14 puntos: Riesgo mínimo/sin riesgo (color blanco)



## EXAMENES COMPLEMENTARIOS

NOMBRES: \_\_\_\_\_

FECHA			FECHA						FECHA				

**SEGUNDO RESULTADO**

**PRIMER RESULTADO**



## EPICRISIS

### I. DATOS DE FILIACIÓN

- Apellidos y Nombres :
- Edad :
- Fecha de ingreso :
- Días de permanencia :
- Fecha de egreso:

### II. ANTECEDENTES IMPORTANTES

### III. RESUMEN DEL MOTIVO DE INGRESO

### IV. DATOS RELEVANTES DEL EXAMEN FÍSICO

### V. RESULTADOS DE LABORATORIO RELEVANTES

### VI. EVOLUCIÓN

### VII. TRATAMIENTO ADMINISTRADO

### VIII. CONDICIONES DE ALTA

### IX. PRONÓSTICO

APELLIDOS Y NOMBRE(S):

CAMA:

SALA:

HISTORIA CLÍNICA:



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - LORETO  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"  
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

MEMORANDO N° 174-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01

PARA : **C.P.C. Rosario RENGIFO GUERRERO**  
Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico

ASUNTO : PROYECCIÓN DE RESOLUCIÓN

REFERENCIAS: Oficio N° 005-2025-GRL-GRS-HICGG/30.17.01.06  
Oficio N° 016-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.06

FECHA : Iquitos, 11 de febrero del 2025

En atención a los documentos de las referencias sírvase proyectar la Resolución Directoral; a fin de Aprobar la actualización de las "HISTORIAS CLÍNICAS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA" en el Hospital Iquitos "César Garayar García".

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

  
M.C. CARLOS ALBERTO CCORAL GONZALES  
Director Ejecutivo (e)  
C.M.P. N° 050486

C.c.  
- Oficina de Planeamiento Estratégico  
- Archivo

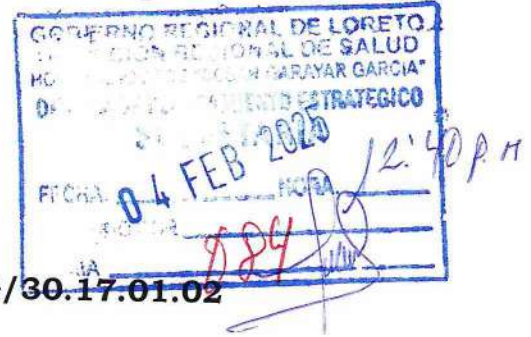
CACG/NJBG/CLCR/REG/GM/J/DGDC/wcprn

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Iquitos, 31 de enero del 2025

**OFICIO N° 016-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.06**

Señorita:  
 C.P.C. Rosario Rengifo Guerrero  
 Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico  
 Presente.-



**Asunto : Subsanaciones**  
**Ref. : Oficio N° 013-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02**

Grato es dirigirme a usted, para expresarle mi cordialmente saludo y en atención al documento de la referencia, hago llegar a su despacho las correcciones de los nuevos formatos de las Historias Clínicas del Departamento de Medicina, para su respectiva aprobación y la emisión de la Resolución Directoral.

Cabe mencionar que se está enviando dos (02) modelos de Historias Clínicas, una (01) correspondiente al departamento de Medicina y otra al servicio de Infectología y Enfermedades Tropicales.

Agradezco por la atención que brinde al presente, me suscribo de usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA"  
 MC. Jorge Luis Torres Rengifo  
 Jefe del Departamento de Medicina  
 CMP. 76239 - RNE 44415

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA"	
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	
Deriva de:	
Unidad de Planeamiento	<input type="checkbox"/>
Unidad de Presupuesto	<input type="checkbox"/>
Unidad de Proyectos de Inversión	<input type="checkbox"/>
Unidad de Organización	<input checked="" type="checkbox"/>
Secretaría	<input type="checkbox"/>
Fecha	4/2/25 14:35

C.c.  
 \* Archivo  
 JLTR/EMDS/brp.



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

Iquitos, 20 de enero del 2025

OFICIO N° 013 - 2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02

Señor:  
**MC. Jorge Luis TORRES RENGIFO**  
Jefe del Departamento de Medicina



Presente.-

**Asunto : Remito Observaciones de la nueva Historia Clínica del Departamento de Medicina**

Referencia: INFORME N° 004-2025-WCPM-ÁREA DE RACIONALIZACIÓN

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y en atención al documento de la referencia; habiéndose realizado la revisión de la nueva Historia Clínica del Departamento de Medicina en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, se encontró varias observaciones; por lo que se le recomienda modificar y/o corregir de acuerdo a los puntos citados en dicho Informe adjunto, para su respectiva Aprobación y Emisión de la Resolución Directoral del documento en el asunto mencionado.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"  
**CPC. ROSALBA RENGIFO GUERRERO**  
JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

Cc:  
- Dirección Ejecutiva  
- Unidad de Organización  
Archivo  
RRG/GM/wcpm



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**INFORME Nº 04-2025-WCPM-ÁREA DE RACIONALIZACIÓN**

**A** : **C.P.C. Gianina Montalvo Jimenez**  
Jefe de la Unidad de Organización de la Oficina de Planeamiento Estratégico

**DE** : **Lic.Educ. Wálter Cristian Pacheco Murrieta**  
Jefe del Área de Racionalización de la Unidad de Organización

**ASUNTO** : Observaciones de la nueva Historia Clínica del Departamento de Medicina

**REFERENCIA** : OFICIO Nº 005-2025-GRL-GRS-HICGG/30.17.01.06

**FECHA** : Iquitos, 20 de enero del 2025

---

Por medio del presente, me dirijo a usted para saludarla cordialmente y, asimismo, informarle con respecto a la nueva Historia Clínica del Departamento de Medicina, de las cuáles se encontró algunas observaciones:

1. Con el OFICIO Nº 005-2025-GRL-GRS-HICGG/30.17.01.06 de fecha de recepción 17/01/2024 por el Área de Racionalización de la Unidad de Organización, la Jefatura del Departamento de Medicina, remite al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García", para la aprobación y emisión la nueva Historia Clínica del Departamento de Medicina en el Hospital Iquitos "César Garayar García".
2. Posteriormente el Área de Racionalización de la Unidad de Organización, realizó la respectiva revisión para la aprobación y emisión de Resolución Directoral de la nueva Historia Clínica del Departamento de Medicina en el Hospital Iquitos "César Garayar García", encontrándose con algunas observaciones:
  - 2.1. En el Oficio dice: OFICIO Nº 005-2025-GRL-GRS-HICGG/30.17.01.06 debiendo decir: OFICIO Nº 005-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.06.
  - 2.2. En el OFICIO Nº 005-2025-GRL-GRS-HICGG dice: se efectivice la emisión de la Resolución Directoral de la nueva Historia Clínica del Departamento de Medicina debiendo decir: se efectivice la emisión de la Resolución Directoral de la actualización de los Formatos de la Historia Clínica del Departamento de Medicina en el Hospital Iquitos "César Garayar García".
  - 2.3. En algunos formatos de la Historia Clínica del Departamento de Medicina no se encuentran legibles para su posterior escaneo y publicación en la página web.
  - 2.4. En algunos formatos de la Historia Clínica del Departamento de Medicina de ambas caras no se encuentran uniformes el impreso para su posterior escaneo y publicación en la página web.

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

2.5. Debe estar visados y firmados por la jefatura del Departamento de Medicina en todas las páginas de los Formatos de la Historia Clínica.

**RECOMENDACIONES:**

Por lo escrito con lo anterioridad, se recomienda **MODIFICAR Y/O CORREGIR**, los puntos mencionados para su respectiva aprobación y emisión de Resolución Directoral de la actualización de los Formatos de la Historia Clínica del Departamento de Medicina.

Es todo en cuanto tengo que informar a usted, para los fines que estime conveniente.

Atentamente,



Lic. Educ. Walter Cristian Pacheco Murrieta  
Jefe del Área de Racionalización de la Unidad de Organización

Cc:  
\*Archivo  
/wcpm

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

REGISTRO N° 236 /2025



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL APOYO IQUITOS

### HOJA DE ENVIO DE TRAMITE GENERAL

INTERESADO : MC. ERNESTO CORAL LINARES

ASUNTO : Solicito emisión de resolución

PASE (1)	PARA (2)	FECHA	REMITIDO POR (3)
30.17.01		8/01/2025	
PLANEAMIENTO	2	8-1-25	



- 01.- APROBACION
- 02.- ATENCION
- 03.- SU CONOCIMIENTO
- 04.- OPINION
- 05.- INFORME
- 06.- DAR EJECUCION
- 07.- PROP. ACCION
- 08.- POR CORRESPONDER
- 09.- COORDINAR
- 10.- ASISTIR
- 11.- SACAR COPIA
- 12.- VERIFICAR
- 13.- DISTRIBUIR
- 14.- CIRCULAR
- 15.- ARCHIVAR
- 16.- VER OBSERVACIÓN
- 17.- SEGÚN SOLICITUD
- 18.- PROJ. RESOLUCIÓN
- 19.- DEVOLVER
- 20.- AGRADECER
- 21.- ACCION INMEDIATA

**OBSERVACION :** .....

.....

.....

.....

NOTA: NO SEPARAR ESTA HOJA DEL DOCUMENTO RESPECTIVO

Iquitos, 03 de enero del 2024

**OFICIO N° 005-2025-GRL-GRS-HICGG/30.17.01.06**

Señor:  
**MC. Carlos Alberto Coral Gonzáles**  
 Director Ejecutivo - HICGG  
 Presente.-



Atención: Oficina de Planeamiento Estratégico

**Asunto: Solicito Emisión de Resolución**

Grato es dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, al mismo tiempo solicitarle que por su intermedio se efectivice la emisión de la Resolución Directoral de la nueva Historia Clínica del Departamento. Aprobada en reunión Técnica con los miembros del equipo de medicina. Este documento se ajusta a los lineamientos de la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN. de la Gestión de la Historia Clínica.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 Hospital Iquitos "Cesar Garayzar García"

*[Signature]*  
**MC. ERNESTO CORAL LINARES**  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
 C.M.P. 38248 - RNE 30544



C.c.  
 \* Archivo  
 ECL/EMDS/brp.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
 14-01-25  
 11:00am