

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE QUITO – CAMPUS SUR

CARRERA DE INGENIERÍA EN SISTEMAS

MENCIÓN TELEMÁTICA

**ANÁLISIS, DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL
SISTEMA WEB PARA MANEJO DE HOSPITALIZACIÓN,
CONSULTA EXTERNA Y CENTRO QUIRÚRGICO EN LA NUEVA
CLÍNICA BOLÍVAR**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE: INGENIERO EN
SISTEMAS**

**ERIKA ALEXANDRA ANDRADE RUIZ
LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTÉVEZ**

DIRECTOR: ING. FRANKLIN HURTADO LARREA

Quito, Octubre del 2011

RESUMEN

En el presente proyecto de titulación se realiza el análisis, diseño, implementación e implantación de un sistema clínico, a través de la metodología de desarrollo de software RUP. El sistema facilita y mejora la gestión de los diferentes servicios que presta la Clínica Bolívar, dicha aplicación está constituida por los módulos de Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Centro Quirúrgico, Laboratorio Clínico, Botiquín Interno y Administración del sistema.

Los capítulos desarrollados están distribuidos de la siguiente manera: el primer capítulo plantea el problema, los objetivos, la justificación y el alcance del proyecto; el segundo capítulo contiene los conceptos, teorías y demás información necesaria que sustenta al trabajo desarrollado; en el tercer capítulo se exponen los diferentes artefactos o entregables relacionados con las disciplinas de análisis y diseño de acuerdo a la metodología RUP; en el cuarto capítulo se muestran los estándares de programación utilizados en el desarrollo, el código relevante y las pruebas realizadas al sistema; finalmente se plantean las conclusiones y recomendaciones al proyecto de titulación, así como, los anexos que permiten complementar la información plasmada en el presente proyecto.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

HISTORIA CLINICA UNICA

Manual de Uso de los Formularios Básicos

CONTENIDO

ACUERDO MINISTERIAL No 000138 DEL 14 MARZO 2008

ANTECEDENTES		2
MARCO LEGAL		4
MARCO TECNICO		5
PROCESO DE REDISEÑO		6
PROCESO ADMINISTRATIVO		7
PROCESO TECNICO		7
SECUENCIA DE UTILIZACION		11
DESCRIPCION DE LOS FORMULARIOS		12
001	ADMISIÓN	12 - 15
002	CONSULTA EXTERNA ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO	16 - 18
003	ANAMNESIS – EXAMEN FISICO	19 - 21
005	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES	22 - 23
006	EPICRISIS	24 - 26
007	INTERCONSULTA – SOLICITUD – INFORME	27 - 29
008	EMERGENCIA	30 - 32
010 A y B	LABORATORIO CLÍNICO	33 - 35
012 A y B	IMAGENOLOGÍA	36 - 38
013 A y B	HISTOPATOLOGIA	39 - 41
020	SIGNOS VITALES	42 - 43
022	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	44 - 45
024	AUTORIZACIONES, EXONERACIONES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	46 -49
033	ODONTOLOGÍA	50- 52
038	TRABAJO SOCIAL – EVALUACIÓN	53 - 55
053	REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA	56 - 58
054	CONCENTRADO DE LABORATORIO	59 - 60
055	CONCENTRADO DE EX. ESPECIALES	61 - 62
ANEXO 1	FICHA FAMILIAR Hojas 1- 2- 3- 4	63 - 68
ANEXO 2	ATENCION PREHOSPITALARIA	69 - 70
GLOSARIO		71 – 72
COMITE DE HISTORIAS CLINICAS		73

ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

Entre octubre y noviembre de 2003, la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento convocó a la Comisión Ministerial de la Historia Clínica, integrada por delegados de la Dirección Nacional de Áreas de Salud, Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, División de Estadística y de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud Pública-UASP, encargada del Sistema Común de Información-SISALUD, para presentar y discutir la propuesta.

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

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

En enero de 2005, el CONASA conformó una Comisión *ad hoc* de la Historia Clínica con delegados del Ministerio de Salud Pública, Hospital Pablo Arturo

Suárez, Universidad Tecnológica Equinoccial y Sociedad Ecuatoriana de Medicina Interna, con apoyo técnico de OPS

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

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

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

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

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

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

En julio del 2007, el equipo técnico de la Comisión de Historia Clínica realizó la implementación-evaluación de los formularios actualizados de la Historia Clínica Única en 80 unidades operativas del Ministerio de Salud Pública en las provincias de Guayas y Pichincha. Los resultados establecieron que el 72% de los participantes aprobó el documento sin cambios, mientras que el 28% presentó observaciones, principalmente al formato.

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

MARCO LEGAL

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

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

Estos mecanismos incluyen:...

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

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

Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

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

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

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

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

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

MARCO TECNICO

Definiciones

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

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

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

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

Características

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

PROCESO DE REDISEÑO

Estructura

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

Modificaciones de Estructura

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

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

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

- **Títulos numerados:** barras con el nombre del bloque de información correspondiente. En algunos títulos se describe el significado de las siglas utilizadas. Al final de algunos títulos puede aparecer la opción "No Aplica". Cuando se marca "X", significa que el profesional no considera necesario el llenado del bloque respectivo (Si es del caso, se registrará la causa)
- **Subtítulos:** barras con el nombre de los datos que deben registrarse en las celdas subyacentes o situadas a la derecha

- **Celdas (en filas o columnas)**
 - Cuadradas grises: se llenan solamente con una “X”, sin exceder sus bordes
 - Rectangulares blancas: se llenan con el texto respectivo requerido en el título o subtítulo
- **Encabezado y pie de página**
 - Nombre, sexo, número de hoja y número de historia clínica del usuario
 - Fecha y hora del llenado, nombre, firma y código del responsable

Modificaciones de Nomenclatura

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

PROCESO ADMINISTRATIVO

Apertura de la Historia Clínica Única

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

Archivo, acceso y custodia

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

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

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

Confidencialidad

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

Ordenamiento

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

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

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

PROCESO TÉCNICO

Nomenclatura

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

Cuadro 1.- NUMERACIÓN, NOMENCLATURA Y SERVICIOS USUARIOS

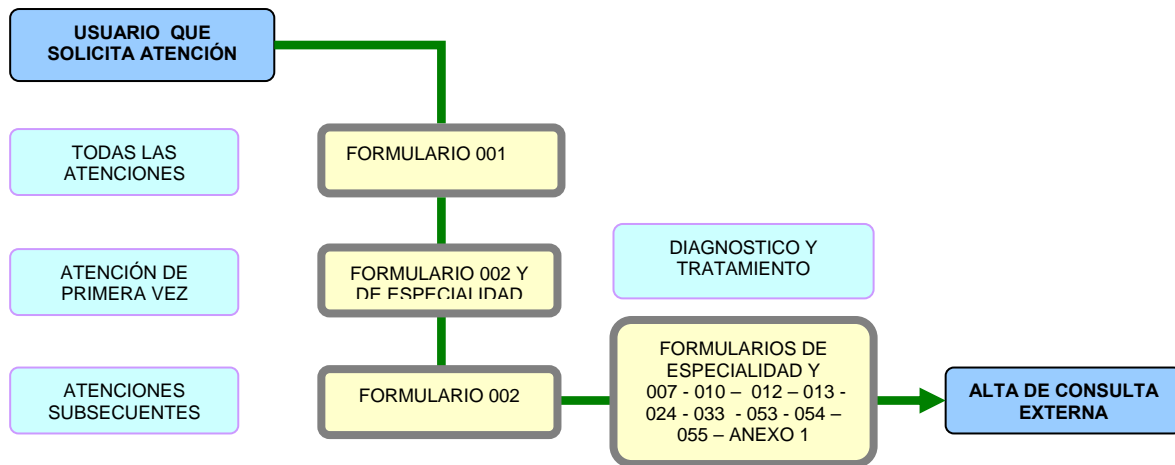
FORMULARIO			SERVICIOS USUARIOS
NÚMERO	ANVERSO	REVERSO	
001	ADMISIÓN	ALTA - EGRESO	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
002	ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO	EVOLUCIÓN	CONSULTA EXTERNA
003	ANAMNESIS	EXAMEN FÍSICO	HOSPITALIZACIÓN
005	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (1)	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN - EMERGENCIA
006	EPICRISIS (1)	EPICRISIS (2)	HOSPITALIZACIÓN
007	INTERCONSULTA - SOLICITUD	INTERCONSULTA - INFORME	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
008	EMERGENCIA (1)	EMERGENCIA (2)	EMERGENCIA
010	LABORATORIO CLÍNICO - SOLICITUD (010-A)	LABORATORIO CLÍNICO - INFORME (010-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN Emergencia - LABORATORIO
012	IMAGENOLOGÍA - SOLICITUD (012-A)	IMAGENOLOGÍA - INFORME (012-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - IMAGENOLOGÍA
013	HISTOPATOLOGIA - SOLICITUD (013-A)	HISTOPATOLOGIA - INFORME (013-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - Histopatología
020	SIGNOS VITALES (1)	SIGNOS VITALES (2)	HOSPITALIZACIÓN
022	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1)	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - OBSERVACIÓN
024	AUTORIZACIONES, EXONERACIONES	CONSENTIMIENTO INFORMADO	HOSPITALIZACIÓN - EMERGENCIA
033	ODONTOLOGÍA (1)	ODONTOLOGÍA (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
038	TRABAJO SOCIAL - EVALUACIÓN	TRABAJO SOCIAL - EVOLUCIÓN	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
053	REFERENCIA	CONTRAREFERENCIA	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
054	CONCENTRADO DE LABORATORIO (1)	CONCENTRADO DE LABORATORIO (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
055	CONCENTRADO DE EX. ESPECIALES (1)	CONCENTRADO DE EX. ESPECIALES (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
ANEXO 1	FICHA FAMILIAR (1), (3)	FICHA FAMILIAR (2), (4)	ATENCION EXTRAMURAL FAMILIAR
ANEXO 2	ATENCION PREHOSPITALARIA		RED DE AMBULANCIAS - EMERGENCIA

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

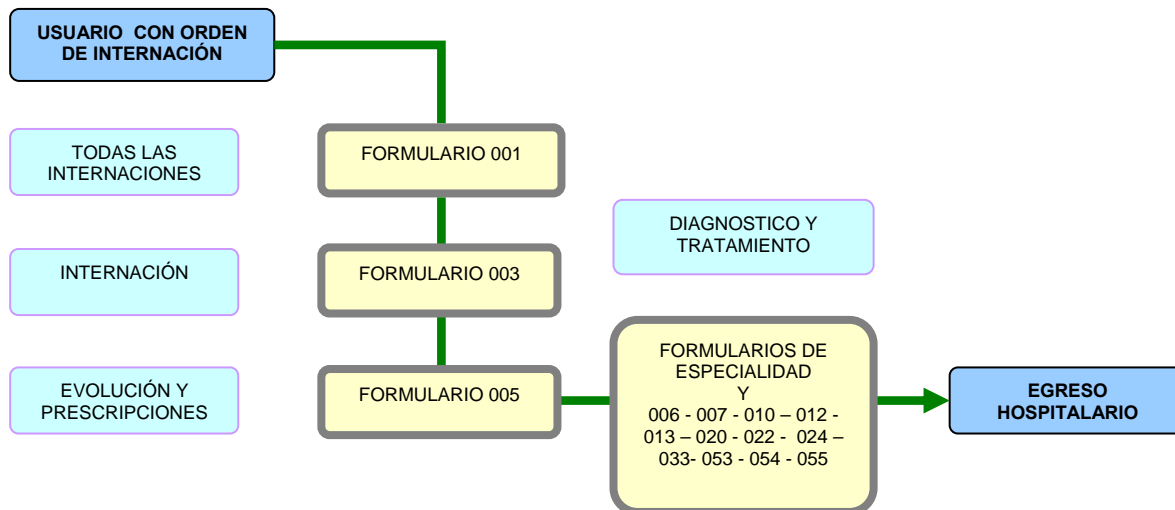
FORMULARIO		SERVICIO				PERSONAL DE LA SALUD								
NÚMERO	NOMBRE	CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	EMERGENCIA	INTERNACIÓN	ESTADÍSTICO	ENFERMERA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	MÉDICO	ODONTÓLOGO	OBSTETRIZ	PSICÓLOGO	TECNÓLOGO	TRABAJADORA SOCIAL
001	ADMISIÓN Y ALTA – EGRESO	X	X	X	X	X			X		X	X		
002	CONSULTA EXTERNA	X							X		X	X		
003	ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO				X				X		X	X		
005	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES				X				X		X	X		
006	EPICRISIS				X				X		X	X		
007	INTERCONSULTA	X		X	X				X		X	X		
008	EMERGENCIA			X					X		X	X		
010	LABORATORIO CLÍNICO	X	X	X	X				X		X	X	X	
012	IMAGENOLOGÍA	X	X	X	X				X		X		X	
013	HISTOPATOLOGIA	X	X		X				X		X			
020	SIGNOS VITALES			X	X		X	X						
022	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS			X	X		X	X						
024	AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO	X		X	X				X	X	X	X		
033	ODONTOLOGÍA	X						X		X				
038	TRABAJO SOCIAL	X		X	X									X
053	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	X		X	X				X	X	X	X		
054	CONCENTRADO DE LABORATORIO	X			X				X	X	X	X		
055	CONCENTRADO DE EXÁMENES ESPECIALES	X			X				X	X	X	X		
ANEXO 1	FICHA FAMILIAR	X					X	X	X	X	X	X		X
ANEXO 2	ATENCION PRE HOSPITALARIA			X					X				X	

Secuencia de utilización

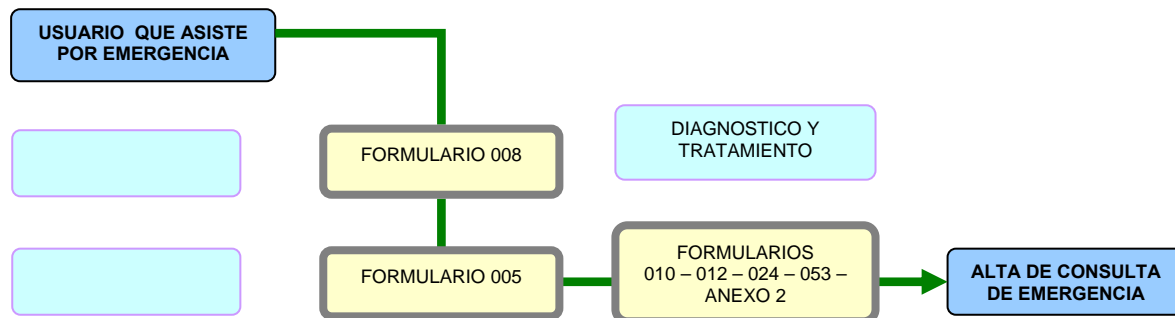
Cuadro 3.- USO DE FORMULARIOS EN CONSULTA EXTERNA



Cuadro 4.- USO DE FORMULARIOS EN HOSPITALIZACIÓN Y OBSERVACIÓN



Cuadro 5.- USO DE FORMULARIOS EN EMERGENCIA



DESCRIPCIÓN DE LOS FORMULARIOS E INSTRUCCIONES DE LLENADO

FORMULARIO 001 – ADMISIÓN Y ALTA-EGRESO

Objetivo

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

Nº	TÍTULO	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
<p>REGISTRAR LA INSTITUCION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: : MSP, IESS-SSC, FFAA., POLICIA NACIONAL, SOLCA, JBG, ONGs Y OTRAS MENCIONADAS EN EL ART. 7 DE LA LOSNS REGISTRAR EL NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO A LA UNIDAD OPERATIVA REGISTRAR LOS CÓDIGOS DE LA PARROQUIA, CANTON Y PROVINCIA DONDE ESTÁ SITUADA LA UNIDAD OPERATIVA REGISTRAR EL NÚMERO DE HISTORIA ASIGNADO AL USUARIO POR LA UNIDAD OPERATIVA</p> <p style="text-align: center;">ANVERSO: ADMISIÓN</p>			
1	REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN	IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	REGISTRAR LOS APELLIDOS Y NOMBRES Y EL Nº DE CEDULA DE CIUDADANÍA DEL USUARIO
		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ANOTAR LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL SEÑALANDO BARRIO, PARROQUIA ETC. EN LA ZONA RURAL SE PUEDE AGREGAR REFERENCIAS CONOCIDAS DE LA ZONA. ESCRIBIR "U" SI ES ZONA URBANA O "R" SI ES ZONA RURAL Y EL NÚMERO DE TELÉFONO
		NACIMIENTO, NACIONALIDAD Y GRUPO CULTURAL	ANOTAR LA FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO. NACIONALIDAD: CORRESPONDE AL PAÍS DE ORIGEN. REGISTRAR EL GRUPO CULTURAL QUE CORRESPONDE A LA PERTENENCIA A UN PUEBLO O CONJUNTO DE COMUNIDADES RECONOCIDAS POR EL ESTADO, QUE COMPARTEN FORMAS COMUNES DE IDENTIDAD, ORGANIZACIÓN, COSTUMBRES, LENGUA, CREENCIAS Y COSMOVISIÓN
		EDAD, GENERO, ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN	SEÑALAR LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS, EN EL CASO DEL MENOR DE 1 AÑO, REGISTRAR "0". MARCAR CON "X" EL SEXO, Y EL ESTADO CIVIL. REGISTRAR EL ÚLTIMO AÑO APROBADO, SEGUIDO DE LA LETRA "B" PARA BÁSICO O "U" PARA UNIVERSIDAD
		FECHA DE ADMISIÓN	ESCRIBIR LA FECHA DE LA ADMISION
		OCUPACIÓN	DESCRIBIR LA ACTIVIDAD ECONÓMICA HABITUAL
		EMPRESA DONDE TRABAJA	ESCRIBIR EL NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE REALIZA EL TRABAJO ACTUAL
		TIPO DE SEGURO DE SALUD	REGISTRAR EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE CUBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL USUARIO
		REFERIDO DE:	REGISTRAR EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE AL USUARIO
		EN CASO NECESARIO LLAMAR A:	REGISTRAR LOS DATOS DE LOCALIZACIÓN DE UN FAMILIAR O PERSONA CONOCIDA A LA QUE SE PUEDE AVISAR NOVEDADES DE SALUD DEL USUARIO, SU PARENTESCO, DIRECCIÓN, TELÉFONO.
		ADMISIONISTA	ESCRIBIR EL CÓDIGO O LAS INICIALES DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL LLENADO
2	REGISTRO DE NUEVAS ADMISIONES PARA ATENCIONES PRIMERAS Y SUBSECUENTES	NÚMERO DE ORDEN Y FECHA	ESCRIBIR EL NÚMERO DE ADMISIÓN DE UNA ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE, CON LA FECHA DE LLEGADA DEL USUARIO
		EDAD	REGISTRAR LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN. SI ES MENOR DE 1 AÑO, MARCAR "0"
		REFERIDO DE:	REGISTRAR EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE AL USUARIO PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO. EN CASO DE PROCEDER DE OTRA UNIDAD DE SALUD.
		ATENCIÓN PRIMERA O SUBSECUENTE	MARCAR "X" SEGÚN LA ATENCIÓN ES DE PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE PARA CONSULTAS PREVENTIVAS O DE MORBILIDAD
		ADMISIONISTA	ESCRIBIR CÓDIGO DEL ADMISIONISTA O RESPONSABLE QUE LLENA LA ADMISIÓN DE PRIMERA VEZ
3	REGISTRO DE CAMBIOS (NECESARIO PARA ACTUALIZAR DATOS)	FECHA	REGISTRAR LA FECHA DE LA ATENCIÓN
		ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN OCUPACIÓN	MARCAR "X" EN ESTADO CIVIL, DE ACUERDO A LAS ABREVIATURAS QUE SE ENCUENTRAN AL PIE DEL BLOQUE 1. REGISTRAR EL NUEVO DATO QUE CORRESPONDA A INSTRUCCIÓN, OCUPACIÓN, EMPRESA Y TIPO DE SEGURO DE SALUD.
		DIRECCIÓN	REGISTRAR LA NUEVA DIRECCIÓN EN CASO DE HABER CAMBIO DE LA MISMA, LLENAR DE ACUERDO AL LLENADO DEL BLOQUE 1
4	INFORMACIÓN ADICIONAL		REGISTRAR LOS DATOS ADICIONALES DEL USUARIO REQUERIDOS POR LAS DIFERENTES ENTIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: MSP, IESS, PRIVADOS, COMUNITARIOS ESTE BLOQUE SERÁ NORMATIZADO POR CADA UNA DE LAS INSTITUCIONES, SEGÚN SUS NECESIDADES TÉCNICAS O ADMINISTRATIVAS

REVERSO: ALTA – EGRESO			
c	ALTA AMBULATORIA	CARACTERÍSTICAS	REGISTRAR EL NÚMERO DE ORDEN, LA FECHA DE ADMISIÓN PARA ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ POR MORBILIDAD ESPECÍFICA REGISTRAR LA FECHA DE ALTA O DE LA ÚLTIMA ATENCIÓN O ALTA POR LA MISMA MORBILIDAD
			REGISTRAR EL NÚMERO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA POR UNA MORBILIDAD ESPECÍFICA REGISTRAR EL NÚMERO DE ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA (DE PRIMERA VEZ MÁS LAS SUBSECUENTES) POR UNA MISMA MORBILIDAD ESPECÍFICA
			REGISTRAR LA ESPECIALIDAD DEL SERVICIO DESDE EL QUE SE ORDENA EL ALTA: MEDICINA, PEDIATRÍA, GINECO OBSTETRICIA, CIRUGÍA, SALUD MENTAL
			MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES DE CONDICION AL ALTA, O MUERTO.
	DIAGNÓSTICOS	REGISTRAR HASTA 4 DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES EN ORDEN DE IMPORTANCIA ANOTAR EL CÓDIGO CIE CORRESPONDIENTE. MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES: PRESUNTIVO O DEFINITIVO. CUANDO SE	
	TRATAMIENTO	MARCAR "X" SI EL TRATAMIENTO FUE CLÍNICO O QUIRÚRGICO REGISTRAR LOS 2 PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICO MÁS IMPORTANTES REALIZADOS REGISTRAR EL CODIGO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO	
6	EGRESO HOSPITALARIO	CARACTERÍSTICAS	ESCRIBIR EL NÚMERO DE ORDEN, LA FECHA DE ADMISIÓN (CORRESPONDE A DE FECHA DE INTERNACIÓN POR MORBILIDAD ESPECÍFICA) Y LA FECHA DE EGRESO: (CORRESPONDE A LA SALIDA DEL ESTABLECIMIENTO CON O SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA)
			CALCULAR LOS DÍAS DE ESTADA, SEGÚN NORMA. REGISTRAR "1", SI EL PACIENTE INGRESA Y EGRESA EL MISMO DÍA
			REGISTRAR EL SERVICIO EN EL QUE HA PERMANECIDO EL PACIENTE INTERNADO LA MAYOR CANTIDAD DE DÍAS DE ESTADA
			MARCAR "X" SEGÚN EL ESTADO DEL PACIENTE AL EGRESO: ALTA O MUERTE: MENOS DE 48 HORAS O MAYOR DE 48 HORAS
		DIAGNÓSTICO	ESCRIBIR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES, EN ORDEN DE PRIORIDAD ANOTAR EL CÓDIGO CIE-10 CORRESPONDIENTE. MARCAR CON "X" EN UNA DE LAS OPCIONES: PRESUNTIVO O DEFINITIVO.
TRATAMIENTO	MARCAR "X" SI EL TRATAMIENTO FUE CLÍNICO O QUIRÚRGICO REGISTRAR LOS 2 PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS: MÁS IMPORTANTES REALIZADOS ESCRIBIR EL CODIGO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO		

Notas al 001

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

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

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

CODIGO ADMISIONISTA

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

2 REGISTRO DE NUEVAS ADMISIONES PARA ATENCIONES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES													
N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE:	PRIMERA	SUB SECUENTE	ADMISIONISTA	N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE:	PRIMERA	SUB SECUENTE	ADMISIONISTA
1							11						
2							12						
3							13						
4							14						
5							15						
6							16						
7							17						
8							18						
9							19						
10							20						

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

4 INFORMACIÓN ADICIONAL DEL USUARIO REQUERIDA POR LA INSTITUCIÓN		OTROS DATOS DEL USUARIO O PACIENTE REQUERIDOS POR LA INSTITUCIÓN REGISTRADA EN EL ENCAJAMIENTO

FORMULARIO 002 – CONSULTA EXTERNA

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ESTABLECIMIENTO</th> <th>NOMBRE Y APELLIDO</th> <th>SEXO</th> <th>EDAD</th> <th>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA</th> </tr> </thead> </table>				ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA				
ANVERSO: CONSULTA EXTERNA – ANAMNESIS								
1	MOTIVO DE CONSULTA		DESCRIBIR LA CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE CONSULTA, EN PALABRAS TEXTUALES DEL USUARIO					
2	ANTECEDENTES PERSONALES		REGISTRAR EL RESULTADO ORGANIZADO DEL INTERROGATORIO, ACERCA DE PROBLEMAS DE SALUD ANTERIORES AL MOTIVO DE CONSULTA					
3	ANTECEDENTES FAMILIARES		MARCAR "X" SI EXISTEN LOS ANTECEDENTES DEFINIDOS EN LAS CELDAS 1 - 10, REGISTRAR LOS PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, ANTEPONIENDO EL NÚMERO DEL PROBLEMA SEÑALADO.					
4	ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		REGISTRAR EL RESULTADO ORGANIZADO DEL INTERROGATORIO DE SÍNTOMAS ACERCA DEL PROBLEMA MOTIVO DE CONSULTA					
5	REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS		MARCAR "X" SI SE ENCUENTRA EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "CP" O SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "SP", DE LAS OPCIONES SEÑALADAS DESCRIBIR SOLAMENTE LOS SÍNTOMAS ENCONTRADOS EN LAS OPCIONES CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA, ANTEPONIENDO EL NÚMERO CORRESPONDIENTE,					
6	SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA	FECHA	ANOTAR LA FECHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ Y DE LAS ATENCIONES SUBSECUENTES RESPECTIVAS					
		SIGNOS	ANOTAR LOS VALORES OBTENIDOS SOBRE TEMPERATURA, PRESIÓN ARTERIAL, PULSO, FRECUENCIA RESPIRATORIA Y PESO / TALLA					
7	EXAMEN FÍSICO REGIONAL		MARCAR "X" SI SE ENCUENTRA EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "CP" O SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "SP", EN LAS OPCIONES DE EXAMEN SEÑALADAS DESCRIBIR SOLAMENTE LOS SIGNOS DE LAS OPCIONES CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA, ANTEPONIENDO EL NÚMERO RESPECTIVO					
8	DIAGNÓSTICO	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS; O DEFINITIVOS					
		CIE	ESCRIBIR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES					
9	PLANES DE TRATAMIENTO		REGISTRAR EL CONJUNTO ORGANIZADO DE SOLICITUDES DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO CLÍNICO, IMAGENOLOGÍA Y OTROS REGISTRAR EL CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES FÁRMACO TERAPÉUTICAS O INTERVENCIONES PROGRAMADAS REGISTRAR LAS RECOMENDACIONES O INDICACIONES ACERCA DE LOS ESTILOS DE VIDA					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>HORA</th> <th>NOMBRE DEL PROFESIONAL</th> <th>CODIGO</th> <th>NUMERO DE HOJA</th> </tr> </thead> </table>				FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA				
REVERSO: CONSULTA EXTERNA – EXAMEN FÍSICO								
10	EVOLUCIÓN	FECHA – NOTAS	ANOTAR LA FECHA (DÍA / MES / AÑO) DESCRIBIR EL PROGRESO EN EL TRATAMIENTO Y NUEVOS DATOS DE ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO. ESCRIBIR LA FIRMA DE RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL TRATANTE					
11	PRESCRIPCIONES	INDICACIONES Y FARMACOTERAPIA	REGISTRAR LAS INDICACIONES PARA ENFERMERÍA, FARMACOTERAPIA E INSUMOS: NOMBRE, PRESENTACIÓN, VÍA, DOSIS, FRECUENCIA Y PERIODO. ESCRIBIR LA FIRMA DE RESPONSABILIDAD					
		ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	REGISTRAR CON UNA SUMILLA EL CUMPLIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS					

Notas al 002

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

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA

1 MOTIVO DE CONSULTA

--

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

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

--

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Anverso

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

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

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

--

6 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA

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

7 EXAMEN FÍSICO REGIONAL

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

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

8 DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO
 DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

CIE PRE DEF

1				3			
2				4			

9 PLANES DE TRATAMIENTO

PLANES DE DIAGNOSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

CODIGO

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

FORMULARIO 003 – ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: ANAMNESIS			
	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO EDAD NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	MOTIVO DE CONSULTA		DESCRIBIR LA CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE CONSULTA, EN PALABRAS TEXTUALES DEL USUARIO
2	ANTECEDENTES PERSONALES	24 OPCIONES	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES DE ANTECEDENTES PERSONALES DESCRIBIR LA OPCIÓN ELEGIDA ANTEPONIENDO EL NÚMERO RESPECTIVO REGISTRAR LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LA PACIENTE FEMENINA
3	ANTECEDENTES FAMILIARES	10 OPCIONES	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES DE ANTECEDENTES FAMILIARES DESCRIBIR LA OPCIÓN ELEGIDA ANTEPONIENDO EL NÚMERO RESPECTIVO,
4	ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	10 OPCIONES	REGISTRAR EL RESULTADO ORGANIZADO DEL INTERROGATORIO DE SÍNTOMAS ACERCA DEL PROBLEMA MOTIVO DE CONSULTA: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, FACTORES QUE AGRAVAN O MEJORAN, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, RESULTADOS DE EXÁMENES ANTERIORES, CONDICIÓN ACTUAL
5	REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS	ÓRGANOS Y SISTEMAS	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES DE ORGANOS Y SISTEMAS: CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "CP" O SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA "SP". DESCRIBIR LOS SÍNTOMAS SOLAMENTE DE LAS OPCIONES CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA, DIFERENTE AL MOTIVO DE CONSULTA
REVERSO: EXAMEN FÍSICO			
6	SIGNOS VITALES Y MEDICIONES	SIGNOS Y MEDICIONES	REGISTRAR LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA BUCAL Y/O AXILAR, PESO, TALLA, PERÍMETRO CEFÁLICO
7	EXAMEN FÍSICO	REGIONAL	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES: CON PATOLOGÍA O SIN PATOLOGÍA REGISTRAR SOLAMENTE LOS SIGNOS DE LAS REGIONES ANATÓMICAS ENCONTRADAS CON PATOLOGÍA
		SISTÉMICO	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES: CON PATOLOGÍA O SIN PATOLOGÍA REGISTRAR SOLAMENTE LOS SIGNOS DE LOS SISTEMAS ENCONTRADOS CON PATOLOGÍA
8	DIAGNOSTICO	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS
		CIE	REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.
9	PLANES DE TRATAMIENTO		REGISTRAR EL CONJUNTO ORGANIZADO DE SOLICITUDES DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO CLÍNICO, IMAGENOLÓGIA Y OTROS REGISTRAR EL CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES FÁRMACO TERAPÉUTICAS O INTERVENCIONES PROGRAMADAS REGISTRAR LAS RECOMENDACIONES ACERCA DEL ESTILO DE VIDA
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA

Notas al 003

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

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

1 MOTIVO DE CONSULTA		ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE	
A		C	
B		D	

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DESCRIBIR ABAJO, CON EL NÚMERO RESPECTIVO		FUM= FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN FUP= FECHA ULTIMO PARTO FUC= FECHA ULTIMA CITOLOGÍA						
1. VACUNAS	5. ENF. ALÉRGICA	9. ENF. NEUROLÓGICA	13. ENF. TRAUMATOL.	17. TENDENCIA SEXUAL	21. ACTIVIDAD FÍSICA	MENARQUIA -EDAD-	MENOPAUSIA -EDAD-	CICLOS	VIDA SEXUAL ACTIVA	
2. ENF. PERINATAL	6. ENF. CARDIACA	10. ENF. METABÓLICA	14. ENF. QUIRÚRGICA	18. RIESGO SOCIAL	22. DIETA Y HÁBITOS	GESTA	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS	HIJOS VIVOS
3. ENF. INFANCIA	7. ENF. RESPIRATORIA	11. ENF. HEMO LINF.	15. ENF. MENTAL	19. RIESGO LABORAL	23. RELIGIÓN Y CULTURA	FUM	FUP	FUC	BIOPSIA	
4. ENF. ADOLESCENTE	8. ENF. DIGESTIVA	12. ENF. URINARIA	16. ENF. T. SEXUAL	20. RIESGO FAMILIAR	24. OTRO	MÉTODO DE P. FAMILIAR	TERAPIA HORMONAL	COLPOS COPIA	MAMO GRAFIA	

3 ANTECEDENTES FAMILIARES										DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO	
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPER TENSION	5. CÁNCER	6. TUBERCULO SIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO		

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA	
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold; color: lightblue; text-decoration: underline;">Anverso</p>			

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS										CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA		SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR							
1	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	CP	SP	3	CARDIO VASCULAR	CP	SP	5	GENITAL	CP	SP	7	MÚSCULO ESQUELÉTICO	CP	SP	9	HEMO LINFÁTICO	CP	SP
2	RESPIRATORIO			4	DIGESTIVO			6	URINARIO			8	ENDOCRINO			10	NERVIOSO		

FORMULARIO 005 – EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO Y REVERSO : EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (1) y (2)			
	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO EDAD NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	EVOLUCIÓN	FECHA	REGISTRAR EL DIA, MES Y AÑO DE LA ATENCIÓN
		HORA	REGISTRAR HORA DE INICIO DE LA ATENCION
		NOTAS	DESCRIBIR EL PROGRESO DEL TRATAMIENTO Y LOS NUEVOS DATOS DE ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO. REGISTRAR LA FIRMA AL PIE DE CADA NOTA
2	PRESCRIPCIONES	INDICACIONES	REGISTRAR LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS. INDICACIONES DE ACTIVIDADES PARA ENFERMERÍA U OTRO PERSONAL DE SALUD, FARMACOTERAPIA Y PROCEDIMIENTOS. REGISTRAR LA FIRMA AL PIE DEL GRUPO DE PRESCRIPCIONES
		ADMINISTRACIÓN	REGISTRAR LA ADMINISTRACIÓN VERIFICADA DE CADA PRESCRIPCIÓN.CON LA FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

FORMULARIO 006 - EPICRISIS

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO		
ANVERSO: EPICRISIS (1)					
	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO EDAD NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
1	RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO		ESCRIBIR UN RESUMEN DEL ESTADO ACTUAL EN BASE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DESDE SU APARICIÓN HASTA EL MOMENTO DE LLENADO O DE ALTA O EGRESO DEL PACIENTE.		
2	RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES		ESCRIBIR UNA SÍNTESIS DE LOS SUCESOS MAS IMPORTANTES EN EL DESARROLLO DE LA EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO DE LAS COMPLICACIONES ENCONTRADAS		
3	HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		ESCRIBIR UNA SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS MAS IMPORTANTES DE LAS DETERMINACIONES DE LABORATORIO E INFORMES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO		
REVERSO: EPICRISIS (2)					
4	RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS		ESCRIBIR UNA SÍNTESIS DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO PROPUESTOS Y REALIZADOS Y DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS REALIZADOS		
5	DIAGNOSTICO DE INGRESO	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS		
		CIE	REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.		
6	DIAGNOSTICOS DE EGRESO	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS		
		CIE	REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.		
7	CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO		DESCRIBIR EL ESTADO CLÍNICO AL MOMENTO DEL EGRESO. EVENTOS CLÍNICOS PREVISIBLES, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DEL EGRESO		
8	MÉDICOS TRATANTES	NOMBRE, ESPECIALIDAD Y CÓDIGO	ANOTAR LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE LAS DIFERENTES FASES DE TRATAMIENTO DURANTE LA INTERNACIÓN		
		FECHAS	REGISTRAR EL PERIODO DE RESPONSABILIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE		
9	EGRESO	ALTA	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES ASINTOMÁTICO, DISCAPACIDAD LEVE, MODERADA O GRAVE, RETIRO VOLUNTARIO (POR SOLICITUD DEL USUARIO Y SIN AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE) RETIRO INVOLUNTARIO (SIN SOLICITUD DEL USUARIO NI AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE)		
		DEFUNCIÓN	MARCAR "X" SI EL FALLECIMIENTO SE PRODUCE EN MENOS DE 48 HORAS O MÁS DE 48 HORAS DE INTERNACIÓN		
		DÍAS DE ESTADA	CALCULAR LOS DIAS DE ESTADA, SEGÚN NORMA. REGISTRAR "1", SI EL PACIENTE INGRESA Y EGRESA EL MISMO DÍA		
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA

Notas al 006

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

FORMULARIO 007 - INTERCONSULTA

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: INTERCONSULTA – SOLICITUD			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO		ESCRIBIR LOS NOMBRES DE LA UNIDAD DE ORIGEN Y DESTINO, SALA Y CAMA DEL USUARIO
			MARCAR "X" SEGÚN SEA NORMAL O URGENTE ESCRIBIR EL ESTABLECIMIENTO Y DESDE QUE SERVICIO SE CONSULTA
			DESCRIBIR LA CAUSA REAL QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA
2	CUADRO CLÍNICO ACTUAL		ESCRIBIR UN RESUMEN ORGANIZADO DE LOS DATOS DE LA ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, CON ÉNFASIS EN LA PATOLOGÍA QUE SE CONSULTA.
3	RESULTADOS DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		REGISTRAR LOS DATOS MAS IMPORTANTES DE LABORATORIO CLÍNICO , IMAGENOLOGÍA Y OTROS EXÁMENES ESPECIALES
4	DIAGNOSTICOS	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS
		CIE	REGISTRAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.
5	PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL REALIZADOS		ESCRIBIR EL CONJUNTO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, MEDIDAS EDUCATIVAS, FARMACOLÓGICAS, PROCEDIMIENTOS
FECHA		HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL
		CODIGO	NUMERO DE HOJA
REVERSO: INTERCONSULTA – INFORME			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
6	CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA		REGISTRAR EL INFORME DEL SERVICIO Y/O PROFESIONAL CONSULTADO, DESPUÉS DE LA REVISIÓN DEL PACIENTE
7	RESUMEN DEL CRITERIO CLINICO		ESCRIBIR EL PLAN DIAGNÓSTICO CON LAS PRINCIPALES PRUEBAS NECESARIAS PARA DEFINIR EL DIAGNÓSTICO Y EVALUAR LA RESPUESTA
8	DIAGNÓSTICO	CATEGORÍA	REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEAN PRESUNTIVOS O DEFINITIVOS
		CIE	ANOTAR EL CÓDIGO ASIGNADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10
9	PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO		ESCRIBIR EL CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES FÁRMACO TERAPÉUTICAS E INDICACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA Y EDUCACIÓN ESPECÍFICA RECOMENDADOS POR EL PROFESIONAL INTERCONSULTADO.
10	RESUMEN DEL CRITERIO CLÍNICO		ESCRIBIR UNA SÍNTESIS DEL CRITERIO MÉDICO, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD DEL USUARIO
FECHA		HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL
		CODIGO	NUMERO DE HOJA

FORMULARIO 008 - EMERGENCIA

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO		
ANVERSO: EMERGENCIA (1)					
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
1	REGISTRO DE ADMISIÓN		REGISTRAR LOS DATOS COMPLETOS DE IDENTIFICACIÓN Y DIRECCIÓN DEL USUARIO, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, PAÍS DE NACIONALIDAD Y GRUPO CULTURAL (SI AMERITA) REGISTRAR LA FECHA DE ADMISION Y LOS DATOS LABORALES REGISTRAR EL NOMBRE DE UN FAMILIAR O AMIGO PARA EL CASO DE QUE SEA NECESARIO LA PRESENCIA URGENTE, MARCAR "X" EN LA FORMA DE LLEGADA DESCRIBIR LA FUENTE DE INFORMACIÓN, INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE Y NÚMERO TELEFÓNICO RESPECTIVO		
2	INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO		REGISTRAR LA HORA Y MARCAR "X" EN LA CAUSA QUE OCASIONA LA LLEGADA A EMERGENCIA MARCAR "X" SI SE HA NOTIFICADO LA EMERGENCIA A LA POLICIA Y SI EXISTE OTRO MOTIVO DE CONSULTA (ESPECIFICAR) REGISTRAR EL GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh, SI ESTÁ DISPONIBLE		
3	ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO Y QUEMADURA		REGISTRAR LA FECHA,, EL LUGAR (HOGAR, VIA PÚBLICA,, FABRICA) Y DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO MARCAR "X" SI EL PACIENTE ACUDE CON CUSTODIA POLICIAL MARCAR "X" SEGÚN EL TIPO DE EMERGENCIA Y ESCRIBIR LAS OBSERVACIONES MARCAR "X" SI EL PACIENTE TIENE ALIENTO ETÍLICO REGISTRAR EL VALOR ALCOCHECK, SI ESTÁ DISPONIBLE		
4	ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES		MARCAR "X" EN LOS ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES SEÑALADOS Y DESCRIBIR LOS DETALLES RESUMIDOS DEL ANTECEDENTE."		
5	ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS		MARCAR "X" EN LAS OPCIONES SEÑALADAS Y REGISTRAR EL RESULTADO DEL INTERROGATORIO SOBRE CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, FRECUENCIA Y FACTORES AGRAVANTES DEL PROBLEMA		
REVERSO: EMERGENCIA (2)					
6	SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES	SIGNOS VITALES Y MEDICIONES	REGISTRAR LOS DATOS RECOPIADOS DE PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA, PESO, TALLA,		
		VALORES	REGISTRAR LOS VALORES CALCULADOS DE LA ESCALA DE GLASGOW REGISTRAR LOS VALORES REACCIÓN PUPILAR DERECHA E IZQUIERDA, TIEMPO DE LLENADO CAPILAR Y SATURACIÓN DE OXÍGENO (SI SE DISPONE)		
7	EXAMEN FÍSICO		MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGIA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGIA REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS		
8	LOCALIZACION DE LESIONES		ESCRIBIR EN EL DIAGRAMA EL NÚMERO DE LA LESION CORRESPONDIENTE A LA REGION AFECTADA. SI LA LESIÓN ES DIFERENTE, REGISTRAR EL NOMBRE EN EL NÚMERO 15, Y ESCRIBIR EL NÚMERO EN EL DIAGRAMA REGISTRAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL DIAGRAMA TOPOGRAFICO, SI ES NECESARIA UNA ACLARACIÓN		
9	EMERGENCIA OBSTÉTRICA		REGISTRAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA REALIZAR OBSERVACIONES ADICIONALES, SI AMERITA		
10	SOLICITUD DE EXÁMENES		MARCAR "X" EN LAS CELDAS DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS NECESARIOS ANOTAR UNA DESCRIPCION EN LA PARTE INFERIOR DEL BLOQUE.		
11	DIAGNÓSTICOS DE INGRESO		REGISTRAR EL NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO DE INGRESO SI ES PRESUNTIVO O DEFINITIVO ESCRIBIR LA CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES "CIE"		
12	DIAGNÓSTICOS DE ALTA		REGISTRAR EL NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO DE INGRESO SI ES PRESUNTIVO O DEFINITIVO ESCRIBIR LA CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES "CIE"		
13	PLAN DE TRATAMIENTO	INDICACIONES	DESCRIBIR LAS INDICACIONES GENERALES PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO O LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS		
		MEDICAMENTOS	REGISTRAR EL NOMBRE GENÉRICO DEL PRINCIPIO ACTIVO CON LA CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN RESPECTIVA REGISTRAR LA POSOLOGÍA Y OTRAS INDICACIONES CORRESPONDIENTES.		
14	ALTA		MARCAR "X" O SEGÚN LA OPCION CORRESPONDIENTE. REGISTRAR DATOS DEL DESTINO DEL PACIENTE Y SU CONDICIÓN AL SALIR, INDICANDO TAMBIÉN LA CAUSA DE SU ALTA O SALIDA (EJEMPLO: "TRATAMIENTO TERMINADO, ABANDONO VOLUNTARIO CON O SIN AUTORIZACIÓN MEDICA, ETC.)		
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA


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

1 REGISTRO DE ADMISIÓN											
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)			BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	N° TELÉFONO			
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	GENERO M F	ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU U-L		INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO			
FECHA DE ADMISIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:					
EN CASO NECESARIO AVISAR A:			PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° TELÉFONO				
FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACIÓN		INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE			N° TELÉFONO				
AMBULATORIO	AMBULANCIA	OTRO TRANSPORTE									

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO						
HORA	TRAUMA	CAUSA CLÍNICA	CAUSA G. OBSTÉTRICA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh	
NOTIFICACIÓN A LA POLICÍA	OTRO MOTIVO					

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

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES								DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO
1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. GINECOLÓGICO	4. TRAUMATÓG.	5. QUIRÚRGICO	6. FARMACOLÓG.	7. PSIQUIATRICO	8. OTRO	

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS				DESCRIBIR: CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES
VÍA AÉREA LIBRE	VÍA AÉREA OBSTRUIDA	CONDICIÓN ESTABLE	CONDICIÓN INESTABLE	
				

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

7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO									
<small>MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGIA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGIA REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS</small>									
1. VIA AEREA OBSTRUIDA		3. CABEZA		3. CUELLO		4. TORAX		5. ABDOMEN	
								6. COLUMNA	
								7. PELVIS	
								8. EXTREMIDADE	
Reverso									

8 LOCALIZACION DE LESIONES		9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA		
<small>ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA REGION CORRESPONDIENTE</small>				
	1. HERIDA PENETRANTE	GESTAS	PARTOS	
	2. HERIDA CORTANTE	ABORTOS	CESÁREAS	
	3. FRACTURA EXPUESTA	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN	SEMANAS GESTACIÓN	MOVIMIENTO FETAL
	4. FRACTURA CERRADA	FRECUENCIA C. FETAL	MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO
	5. CUERPO EXTRAÑO	ALTURA UTERINA	PRESENTACIÓN	
	6. HEMORRAGIA	DILATACIÓN	BORRAMIENTO	PLANO
	7. MORDEDURA	PELVIS ÚTIL	SANGRADO VAGINAL	CONTRACCIONES
	8. PICADURA			
	9. EXCORIACIÓN			
	10. DEFORMIDAD O MASA			
	11. HEMATOMA			
	12. ERITEMA / INFLAMACION			
	13. LUXACION / ESGUINCE			
	14. QUEMADURA			
	15.			

10 SOLICITUD DE EXÁMENES															
<small>REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO</small>															
1. BIOMETRÍA		3. QUIMICA SANGUINEA		5. GASOMETRÍA		7. ENDOSCOPIA		9. R-X ABDOMEN		11. TOMOGRAFÍA		13. ECOGRAFÍA PÉLVICA		15. INTERCONSULTA	
2. UROANÁLISIS		4. ELECTROLITOS		6. ELECTRO CARDIOGRAMA		8. R-X TÓRAX		10. R-X ÓSEA		12. RESONANCIA		14. ECOGRAFÍA ABDOMEN		16. OTROS	

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO				12 DIAGNÓSTICO DE ALTA			
	PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE DEF		PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE DEF
	DEF= DEFINITIVO				DEF= DEFINITIVO		
1				1			
2				2			
3				3			

13 PLAN DE TRATAMIENTO		
INDICACIONES	MEDICAMENTO PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN	POSOLOGÍA
	1	
	2	
	3	
	4	

14 ALTA									
DOMICILIO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACIÓN	INTERNACIÓN	REFERENCIA	EGRESA VIVO	EN CONDICIÓN ESTABLE	EN CONDICIÓN INESTABLE	DÍAS DE INCAPACIDAD	
SERVICIO DE REFERENCIA		ESTABLECIMIENTO			MUERTO EN EMERGENCIA	CAUSA			
CODIGO									
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL		FIRMA		NUMERO DE HOJA			

FORMULARIO 010 – LABORATORIO CLÍNICO

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: LABORATORIO CLÍNICO – SOLICITUD (10-A)			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	
NOMBRE DEL USUARIO		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
SERVICIO		EDAD CÉDULA DE CIUDADANIA	
SALA		CAMA PRIORITY FECHA DE TOMA	
1	HEMATOLÓGICO		MARCAR "X", EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS
2	UROANÁLISIS		MARCAR "X", EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS
3	COPROLÓGICO		MARCAR "X", EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES.
4	QUÍMICA SANGUÍNEA		MARCAR "X", EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS
5	SEROLOGIA		MARCAR "X", EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS
6	BACTERIOLOGÍA		MARCAR "X", EN LAS CELDAS DE LAS DETERMINACIONES CORRESPONDIENTES. EN LAS CELDAS VACÍAS, ESCRIBIR LAS PRUEBAS ADICIONALES SOLICITADAS.
7	OTROS		ESCRIBIR LAS PRUEBA ADICIONALES SOLICITADAS EN LAS CELDAS VACIAS
FECHA		HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA
REVERSO: LABORATORIO CLÍNICO – INFORME (10-B)			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	
NOMBRE DEL USUARIO		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
PERSONA QUE RECIBE		EDAD CÉDULA DE CIUDADANIA	
PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO SALA CAMA PRIORITY FECHA DE ENTREGA	
1	HEMATOLOGÍA		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
2	UROANÁLISIS		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
3	COPROLÓGICO		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
4	QUÍMICA SANGUÍNEA		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS CON LOS VALORES DE REFERENCIA Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
5	SEROLOGIA		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
6	BACTERIOLOGÍA		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
7	OTROS		ESCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS
FECHA		HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA

Notas al 010

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

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

SERVICIO		SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA	
				URGENTE	RUTINA	CONTROL		

1 HEMATOLOGIA		2 UROANALISIS		4 QUIMICA SANGUINEA	
BIOMETRIA HEMÁTICA	INDICES HEMÁTICOS	ELEMENTAL Y MICROSCOPICO	GLUCOSA EN AYUNAS	TRANSAMINASA PIRÚVICA (ALT)	
PLAQUETAS	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	GOTA FRESCA	GLUCOSA POST PRANDIAL 2 HORAS	TRANSAMINASA OXALACÉTICA (AST)	
GRUPO SANGUÍNEO	T. TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	PRUEBA DE EMBARAZO	UREA	FOSFATASA ALCALINA	
RETICULOCITOS	DREPANOCITOS		CREATININA	FOSFATASA ACIDA	
HEMATOZOARIO	COOMBS DIRECTO		BILIRRUBINA TOTAL	COLESTEROL TOTAL	
CÉLULA L.E.	COOMBS INDIRECTO		BILIRRUBINA DIRECTA	COLESTEROL HDL	
TIEMPO DE COAGULACION	TIEMPO DE SANGRIA		ACIDO URICO	COLESTEROL LDL	
		3 COPROLOGICO	ALBUMINA	TRIGLICERIDOS	
		COPROPARASITARI	GLOBULINA	HIERRO SERICO	
		C. EF.		AMILASA	
		SANGRE OCULTA			
		INVESTIGACION DE POLIMORFOS			
		INVESTIGACION DE ROTAVIRUS			

5 SEROLOGIA		6 BACTERIOLOGIA		7 OTROS	
VDRL	LATEX	GRAM	FRESCO		
AGRUTINACIONES FEBRILES	ASTO	ZIEHL	CULTIVO - ANTIBIOGRAMA		
		HONGOS	MUESTRA DE:		

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA

SNS-MSP / HCU-form.010A / 2008

LABORATORIO CLINICO - SOLICITUD

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

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

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

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

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

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

5 SEROLOGIA			
VDRL		LATEX	
AGLUTINACIONES FEBRILES		ASTO	

6 BACTERIOLOGÍA			

7 OTROS			

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

SNS-MSP / HCU-form.010B / 2008

LABORATORIO CLÍNICO - INFORME

FORMULARIO 012 - IMAGENOLOGÍA

Objetivo


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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
IMAGENOLOGÍA – SOLICITUD (12-A)			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	
NOMBRE DEL USUARIO		EDAD CÉDULA DE CIUDADANIA	
SERVICIO SALA		CAMA PRIORIDAD FECHA DE TOMA	
1	ESTUDIO SOLICITADO		MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES DE LA LISTA DESCRIBIR EL ESTUDIO SOLICITADO. MARCAR "X" EN LAS OPCIONES ADMINISTRATIVAS
2	MOTIVO DE LA SOLICITUD		REGISTRAR LA CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE ESTUDIO
3	RESUMEN CLÍNICO		REGISTRAR LA INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LAS CONDICIONES CLÍNICAS ACTUALES DEL USUARIO
4	DIAGNÓSTICOS		ANOTAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS REGISTRAR EL CÓDIGO CIE -10 DE LOS DIAGNÓSTICOS MARCAR "X" SEGÚN SEA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DEFINITIVO
FECHA		HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA
IMAGENOLOGÍA – INFORME (12-B)			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	
PERSONA QUE RECIBE		NOMBRE DEL USUARIO EDAD CÉDULA DE CIUDADANIA	
PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO SALA CAMA PRIORIDAD FECHA DE ENTREGA	
1	ESTUDIO DE IMAGENOLOGÍA REALIZADO		MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES DE LA LISTA DESCRIBIR EL ESTUDIO REALIZADO
2	INFORME DE IMAGENOLOGÍA		DESCRIBIR EN FORMA DETALLADA DE LOS HALLAZGOS RELEVANTES DE LAS IMÁGENES TOMADAS DEL USUARIO
3	DATOS DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA		ESCRIBIR LOS VALORES DE LAS MEDIDAS FETALES, EDAD GESTACIONAL, PESO Y SEXO FETAL, NÚMERO DE FETOS, UBICACIÓN Y MADUREZ PLACENTARIA., LIQUIDO AMNIOTICO MARCAR "X" EN LAS OPCIONES SEÑALADAS ESCRIBIR OBSERVACIONES, SI AMERITA
4	DIAGNÓSTICOS DE IMAGENOLOGÍA		ANOTAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS DE IMAGENOLOGÍA, REGISTRAR EL CÓDIGO CIE-10 DE CADA DIAGNÓSTICO
5	RECOMENDACIONES		ESCRIBIR LAS SUGERENCIAS DE ESPECIALIDAD SOBRE LAS MEJORES OPCIONES PARA LOS PLANES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
FECHA		HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA

Notas al 012A Y 12B

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA
SERVICIO			SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA	
					URGENTE	RUTINA	CONTROL		

1 ESTUDIO SOLICITADO									
R-X CONVENCIONAL	TOMOGRAFÍA	RESONANCIA	ECOGRAFÍA	PROCEDIMIENTO	OTROS				
DESCRIPCIÓN 									
PUEDE MOVILIZARSE		PUEDE RETIRARSE VENDAS, APÓSITOS O YESOS			EL MEDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN		TOMA DE RADIOGRAFÍA EN LA CAMA		

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

3 RESUMEN CLÍNICO										
<i>Anverso</i>										
					CIE 10		CIE 9		PRE	DEF
					PRE: PRESUNTIVO		DEF: DEFINITIVO			
1										
2										
3										
4										
5										
CODIGO										

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA

FORMULARIO 013 - HISTOPATOLOGÍA

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: HISTOPATOLOGÍA – SOLICITUD (13-A)			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	
NOMBRE DEL USUARIO		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
SERVICIO	SALA	CAMA	EDAD CÉDULA DE CIUDADANIA PRIORIDAD FECHA DE ENTREGA
1	ESTUDIO SOLICITADO		MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES DE HISTOPATOLOGÍA O CITOLOGÍA Y DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA O PIEZA
2	RESUMEN CLÍNICO		REGISTRAR LA INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LAS CONDICIONES CLÍNICAS ACTUALES DEL USUARIO
3	DIAGNÓSTICOS		ANOTAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS REGISTRAR EL CÓDIGO CIE-10 DE LOS DIAGNÓSTICOS RESPECTIVOS
4	MUESTRA O PIEZA		DESCRIBIR EL ORIGEN, NÚMERO, ZONA Y NATURALEZA DE LAS PIEZAS PARA BIOPSIA
5	TRATAMIENTO QUE RECIBE		REGISTRAR LA INFORMACIÓN MÁS IMPORTANTE SOBRE FARMACOTERAPIA O PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REALIZADOS AL USUARIO
6	DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGÍA VAGINAL		REGISTRAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA, MÉTODO ANTICONCEPTIVO, TERAPIA HORMONAL, EDADES DE MENARQUIA, MENOPAUSIA E INICIO DE RELACIONES SEXUALES. PARIDAD Y FECHAS DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN, PARTO Y CITOLOGÍA REGISTRAR LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA RELEVANTE PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA MUESTRA
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA
REVERSO: HISTOPATOLOGÍA – INFORME (13-B)			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	
NOMBRE DEL USUARIO		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
PERSONA QUE RECIBE	PROFESIONAL SOLICITANTE	SERVICIO	SALA CAMA PRIORIDAD FECHA DE ENTREGA
1	DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA		ANOTAR EL NÚMERO DE LA PIEZA Y EL NÚMERO DEL INFORME DESCRIBIR LA APARIENCIA, DIMENSIONES, PESO Y CONSISTENCIA DE LA MUESTRA O PIEZA RECIBIDA
2	DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA		DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LOS CORTES PROCESADOS
3	INFORME DE CITOLOGÍA VAGINAL		MARCAR "X" EN UNA DE LAS OPCIONES DE LA CLASIFICACION BETHESDA. SI ES NECESARIO, REGISTRAR OBSERVACIONES MARCAR "X" O ESCRIBIR CRUCES (1 – 4) EN LAS CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LAS MUESTRAS PROCESADAS. REGISTRAR OBSERVACIONES SOBRE LOS DATOS CITOLOGICOS O DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
3	DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO		REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS DE HISTOPATOLOGÍA, REGISTRAR EL CÓDIGO CIE-10 DE CADA DIAGNOSTICO
4	RECOMENDACIONES		REGISTRAR LAS SUGERENCIAS DE ESPECIALIDAD SOBRE LAS MEJORES OPCIONES PARA LOS REALIZAR LOS PLANES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL CODIGO NUMERO DE HOJA

Notas al 013A y 13B

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

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

SERVICIO		SALA	CAMA	PRIORIDAD		FECHA DE TOMA	
				URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 ESTUDIO SOLICITADO			
HISTOPATOLOGIA	CITOLOGÍA	DESCRIPCIÓN	

2 RESUMEN CLINICO

3 DIAGNÓSTICOS		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF	4 MUESTRA O PIEZA		DESCRIBIR EL PROCEDIMIENTO, ORIGEN, NUMERO Y ZONA	
1										
2										
3										
4										
5										

5 TRATAMIENTO QUE RECIBE
Anverso

6 DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGÍA VAGINAL																					
MATERIAL						ANTICONCEPCIÓN			TERAPIA HORMONAL	EADAES DE:				PARIDAD			FECHAS				
ENDOCERVIX	EXOCERVIX	PARED VAGINAL	UTERINO	ESCAMO CERVICAR	MIJION CERVICAL	OTRO	ORAL O INYECTABLE	DIU	LIGADURA	OTRO	MENARQUIA	MENOPAUSIA	INICIO DE RELACIONES SEXUALES	GESTACIONES	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS	ULTIMA MENSTRUACIÓN	ULTIMO PARTO	ULTIMA CITOLOGÍA	

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA

SNS-MSP / HCU-form.013A / 2008

HISTOPATOLOGÍA - SOLICITUD

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

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

1 DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA			
NUMERO DE LA PIEZA	NUMERO DEL INFORME	DESCRIPCION	

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

3 INFORME DE CITOLOGÍA VAGINAL							
CLASIFICACION BETHESDA	NORMAL	LIE BAJO	LIE ALTO	CA			
MUESTRA INADECUADA	HONGOS	ERITROCITOS	FLORA BACTERIANA	HISTIOCITOS	NUMERO DE MUESTRA	FECHA DE PROCESO	
OBSERVACIONES							

4 DIAGNÓSTICO HISTOPATOLOGICO		CIE
1		
2		
3		
4		
5		

5 RECOMENDACIONES	

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA

FORMULARIO 020 – SIGNOS VITALES

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO Y REVERSO: SIGNOS VITALES (1) Y (2)			
	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO EDAD NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	SIGNOS VITALES	PULSO Y TEMPERATURA	TRAZAR UNA LINEA DE UNIÓN DE LOS PUNTOS DEL PULSO (EN ROJO) Y DE LA TEMPERATURA (EN AZUL)
		FRECUENCIA RESPIRATORIA Y PRESIÓN ARTERIAL	REGISTRAR EN LAS CELDAS CORRESPONDIENTES A "AM" Y "PM" LOS DATOS DE "FRECUENCIA RESPIRATORIA" Y "PRESIÓN ARTERIAL" EN CASO DE REQUERIRSE MAYOR FRECUENCIA DE CONTROL DE PRESIONES SE UTILIZARÁ EL MISMO FORMULARIO CAMBIANDO LOS TÍTULOS DE AM Y PM POR HORAS
2	BALANCE HÍDRICO	INGRESOS	ANOTAR EL VOLUMEN (CC) DE LÍQUIDOS INGERIDOS POR VÍA ORAL, SUMINISTRADOS POR VÍA PARENTERAL Y LA SUMA DE AMBOS VALORES
		ELIMINACIONES	ANOTAR EL VOLUMEN (CC) ELIMINADO POR ORINA, DRENAJE Y OTROS Y LA SUMA DE LOS VALORES ANTERIORES
3	MEDICIONES Y ACTIVIDADES		REGISTRAR LOS DATOS DIARIOS DE ASEO / BAÑO, MEDICION DE PESO, Y DEMÁS ACTIVIDADES SEÑALADAS ESCRIBIR EL NOMBRE DEL REPOSABLE CORRESPONDIENTE

Notas al 020

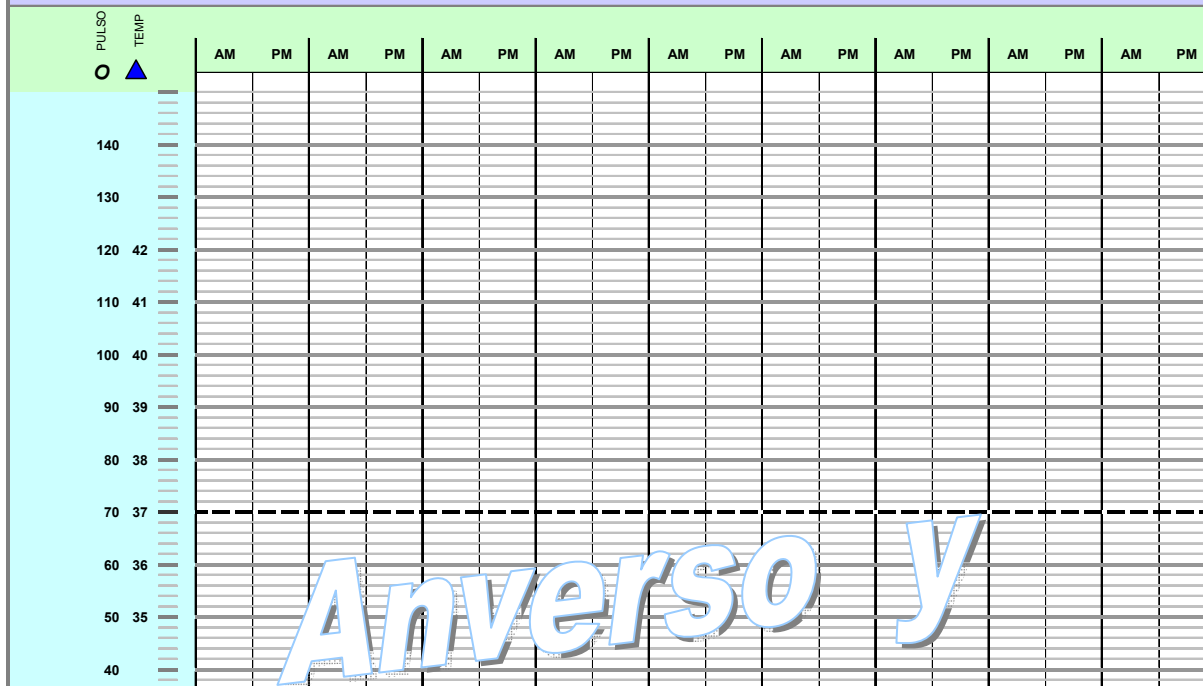
Utilizar el formulario en los servicios de observación, emergencia, e internación

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

FECHA					
DIA DE INTERNACIÓN					
DIA POSTQUIRÚRGICO					

1 SIGNOS VITALES

TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA



F. RESPIRATORIA X min																
PRESIÓN SISTÓLICA																
PRESIÓN DIASTÓLICA																

2 BALANCE HÍDRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL															
	VÍA ORAL															
	TOTAL															
ELIMINACIONES CC	ORINA															
	DRENAJE															
	OTROS															
	TOTAL															

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO																
PESO Kg																
DIETA ADMINISTRADA																
NUMERO DE COMIDAS																
NUMERO DE MICCIONES																
NUMERO DE DEPOSICIONES																
ACTIVIDAD FÍSICA																
CAMBIO DE SONDA																
RECANALIZACIÓN VÍA																
RESPONSABLE																

FORMULARIO 022 – ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO	
ESTABLECIMIENTO NOMBRE Y APELLIDO SEXO EDAD NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA				
ANVERSO Y REVERSO: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1) Y (2)				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
1	MEDICAMENTOS		ANOTAR LAS CARACTERÍSTICAS SEÑALADAS DE LAS PRESCRIPCIONES FARMACOLÓGICAS	
2	ADMINISTRACIÓN		REGISTRAR LA FECHA Y HORA REGISTRAR LOS DATOS DE VERIFICACIÓN HORARIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN ESCRIBIR LAS INICIALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE TURNO	

Notas al 022

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

FORMULARIO 024 – AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO		
ANVERSO: AUTORIZACIONES, EXONERACIONES Y RETIRO					
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
NOMBRE		SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA
1	AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE		
2	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE		
3	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE		
4	RETIRO DE MENOR O PERSONA INCAPACITADA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE		
5	AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE		
6	AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE		
REVERSO: CONSENTIMIENTO INFORMADO					
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
NOMBRE		SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA
1	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL MÉDICO TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS CLÍNICOS	REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON EL TRATAMIENTO TERAPIA: INTERVENCIONES ESPECÍFICAS RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO		
2	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS QUIRÚRGICOS	REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON LA CIRUGÍA TERAPIA: INTERVENCIONES ESPECÍFICAS RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA		
3	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS ANESTÉSICOS	REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON LA ANESTESIA TERAPIA: TIPO ESPECÍFICO DE ANESTESIA RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON LA ANESTESIA		
4	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	PROPÓSITOS DEL PLAN	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE		
		ACTIVIDADES DEL TRATAMIENTO			
		CONSENTIMIENTO DE CIRUGÍA			
		CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA			
		GARANTÍA DE CALIDAD			
		BENEFICIOS Y RIESGOS			
		GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD			
DERECHO DE ANULACIÓN	REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE				
DECLARACIÓN DE VERACIDAD					
5	CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL		REGISTRAR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL		

Notas al 024

- a. El texto informativo para el consentimiento informado deberá ser leído y comprendido por el paciente después de la correspondiente información presencial y verbal del profesional responsable, enfatizando los riesgos, efectos indeseables y beneficios del plan de tratamiento propuesto, a corto, mediano y largo plazo.
- b. No se requerirá el consentimiento informado del paciente en los siguientes casos excepcionales:
 - Situación de urgencia
 - Emergencia sanitaria
 - Incompetencia o incapacidad del paciente
 - Ausencia del representante legal
- c. El consentimiento informado de pacientes niños y adolescentes, será decidido por sus representantes legales.

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

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

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

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

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

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

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO

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

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

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

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA

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

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

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

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

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA

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

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

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

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

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

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

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

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

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

ÓRGANOS DONADOS	NOMBRE DE LOS RECEPTORES	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
-----------------	--------------------------	--------------------------------	------------	----------	----------------------	-------

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

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

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

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA

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

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

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

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

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

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

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

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS

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

2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

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

Reverso

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
--------------------------	--------------	----------	--------	-------

4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

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

5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FORMULARIO 033 – ODONTOLOGÍA

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUBTÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO		
ANVERSO: ODONTOLOGÍA (1)					
	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO EDAD NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
1	MOTIVO DE CONSULTA		DESCRIBIR LA CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD DE CONSULTA, EN PALABRAS TEXTUALES DEL USUARIO		
2	ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		ESCRIBIR EL RESULTADO ORGANIZADO DEL INTERROGATORIO DE SÍNTOMAS SOBRE EL PROBLEMA ODONTOLÓGICO		
3	ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	PERSONALES	MARCAR "X" SI SE DETECTA ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES PERSONALES. ESCRIBIR EL RESULTADO DEL INTERROGATORIO ACERCA DE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES DEL USUARIO		
		FAMILIARES	MARCAR "X" SI SE DETECTA ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES FAMILIARES RESULTADO DEL INTERROGATORIO ACERCA DE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA		
4	SIGNOS VITALES		REGISTRAR LOS DATOS OBTENIDOS SOBRE, PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA min, FRECUENCIA RESPIRATORIA min, TEMPERATURA °C,		
5	EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO		MARCAR "X" SOLAMENTE SI EXISTE PATOLOGÍA Y DESCRIBIR EN LA PARTE INFERIOR		
6	ODONTOGRAMA		REGISTRAR LOS RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN ODONTOLÓGICA Y LA APRECIACIÓN DIAGNOSTICA DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE LA DENTICIÓN DEFINITIVA Y / O TEMPORAL, UTILIZANDO LOS SÍMBOLOS CORRESPONDIENTES		
7	INDICADORES DE SALUD BUCAL	HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA - HOS	ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DE HIGIENE ORAL EN DIENTES TEMPORALES Y/O DEFINITIVOS		
		ENFERMEDAD PERIODONTAL - EP	ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES EN DENTICIÓN TEMPORAL Y/O DEFINITIVA		
		MAL OCLUSIÓN	ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DE LA OCLUSIÓN DE MAXILARES EN DENTICIÓN TEMPORAL Y DEFINITIVA		
		FLUOROSIS	ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DEL EXCESO DE FLUOR DEPOSITADO EN EL ESMALTE DENTARIO QUE PRODUCE DEFORMACIONES Y COLORACIÓN ANORMAL		
8	ÍNDICES CPO - ceo		REGISTRAR EL ÍNDICE QUE RESULTA DE LA VALORACIÓN DEL GRADO DE AFECTACIÓN DE LOS TEJIDOS DENTARIOS TEMPORALES O DEFINITIVOS		
9	SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA	SELLANTES	LOCALIZACIÓN DE LA COLOCACIÓN DE OBTURACIONES TEMPORALES EN PIEZAS DENTARIAS PARA PREVENIR CARIES DENTAL.		
		EXODONCIAS	NÚMERO DE PIEZAS DENTALES FALTANTES O EXTRAÍDAS.		
		PRÓTESIS	CARACTERÍSTICAS DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLES Y NO REMOVIBLES DESTINADOS REESTABLECER LA FUNCIONALIDAD DEL APARATO ESTOMATOGNÁTICO.		
REVERSO: ODONTOLOGÍA (2)					
10	PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL		ANOTAR LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS PARA DEFINIR O AMPLIAR EL CRITERIO DIAGNÓSTICO ANOTAR LA CONCENTRACIÓN, PRESENTACIÓN, VÍA , DOSIS UNITARIA , FRECUENCIA Y DÍAS QUE SE ADMINISTRARÁ EL MEDICAMENTO PRESCRITO ANOTAR LAS INDICACIONES PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO		
11	DIAGNÓSTICOS	CATEGORÍA	MARCAR "X" EN DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DEFINITIVO		
		CIE	ESCRIBIR EL CÓDIGO ASIGNADO A LA ENFERMEDAD DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES APLICADA A ODONTOLOGIA		
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	NUMERO DE HOJA
12	TRATAMIENTO	SESIÓN Y FECHA	REGISTRAR EL NÚMERO DE ORDEN DE LA SESIÓN CORRESPONDIENTE , LA FECHA		
		DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	DESCRIBIR LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD Y PROGRESO DEL TRATAMIENTO. NUEVOS DATOS DEL EXAMEN ODONTOLÓGICO Y DE LOS RESULTADO DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO		
		PROCEDIMIENTOS	REGISTRAR LAS ACTIVIDADES E INTERVENCIONES PREVENTIVAS Y CURATIVAS REALIZADAS		
		PRESCRIPCIONES	ANOTAR EL NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS PRESCRITOS		
		CÓDIGO Y FIRMA	REGISTRAR EL NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL Y LA FIRMA		

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	------------	------	---------------------

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 -19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

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

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

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

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

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

Anverso

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

RECESIÓN	MOVILIDAD	VESTIBULAR	LINGUAL	VESTIBULAR	MOVILIDAD	RECESIÓN
18-11	21-28	55-51	61-65	48-41	31-38	

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

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

8 ÍNDICES CPO-ceo

	c	p	o	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

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

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS

11 DIAGNÓSTICO PRE= PRESUNTIVO CIE PRE DEF CIE PRE DEF

1				3			
2				4			

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

12 TRATAMIENTO

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

Reverso

FORMULARIO 038 – TRABAJO SOCIAL

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: TRABAJO SOCIAL – EVALUACIÓN			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HOJA FAMILIAR
NOMBRES Y APELLIDOS		CÉDULA DE CIUDADANÍA	DIRECCIÓN Y TELÉFONO
EN CASO NECESARIO LLAMAR A: DIRECCIÓN Y TELÉFONO			
1	VIVIENDA Y SERVICIOS		MARCAR "X" SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDAS DE INFRAESTRUCTURA, CALIDAD DE MATERIALES Y DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR
2	CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA		MARCAR "X" SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDAS DE EDUCACIÓN, ALIMENTACIÓN, VESTUARIO, ENFERMEDADES CRÓNICAS E INGRESO FAMILIAR
3	RIESGO FAMILIAR		MARCAR "X" SEGÚN EXISTAN EVIDENCIAS DE DESORGANIZACIÓN, VIOLENCIA, MIGRACIÓN, ENFERMEDADES, ADULTOS MAYORES
4	ESTRUCTURA DEL GRUPO FAMILIAR		MARCAR "X" DE ACURDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE CADA MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR RESPECTO A GÉNERO, INSTRUCCIÓN, PARENTESCO, ECONOMÍA Y SEGURO DE SALUD
5	RIESGO SOCIAL		REGISTRAR LA CATEGORÍA DE ACUERDO AL PUNTAJE OBTENIDO DE LOS BLOQUES 1 Y 2. ANOTAR EL DIAGNÓSTICO SOCIAL Y CÓDIGO CIE-10 REGISTRAR EL DIAGNÓSTICO MÉDICO Y FIRMA ANOTAR EL NOMBRE, CÓDIGO Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL
REVERSO: TRABAJO SOCIAL – EVOLUCIÓN			
6	EVOLUCIÓN DEL CASO	OBSERVACIONES	REGISTRAR LA FECHA Y HORA DE LA ATENCIÓN ANOTAR EL NÚMERO Y DESCRIBIR INFORMACION SOBRE: 1. ENTREVISTA 2. VISITA DOMICILIARIA 3. TRAMITES INTERNOS Y EXTERNOS 4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS 5. REFERENCIAS
7	PRESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN FAMILIAR	REGISTRAR LAS PRESCRIPCIONES PARA LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN		NUMERO		HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		Nº CEDULA DE CIUDADANIA			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NUMERO - MANZANA Y CASA)		BARRIO		ZONA		PARROQUIA		CANTÓN		PROVINCIA	
REPRESENTANTE		PARENTESCO O AFINIDAD		DIRECCIÓN		TELÉFONO		TELÉFONO			

MARCAR 'X' EN LA CELDA CORRESPONDIENTE. MULTIPLICAR POR EL NUMERO DE COLUMNA Y SUMAR.

1 VIVIENDA Y SERVICIOS			2 CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA			3 RIESGO FAMILIAR					
1	TENENCIA	PRESTADA	ARRIENDO	PROPIA	1	HIJOS QUE SE EDUCAN	VAN A ESCUELA PÚBLICA	VAN A ESCUELA PRIVADA	1	DESORGANIZACIÓN FAMILIAR	DRUGADICCIÓN
2	PERSONAS X DORMIT.	4 o MÁS PERSONAS	3 PERSONAS	1 o 2 PERSONAS	2	ALIMENTACIÓN FAMILIAR	2 VECES X DIA	SUFICIENTE	2	VIOLENCIA INTERNA	ALCOHOLISMO
3	AGUA PARA CONSUMO	NO SEGURA	FILTRADA o HERVIDA	SEGURA	3	DEPENDEN DEL JEFE FAMILIAR	3 o 4 PERSONAS	1 o 2 PERSONAS	3	MIGRACIÓN	TABAQUISMO
4	LUZ ELÉCTRICA	NO TIENE	CONSUMO BAJO	CONSUMO NORMAL	4	ENFERMEDADES CRÓNICAS	1 MIEMBRO	NINGUNO	4	DISCAPACITADOS	PROSTITUCIÓN
5	SERVICIO HIGIÉNICO	NO TIENE	LETRINA	TAZA SANITARIA	5	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	ENTRE 200 Y 400	MÁS DE 400	5	ENFERMOS CRÓNICOS	JUEGOS DE AZAR
TOTAL PUNTOS (1)		SUBTOTAL (1)		SUBTOTAL (2)		SUBTOTAL (3)		SUBTOTAL (3)		OTROS	

MARCAR 'X' EN LA CELDA CORRESPONDIENTE. MULTIPLICAR POR EL NUMERO DE COLUMNA Y SUMAR.

4 ESTRUCTURA DEL GRUPO FAMILIAR		ESTADO CIVIL		PARENTESCO		ACTIVIDAD ECONÓMICA		INGRESO MENSUAL		SEGURO SOCIAL	
1	MEMBROS	ORDEN = PADRE - MADRE - HIJOS DE MAYOR A MENOR - ABUELOS - OTROS PARIENTES	MARQUE UNA SOLA 'X' PARA CADA GRUPO DE RESPUESTAS	1	SEXO	1	CONSTRUCCIÓN	1	MENOS DE 100	1	SEGURO PÚBLICO
2	APELLIDOS PATERNO Y MATERNO	2	PRIMERO Y SEGUNDO NOMBRES	2	MASCULINO	2	PRIMARIA	2	100 - 150	2	SEGURO PRIVADO
3		3		3	FEMENINO	3	SECUNDARIA	3	151 - 200	3	
4		4	ANOS CUMPLIDOS	4	CASADO	4	TERCIARIA	4	MÁS DE 200	4	
5		5		5	SOLTERO	5	UNIVERSITARIA	5		5	
6		6		6	DIVORCIADO	6	POSTGRADO	6		6	
7		7		7	CASADO	7	MAESTRIA	7		7	
8		8		8	SOLTERO	8	DOCTORADO	8		8	
9		9		9	DIVORCIADO	9	OTRO	9		9	
10		10		10	VIUDO	10	ABUELO	10		10	
11		11		11	OTRO PARIENTE	11	HIJO	11		11	
12		12		12	OTRO PARIENTE	12	PADRE O MADRE	12		12	
13		13		13	NO PARIENTE	13	EMPLEADO PÚBLICO	13		13	
14		14		14	NO PARIENTE	14	EMPLEADO PRIVADO	14		14	
15		15		15	NO PARIENTE	15	ORERO O JORNALERO	15		15	
16		16		16	NO PARIENTE	16	TRABAJO INFORMAL	16		16	
17		17		17	NO PARIENTE	17	TRABAJO JORNALERO	17		17	
18		18		18	NO PARIENTE	18	AMA DE CASA	18		18	
19		19		19	NO PARIENTE	19	ESTUDIANTE	19		19	
20		20		20	NO PARIENTE	20	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	20		20	
21		21		21	NO PARIENTE	21	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	21		21	
22		22		22	NO PARIENTE	22	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	22		22	
23		23		23	NO PARIENTE	23	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	23		23	
24		24		24	NO PARIENTE	24	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	24		24	
25		25		25	NO PARIENTE	25	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	25		25	
26		26		26	NO PARIENTE	26	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	26		26	
27		27		27	NO PARIENTE	27	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	27		27	
28		28		28	NO PARIENTE	28	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	28		28	
29		29		29	NO PARIENTE	29	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	29		29	
30		30		30	NO PARIENTE	30	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	30		30	
31		31		31	NO PARIENTE	31	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	31		31	
32		32		32	NO PARIENTE	32	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	32		32	
33		33		33	NO PARIENTE	33	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	33		33	
34		34		34	NO PARIENTE	34	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	34		34	

TOTALS		LA SUMA DE CADA GRUPO DE RESPUESTAS SERÁ IGUAL AL NUMERO DE MIEMBROS		SI EL NIÑO ES MENOR DE 1 AÑO, REGISTRE '0'		↑	
--------	--	--	--	--	--	---	--

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

Reverso

FORMULARIO 053 - REFERENCIA

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ANVERSO: REFERENCIA			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
FECHA, EDAD, GÉNERO ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN, EMPRESA Y SEGURO DE SALUD			
1	MOTIVO DE REFERENCIA		DESCRIBOR LAS CAUSAS QUE SUSTENTAN LA REFERENCIA DEL USUARIO A OTRA UNIDAD OPERATIVA DE MAYOR COMPLEJIDAD. INDICAR SI ES TRANSFERENCIA O DERIVACIÓN
2	RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LOS DATOS DE ENFERMEDAD ACTUAL Y DEL EXAMEN FÍSICO
3	HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LOS DATOS MAS SIGNIFICATIVOS DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS REALIZADOS
4	DIAGNÓSTICO		ANOTAR LOS DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS, SEGÚN CIE
5	PLAN DE TRATAMIENTO REALIZADO		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LAS INDICACIONES DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y PRESCRIPCIONES FARMACOLÓGICAS, ASÍ COMO DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL
			CODIGO
			NUMERO DE HOJA
REVERSO: CONTRARREFERENCIA			
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
FECHA, EDAD, GÉNERO ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN, EMPRESA Y SEGURO DE SALUD			
1	RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LOS DATOS MAS IMPORTANTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL Y DEL EXAMEN FÍSICO
2	HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LOS DATOS MAS SIGNIFICATIVOS DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y DE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS REALIZADOS
3	TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS		ESCRIBIR UN RESUMEN DE LAS INDICACIONES DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y PRESCRIPCIONES FARMACOLÓGICAS, ASÍ COMO DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE
4	DIAGNÓSTICO		ANOTAR LOS DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS, SEGÚN CIE-10
5	PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO		ESCRIBIR EL CONSEJO ESPECIALIZADO SOBRE LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS Y EDUCACIONALES NECESARIAS PARA MEJORAR LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE
	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL
			CODIGO
			NUMERO DE HOJA

Notas al 053

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

FORMULARIO 054 – CONCENTRADO DE LABORATORIO

Objetivo

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

Nº	TÍTULO	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO		
ANVERSO Y REVERSO: CONCENTRADO DE LABORATORIO (1) Y (2)					
ESTABLECIMIENTO		NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
FECHA DE TRASCIPCIÓN		RESPONSABLE	FECHA DE REPORTE		
1	HEMATOLÓGICO		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS		
2	UROANÁLISIS		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS		
3	COPROLÓGICO		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS		
4	QUÍMICA SANGUÍNEA		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS		
5	SEROLOGIA		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS		
6	BACTERIOLOGÍA		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS		
7	OTROS		TRANSCRIBIR EL REPORTE DE LAS PRUEBAS SEÑALADAS Y AL PIE DE BLOQUE, LAS OBSERVACIONES RESPECTIVAS		

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

Anverso y Reverso

FORMULARIO 055 – CONCENTRADO DE EXÁMENES ESPECIALES

Objetivo

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

Nº	TÍTULO	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO		
ANVERSO Y REVERSO: CONCENTRADO DE EXÁMENES ESPECIALES (1) Y (2)					
	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
1	EXAMEN ESPECIAL	FECHA	REGISTRAR LAS FECHAS DE TRASCIPCIÓN Y DE INFORME		
		ESTUDIO SOLICITADO	ESCRIBIR UN RESUMEN DEL INFORME DEL EXAMEN SOLICITADO		
2	RESULTADO	INFORME ENVIADO	TRASCIBIR DEL NOMBRE DEL EXAMEN REALIZADO Y DEL RESULTADO DEL INFORME		
		RESPONSABLE	REGISTRAR EL CÓDIGO DE LA PERSONA QUE REALIZA LA TRASCIPCIÓN		

ANEXO 1 – FICHA FAMILIAR

Objetivo

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

Nº	TÍTULO	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
HOJA 1: FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS			
	IDENTIFICACION	REGISTRAR EL NOMBRE DE LA INSTITUCION Y UNIDAD OPERATIVA DEL EQUIPO BÁSICO DE ATENCION EN SALUD, CODIGO DE LA UNIDAD Y DE LA LOCALIZACION, NUMERO DE LA FICHA FAMILIAR	
	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	REGISTRAR LA PROVINCIA, CANTON Y PARROQUIA, DEN LA QUE SE UBICA LA VIVIENDA. SECTOR (SI ES RURAL) O, MANZANA (SI ES URBANA) NUMERO DE LA FAMILIA. DIRECCIÓN URBANA. EN LA ZONA RURAL SE PUEDEN AGREGAR REFERENCIAS CONOCIDAS DE LA ZONA. NOMBRE DEL BARRIO, NUMERO DE CASA Y COMUNIDAD A LA QUE PERTENECE	
	GRUPO CULTURAL	REGISTRAR LA PERTENENCIA DE LA FAMILIA A UN PUEBLO O CONJUNTO DE COMUNIDADES RECONOCIDAS POR EL ESTADO Y QUE COMPARTEN FORMAS COMUNES DE IDENTIDAD, ORGANIZACIÓN, COSTUMBRES, LENGUA, CREENCIAS Y COSMOVISIÓN	
	IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	APELLIDOS Y NOMBRES, Nº DE CEDULA DE CIUDADANÍA DE LA PERSONA QUE SUSTENTA ECONOMICAMENTE A LA FAMILIA Y NUMERO TELEFONICO	
	FECHA DE LLENADO	ESCRIBIR DIA, MES, Y AÑO DEL LLENADO DE LA FICHA	
	NUMERO DE CARPETA	NUMERAR CADA CARPETA EN FORMA SECUENCIAL, EN EL MOMENTO DE LA ACTUALIZACIÓN	
1	INFORMACION GEO REFERENCIADA		REGISTRAR LOS DATOS DE LONGITUD, LATITUD Y ALTITUD QUE SEÑALA EL INSTRUMENTO GPS O LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL ORGANISMO COMPETENTE
2	MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD	GRUPOS DE EDAD	REGISTRAR LOS DATOS ESTABLECIDOS PARA CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, CLASIFICADOS POR GRUPOS PROGRAMÁTICOS
		EMBARAZADAS	REGISTRAR LOS DATOS DE CADA UNA DE LAS EMBARAZADAS DEL GRUPO FAMILIAR CON LA INFORMACIÓN OBSTÉTRICA PERTINENTE,
3	MORTALIDAD FAMILIAR		REGISTRAR LOS NOMBRES DE LOS MIEMBROS FAMILIARES FALLECIDOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS, CON SU PARENTESCO Y LA EDAD DE FALLECIMIENTO REGISTRAR LA CAUSA DE LA MUERTE DE CADA UNO
4	RESPONSABLE DEL LLENADO		REGISTRAR EL NOMBRE Y LA FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENA LA FICHA.(INCLUIR EL CÓDIGO, SI ES PROFESIONAL)
HOJA 2: FICHA FAMILIAR - RIESGOS			
5	CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR	RIESGOS BIOLOGICOS	REGISTRAR LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE A CADA COMPONENTE DE ACUERDO A SU GRAVEDAD ESTABLECIDA EN EL RANGO (0 - 4) Y DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA
		RIESGOS SANITARIOS	REGISTRAR LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE A CADA COMPONENTE DE ACUERDO A SU GRAVEDAD ESTABLECIDA EN EL RANGO (0 - 4) Y DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA
		RIESGOS SOCIO ECONÓMICOS	REGISTRAR LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE A CADA COMPONENTE DE ACUERDO AL A SU GRAVEDAD ESTABLECIDA EN EL RANGO (0 - 4) Y DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA
		CALIFICACION DEL RIESGO	SUMAR TODAS LAS CALIFICACIONES DE LOS COMPONENTES DE LOS RIESGOS Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL RANGO DE CALIFICACIONES CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0= SIN RIESGO 1 - 14 = RIESGO BAJO 15 - 34= RIESGO MEDIO 35 - 72= RIESGO ALTO
HOJA 3: FICHA FAMILIAR - EVOLUCION			
6	EVOLUCION DE LA GESTION DEL RIESGO FAMILIAR	RIESGO	REGISTRAR LA FECHA EN QUE SE REALIZA LA VISITA DOMICILIARIA Y EL NÚMERO DEL RIESGO IDENTIFICADO EN LA HOJA ANTERIOR
		ACTIVIDADES PROGRAMADAS	REGISTRAR LA PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS (CONCERTADAS ENTRE EL EQUIPO Y LA FAMILIA) SEÑALAR LOS COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA FAMILIA Y POR EL EQUIPO DE SALUD

		EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS	REGISTRAR LA FECHA EN QUE EL EQUIPO EVALUA EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS. MARCAR "X" EN LAS CELDAS CORRESPONDIENTES AL CUMPLIMIENTO REGISTRAR EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARCIAL Y LAS CAUSAS DE CUALQUIER INCUMPLIMIENTO REGISTRAR EL CÓDIGO O LAS INICIALES DEL RESPONSABLE DEL LLENADO
HOJA 4: FICHA FAMILIAR – FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACION			
7	FAMILIOGRAMA	SIMBOLOGIA	CONTIENE LOS SÍMBOLOS DE LAS DIFERENTES POSIBILIDADES DE RELACIÓN GENEALÓGICA DE LA FAMILIA
		ABREVIATURAS	CONTIENE LAS ABREVIATURAS DE LOS DIFERENTES EVENTOS EPIDEMIOLÓGICOS RELEVANTES PARA LA FAMILIA
		GENERACIONES (ABUELOS, PADRES, HIJOS)	DIBUJAR LAS RELACIONES GENEALÓGICAS Y LOS EVENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA FAMILIA UTILIZANDO LAS FORMAS DE SIMBOLOGÍA Y LAS ABREVIATURAS SEÑALAR EL SIMBOLO O LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE A LA SITUACION FAMILIAR O PERSONAL COPIAR EL SIMBOLO O LA ABREVIATURA NECESARIA, PEGAR EN EL ESPACIO DE LA GENERACION CORRESPONDIENTE Y ADAPTAR EL FORMATO
8	UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN		DIBUJAR UN CROQUIS APROXIMADO DEL PUNTO GEOGRÁFICO (ORIENTANDO HACIA ARRIBA EL NORTE, ABAJO EL SUR, A LA DERECHA EL ORIENTE Y A LA IZQUIERDA EL OCCIDENTE) DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN UNIR CON UNA LINEA EL PUNTO DE VIVIENDA CON EL PUNTO DE CONTAMINACIÓN Y ESCRIBIR SOBRE LA LINEA LA DISTANCIA APROXIMADA EN METROS, CUADRAS O KILÓMETROS.
9	CONTAMINACION AMBIENTAL		REGISTRAR LA FECHA DEL INFORME DESCRIBIR EL CONTAMINANTE IDENTIFICAR EL ACTOR O FACTOR CAUSANTE DE LA CONTAMINACIÓN
10	LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO		IDENTIFICAR LOS LUGARES O AGENTES FORMALES Y NO FORMALES DE SALUD EN LOS QUE LA FAMILIA CONFIA PARA RECIBIR ATENCIÓN DE SALUD, SEÑALANDO LOS PROBLEMAS A RESOLVER Y EL MOTIVO DE SU CONFIANZA, SI ES DEL CASO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO UO		AREA N°		CODIGO LOCALIZACIÓN		NUMERO DE FAMILIAR		FICHA	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	SECTOR	MANZANA	# DE FAMILIA	DIRECCIÓN HABITUAL DE LA FAMILIA (CALLE O REFERENCIA)	FECHA DE LLENADO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	NUMERO DE CARPETA	LATITUD	ALTITUD
BARRIO	NUMERO DE CASA	COMUNIDAD	GRUPO CULTURAL	NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE TELEFONO	FECHA DE LLENADO	FECHA DE LLENADO	ESQUEMA COMPLETO DE VIGARIAS	ESCOLARIDAD	SALUD BUICAL	ESQUEMA COMPLETO DE VIGARIAS	LONGITUD	ALTITUD
								SI NO SI NO SI NO	SIN BAS BACH SUP	SI NO SI NO	SI NO SI NO		

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA

ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA
 NUMERAR CADA ANO, AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCCUPACIÓN	SEXO	ESCOLARIDAD	SALUD BUICAL	RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	NUMERO DE CEDULA DE CIUDADANIA
MENOR 1 AÑO										
1 - 4 AÑOS										
5 - 9 AÑOS										
10 - 19 AÑOS										
20 - 64 AÑOS										
65 AÑOS Y MAS										
TOTALES										

Hoja 1

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	FECHA PROBABLE DEL PARTO	SEMANAS DE GESTACION	DOSIS DE VACUNACION JT	ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	CEIDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS
EMBARAZADAS					PRIMERA SEGUNDA	PARTOS GESTAS ABORTOS CESAREAS	

3 MORTALIDAD FAMILIAR		4 RESPONSABLE DEL LLENADO	
NOMBRE	EDAD AL FALLECER	NOMBRE Y APELLIDO	CODIGO
	CAUSA		FIRMA

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

5 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR

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

Hoja 2

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

ANEXO 2 - ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (1)

Objetivo

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

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA			
	INSTITUCIÓN Y AMBULANCIA	CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	PROVINCIA/CANTON/PARROQUIA
			NÚMERO DE HOJA
1	DATOS GENERALES DE ATENCIÓN		REGISTRAR EL NOMBRE Y APELLIDO, NÚMERO DE CÉDULA, EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS Y EL SEXO DEL USUARIO REGISTRAR EL NOMBRE Y APELLIDO Y NÚMERO DE CÉDULA DEL INFORMANTE REGISTRAR LA FECHA (D/M/A) Y LA HORA DE ATENCIÓN AL USUARIO REGISTRAR LA DIRECCIÓN O LA UBICACIÓN DE REFERENCIA, EL LUGAR (VIA PÚBLICA, DOMICILIO, PARQUE, QUEBRADA, BOSQUE, ETC.) FECHA (D/M/A) Y HORA DEL EVENTO CAUSANTE DEL ACCIDENTE REGISTRAR LOS DATOS MÁS RELEVANTES DEL INTERROGATORIO REALIZADO AL USUARIO SOBRE LOS SÍNTOMAS (DOLOR, CONCIENCIA, ESTADO DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS, ANTECEDENTES)
2	SIGNOS VITALES Y ESCALAS	SIGNOS VITALES	REGISTRAR LA HORA Y LOS VALORES DE LOS SIGNOS VITALES SEÑALADOS
		ESCALA DE GLASGOW	REGISTRAR LA HORA DEL EXAMEN REGISTRAR LOS VALORES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES Y EL VALOR TOTAL DE LA ESCALA DE GLASGOW (1 - 15)
		PUPILA DERECHA PUPILA IZQUIERDA	REGISTRAR LA HORA DEL EXAMEN REGISTRAR LA RAPIDEZ DE LA REACCIÓN (RN= REACCIÓN NORMAL, RL= REACCIÓN LENTA, RR= REACCIÓN RÁPIDA) REGISTRAR EL TIPO DE APERTURA PUPILAR: NOR: NORMAL MIO: MIOSIS MID: MIDRIASIS
		ESCALA DE TRAUMA	REGISTRAR LA HORA DEL EXAMEN REGISTRAR LOS VALORES DE LA ESCALA DE TRAUMA PEDIÁTRICO Y DE ADULTO
3	TRAUMA Y OTRAS LESIONES	ACCIDENTE DE TRANSITO	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES DESCRIBIR LAS OBSERVACIONES SOBRE LAS OPCIONES MARCADAS, SI AMERITA
		OTRAS LESIONES	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES REGISTRAR LOS VALORES OBSERVADOS EN LAS OPCIONES RESPECTIVAS REALIZAR OBSERVACIONES SOBRE LAS OPCIONES MARCADAS, SI AMERITA
4	EMERGENCIA OBSTÉTRICA		MARCAR "X" EN LAS OPCIONES RESPECTIVAS REGISTRAR LAS CARACTERÍSTICAS MÁS IMPORTANTES DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA
5	EMERGENCIAS CARDIORRESPIRATORIAS		MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES REGISTRAR LOS VALORES ESTABLECIDOS, SI EXISTEN AMPLIAR LA INFORMACIÓN, SI ES NECESARIO
6	EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO		MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGÍA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGÍA (2 - 7) MARCAR "X" EN VIA AEREA O ALCOCHECK, SI ES DEL CASO. REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS REGISTRAR EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
7	TIPO DE LESIONES Y LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA		SEÑALAR EN EL ESQUEMA TOPOGRÁFICO EL NÚMERO CORRESPONDIENTE A LA LESIÓN EXISTENTE. REGISTRAR OBSERVACIONES, SI ES DEL CASO
8	PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO		MARCAR "X" EN LAS CELDAS DE LOS PROCEDIMIENTOS DETALLADOS EN EL BLOQUE. REGISTRAR LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA Y LOS PROCEDIMIENTOS ADICIONALES EN LAS LÍNEAS EN BLANCO
9	CONDICIÓN DE LLEGADA AL HOSPITAL		MARCAR "X" SEGÚN LAS CONDICIONES DE LLEGADA DEL USUARIO AL HOSPITAL
10	DERIVACIÓN		REGISTRAR EL DESTINO FINAL DEL USUARIO, EN CASO DE NO SER ENTREGADO AL HOSPITAL. PUEDE DERIVARSE AL DOMICILIO O A OTRO LUGAR QUE SE ESPECIFICARÁ
	ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE CONDUCTOR	RESPONSABLE QUE ENTREGA RESPONSABLE QUE RECIBE	FIRMA FIRMA HORA DE ENTREGA HORA DE RECEPCIÓN

NOTAS AL ANEXO 2

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

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

1 DATOS GENERALES DE ATENCION						TRAUMA	CLINICA	OBSTETRICA
NOMBRE DEL USUARIO	CEDULA DE CIUDADANIA	EDAD	HOMBRE	MUJER				
NOMBRE DEL INFORMANTE	CEDULA DE CIUDADANIA	FECHA DE ATENCION	HORA DE ATENCION					
DIRECCION DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	FECHA DEL EVENTO	HORA DEL EVENTO					
INTERROGATORIO DE SINTOMAS								
						SOAT	GRUPO SANGUINEO Y Rh	

RN= REACCION NORMAL RL= REACCION LENTA RR= REACCION RAPIDA NOR= NORMAL MIO= MIOSIS MID= MIDRIASIS

2 SIGNOS VITALES Y ESCALAS						PUPILAS				ESCALA DE GLASGOW				ESCALA DE TRAUMA	
HORA	PRESION ARTERIAL	PULSO / min	TEMPERAT.	FRECUEN. RESPIRAT.	LLENADO CAPILAR	SATURAC. OXIGENO	DERECHA REACCION RN-RL-RR	MID- MIO- NOR	IZQUIERDA REACCION RN-RL-RR	NOR - MIO- MID	APERTURA OJOS / 6	RESPUESTA VERBAL / 5	RESPUESTA MOTORA / 4	TOTAL / 15	PEDIATR. / 12 ADULTO /

3 TRAUMA Y OTRAS LESIONES											
ACCIDENTE TRANSITO	VICTIMA CONDUCTOR	VICTIMA PASAJERO	VICTIMA PEATON	AUTOMOVIL-CAMIONETA	BUS	VEHICULO PESADO	MOTO	BICICLETA			
	IMPACTO FRONTAL	IMPACTO LATERAL	IMPACTO POSTERIOR	ATROPELLO DE VEHICULO	CAIDA DE VEHICULO	CHOQUE DE VEHICULO	EXPULSION DE VEHICULO	VOLCA MIENTO			
	BOLSA INFLADA	CINTURON COLOCADO	CASCO COLOCADO	ROPA PROTECTORA	EN ASIENTO DELANTERO	EN ASIENTO POSTERIOR		OTRO VEHICULO			
OTRAS LESIONES	HERIDA X ARMA DE FUEGO	HERIDA X ARMA CORTANTE	HERIDA X ARMA PUNZANTE	HERIDA X OTRO OBJETO	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	AGRESION FISICA	VIOLENCIA SEXUAL	POR CAIDA DE ALTURA			
	AUTO AGRESION PROBABLE	LESION DEPORTIVA	HERIDA X MAQUINA	POR LESION LABORAL	INTOXICACION ALCOHOLICA	OTRA INTOXICACION	ANAFILAXIA	FRACTURA			
	POR APLASTA MIENTO	QUEMADURA POR FUEGO	QUEMADURA QUIMICA	QUEMADURA X LIQUIDO	QUEMADURA ELECTRICA	CUERPO EXTRAÑO	MORDEDURA	PICADURA			

4 EMERGENCIA OBSTETRICA											
FECHA ULTIMA MENSTRUACION	SEMANA DE EMBARAZO	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS	CONTRACCIONES UTERINAS	HORA				
SANGRADO VAGINAL	MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO DE RUPTURA	PRESENTACION			NUMERO					
DILATACION	BORRAMIENTO	PLANO	ALTURA UTERINA			INTENSIDAD					
FREC. CARDIACA FETAL	MOVIMIENTO FETAL	EXPULSIVO	APGAR 1 MINUTO	APGAR 5 MINUTOS							

5 EMERGENCIA CARDIORESPIRATORIA									
PARO	ATRAGANTAMIENTO	ASFIXIA	TIEMPO DE PARO	TIEMPO DE REANIMACION	NUMERO DE DESFIBRILACIONES	RITMO OBTENIDO	PACIENTE SIN RESPUESTA		

MARCAR "X" SEGUN EL CASO O REGISTRAR VALORES DESCRIBIR ABAJO LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS

6 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO							
1. VIA AEREA OBSTRUIDA	2. CABEZA	3. CUELLO	4. TORAX	5. ABDOMEN	6. PELVIS	7. EXTREMIDADES	8. ALCO CHECK
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS							

MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGIA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGIA (2 - 7) MARCAR "X" EN VIA AEREA O ALCOCHECK, SI ES DEL CASO. REGISTRAR ABAJO EL NUMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS

7 LOCALIZACION DE LESIONES		ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA REGION CORRESPONDIENTE	
	1. HERIDA PENETRANTE	11. HEMATOMA	
	2. HERIDA CORTANTE	12. ERITEMA / INFLAMACION	
	3. FRACTURA EXPUESTA	13. LUXACION / ESGUINCE	
	4. FRACTURA CERRADA	14. QUEMADURA GRADO-I	
	5. CUERPO EXTRAÑO	15. QUEMADURA GRADO-II	
	6. HEMORRAGIA	16. QUEMADURA GRADO-III	
	7. MORDEDURA	17. APLASTAMIENTO	
	8. PICADURA	18. EDEMA	
	9. EXCORIACION	19. AMPUTACION	
	10. DEFORMIDAD / MASA	20.	
OBSERVACIONES			

8 PROCEDIMIENTOS		
VENTILACION MANUAL	VENTILACION MECANICA	CANULA DE GUEDEL
OXIGENO POR MASCARILLA	OXIGENO POR CATETER NASAL	CRICOSTOMIA
TUBO ENDOTRAQUEAL	DESCOMPRESION TORAX IZQ.	DESCOMPRESION TORAX DER.
DRENAJE PLEURAL	TAPON NASAL	EXTRACCION C. EXTRAÑO
INMOVILIZACION	COLLAR CERVICAL	TABLA COLUMNA
INMOVILIZACION DE MIEMBROS	SONDA VESICAL	SONDA NASO GASTRICA
SUTURA	TORNQUETE	HEMOSTASIA PRESION
CANALIZACION DE VIA	CURACION	MEDICACION
VENTILACION MECANICA MINUTOS	EXTRICACION MINUTOS	
MEDICACION ADMINISTRADA		

9 CONDICIÓN DE LLEGADA AL HOSPITAL					
VIVO	MUERTO	COMA	SHOCK	ESTUPOR	PARO CARDIACO

10 DERIVACION	
A DOMICILIO	A OTRO LUGAR

ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE	RESPONSABLE QUE ENTREGA	FIRMA	HORA ENTREGA
CONDUCTOR	RESPONSABLE QUE RECIBE	FIRMA	HORA RECIBE

GLOSARIO

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

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

COMITÉ DE LA HISTORIA CLÍNICA

Integrantes

- a. Coordinador de servicio
- b. Coordinador de Enfermería
- c. Estadístico
- d. Epidemiólogo
- e. Especialistas invitados
- f. Coordinador de servicios de diagnóstico

Selección de historias clínicas para evaluación

- a. Todos los fallecimientos
- b. Todos los reclamos de usuarios
- c. Todas las infecciones hospitalarias
- d. Todas las transfusiones y trasplantes
- e. Todas las reintervenciones quirúrgicas
- f. Otras, en forma aleatoria

Funciones

- a. Implementar un sistema de seguimiento y evaluación del ordenamiento y llenado de los formularios las historia clínicas
- b. Formular recomendaciones sobre el mejoramiento de los formularios de la Historia Clínica
- c. Evaluar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la guías de práctica clínica o de la bibliografía disponible, en el llenado de los formularios
- d. Unificar criterios en el personal de la salud sobre las normas de ordenamiento y llenado del establecimiento
- e. Implementar un programa de capacitación para el personal de la salud sobre las normas de manejo de la historia clínica
- f. Liderar la actualización de los protocolos de atención y las guías de práctica clínica
- g. Elaborar informes de evaluación a los formularios de la HCU, así como a los profesionales que deben administrarlas, con la calificación, conclusiones y recomendaciones
- h. Participar en la elaboración de criterios para la depuración y eliminación de las historias clínicas

Manual de Usuario

SoftClinic

Preparado para
Universidad Politécnica Salesiana
14 de Octubre del 2011
Versión 1.2 Reléase

Preparado por
Erika Andrade R.
Luis Tufiño E.

Revisiones y Actualizaciones

Registro de Cambios

Fecha	Autor	Versión	Referencia
Jul-29-2011	Erika Andrade R.	Final 1.0	Escritura Inicial del documento, para discusión y revisión.
Ago-01-2011	Luis Tufiño E.	Final 1.1	Escritura Inicial del documento
Oct-14-2011	Erika Andrade R.	Final 1.2	Escritura Final del documento

Revisado por...

Nombre	Versión aprobada	Posición	Fecha
Ing. Franklin Hurtado	Versión 1.2	Tutor de Proyecto de Tesis	Oct-14-2011

A cerca de este manual

El manual ha sido concebido como autodidáctico, y siguiendo su orden progresivo, el usuario no tendrá problemas en la comprensión de toda su operación a través de un ejemplo continuado en el que se explica, desde cómo ingresar al modulo, hasta cómo obtener cualquier reporte final.

CONTENIDO

REVISIONES Y ACTUALIZACIONES	2
REGISTRO DE CAMBIOS	2
A CERCA DE ESTE MANUAL	3
CONTENIDO.....	4
TABLAS	7
1. ESTRUCTURA GENERAL.....	1
1.1. Área de Título	1
1.2. Área de Menú	2
1.3. Área de Contenido.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1 Audiencia del manual	3
2.1 Conocimientos requeridos	3
3. ACCESO AL SISTEMA.....	4
4. GESTIÓN DE PACIENTES	7
4.1. Datos del Paciente.....	7
4.1.1. Crear Nuevo Paciente	8
4.1.2. Actualizar Datos del Paciente	8
4.2. Historial Clínico.....	9
4.2.1. Datos Personales	10
4.2.2. Antecedentes.....	11
4.2.3. Nota de Evolución	13
4.2.4. Exámenes.....	14
4.2.5. Cirugías	15
5. GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA	18
5.1. Buscar Cita Médica.....	18
5.1.1. Ver Detalle de la Cita Médica	21
5.1.2. Confirmar Cita Médica.....	24
5.2. Crear Cita Médica.....	25



5.3.	Signos Vitales.....	27
5.4.	Nota de Evaluación.....	31
5.4.1.	Antecedentes.....	32
5.4.2.	Nota de Evaluación.....	33
5.4.3.	Exámenes.....	35
5.4.4.	Cirugías.....	36
6.	GESTIÓN DE EMERGENCIA.....	37
6.1.	Crear Cita de Emergencia.....	37
6.2	Buscar Cita Médica.....	40
6.2.1	Confirmar Cita Médica.....	43
6.3	Signos Vitales.....	44
6.4	Nota de Evaluación.....	48
6.4.1	Antecedentes.....	50
6.4.2	Nota de Evaluación.....	51
6.4.3	Exámenes.....	53
6.4.4	Cirugías.....	53
6.5	Registro de Emergencia.....	54
6.5.1	Ver Anteriores.....	56
7.	GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN.....	58
7.1	Orden de Hospitalización.....	58
7.2	Datos de Hospitalización.....	59
7.2.1	Confirmar Hospitalización.....	61
8	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO.....	62
8.1	Orden de Exámenes.....	62
8.2	Pedidos de Examen.....	63
9	GESTIÓN DE CENTRO QUIRÚRGICO.....	65
9.1	Orden de Cirugía.....	65
9.2	Programación de Cirugía.....	66
9.3	Informe de Cirugía.....	67
10	GESTIÓN DE BOTIQUÍN INTERNO.....	69
10.1	Medicamentos.....	69
10.1.1	Agregar Medicamentos.....	69
10.1.2	Actualizar Medicamentos.....	70



10.1.3	Ver Stock	71
10.1.4	Ingresar Cantidad de Medicamentos	71
10.2	Pedido de Botiquín.....	72
10.3	Ver Pedidos	72
11	REPORTES	73
12	ADMINISTRACIÓN.....	74

TABLAS

Tabla 4-1: Detalle de la Clasificación de Notas de Evolución	13
Tabla 4-2: Detalle de Información de Cirugías en Historial Clínico	17
Tabla 5-1: Filtros de Búsqueda de Cita Médica	20
Tabla 5-2: Filtros de Búsqueda de Cita Médica	20
Tabla 5-3: Campos de Creación Cita Médica	26
Tabla 5-4: Campos de Creación Cita Médica	32
Tabla 6-1: Campos de Creación Cita Médica Emergencia	39
Tabla 6-2: Filtros de Búsqueda de Cita Médica Emergencia.....	42
Tabla 6-3: Filtros de Búsqueda de Cita Médica	42
Tabla 6-4: Campos de la Pre-Consulta.....	47
Tabla 6-5: Campos de Creación Cita Médica	49
Tabla 6-6: Campos de Búsqueda de Formulario de Emergencia	57
Tabla 7-1: Campos de la pantalla de Datos de Hospitalización.....	59
Tabla 9-1: Informes de Cirugía.....	68
Tabla 10-1: Campos de la pantalla de Ingreso de Medicamentos	70
Tabla 10-2: Campos de la pantalla de Actualización de Medicamentos	70

FIGURAS

Figura 1-1: Estructura General del Sistema.....	1
Figura 1-2: Área de Título del Sistema	1
Figura 1-3: Área de Menú del Sistema.	2
Figura 1-4: Área de Contenido del Sistema.....	2
Figura 3-1: Acceso al Sistema	4
Figura 3-2: Pantalla principal del sistema	6
Figura 4-1: Menú de Pacientes	7
Figura 4-2: Pantalla Datos del Paciente	7
Figura 4-3: Pantalla Datos del Paciente	8
Figura 4-4: Pantalla de Búsqueda de Historial Clínico	9
Figura 4-5: Pantalla de Selección de Búsqueda de Historial Clínico	10
Figura 4-6: Pantalla de Historial Clínico - Datos Personales	10
Figura 4-7: Pantalla de Historial Clínico - Antecedentes	11
Figura 4-8: Pantalla Antecedentes- Historial de Cambios	11
Figura 4-9: Pantalla Agregar Antecedentes Personales.....	12
Figura 4-10: Pantalla Agregar Antecedentes Familiares	12
Figura 4-11: Pantalla Historial Clínico – Nota de Evolución	13
Figura 4-12: Pantalla Historial Clínico – Información de Nota de Evolución.....	14
Figura 4-13: Pantalla de Orden de Examen de Laboratorio	14
Figura 4-14: Pantalla Historial Clínico – Cirugías.....	15
Figura 5-1: Menú de Consulta Externa	18
Figura 5-2: Pantalla Buscar Cita Médica	18
Figura 5-3: Buscar Cita Médica.....	19
Figura 5-4: Resultado de Consulta de Citas	20
Figura 5-5: Detalle de una Cita Médica	21
Figura 5-6: Actualizar Datos de Cita Médica.....	21
Figura 5-7: Ventana de Confirmación Actualización de Cita	22
Figura 5-8: Ventana Informativa de Éxito	22
Figura 5-9: Pantalla Eliminar Cita.....	23
Figura 5-10: Confirmación de Eliminación de Cita Médica	23
Figura 5-11: Confirmar Cita Médica.....	24



Figura 5-12: Registro de Número de Factura	24
Figura 5-13: Ventana de Éxito Confirmación de Cita Médica	24
Figura 5-14: Pantalla de Creación de Cita Médica.....	25
Figura 5-15: Pantalla de Búsqueda de Paciente en Creación Cita Médica.....	25
Figura 5-16: Pantalla de Confirmación en Creación Cita Médica	27
Figura 5-17: Pantalla Signos Vitales.....	27
Figura 5-18: Pantalla de Búsqueda de Cita en Pre-consulta.....	28
Figura 5-19: Pantalla Resultado de Búsqueda Pre-consulta	28
Figura 5-20: Pantalla Citas Disponibles en Pre-consulta.....	29
Figura 5-21: Pantalla de Ingreso de Pre-consulta.....	29
Figura 5-22: Pantalla de Informativa de Éxito	30
Figura 5-23: Pantalla de Nota de Evaluación.....	31
Figura 5-24: Pantalla Listado Citas Médicas.....	31
Figura 5-25: Pantalla Historial Clínico	32
Figura 5-26: Pantalla Historial Clínico - Antecedentes	33
Figura 5-27: Pantalla Historial Clínico – Nota de Evaluación.....	33
Figura 5-28: Pantalla Historial Clínico – Agregar Nota de Evaluación	34
Figura 5-29: Pantalla Historial Clínico – Guardar Nota de Evaluación.....	34
Figura 5-30: Pantalla Historial Clínico – Detalle Nota de Evaluación.....	35
Figura 5-31: Pantalla de Orden de Examen de Laboratorio	35
Figura 5-32: Pantalla Historial Clínico – Cirugías.....	36
Figura 6-1: Pantalla de Menú Módulo de Emergencia	37
Figura 6-2: Pantalla de Menú Emergencia – Crear Cita de Emergencia.....	37
Figura 6-3: Pantalla de Creación de Cita Médica Emergencia	38
Figura 6-4: Pantalla de Búsqueda de Paciente en Creación Cita Médica Emergencia	38
Figura 6-5: Pantalla de Confirmación en Creación Cita Médica Emergencia.....	40
Figura 6-6: Pantalla Buscar Cita Médica Emergencia.....	40
Figura 6-7: Buscar Cita Médica Emergencia	41
Figura 6-8: Resultado de Consulta de Citas Emergencia.....	42
Figura 6-9: Buscar Cita Médica Emergencia	43
Figura 6-10: Confirmar Cita Médica Emergencia	43
Figura 6-11: Registro de Número de Factura	44
Figura 6-12: Ventana de Éxito Confirmación de Cita Médica	44
Figura 6-13: Pantalla Signos Vitales.....	44

Figura 6-14: Pantalla de Búsqueda de Cita en Pre-consulta.....	45
Figura 6-15: Pantalla Resultado de Búsqueda Pre-consulta.....	45
Figura 6-16: Pantalla Citas Disponibles en Pre-consulta.....	46
Figura 6-17: Pantalla de Ingreso de Pre-consulta.....	46
Figura 6-18: Pantalla de Informativa de Éxito Pre-consulta.....	47
Figura 6-19: Pantalla de Nota de Evaluación.....	48
Figura 6-20: Pantalla Listado Citas Médicas Emergencia.....	49
Figura 6-21: Pantalla Historial Clínico.....	50
Figura 6-22: Pantalla Historial Clínico - Antecedentes.....	50
Figura 6-23: Pantalla Historial Clínico – Nota de Evaluación.....	51
Figura 6-24: Pantalla Historial Clínico – Agregar Nota de Evaluación.....	51
Figura 6-25: Pantalla Historial Clínico – Guardar Nota de Evaluación.....	52
Figura 6-26: Pantalla Historial Clínico – Detalle Nota de Evaluación.....	52
Figura 6-27: Pantalla de Orden de Examen de Laboratorio.....	53
Figura 6-28: Pantalla Historial Clínico – Cirugías.....	54
Figura 6-29: Pantalla Inicial Registro de Emergencia.....	55
Figura 6-30: Pantalla de Registro de Emergencia.....	55
Figura 6-31: Guardar de Registro de Emergencia.....	56
Figura 6-32: Ventana de Éxito de Registro de Emergencia.....	56
Figura 6-33: Selección Ver Anteriores Formularios de Emergencia.....	57
Figura 6-34: Formularios de Emergencia de un Paciente.....	57
Figura 7-1: Pantalla de Ingreso de Orden de Hospitalización.....	58
Figura 7-2: Pantalla de Datos de Hospitalización.....	59
Figura 7-3: Pantalla de Búsqueda de Ordenes de Hospitalización con estado Hospitalizado.....	60
Figura 7-4: Pantalla de Búsqueda de Ordenes de Hospitalización con estado Dado de Alta.....	60
Figura 7-5: Pantalla Confirmar Orden de Hospitalización.....	61
Figura 8-1: Pantalla de Orden de Examen de Laboratorio.....	62
Figura 8-2: Pantalla de Pedidos de Examen.....	63
Figura 8-3: Pantalla de Pedidos de Examen Búsqueda.....	63
Figura 8-4: Pantalla de Registro de Exámenes.....	64
Figura 8-5: Pantalla de Gestión de Pedidos.....	64
Figura 9-1: Pantalla de Orden de Cirugía.....	65
Figura 9-2: Pantalla Programación de Cirugía.....	66
Figura 9-3: Pantalla Agendar de Cirugía.....	66



Figura 9-4: Pantalla Informe de Cirugía.....	67
Figura 10-1: Pantalla Informe de Cirugía.....	69
Figura 10-2: Pantalla de Ingreso de Medicamentos.....	69
Figura 10-3: Pantalla Actualizar Medicamentos.....	70
Figura 10-4: Pantalla Ver Stock de Medicamentos	71
Figura 10-5: Pantalla Ver Stock de Medicamentos	71
Figura 10-6: Pantalla Pedido de Botiquín	72
Figura 10-7: Pantalla Pedido de Botiquín	72

1. ESTRUCTURA GENERAL

Los elementos visuales que se presentan a continuación han sido desarrollados sobre una plataforma web, por lo tanto para su observación se requiere de un navegador o explorador de internet como Internet Explorer 7.0.

Las pantallas de este sistema se encuentran divididas en tres áreas que se pueden identificar claramente en la siguiente figura:



Figura 1-1: Estructura General del Sistema

1.1. Área de Título

Esta área presenta información general de la aplicación, en la parte izquierda se presenta el logo que identifica a la clínica en la parte central el nombre "Nueva Clínica Bolívar". En la parte inferior se presenta el nombre del usuario. Finalmente, se presentan a la derecha el link [Cerrar Sesión](#) "Cerrar Sesión".



Figura 1-2: Área de Título del Sistema

1.2. Área de Menú

Esta área presenta las diferentes opciones disponibles y autorizadas para el usuario que está ingresando al Sistema. Solamente se presentan aquellas opciones que han sido previamente asignadas al usuario.

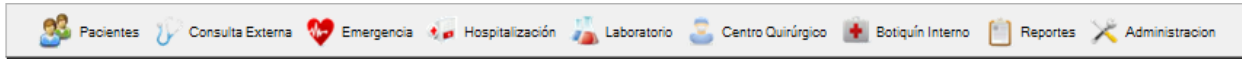


Figura 1-3: Área de Menú del Sistema.

1.3. Área de Contenido

En ésta área se presentará la pantalla de ingreso de datos correspondiente a la opción de Menú seleccionada en el Área de Menú. En ésta área se realizarán la mayor parte de acciones del usuario con el sistema. Es un área independiente de las demás, pues permite su desplazamiento en forma separada de las demás áreas, esta independencia permite además que las actualizaciones de pantalla se realicen en un área específica incrementando la velocidad con que se redibuja la pantalla, pues cualquier acción realizada sobre ésta área no requiere cargar nuevamente los iconos o información que se encuentran en las otras áreas.



Figura 1-4: Área de Contenido del Sistema

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Audiencia del manual

El presente documento se encuentra orientado a usuarios finales, que cuenten con la herramienta Soft Clinic y que tengan como objetivo a corto o mediano plazo entender el funcionamiento del mismo.

El Sistema dentro de la estructura general.

El sistema Soft Clinic está diseñado para administrar de una forma organizada y eficiente los distintos procesos que se llevan a cabo en la Nueva Clínica Bolívar.

Este sistema maneja las principales actividades de la Clínica como son Ingreso de Pacientes, creación de Citas Médicas, Registros de Hospitalización, Cirugía, Etc.

En el presente manual se pretende dar una óptica global y completa de las funcionalidades que posee la versión 1.0.0 del sistema para un adecuado conocimiento de las mismas y para facilitar futuras personalizaciones que se deseen realizar.

2.1 Conocimientos requeridos

El usuario de este documento deberá contar con los siguiente prerequisites:

- Conocimientos mínimos del sistema operativo Windows XP.

El presente manual presupone que el usuario sabe manipular un ambiente Windows, es decir, que está familiarizado con el uso del mouse, los iconos, y todo aquello que es peculiar de esta interfaz gráfica.

En este capítulo se explicará la forma de acceder al Sistema Soft Clinic y todas aquellas instrucciones generales de operación que no volverán a ser repetidas durante el resto del manual por ser uniformes dentro de cualquier proceso del sistema.



En la página mencionada anteriormente, en la parte izquierda de la pantalla, se encuentran los campos Usuario y Contraseña, que permitirá a los usuarios acceder a las diferentes opciones que posee el sistema, dependiendo del tipo de rol que se le haya asignado.

Ingresar el usuario y contraseña las cuales serán proporcionadas por el administrador del sistema, y hacer clic en el botón **Ingresar**.

Si los datos son correctos los datos se podrá acceder a la pantalla principal de Sistema. De lo contrario se desplegará un mensaje de error al ingresar al sistema.



Figura 3-2: Pantalla principal del sistema

La página principal muestra el menú permitirá al usuario navegar por los diferentes módulos del Sistema.

Este procedimiento será el que todos los usuarios sin importar su rol deberán seguir para ingresar al Sistema.

4. GESTIÓN DE PACIENTES

Permite gestionar el ingreso de pacientes de la clínica y el detalle de su historial clínico.

Dicho módulo tiene las siguientes opciones:

1. Datos del Paciente
2. Historial Clínico



Figura 4-1: Menú de Pacientes

4.1. Datos del Paciente

Para acceder al ingreso o actualización de Pacientes se debe ir al Menú y hacer clic en Pacientes→Datos del Paciente



Se desplegará la siguiente pantalla:

Nombre
 Cédula
 No Historial

Nombre

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES APELLIDOS No Historial

Cédula Pasaporte TEL Fijo CELULAR E-Mail

DIRECCION

EDAD: Años Meses FECHA DE NACIMIENTO: Día Mes Año

LUGAR NAC GENERO (NO DEFINE) RELIGION

EST. CIVIL (NO DEFINE) INSTRUCCION (NO DEFINE) ACTIVIDAD

Figura 4-2: Pantalla Datos del Paciente

4.1.1. Crear Nuevo Paciente

Al ingresar en la página de Datos del Paciente, la misma esta lista para ingresar un nuevo paciente, adicionalmente, si se ha realizado otro proceso como una actualización, se debe hacer clic en el botón

para limpiar los campos e ingresar los datos de un nuevo paciente, excepto el campo No Historial que se llenará automáticamente al guardar los datos.

Para crear un nuevo paciente se ingresan los datos necesarios del mismo en cada uno de los campos indicados y posteriormente hacer clic en el botón . Si existe algún error en el ingreso de los datos se desplegará un mensaje detallando dicho error, de lo contrario aparecerá un mensaje de confirmación indicando que los datos fueron guardados con éxito.

Se desplegarán los datos del paciente ingresado incluyendo el número de historial asignado.

4.1.2. Actualizar Datos del Paciente

Para actualizar los datos de un determinado paciente se requiere buscar la información del mismo.

En el cuadro de búsqueda se presentan tres formas de obtener los datos, por nombre, por cédula o por número de historial.

Nombre Cédula No Historial
 Nombre

Ingresar el nombre, cédula o No Historial y pulsar Enter, si existe el paciente con los datos especificados aparecerán los datos en los campos, y se habilitará el botón .

Nombre Cédula No Historial
 Nombre

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES		No Historial	
<input type="text" value="LUIS EDUARDO"/>		<input type="text" value="2333"/>	
APELLIDOS		<input type="text" value="TUÑO ESTEVEZ"/>	
<input type="radio"/> Cédula	<input type="radio"/> Pasaporte	TEL Fijo	CELULAR
<input type="text" value="7.1154.12945"/>	<input type="text" value="3333333"/>	<input type="text" value="090400024"/>	E-Mail <input type="text" value="le_luis@vademil.com"/>
DIRECCION <input type="text" value="SANTA ROSA DE CHILLOGALLO"/>			
HIAI: <input type="text" value="0"/>	Años: <input type="text" value="0"/>	Meses: <input type="text" value="0"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:		13a <input type="text" value="25"/>	Mea <input type="text" value="FEBRERO"/>
Año <input type="text" value="1985"/>			
LUGAR NAO <input type="text" value="CHILLOGALLO SANTA ROSA CALLEN"/>		CENRO <input type="text" value="MASCULINO"/>	RELIGION <input type="text" value="NINGUNA"/>
EST. CIVIL <input type="text" value="SOLTERO"/>	INSTRUCCION <input type="text" value="CUARTO NIVEL"/>	ACTIVIDAD <input type="text" value="ESTUDIANTE"/>	

Figura 4-3: Pantalla Datos del Paciente

Se puede modificar los datos de los campos excepto el número de historial, y posteriormente hacer clic en el botón actualizar.

4.2. Historial Clínico

Permite visualizar el historial clínico de un paciente realizando una búsqueda por Nombre o Cédula. La pantalla mostrará los datos pertenecientes a los datos personales, antecedentes, notas de evaluación, exámenes y cirugías.

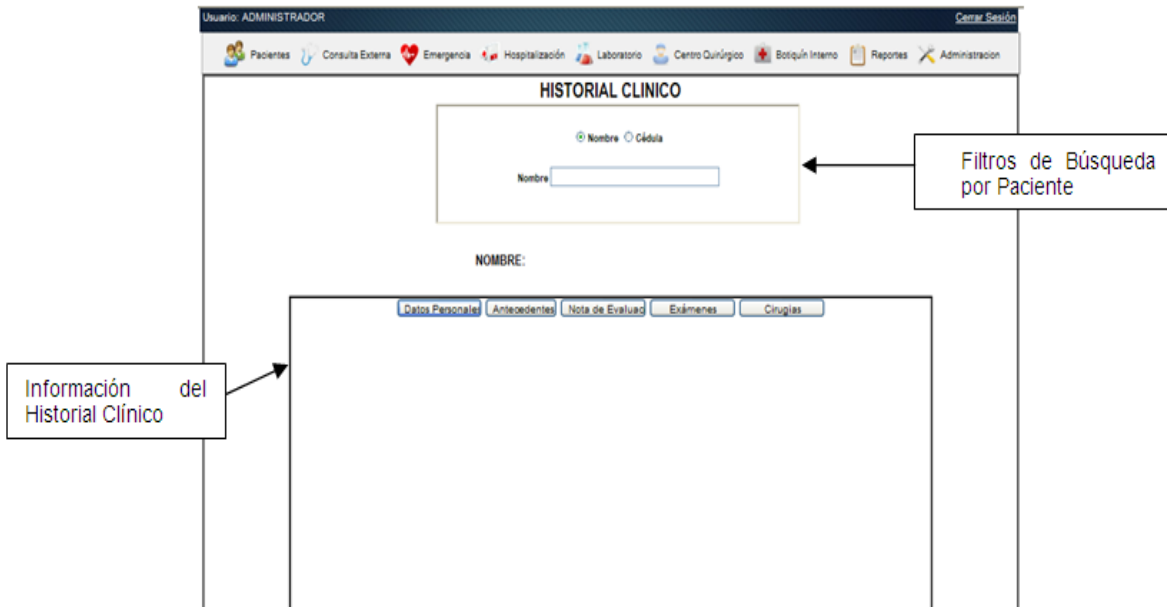


Figura 4-4: Pantalla de Búsqueda de Historial Clínico

El usuario debe digitar en el casillero de búsqueda el nombre o cédula del paciente y dar clic en la lista para seleccionar el paciente, como se indica en la figura.

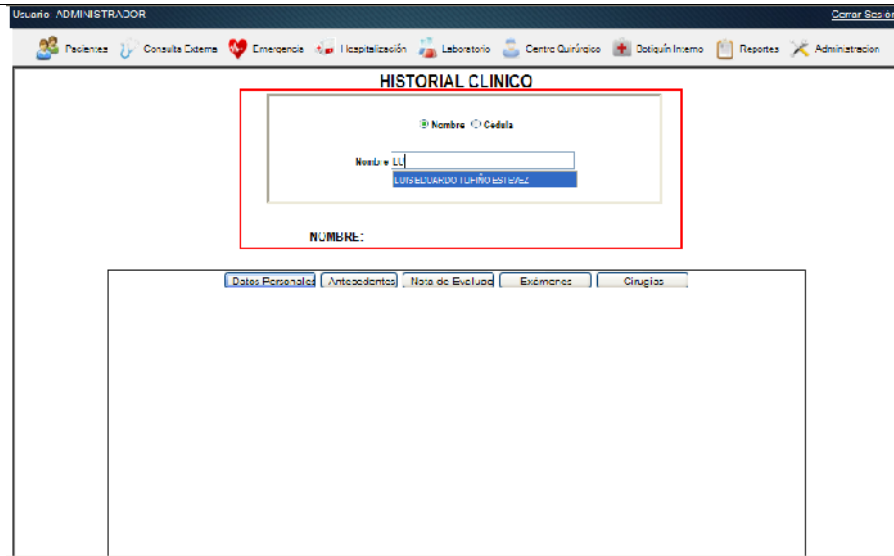


Figura 4-5: Pantalla de Selección de Búsqueda de Historial Clínico

Al seleccionar el paciente de la lista el Sistema mostrará la información referente a sus nombres completos e historial clínico, al dar clic en las diferentes opciones: Datos Personales, Antecedentes, Notas de Evolución, Exámenes y Cirugía.

4.2.1. Datos Personales

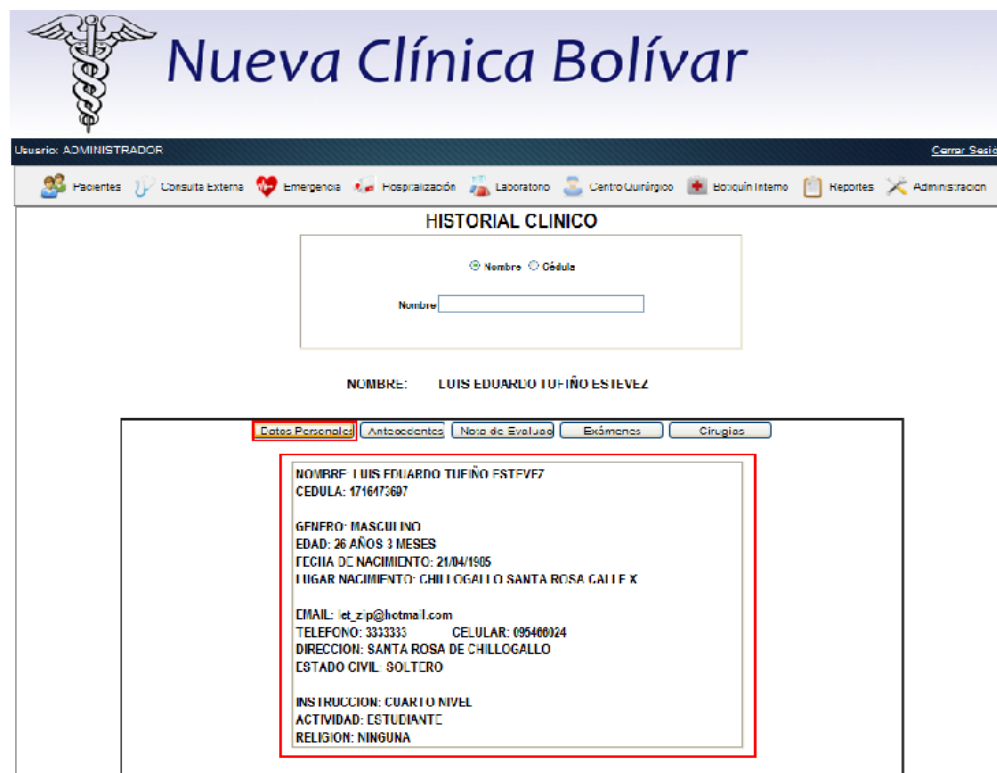


Figura 4-6: Pantalla de Historial Clínico - Datos Personales

4.2.2. Antecedentes

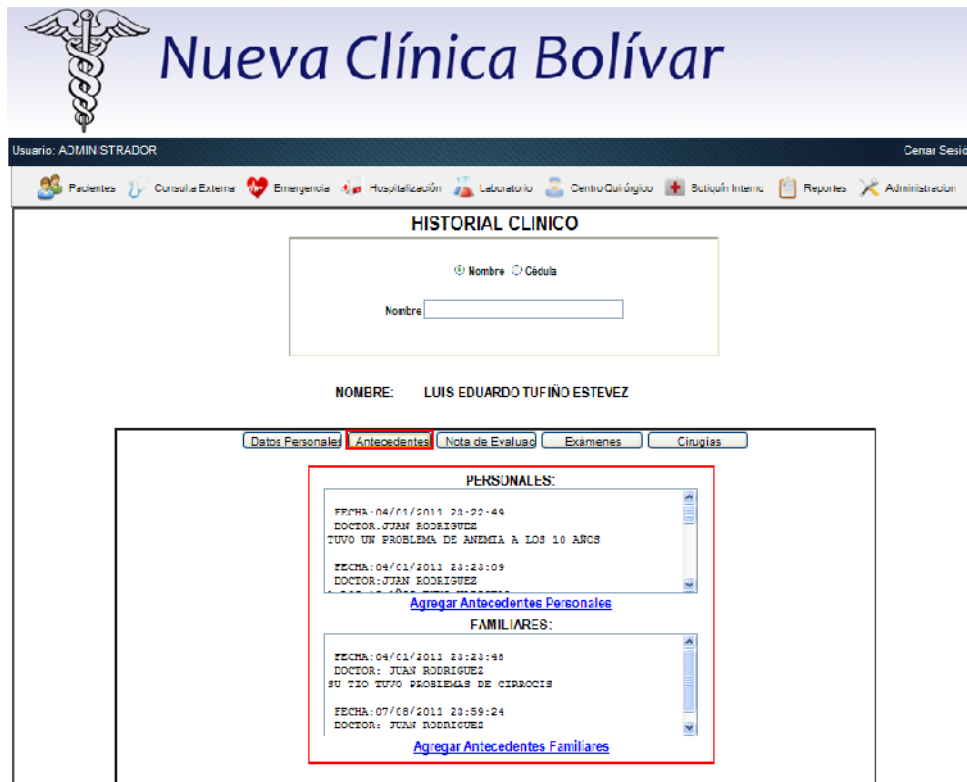


Figura 4-7: Pantalla de Historial Clínico - Antecedentes

Los Antecedentes del paciente se encuentran divididos en Personales y Familiares, el Sistema mostrará un historial que contiene todos los cambios efectuados a dichos antecedente (fecha, médico y detalle)

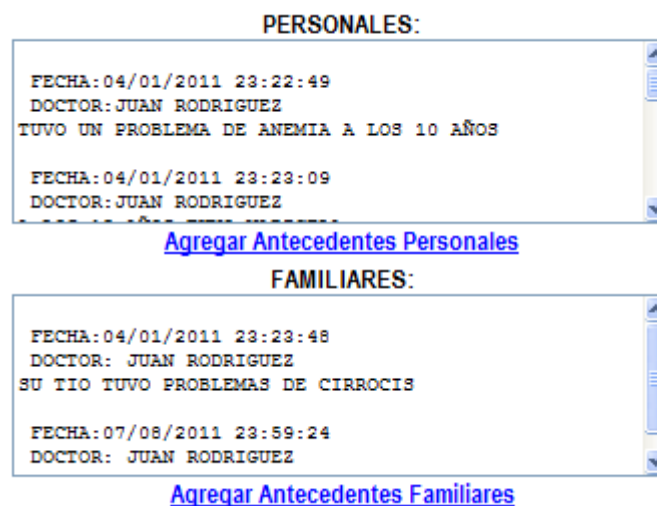


Figura 4-8: Pantalla Antecedentes- Historial de Cambios

El médico podrá agregar Antecedentes Personales o Antecedentes Familiares.

Al dar clic en **Agregar Antecedentes Personales** [Agregar Antecedentes Personales](#) se mostrará la siguiente pantalla en donde el médico debe ingresar toda la información relacionada con el antecedente.

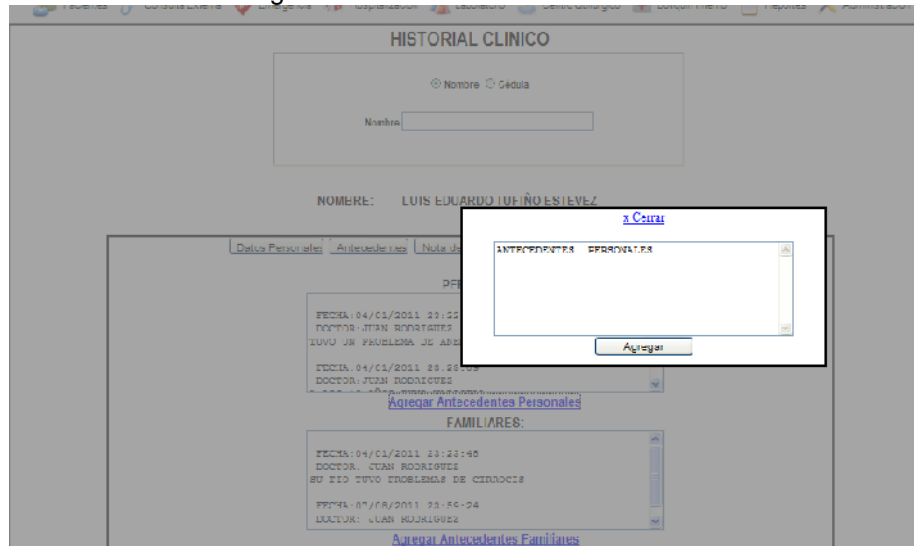


Figura 4-9: Pantalla Agregar Antecedentes Personales

Al dar clic en **Agregar Antecedentes Familiares** [Agregar Antecedentes Familiares](#) se mostrará la siguiente pantalla en donde el médico debe ingresar toda la información relacionada con el antecedente.

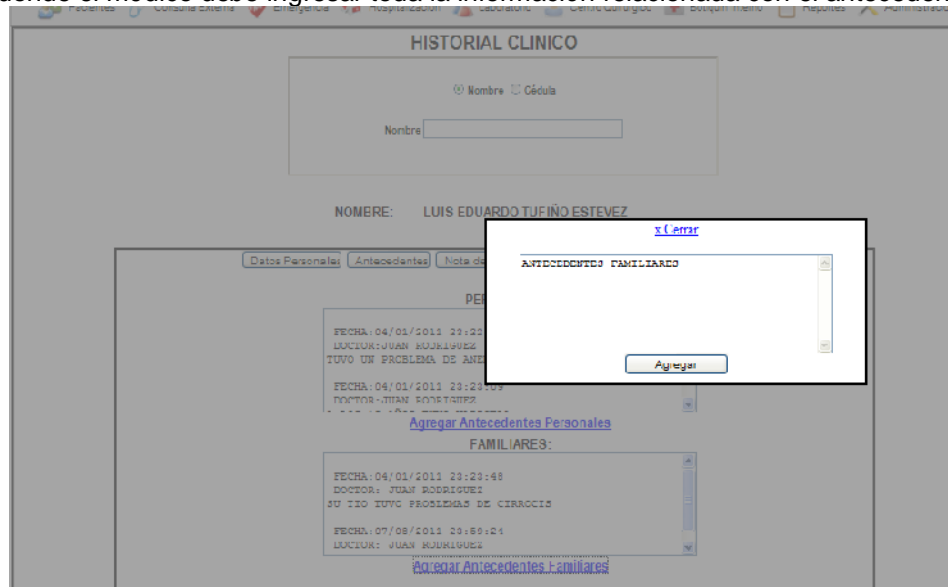


Figura 4-10: Pantalla Agregar Antecedentes Familiares

Dar clic en el botón Agregar y el antecedente será incluido en el historial clínico del paciente.

La opción Cerrar [x Cerrar](#) permite cerrar la pantalla auxiliar y dejar sin efecto el antecedente escrito.

4.2.3. Nota de Evolución

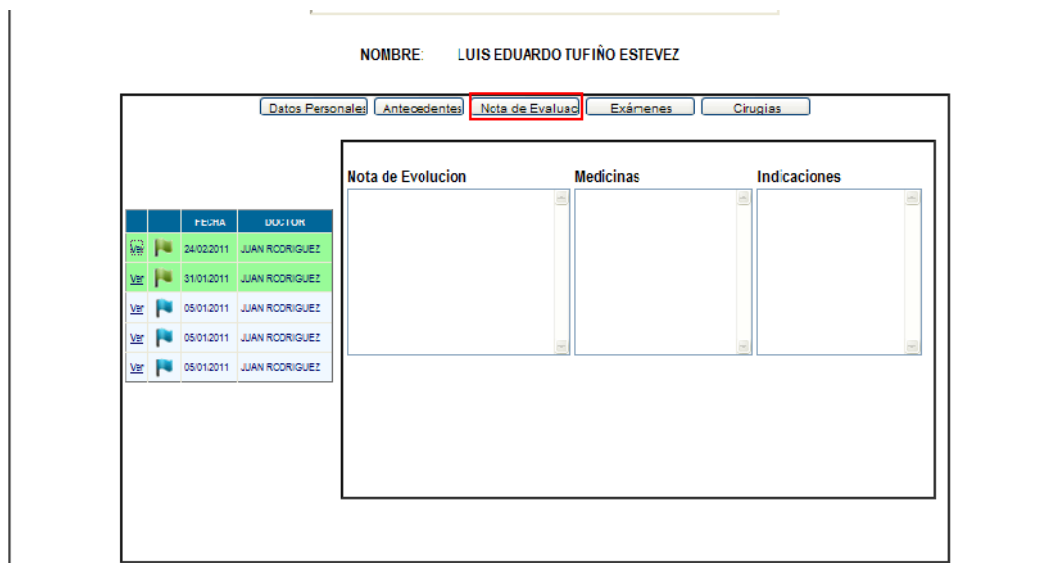



Figura 4-11: Pantalla Historial Clínico – Nota de Evolución

En la parte izquierda de la pantalla se mostrará un listado de las diferentes notas de evolución que tiene un paciente en su historial clínico, para una rápida identificación del motivo de la nota de evolución se ha clasificado por colores como se indica en la siguiente tabla, se especifica la fecha de creación de la nota y el médico responsable:

Motivo	Descripción
Consulta Externa	  24/02/2011 JUAN RODRIGUEZ Color Verde
Hospitalización	  05/01/2011 JUAN RODRIGUEZ Color Azul
Emergencia	Color Rojo

Tabla 4-1: Detalle de la Clasificación de Notas de Evolución

Al dar clic en Ver  en una de las notas de evolución del listado, se podrá ver el detalle de la información como lo indica la figura:

Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

Pacientes
 Consulta Externa
 Emergencia
 Hospitalización
 Laboratorio
 Centro Quirúrgico
 Botiquín Interno
 Reportes
 Administración

HISTORIAL CLINICO

Nombre
 Cédula

Nombre:

NOMBRE: **LUIS EDUARDO TUFÍÑO ESTEVEZ**

ALTA MEDICA

Ver	FECHA	DOCTOR
	24/02/2011	JUAN RODRIGUEZ
	31/01/2011	JUAN RODRIGUEZ
	05/01/2011	JUAN RODRIGUEZ
	06/01/2011	JUAN RODRIGUEZ
	05/01/2011	JUAN RODRIGUEZ

Nota de Evolucion	Medicinas	Indicaciones
NOTA DE EVOLUCION ALTA MEDICA	MEDICINAS 1	INDICACIONES 1

Figura 4-12: Pantalla Historial Clínico – Información de Nota de Evolución

Cuando la nota de evaluación pertenece a una **ALTA MEDICA** en la parte superior de la pantalla se indica en letras rojas y a continuación se muestra el detalle de la evolución, medicinas e indicaciones.

4.2.4. Exámenes

Permite registrar la orden de examen de laboratorio de un paciente, la pantalla es la siguiente:

Todos
 Hospitalizados

Nombre:

NOMBRE:

DUCTOR:
 PRIORIDAD:

CI QUÍMICA HEMÁTICA	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
PRUEBA DE COAGULACION	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
QUÍMICA SANGUIÍNEA	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
PRUEBAS HEPÁTICAS	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
ENZIMAS	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
PRUEBAS RUMÁTICAS	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
REACCIONES SEROLÓGICAS	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
URINA	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
HECES FECALES	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
SECRECIONES Y EXUDADOS	<input type="button" value="Ver Parametros"/>
SECRETACIONES NASALES	<input type="button" value="Ver Parametros"/>

Otros Exámenes

Figura 4-13: Pantalla de Orden de Examen de Laboratorio

El doctor debe buscar los datos del paciente por nombre o por cédula y por tipo (todos o hospitalizados). Posterior a esto se debe seleccionar al médico que está realizando el pedido y se debe escoger la prioridad del examen.

Para especificar todos exámenes requeridos el sistema presenta una clasificación en la cual se escogen los parámetros del pedido; si el examen requerido no se encuentra en la lista se puede agregar en otros.

Finalmente dar clic en el botón Guardar Pedido .

4.2.5. Cirugías

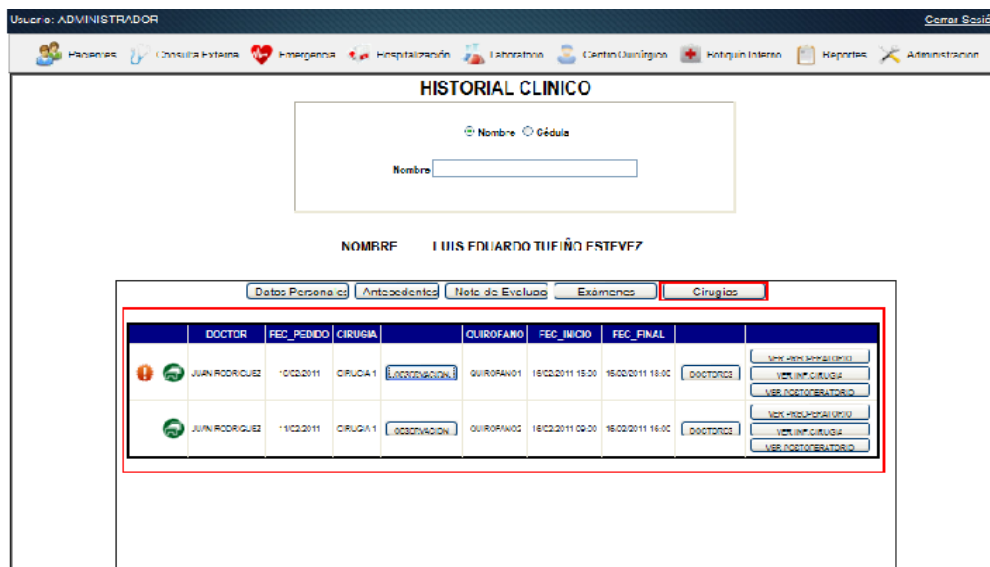
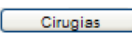


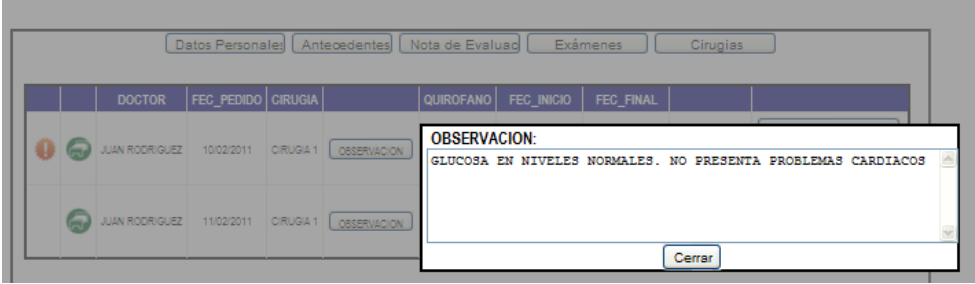
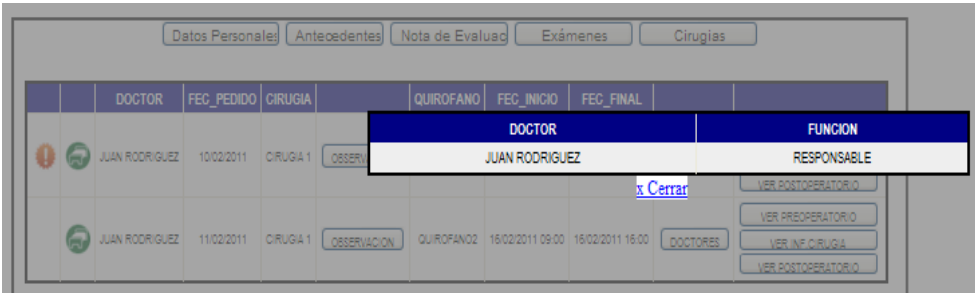
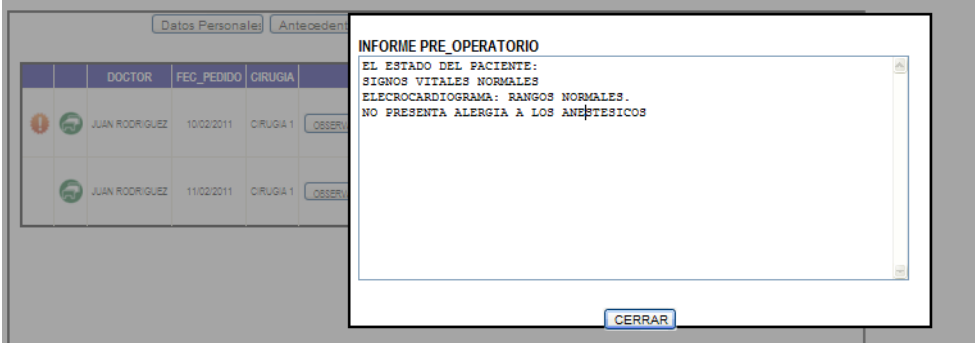
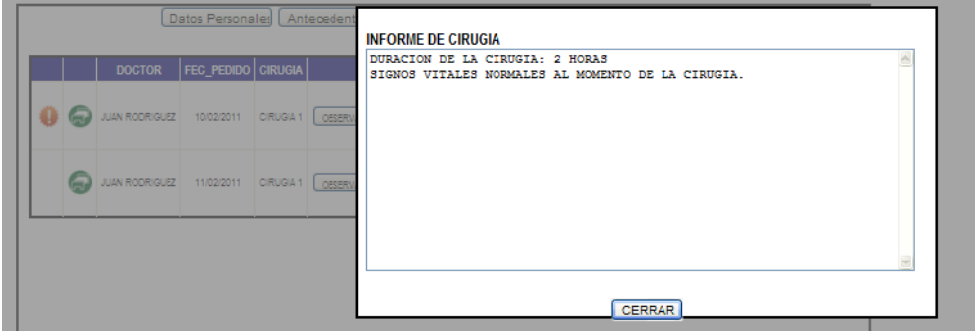


Figura 4-14: Pantalla Historial Clínico – Cirugías

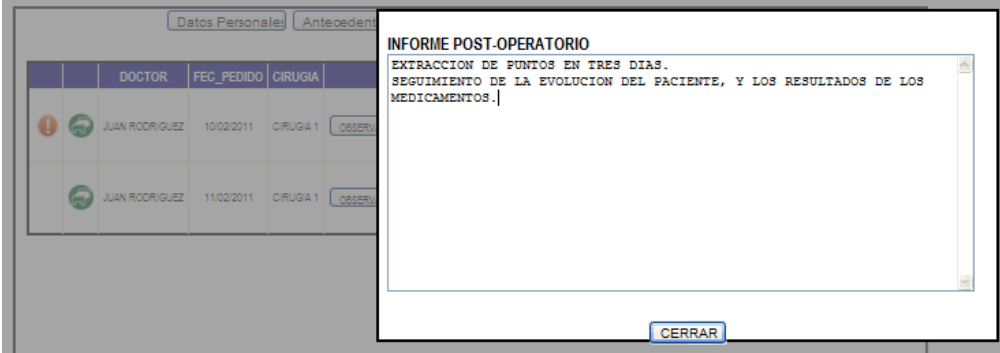
En el historial clínico al dar clic en el botón Cirugías , el Sistema detallará la información perteneciente a cada una de las cirugías que el paciente se haya realizado en la clínica, en la siguiente tabla se detalla cada uno de los campos de la lista.



Motivo	Descripción
Tipo de Cirugía	 El símbolo representa que es una cirugía de emergencia.
Símbolo de Cirugía	 Gráfica que representa cirugía
Doctor	Nombre del doctor o médico responsable de la cirugía
Fec_Pedido	Fecha en la que se realizó la orden de cirugía
Cirugía	Tipo de cirugía realizada
Observación	Observaciones importantes de la cirugía

	
Quirófano	Especificación del quirófano en el que se realizó la cirugía
Fec_Inicio	Fecha y hora de inicio de la cirugía
Fec_Final	Fecha y hora final de la cirugía
Doctores	<p>Se especifica todos los médicos que intervinieron en la cirugía y la función que desempeñaron.</p> 
Ver Preoperatorio	<p>Detalle del informe preoperatorio de la cirugía.</p> 
Ver Inf. Cirugía	<p>Detalle del informe de la cirugía.</p> 

Ver Posoperatorio

Detalle del informe pos-operatorio de la cirugía.



	DOCTOR	FEC_PEDIDO	CIRUGIA	
	JUAN RODRIGUEZ	10/02/2011	CIRUGIA 1	OSSEV...
	JUAN RODRIGUEZ	11/02/2011	CIRUGIA 1	OSSEV...

INFORME POST-OPERATORIO

EXTRACCION DE PUNTOS EN TRES DIAS.
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE, Y LOS RESULTADOS DE LOS MEDICAMENTOS.]

CERRAR

Tabla 4-2: Detalle de Información de Cirugías en Historial Clínico

5. GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA

Permite gestionar el proceso de consulta externa de la clínica, a través, de las siguientes opciones dispuestas en el módulo:

- Buscar Cita Médica
- Crear Cita Médica
- Signos Vitales
- Nota de Evaluación

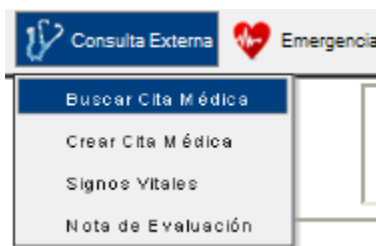


Figura 5-1: Menú de Consulta Externa

5.1. Buscar Cita Médica

Permite visualizar las citas médicas programas por varios filtros de búsqueda como son por paciente, por médico y fecha. El sistema muestra citas médicas pendientes o confirmadas.

Figura 5-2: Pantalla Buscar Cita Médica

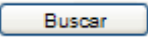
El botón  permite al usuario consultar la información de las citas médicas de acuerdo a los filtros ingresados.

Figura 5-3: Buscar Cita Médica

Las citas médicas pueden ser consultas a través de los siguientes filtros detallados en la tabla

Filtro	Descripción
<i>Tipo de búsqueda</i>	Puede ser por paciente o por médico <input type="radio"/> Por Paciente <input checked="" type="radio"/> Por Médico
<i>Detalle</i>	De acuerdo al tipo escogido el usuario debe ingresar el nombre del paciente o seleccionar el nombre del médico. Doctor <input type="text" value="JUAN RODRIGUEZ"/> Nombre de Paciente <input type="text" value="LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ"/>
<i>Tipo de Cita</i>	El sistema permite consultas las citas pendientes o confirmadas <input checked="" type="radio"/> Pendientes <input type="radio"/> Confirmados
<i>Fecha</i>	Seleccionar la fecha que se desea consultar, el usuario puede hacer clic en el calendario desplegado por el sistema

Tabla 5-1: Filtros de Búsqueda de Cita Médica

Dar clic en el botón Buscar y el sistema presentará la información de la siguiente manera

	PACIENTE	DOCTOR	ESPECIALIDAD	FECHA CITA	HORA CITA
<input type="button" value="Ver"/>	LUIS EDUARDO TUFÑO ESTEVEZ	PEDRO GOMEZ	TRAUMATOLOGIA	19/09/2011 0:00:00	21:00:00

Figura 5-4: Resultado de Consulta de Citas

El sistema presenta la información de la consulta de citas en una tabla con los siguientes campos




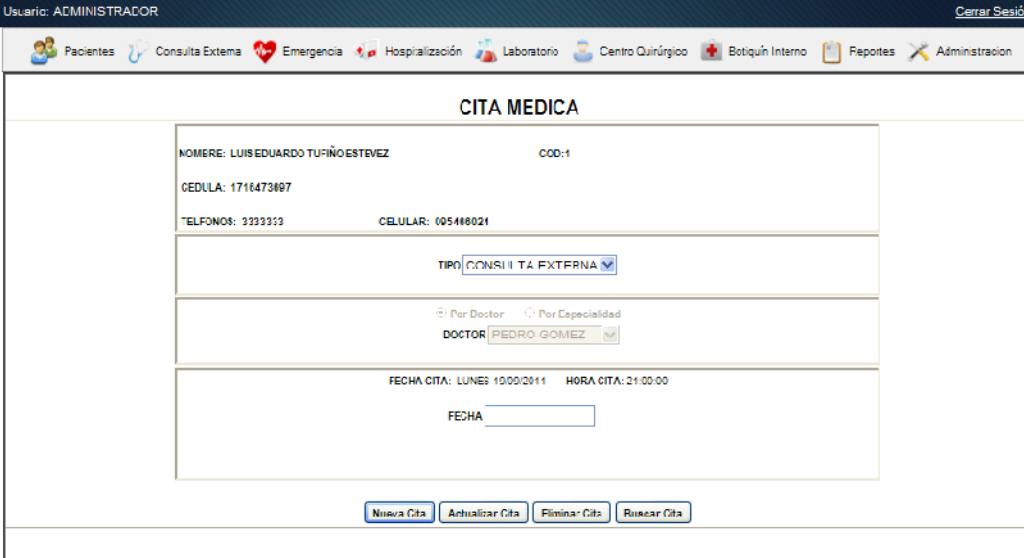
Campo	Descripción
<i>Ver</i>	Permite ver  el detalle de la cita médica.
<i>Detalle</i>	El botón  permite confirmar la cita médica.
<i>Paciente</i>	Se especifica el nombre del paciente
<i>Especialidad</i>	Nombre de la especialidad a la que pertenece la cita
<i>Fecha Cita</i>	Fecha de la cita médica
<i>Hora Cita</i>	Hora de la cita médica

Tabla 5-2: Filtros de Búsqueda de Cita Médica

5.1.1. Ver Detalle de la Cita Médica

Al dar clic en el botón Ver  de la tabla de las citas médicas permite visualizar toda la información de la cita médica de la siguiente manera



Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

[Pacientes](#)
[Consulta Externa](#)
[Emergencia](#)
[Hospitalización](#)
[Laboratorio](#)
[Centro Quirúrgico](#)
[Botiquín Interno](#)
[Reportes](#)
[Administración](#)

CITA MEDICA

NOMBRE: LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ COD: 1
 CEDULA: 1716473897
 TELFONOS: 3333333 CELULAR: 095468021

TIPO: CONSULTA EXTERNA

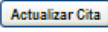
Por Doctor Por Especialidad
 DOCTOR: PEDRO GOMEZ

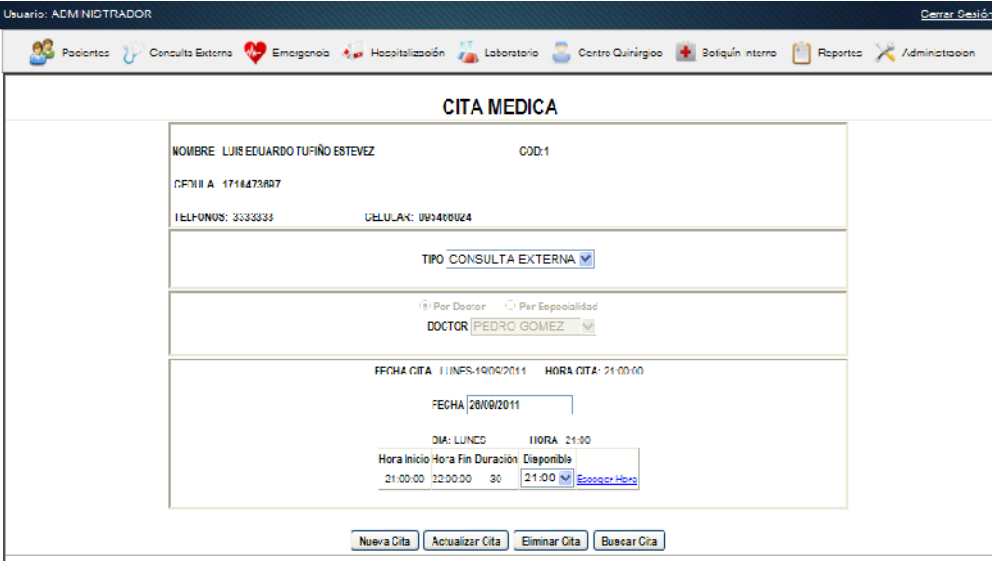
FECHA CITA: LUNES 19/09/2011 HORA CITA: 21:00:00

FECHA:

[Nueva Cita](#)
[Actualizar Cita](#)
[Eliminar Cita](#)
[Buscar Cita](#)

Figura 5-5: Detalle de una Cita Médica

El botón Actualizar Cita  permite realizar cambios en la fecha de la cita médica



Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

[Pacientes](#)
[Consulta Externa](#)
[Emergencia](#)
[Hospitalización](#)
[Laboratorio](#)
[Centro Quirúrgico](#)
[Botiquín interno](#)
[Reportes](#)
[Administración](#)

CITA MEDICA

NOMBRE: LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ COD: 1
 CEDULA: 1716473897
 TELFONOS: 3333333 CELULAR: 095468021

TIPO: CONSULTA EXTERNA

Por Doctor Por Especialidad
 DOCTOR: PEDRO GOMEZ

FECHA CITA: LUNES 19/09/2011 HORA CITA: 21:00:00

FECHA: 28/09/2011

DIA: LUNES HORA: 21:00

Hora Inicio	Hora Fin	Duración	Disponibles
21:00:00	22:00:00	30	21:00 Reservar Aquí

[Nueva Cita](#)
[Actualizar Cita](#)
[Eliminar Cita](#)
[Buscar Cita](#)

Figura 5-6: Actualizar Datos de Cita Médica

El sistema presenta una pantalla de confirmación antes de realizar la actualización de la cita médica

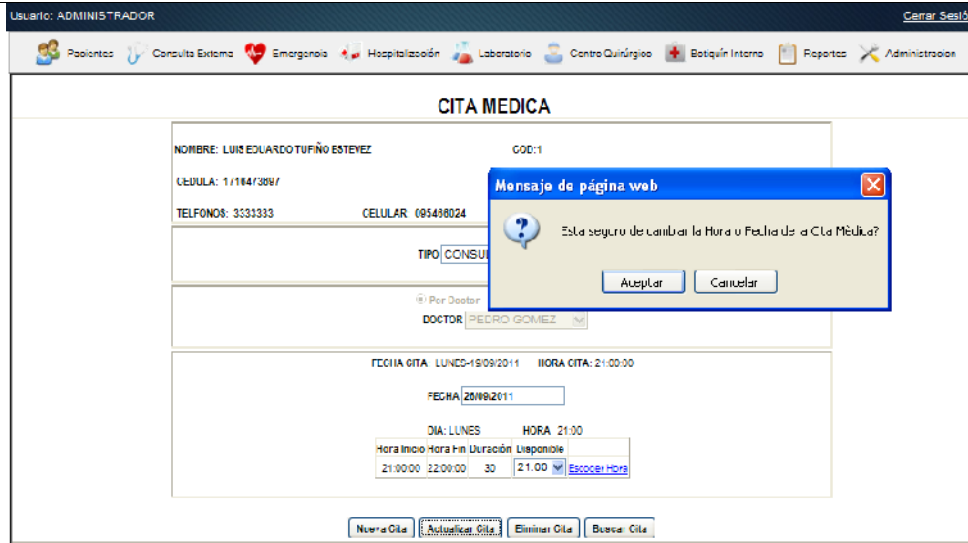


Figura 5-7: Ventana de Confirmación Actualización de Cita

Dar clic en el botón Aceptar para guardar los cambios de la cita médica y el sistema presenta la siguiente ventana informativa.

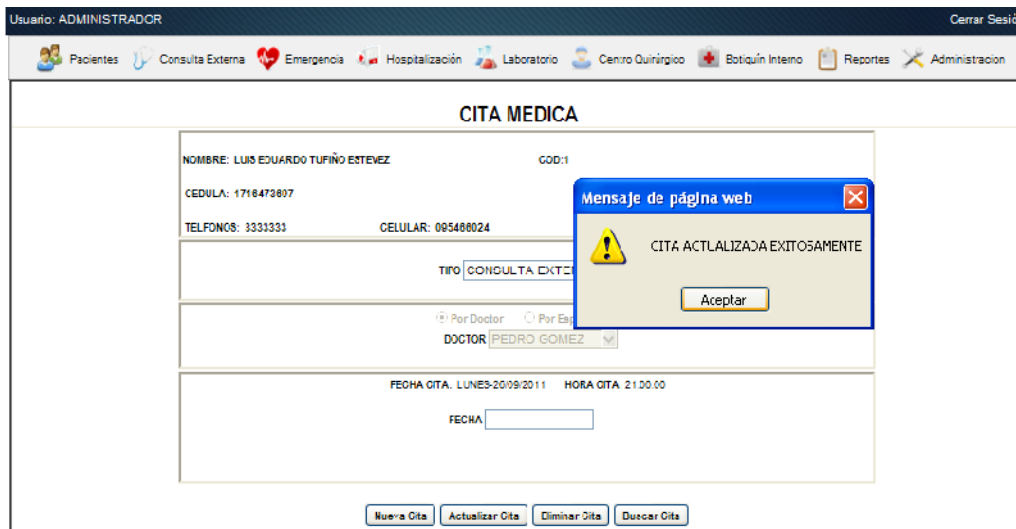
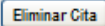
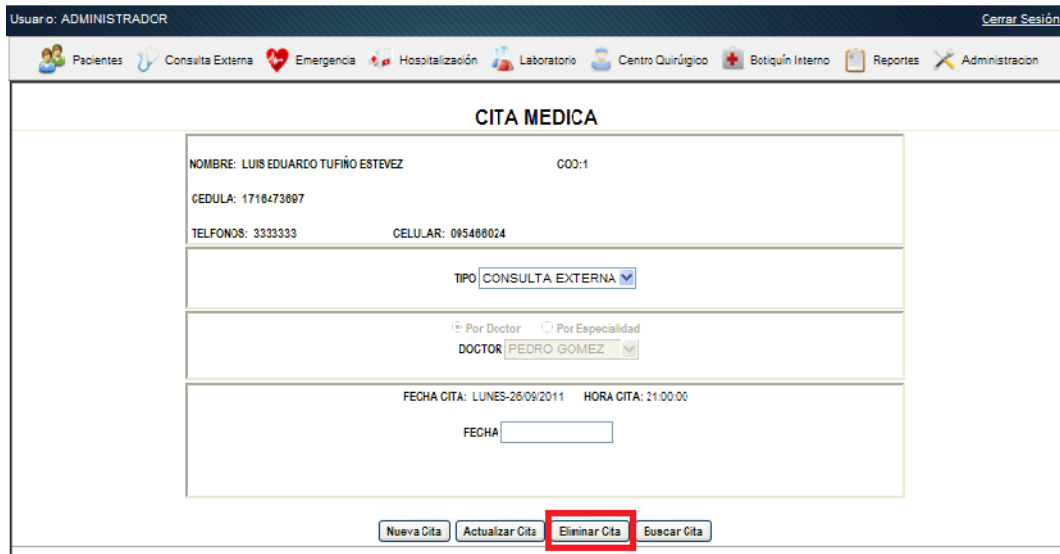


Figura 5-8: Ventana Informativa de Éxito

Para eliminar una cita médica se debe dar clic en el botón Eliminar Cita  de la Pantalla Buscar Cita Médica → Ver Detalle de la Cita Médica. La cita solo puede ser eliminada en estado pendiente.



Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

Pacientes Consulta Externa Emergencia Hospitalización Laboratorio Centro Quirúrgico Botiquín Interno Reportes Administración

CITA MEDICA

NOMBRE: LUIS EDUARDO TUFÑO ESTEVEZ COD:1
CEDULA: 1718473897
TELFONOS: 3333333 CELULAR: 095486024

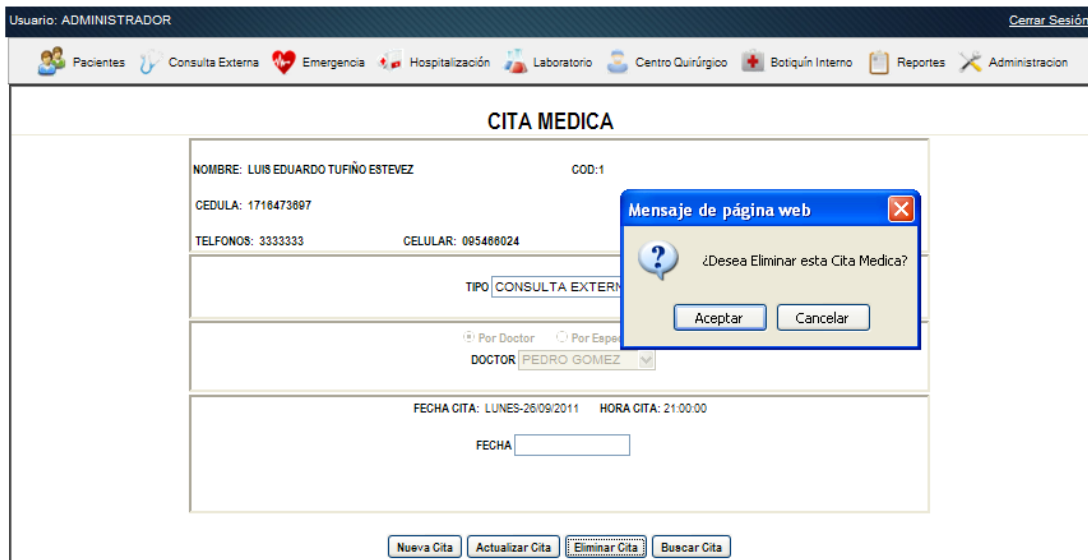
TIPO: CONSULTA EXTERNA

Por Doctor Por Especialidad
DOCTOR: PEDRO GOMEZ

FECHA CITA: LUNES-26/09/2011 HORA CITA: 21:00:00
FECHA:

Figura 5-9: Pantalla Eliminar Cita

Al dar clic en el botón Eliminar Cita el sistema presenta la siguiente ventana de confirmación



Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

Pacientes Consulta Externa Emergencia Hospitalización Laboratorio Centro Quirúrgico Botiquín Interno Reportes Administración

CITA MEDICA

NOMBRE: LUIS EDUARDO TUFÑO ESTEVEZ COD:1
CEDULA: 1718473897
TELFONOS: 3333333 CELULAR: 095486024

TIPO: CONSULTA EXTERNA

Por Doctor Por Espe
DOCTOR: PEDRO GOMEZ

FECHA CITA: LUNES-26/09/2011 HORA CITA: 21:00:00
FECHA:

Mensaje de página web ✖

? ¿Desea Eliminar esta Cita Medica?

Figura 5-10: Confirmación de Eliminación de Cita Médica

Posteriormente, se debe dar clic en el botón Aceptar y el sistema presenta una ventana informativa de éxito.

5.1.2. Confirmar Cita Médica

El paciente debe pagar el costo de la cita y el código de la factura es usado como confirmación de la cita médica, para acceder a dicho proceso en el sistema ir a Buscar Cita Médica → Buscar → Confirmar.

Usuario: ADMINISTRADOR

Países Consulta Externa Emergencia Hospitalización Laboratorio Centro Quirúrgico Botiquín Interno Reportes Administración

CONSULTA DE CITAS

Por Paciente Por Médico

Nombre de Paciente
LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ

Pendientes Confirmados

Fecha: 19/09/2011

Nuevo Buscar

	PACIENTE	MÉDICO	ESPECIALIDAD	FECHA CITA	HORA CITA
<input type="button" value="Nuevo"/>	<input type="button" value="Confirmar"/>	LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ	PEDRO GOMEZ	TRAUMATOLOGIA	19/09/2011 9:00:00 21:00:00

Figura 5-11: Confirmar Cita Médica

El sistema solicita el ingreso del código de factura antes de confirmar la cita

Nombre de Paciente
LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ

Pendientes Confirmados

Fecha: 26/09/2011

Nuevo Buscar

Ingrese Número de Factura

PACIENTE	DOCTOR	ESPECIALIDAD	FECHA CITA	HORA CITA

Figura 5-12: Registro de Número de Factura

Dar clic en el botón Confirmar y el sistema presenta la siguiente pantalla de confirmación junto al turno designado a la cita médica.

Mensaje de página web

Cita Médica Confirmada Exitosamente. SU TURNO ES EL NUMERO: 1

Figura 5-13: Ventana de Éxito Confirmación de Cita Médica

5.2. Crear Cita Médica

Para crear una cita médica es necesario que el paciente tenga creado el expediente clínico. Al dar clic en esta opción el sistema presenta la siguiente pantalla.

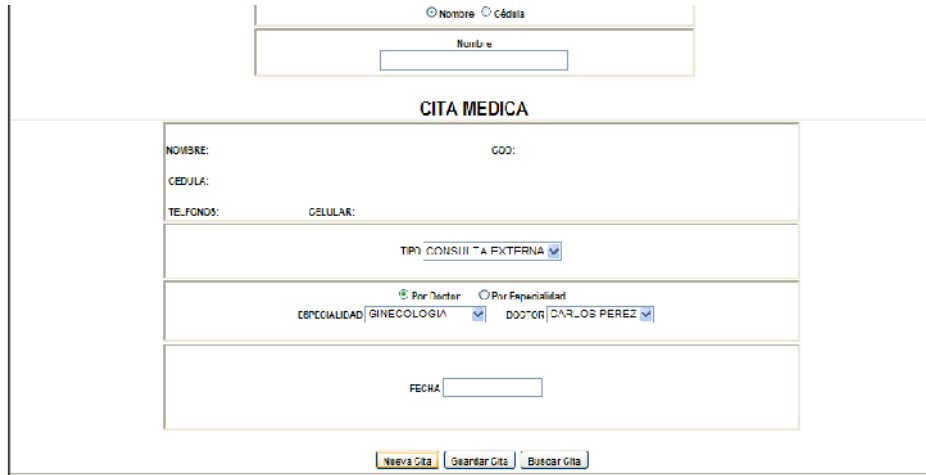


Figura 5-14: Pantalla de Creación de Cita Médica

Se debe buscar al paciente por nombre o por cédula, al seleccionar al paciente sus datos personales son mostrados en la cita médica como lo indica la siguiente figura:

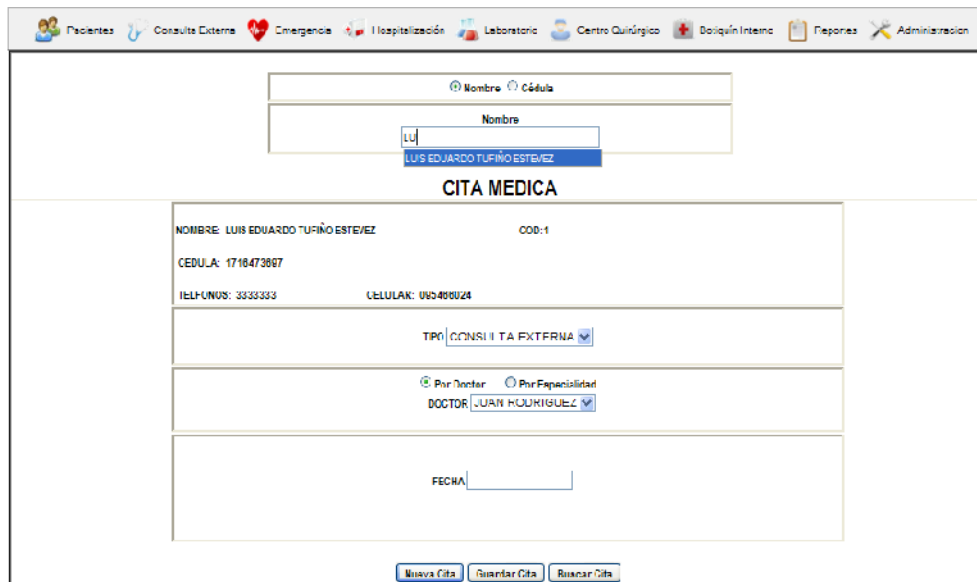


Figura 5-15: Pantalla de Búsqueda de Paciente en Creación Cita Médica

Los datos que deben ser llenados para la creación de la Cita Médica se especifican en la siguiente tabla.

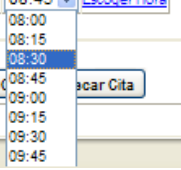
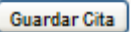
Campo	Descripción								
<i>Tipo</i>	Es el tipo de cita médica puede ser para consulta externa o emergencia. TIPO <input type="text" value="CONSULTA EXTERNA"/>								
<i>Médico</i>	Se debe seleccionar el médico se puede hacer una búsqueda por nombre o por especialidad. <input checked="" type="radio"/> Por Doctor <input type="radio"/> Por Especialidad DOCTOR <input type="text" value="JUAN RODRIGUEZ"/> <input type="radio"/> Por Doctor <input checked="" type="radio"/> Por Especialidad ESPECIALIDAD <input type="text" value="GINECOLOGIA"/> DOCTOR <input type="text" value="CARLOS PEREZ"/>								
<i>Fecha</i>	Seleccionar la fecha de la cita médica. El sistema permitirá escoger solo las fechas disponibles en el horario de atención del médico. 								
<i>Hora</i>	Se debe seleccionar la hora en se desea la cita médica. El sistema presenta solo los horarios establecidos para la atención del médico. Dar clic en Escoger Hora. FECHA <input type="text" value="20/09/2011"/> DIA: MARTES HORA 08:45 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora Inicio</th> <th>Hora Fin</th> <th>Duración</th> <th>Disponibles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>08:00:00</td> <td>10:00:00</td> <td>15</td> <td>08:45 <input type="text" value="Escoger Hora"/></td> </tr> </tbody> </table> <input type="button" value="Nueva Cita"/> <input type="button" value="Guardar"/> <input type="button" value="Cancelar Cita"/> 	Hora Inicio	Hora Fin	Duración	Disponibles	08:00:00	10:00:00	15	08:45 <input type="text" value="Escoger Hora"/>
Hora Inicio	Hora Fin	Duración	Disponibles						
08:00:00	10:00:00	15	08:45 <input type="text" value="Escoger Hora"/>						

Tabla 5-3: Campos de Creación Cita Médica

Dar clic en el botón Guardar Cita  y el sistema le presenta una pantalla de confirmación.

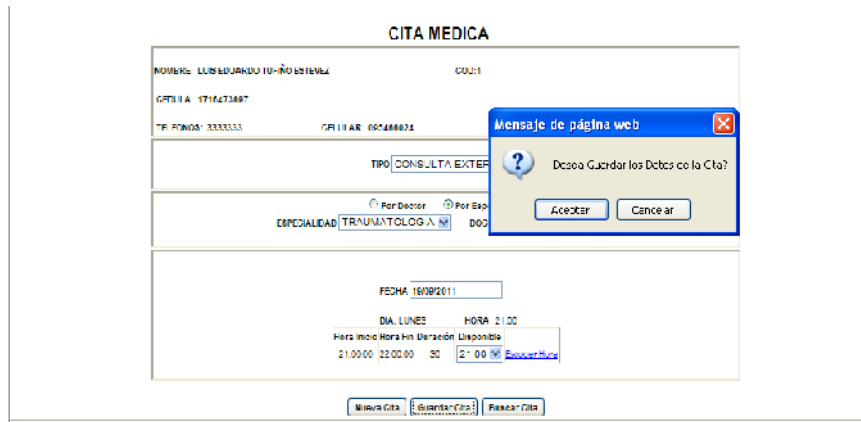


Figura 5-16: Pantalla de Confirmación en Creación Cita Médica

Dar clic en el botón Aceptar  y el sistema presentará una ventana informativa de éxito.

5.3. Signos Vitales

La siguiente pantalla permite al usuario ingresar los datos de la pre-consulta del paciente.

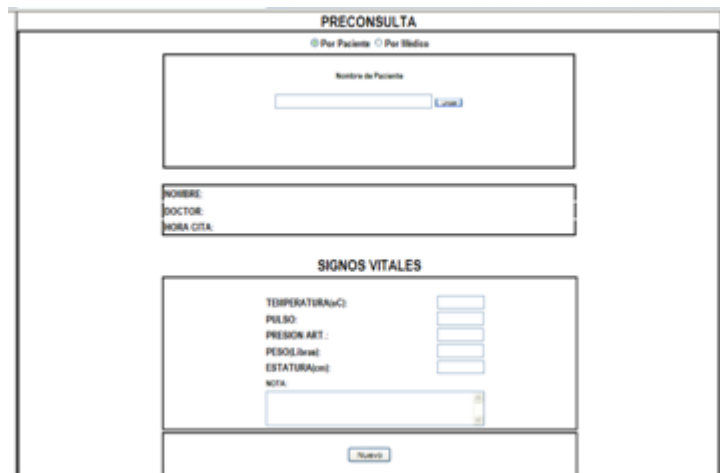


Figura 5-17: Pantalla Signos Vitales

Para ingresar los datos de la pre-consulta se debe realizar la búsqueda de la cita médica es por paciente o por médico como se muestra en la siguiente figura.

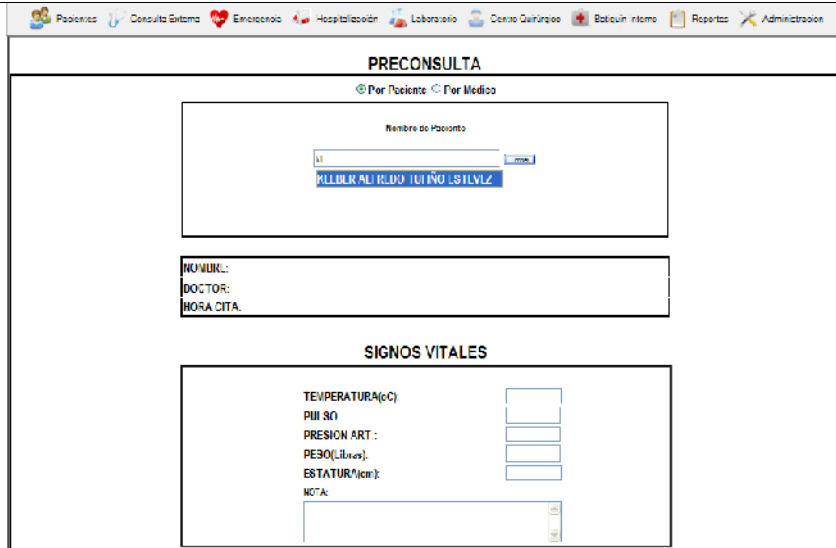


Figura 5-18: Pantalla de Búsqueda de Cita en Pre-consulta

Al escoger al paciente o al médico, el sistema muestra las citas disponibles para ese día de la siguiente manera.

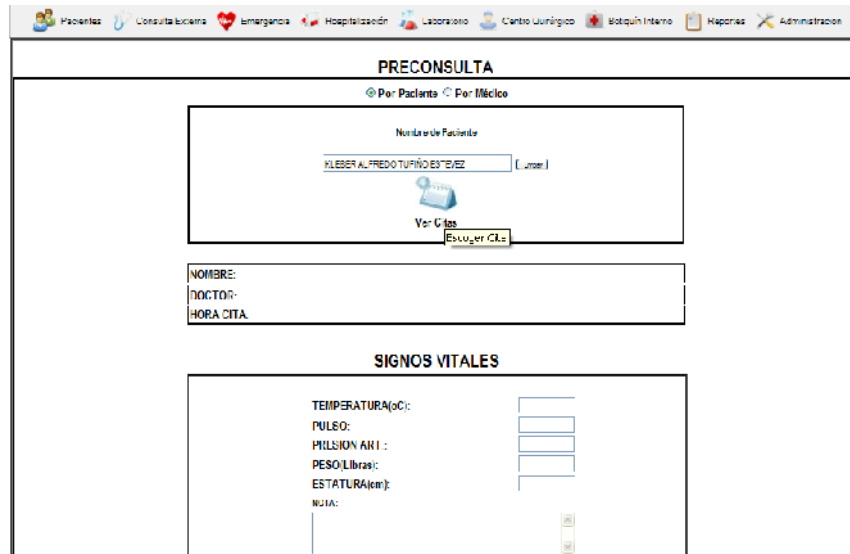



Figura 5-19: Pantalla Resultado de Búsqueda Pre-consulta

Dar clic en el botón  el sistema muestra las citas disponibles en una tabla como lo indica la figura.

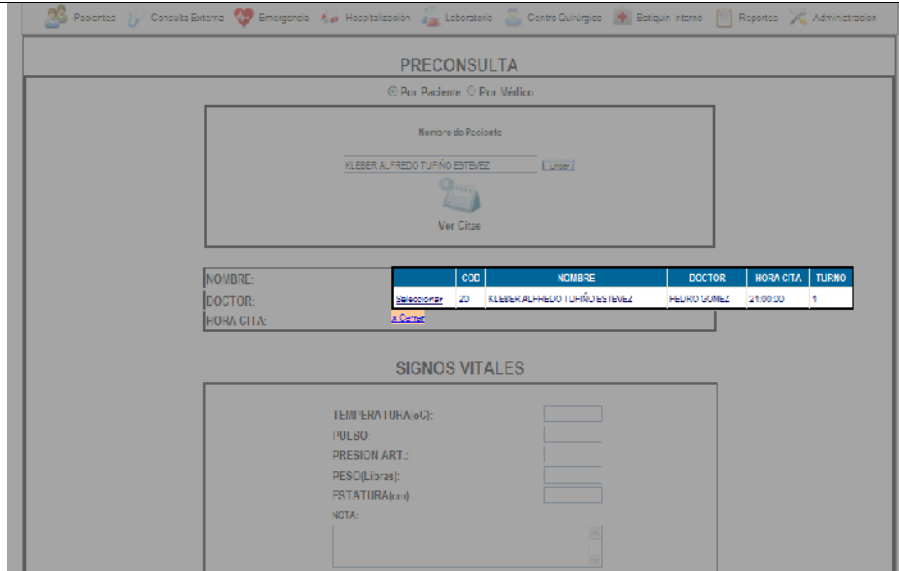


Figura 5-20: Pantalla Citas Disponibles en Pre-consulta

Dar clic en Seleccionar e ingresar los datos de la pre-consulta en la pantalla como lo muestra la siguiente figura:

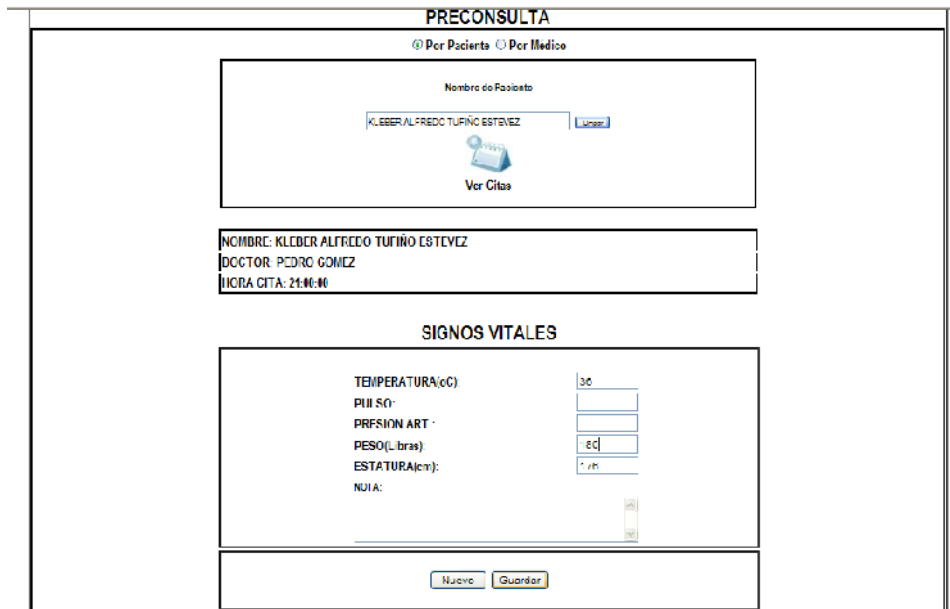



Figura 5-21: Pantalla de Ingreso de Pre-consulta

Dar clic en el botón Guardar  y el sistema emite la siguiente ventana de éxito.



The screenshot shows a web application interface titled "PRECONSULTA". At the top, there are radio buttons for "Por Paciente" (selected) and "Por Médico". Below this is a search box for "Nombre de Paciente" containing the text "KLEBER ALFREDO TUFÑO ESTEVEZ" and a "Buscar" button. A "Ver Citas" button is positioned below the search box. A summary box displays the patient's name, the doctor's name "DOCTOR: PEDRO GOMEZ", and the appointment time "HORA CITA: 21:00:00". The "SIGNOS VITALES" section includes input fields for "TEMPERATURA (°C)", "PULSO:", "PRESION ART.", "PESO (Libras)", "ESTATURA (cm)", and "INGTA:". A "Guardar" button is located at the bottom of the form. A modal dialog box titled "Mensaje de página web" is overlaid on the screen, featuring a yellow warning icon and the text "DATOS GUARDADOS CON ÉXITO", with a "Aceptar" button.

Figura 5-22: Pantalla de Informativa de Éxito

5.4. Nota de Evaluación

El médico para agregar una nota de evaluación debe seleccionar Consulta Externa → Nota de Evaluación, al dar clic en esta opción el sistema permitirá mostrar todas las citas médicas confirmadas que debe atender el médico para el día en curso.



Figura 5-23: Pantalla de Nota de Evaluación

Se debe dar clic en el botón Citas Médicas y se presentarán las citas médicas en la pantalla de la siguiente manera:

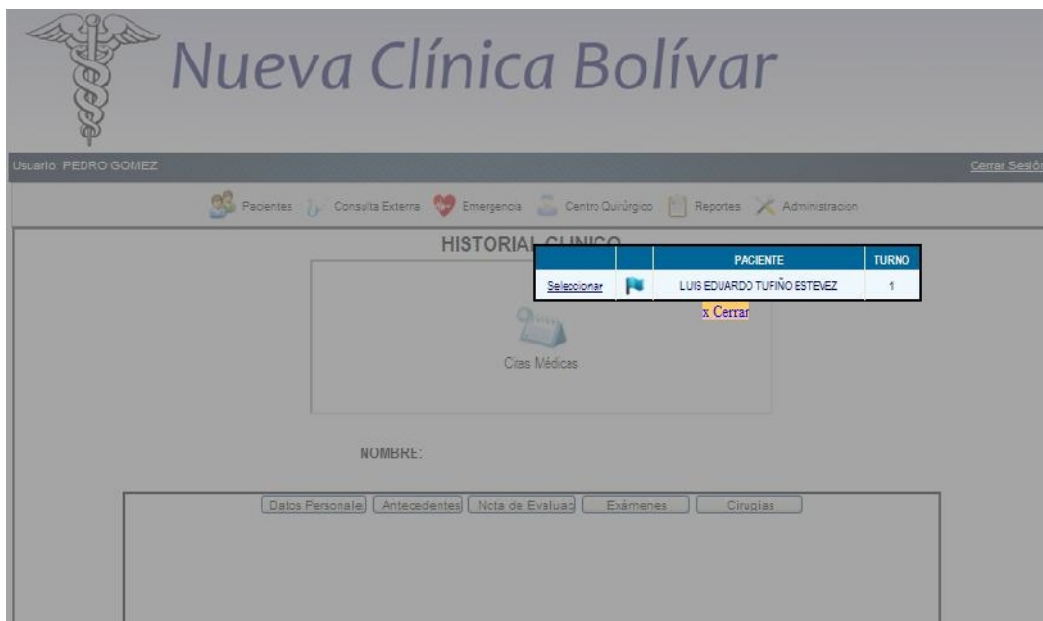



Figura 5-24: Pantalla Listado Citas Médicas

La tabla mostrada por el sistema detalla los siguientes campos:

Campo	Descripción
Seleccionar	Permite seleccionar la cita médica y mostrar toda la información del historial clínico
Paciente	Nombre del Paciente
Turno	Número de turno de la cita médica

Tabla 5-4: Campos de Creación Cita Médica

Dar clic en Seleccionar  para ver el detalle del historial clínico del paciente.

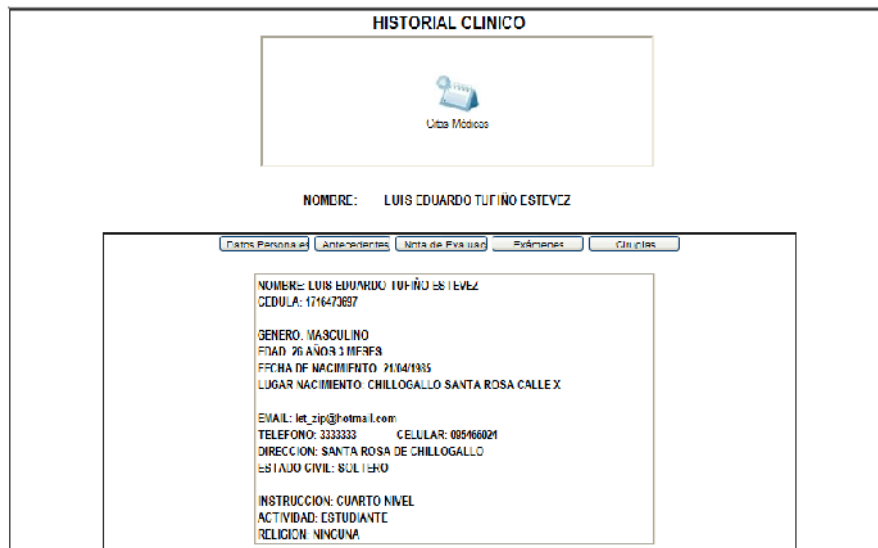
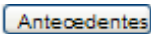


Figura 5-25: Pantalla Historial Clínico

En el historial clínico del paciente el médico podrá tener acceso a los datos personales, antecedentes, nota de evaluación, exámenes y cirugías del paciente.

5.4.1. Antecedentes

Dar clic en Antecedentes  permite visualizar y añadir antecedentes personales [Agregar Antecedentes Personales](#) o familiar [Agregar Antecedentes Familiares](#) es al historial clínico del paciente.

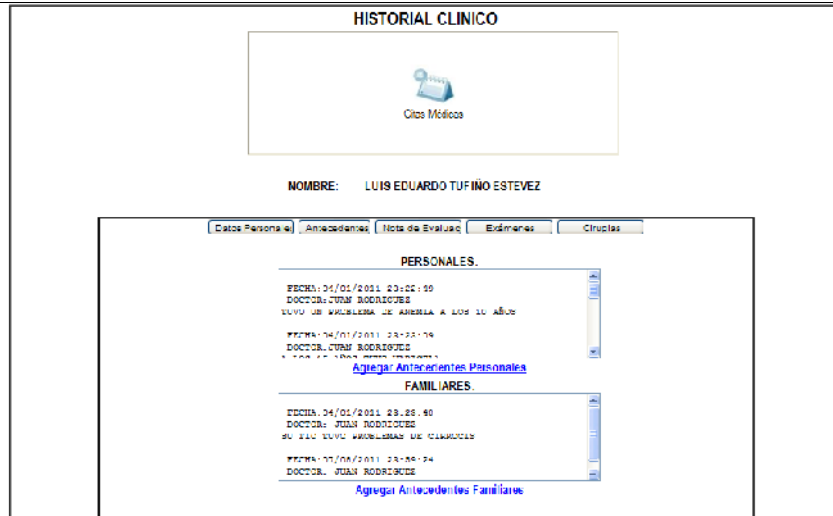
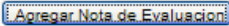


Figura 5-26: Pantalla Historial Clínico - Antecedentes

5.4.2. Nota de Evaluación

Al dar clic en Nota de Evaluación el médico puede visualizar todas las notas de evaluación creadas anteriormente y puede añadir una a través del botón Agregar Nota de Evaluación .

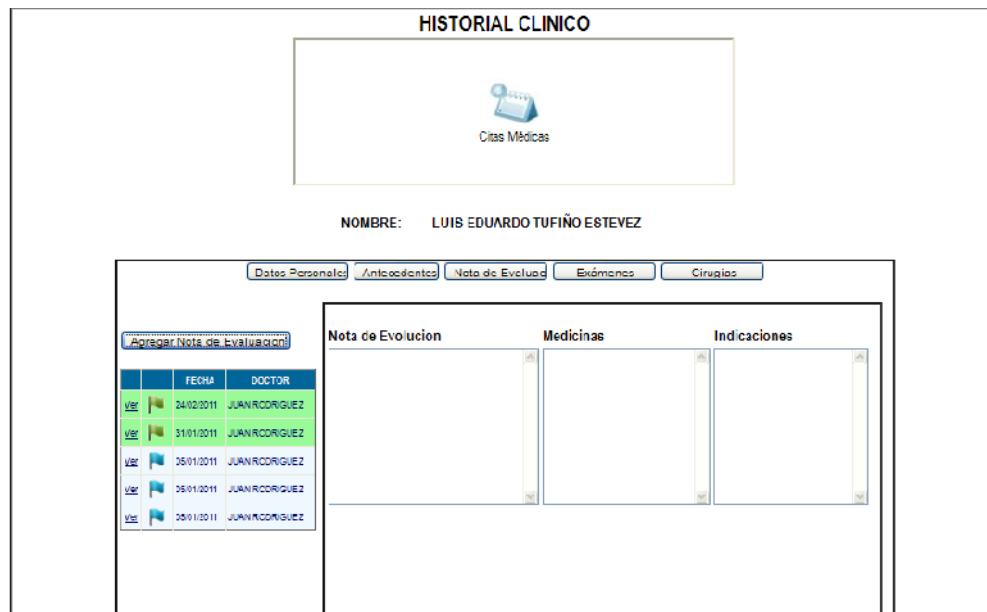


Figura 5-27: Pantalla Historial Clínico – Nota de Evaluación

Al agregar una nota de evaluación se presentará la siguiente pantalla

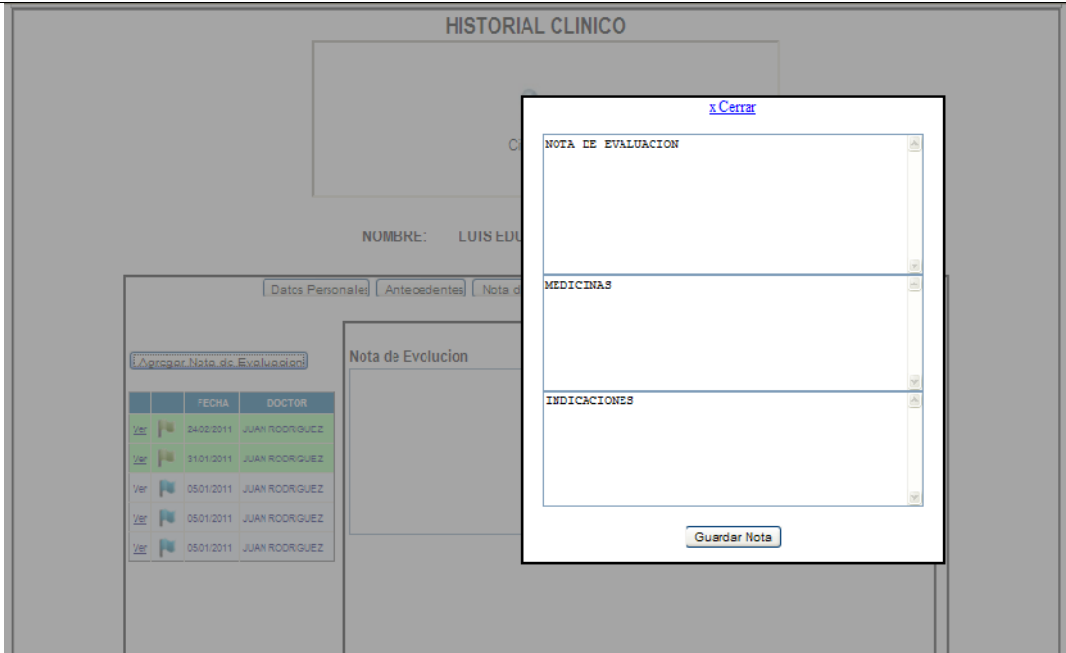


Figura 5-28: Pantalla Historial Clínico – Agregar Nota de Evaluación


En esta pantalla el médico deberá ingresar toda la información referente a la nota de evaluación, las medicinas e indicaciones correspondientes a la cita médica y dar clic en el botón Guardar Nota , y el sistema después de agregar la nota de evaluación presenta el siguiente mensaje informativo.



Figura 5-29: Pantalla Historial Clínico – Guardar Nota de Evaluación

Después de crear la nota de evaluación el sistema pondrá al lado izquierdo las notas de evaluación creadas, como se indica en la figura y dando clic en una de las notas de evaluación de la lista al lado derecho se presenta la información detallada de la cita.

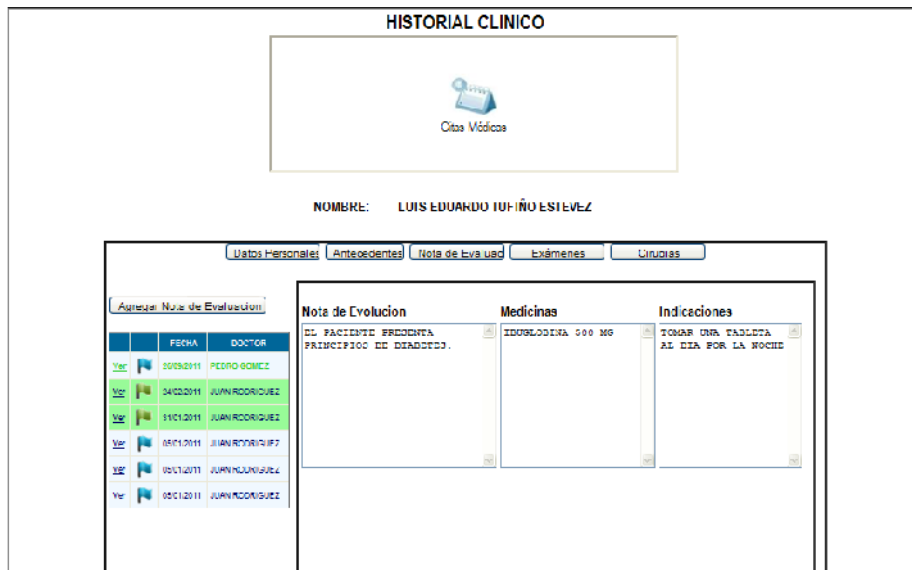


Figura 5-30: Pantalla Historial Clínico – Detalle Nota de Evaluación

5.4.3. Exámenes

Permite registrar la orden de examen de laboratorio de un paciente, la pantalla es la siguiente:

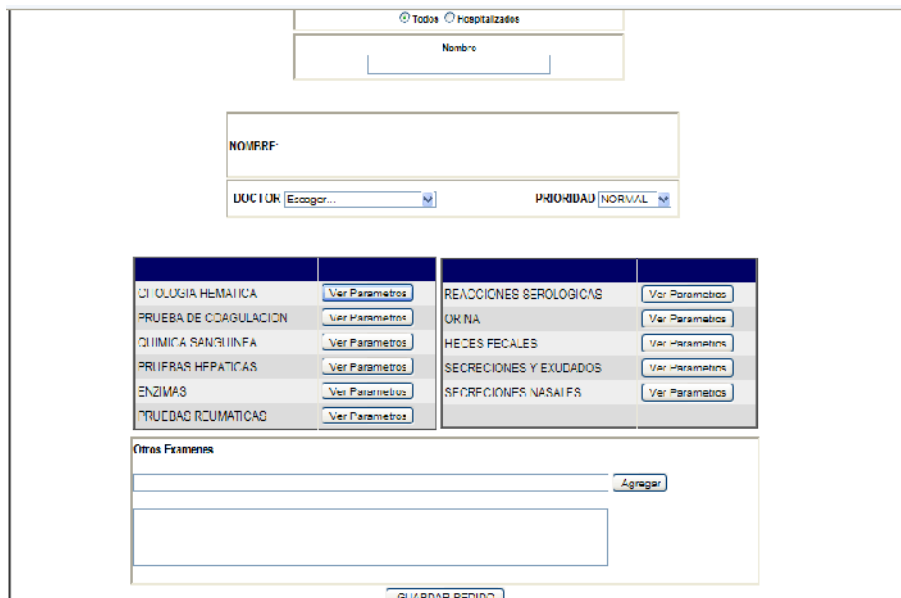
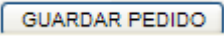


Figura 5-31: Pantalla de Orden de Examen de Laboratorio

El doctor debe buscar los datos del paciente por nombre o por cédula y por tipo (todos o hospitalizados). Posterior a esto se debe seleccionar al médico que está realizando el pedido y se debe escoger la prioridad del examen.

Para especificar todos exámenes requeridos el sistema presenta una clasificación en la cual se escogen los parámetros del pedido; si el examen requerido no se encuentra en la lista se puede agregar en otros.

Finalmente dar clic en el botón Guardar Pedido .

5.4.4. Cirugías

El médico puede visualizar toda la información de las cirugías que se ha realizado el paciente a través de la siguiente pantalla. Ver más detalles en el literal 3.1.5 [Cirugía](#).

HISTORIAL CLINICO


 Citas Médicas

NOMBRE: LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ

Datos Personales |
 Antecedentes |
 Nota de Evaluación |
 Exámenes |
 Cirugías

	DOCTOR	FFC_PFINIO	CIRUGIA	QUIROFANO	FFC_INICIO	FFC_FINAL			
!	 JUAN RODRIGUEZ	10/02/2011	APENDICITIS	OBSERVACION	QUIROFANO1	16/02/2011 16:00	16/02/2011 16:00	DOCTORES	<div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">VER PEDORATORIO</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">VER LINE CIRUGIA</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">VER HORTOMERATORIO</div>
	 JUAN RODRIGUEZ	11/02/2011	APENDICITIS	OBSERVACION	QUIROFANO2	16/02/2011 09:00	16/02/2011 16:00	DOCTORES	<div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">VER PEDORATORIO</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">VER LINE CIRUGIA</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">VER HORTOMERATORIO</div>

Figura 5-32: Pantalla Historial Clínico – Cirugías

6. GESTIÓN DE EMERGENCIA

El módulo de Gestión de Emergencia permite al usuario del sistema registrar y visualizar citas médicas, información de pre-consulta, historial clínico y formularios de emergencia.

El Sistema permite gestionar dicho módulo, a través, de las siguientes opciones:

- Buscar Cita Médica
- Crear Cita de Emergencia
- Signos Vitales
- Nota de Evaluación
- Registro de Emergencia

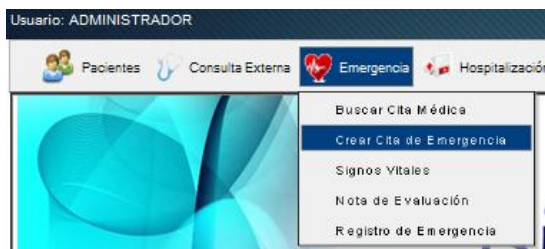


Figura 6-1: Pantalla de Menú Módulo de Emergencia

6.1. Crear Cita de Emergencia

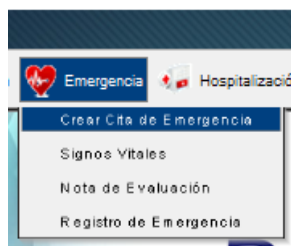


Figura 6-2: Pantalla de Menú Emergencia – Crear Cita de Emergencia

Para crear una cita médica de emergencia es necesario que el paciente tenga creado el expediente clínico. Al dar clic en esta opción el sistema presenta la siguiente pantalla.

Figura 6-3: Pantalla de Creación de Cita Médica Emergencia

Se debe buscar al paciente por nombre o por cédula, al seleccionar al paciente sus datos personales son mostrados en la cita médica como lo indica la siguiente figura:

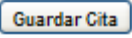
Figura 6-4: Pantalla de Búsqueda de Paciente en Creación Cita Médica Emergencia

Los datos que deben ser llenados para la creación de la Cita Médica se especifican en la siguiente tabla.

Campo	Descripción
<i>Tipo</i>	Es el tipo de cita médica puede ser para consulta externa o emergencia . TIPO EMERGENCIA

Campo	Descripción
	<p>Para la creación de cita por emergencia escoger Emergencia.</p>
Médico	<p>Se debe seleccionar el médico se puede hacer una búsqueda por nombre o por especialidad.</p> <p> <input checked="" type="radio"/> Por Doctor <input type="radio"/> Por Especialidad DOCTOR <input type="text" value="JUAN RODRIGUEZ"/> </p> <p> <input type="radio"/> Por Doctor <input checked="" type="radio"/> Por Especialidad ESPECIALIDAD <input type="text" value="GINECOLOGIA"/> DOCTOR <input type="text" value="CARLOS PEREZ"/> </p>
Fecha	<p>Seleccionar la fecha de la cita médica. El sistema permitirá escoger solo las fechas disponibles en el horario de atención del médico.</p> 
Hora	<p>Se debe seleccionar la hora en se desea la cita médica. El sistema presenta solo los horarios establecidos para la atención del médico. Dar clic en Escoger Hora.</p> 

Tabla 6-1: Campos de Creación Cita Médica Emergencia

Dar clic en el botón Guardar Cita  y el sistema le presenta una pantalla de confirmación.





Figura 6-5: Pantalla de Confirmación en Creación Cita Médica Emergencia

Dar clic en el botón Aceptar  y el sistema presentará una ventana informativa de éxito.

6.2 Buscar Cita Médica

Permite visualizar las citas médicas programas por varios filtros de búsqueda como son por paciente, por médico y fecha. El sistema muestra citas médicas pendientes o confirmadas.

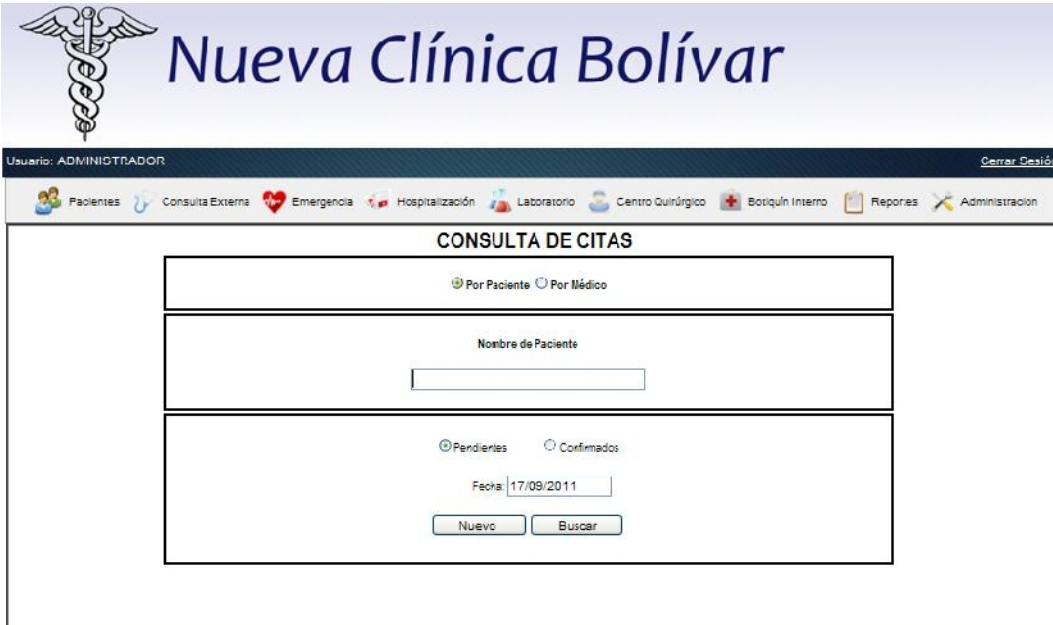


Figura 6-6: Pantalla Buscar Cita Médica Emergencia

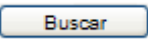
El botón Buscar  permite al usuario consultar la información de las citas médicas de acuerdo a los filtros ingresados.

Figura 6-7: Buscar Cita Médica Emergencia

Las citas médicas pueden ser consultas a través de los siguientes filtros detallados en la tabla

Filtro	Descripción
<i>Tipo de búsqueda</i>	Puede ser por paciente o por médico <input type="radio"/> Por Paciente <input checked="" type="radio"/> Por Médico
<i>Detalle</i>	De acuerdo al tipo escogido el usuario debe ingresar el nombre del paciente o seleccionar el nombre del médico. Doctor <input type="text" value="JUAN RODRIGUEZ"/> Nombre de Paciente <input type="text" value="LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ"/>
<i>Tipo de Cita</i>	El sistema permite consultas las citas pendientes o confirmadas <input checked="" type="radio"/> Pendientes <input type="radio"/> Confirmados
<i>Fecha</i>	Seleccionar la fecha que se desea consultar, el usuario puede hacer clic en el calendario desplegado por el sistema

Filtro	Descripción																																										
	<p>Fecha: ago septiembre oct</p> <p>dom lun mar mié jue vie sáb</p> <p>Nuevo</p> <table border="1"> <tr> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> </table>	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8
28	29	30	31	1	2	3																																					
4	5	6	7	8	9	10																																					
11	12	13	14	15	16	17																																					
18	19	20	21	22	23	24																																					
25	26	27	28	29	30	1																																					
2	3	4	5	6	7	8																																					

Tabla 6-2: Filtros de Búsqueda de Cita Médica Emergencia

Dar clic en el botón Buscar y el sistema presentará la información de la siguiente manera

Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

Pacientes
 Consulta Externa
 Emergencia
 Hospitalización
 Laboratorio
 Centro Quirúrgico
 Botiquín Interno
 Reportes
 Administración

CONSULTA DE CITAS

Por Paciente
 Por Médico

Nombre de Paciente

LUIS EDUARDO TUFÑO ESTEVEZ

Pendientes
 Confirmados

Fecha: 19/09/2011

		PACIENTE	DOCTOR	ESPECIALIDAD	FECHA CITA	HORA CITA
<input type="button" value="Ver"/>	<input type="button" value="Confirmar"/>	LUIS EDUARDO TUFÑO ESTEVEZ	PEDRO GOMEZ	TRAUMATOLOGIA	19/09/2011 0:00:00	21:00:00

Figura 6-8: Resultado de Consulta de Citas Emergencia

El sistema presenta la información de la consulta de citas en una tabla con los siguientes campos

Campo	Descripción
<i>Ver</i>	Permite ver el detalle de la cita médica.
<i>Detalle</i>	El botón permite confirmar la cita médica.
<i>Paciente</i>	Se especifica el nombre del paciente
<i>Especialidad</i>	Nombre de la especialidad a la que pertenece la cita
<i>Fecha Cita</i>	Fecha de la cita médica
<i>Hora Cita</i>	Hora de la cita médica

Tabla 6-3: Filtros de Búsqueda de Cita Médica

6.2.1 Confirmar Cita Médica

El paciente debe pagar el costo de la cita por emergencia y el código de la factura es usado como confirmación de la cita médica, para acceder a dicho proceso en el sistema ir a Emergencia → Buscar Cita Médica.

En esta pantalla se debe realizar la búsqueda de la cita del paciente por nombre del paciente o médico (nombre y especialidad).

Figura 6-9: Buscar Cita Médica Emergencia

Dar clic en el botón Confirmar de la lista de resultados de las Cita Médicas.

	PACIENTE	USUARIO	ESPECIALIDAD	FECHA CITA	HORA CITA
	LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ	PEDRO GOMEZ	TRAUMATOLOGIA	19/09/2011 9:00:00	21:00:00

Figura 6-10: Confirmar Cita Médica Emergencia

El sistema solicita el ingreso del código de factura antes de confirmar la cita

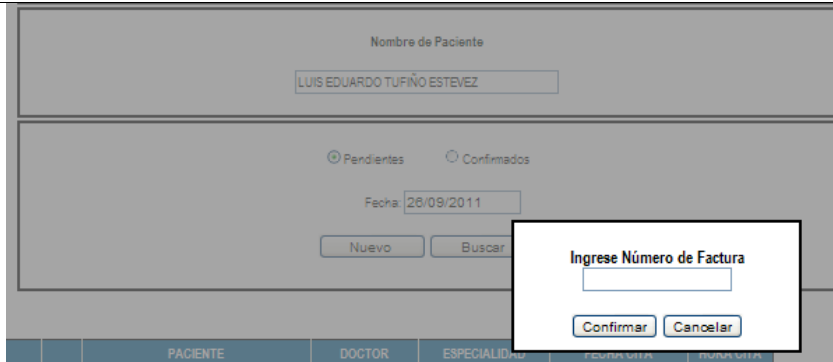


Figura 6-11: Registro de Número de Factura

Dar clic en el botón Confirmar y el sistema presenta la siguiente pantalla de confirmación junto al turno designado a la cita médica.

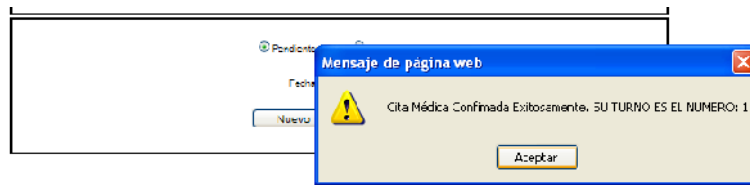
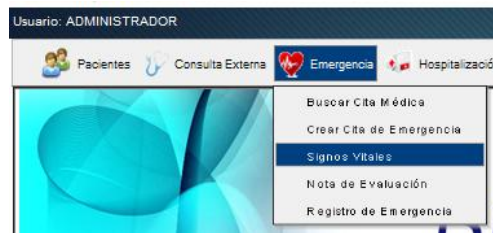


Figura 6-12: Ventana de Éxito Confirmación de Cita Médica

6.3 Signos Vitales



La siguiente pantalla permite al usuario ingresar los datos de la pre-consulta del paciente.

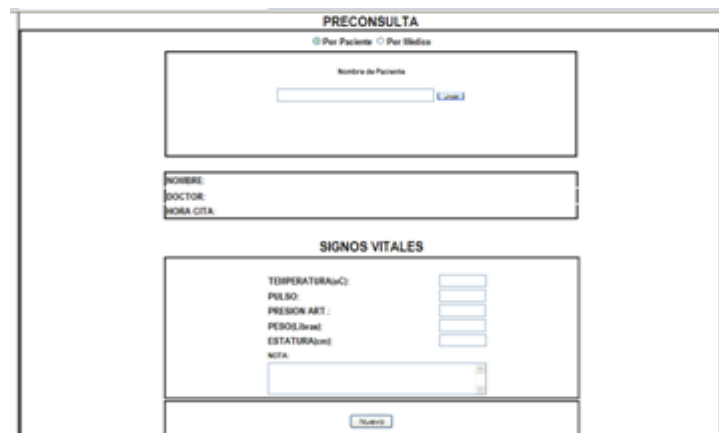


Figura 6-13: Pantalla Signos Vitales

Para ingresar los datos de la pre-consulta se debe realizar la búsqueda de la cita médica es por paciente o por médico como se muestra en la siguiente figura.

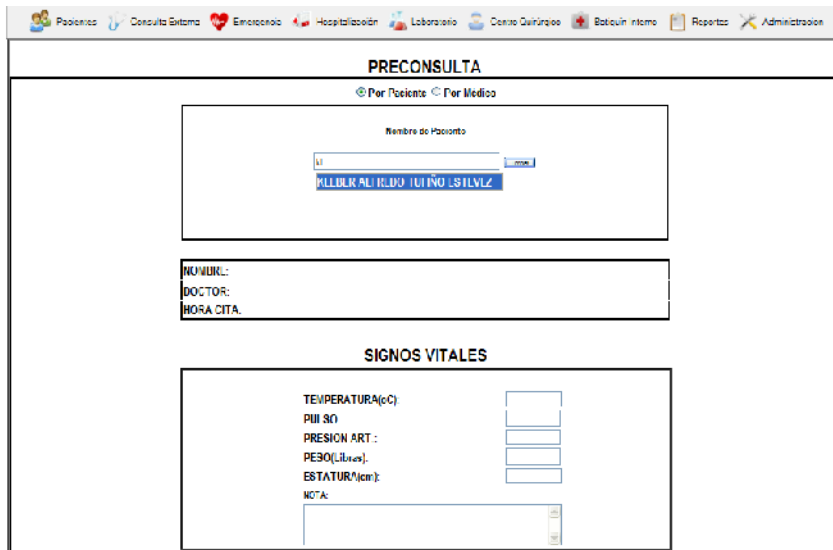


Figura 6-14: Pantalla de Búsqueda de Cita en Pre-consulta

Al escoger al paciente o al médico, el sistema muestra las citas disponibles para ese día de la siguiente manera.

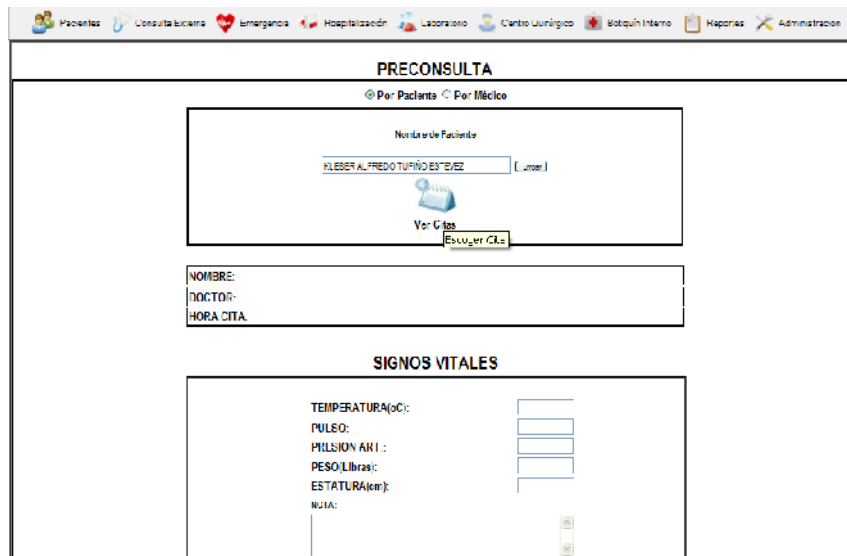



Figura 6-15: Pantalla Resultado de Búsqueda Pre-consulta

Dar clic en el botón Ver Cita  el sistema muestra las citas disponibles en una tabla como lo indica la figura.

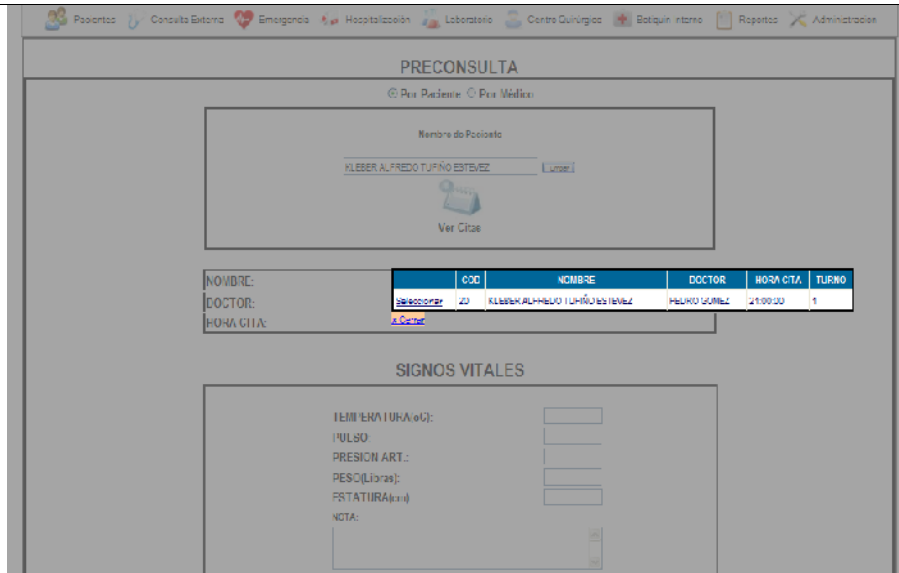


Figura 6-16: Pantalla Citas Disponibles en Pre-consulta

Dar clic en Seleccionar e ingresar los datos de la pre-consulta en la pantalla como lo muestra la siguiente figura:

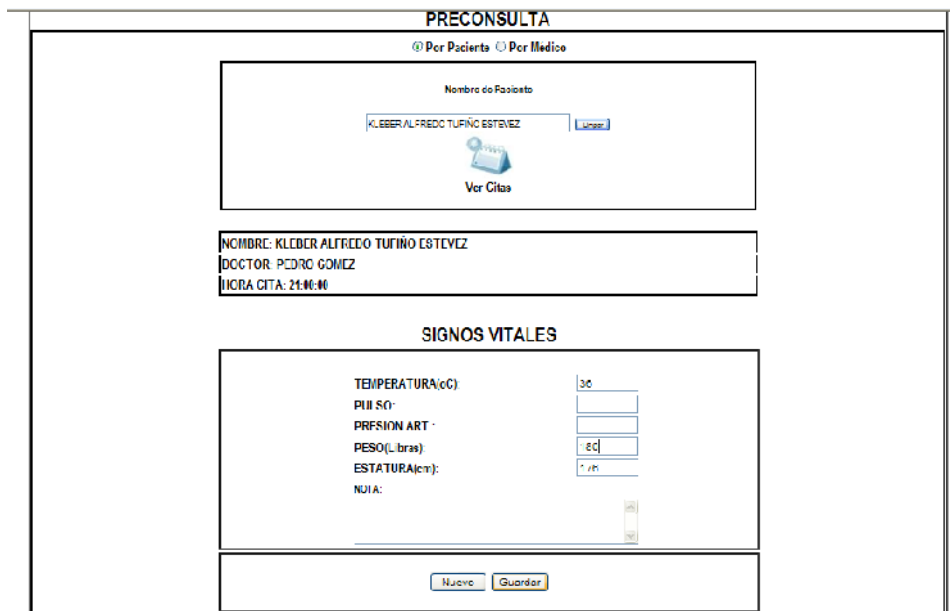


Figura 6-17: Pantalla de Ingreso de Pre-consulta

Los datos que se deben ingresar son los siguientes:

Campo	Descripción
Temperatura	Valor en grados centígrados de la temperatura del paciente.
Pulso	Valor del pulso del paciente.

Campo	Descripción
<i>Presión Art.</i>	Valor de la presión arterial del paciente.
<i>Peso</i>	Valor en libras del peso del paciente.
<i>Estatura</i>	Valor en centímetros de la estatura del paciente.
<i>Nota</i>	Permite agregar observaciones especiales del pre-consulta.

Tabla 6-4: Campos de la Pre-Consulta


Dar clic en el botón Guardar  y el sistema emite la siguiente ventana de éxito.



Figura 6-18: Pantalla de Informativa de Éxito Pre-consulta

6.4 Nota de Evaluación



El médico para agregar una nota de evaluación debe seleccionar Emergencia → Nota de Evaluación, al dar clic en esta opción el sistema permitirá mostrar todas las citas médicas confirmadas que debe atender el médico para el día en curso.



Figura 6-19: Pantalla de Nota de Evaluación

Se debe dar clic en el botón Citas Médicas y se presentarán las citas médicas en la pantalla de la siguiente manera, **las citas médicas de emergencia se presentan con bandera de color rojo:**

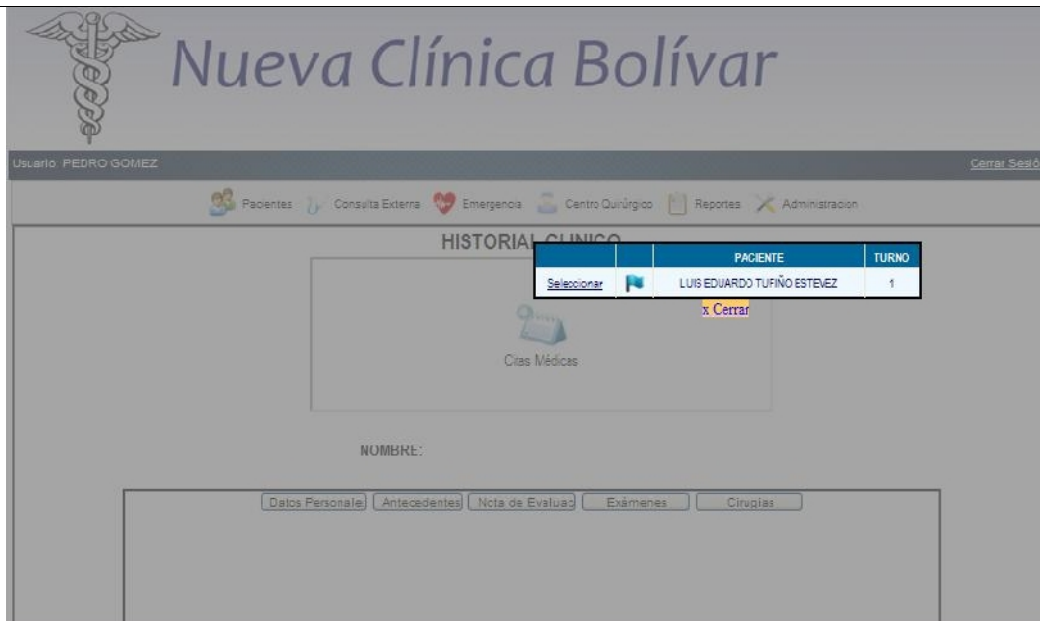



Figura 6-20: Pantalla Listado Citas Médicas Emergencia

La tabla mostrada por el sistema detalla los siguientes campos:

Campo	Descripción
<i>Seleccionar</i>	Permite seleccionar la cita médica y mostrar toda la información del historial clínico
<i>Paciente</i>	Nombre del Paciente
<i>Turno</i>	Número de turno de la cita médica

Tabla 6-5: Campos de Creación Cita Médica

Dar clic en Seleccionar  para ver el detalle del historial clínico del paciente.

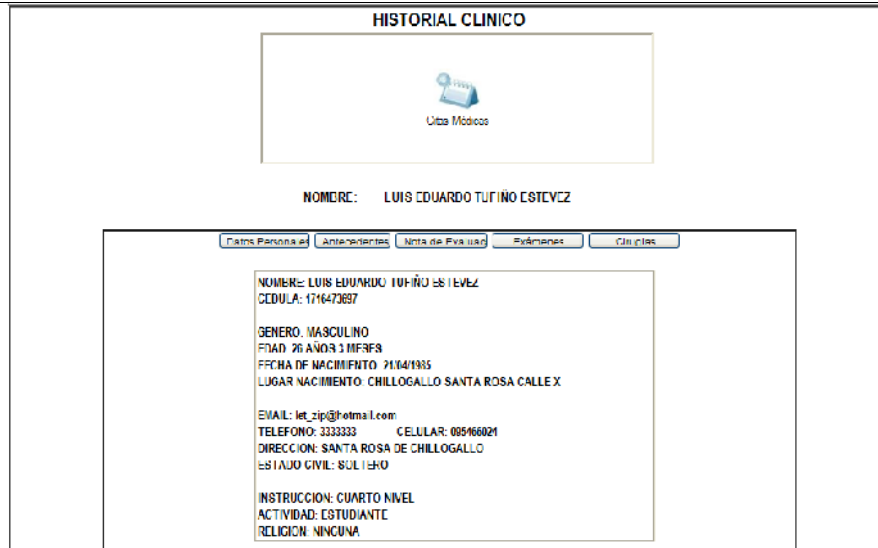


Figura 6-21: Pantalla Historial Clínico

En el historial clínico del paciente el médico podrá tener acceso a los datos personales, antecedentes, nota de evaluación, exámenes y cirugías del paciente.

6.4.1 Antecedentes

Dar clic en [Antecedentes](#) permite visualizar y añadir antecedentes personales [Agregar Antecedentes Personales](#) o familiar [Agregar Antecedentes Familiares](#) es al historial clínico del paciente.

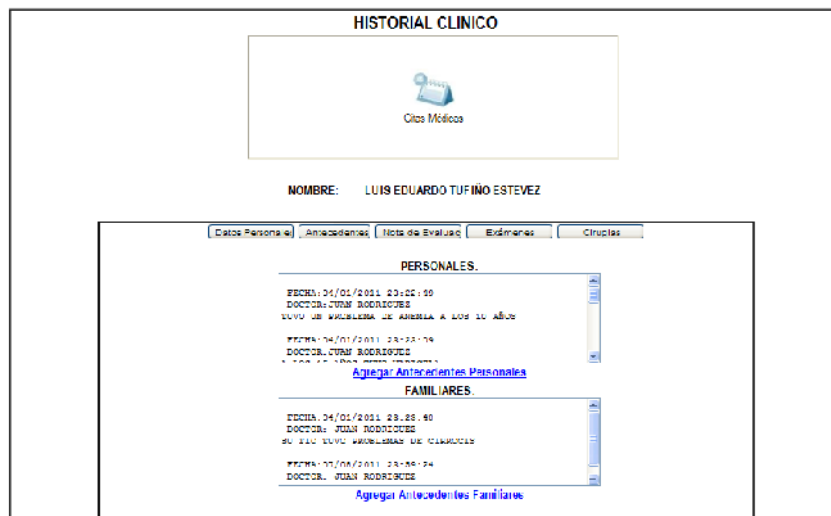


Figura 6-22: Pantalla Historial Clínico - Antecedentes

6.4.2 Nota de Evaluación

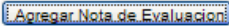
Al dar clic en Nota de Evaluación el médico puede visualizar todas las notas de evaluación creadas anteriormente y puede añadir una a través del botón Agregar Nota de Evaluación .



Figura 6-23: Pantalla Historial Clínico – Nota de Evaluación

Al agregar una nota de evaluación se presentará la siguiente pantalla

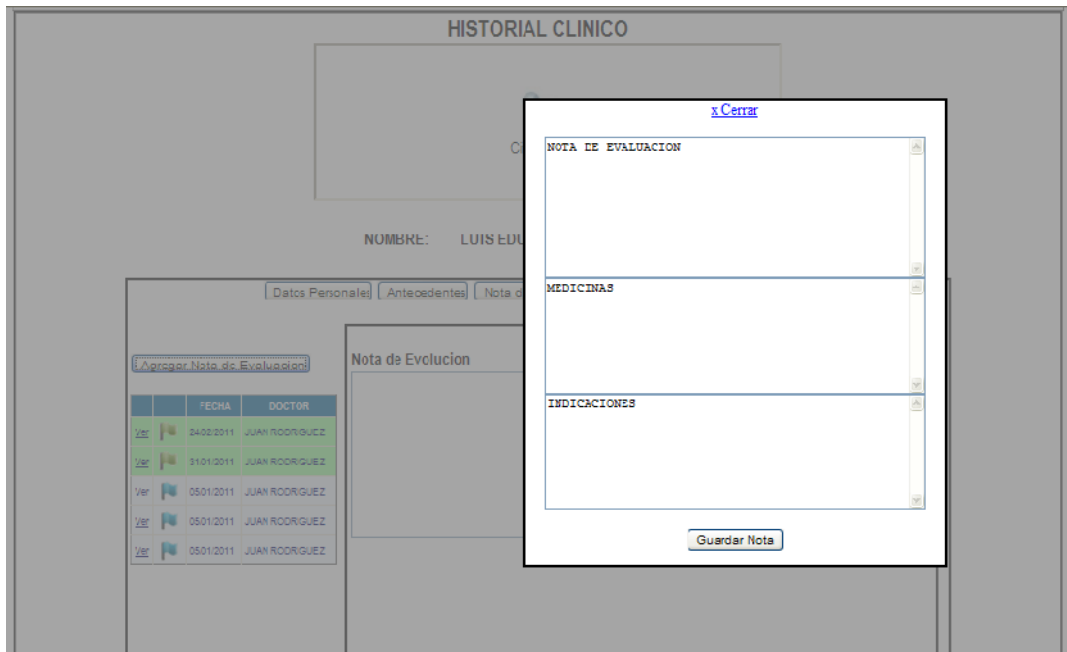


Figura 6-24: Pantalla Historial Clínico – Agregar Nota de Evaluación

En esta pantalla el médico deberá ingresar toda la información referente a la nota de evaluación, las medicinas e indicaciones correspondientes a la cita médica y dar clic en el botón Guardar Nota , y el sistema después de agregar la nota de evaluación presenta el siguiente mensaje informativo.

La nota de evolución creada se guardará con bandera de color rojo que representa Emergencia.

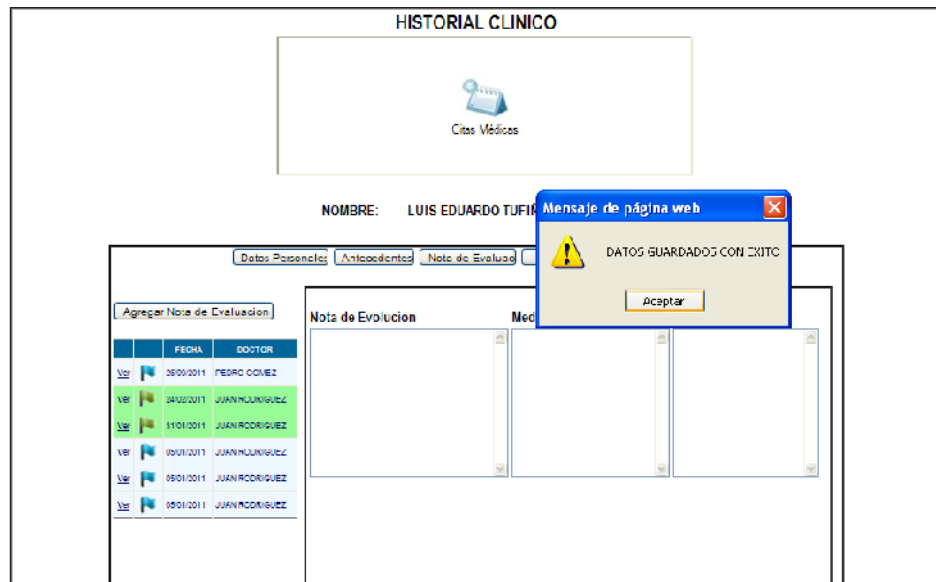


Figura 6-25: Pantalla Historial Clínico – Guardar Nota de Evaluación

Después de crear la nota de evaluación el sistema pondrá al lado izquierdo las notas de evaluación creadas, como se indica en la figura y dando clic en una de las notas de evaluación de la lista al lado derecho se presenta la información detallada de la cita.

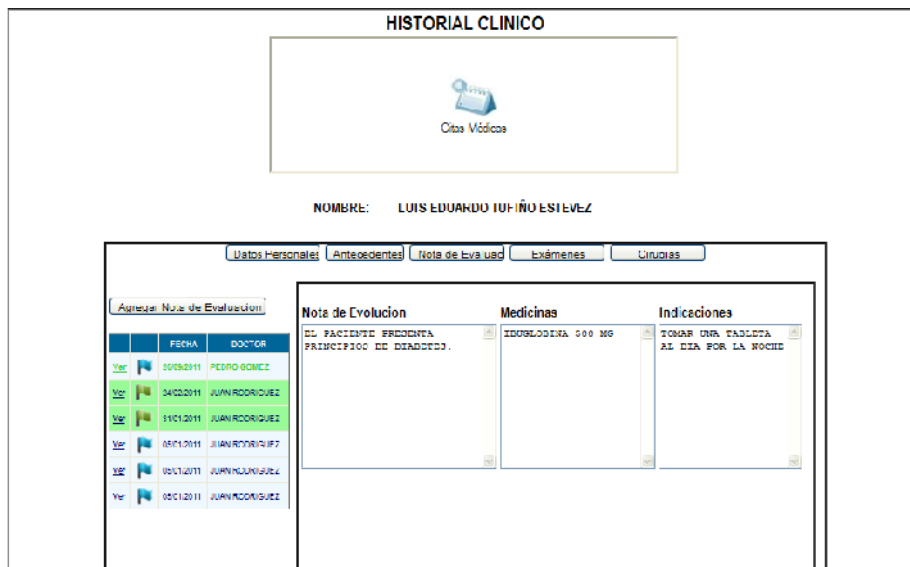


Figura 6-26: Pantalla Historial Clínico – Detalle Nota de Evaluación

6.4.3 Exámenes

Permite registrar la orden de examen de laboratorio de un paciente, la pantalla es la siguiente:

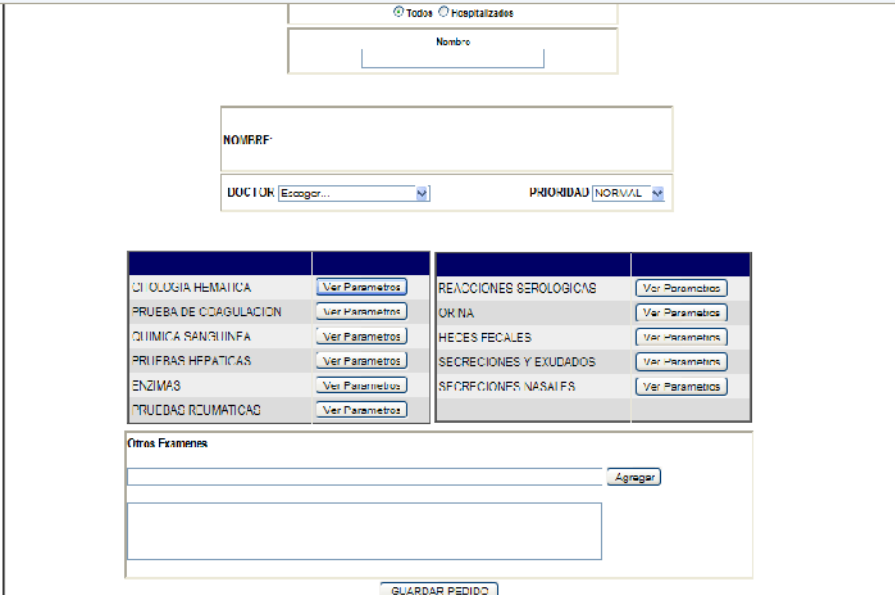


Figura 6-27: Pantalla de Orden de Examen de Laboratorio

El doctor debe buscar los datos del paciente por nombre o por cédula y por tipo (todos o hospitalizados). Posterior a esto se debe seleccionar al médico que está realizando el pedido y se debe escoger la prioridad del examen.

Para especificar todos exámenes requeridos el sistema presenta una clasificación en la cual se escogen los parámetros del pedido; si el examen requerido no se encuentra en la lista se puede agregar en otros.

Finalmente dar clic en el botón Guardar Pedido **GUARDAR PEDIDO**.

6.4.4 Cirugías

El médico puede visualizar toda la información de las cirugías que se ha realizado el paciente a través de la siguiente pantalla. Ver más detalles en el literal 3.1.5 [Cirugía](#).

HISTORIAL CLINICO



Citas Médicas

NOMBRE: LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ

Datos Personales | Antecedentes | Nota de Evaluación | Exámenes | Cirugías


	DOCTOR	FFC_PFIMIN	CIRUGIA	DIAGNOSTICO	QUIROFANO	FFC_INICIO	FFC_FINAL		
!	JUAN RODRIGUEZ	10/02/2011	APENDICITIS	OBSERVACION	QUIROFANO1	16/02/2011 16:00	16/02/2011 18:00	DOCTORES	VER PREOPERATORIO VER INFORME QUIRUGIA VER POSTOPERATORIO
!	JUAN RODRIGUEZ	11/02/2011	APENDICITIS	OBSERVACION	QUIROFANO2	16/02/2011 09:00	16/02/2011 16:00	DOCTORES	VER PREOPERATORIO VER INFORME QUIRUGIA VER POSTOPERATORIO

Figura 6-28: Pantalla Historial Clínico – Cirugías

6.5 Registro de Emergencia

Usuario: ADMINISTRADOR

Pacientes
Consulta Externa
Emergencia
Hospitalización



- Buscar Cita Médica
- Crear Cita de Emergencia
- Signos Vitales
- Nota de Evaluación
- Registro de Emergencia

El registro de emergencia que es de vital importancia, se puede ingresar a través de la opción de Registro de Emergencia del módulo de Emergencia y presenta la siguiente pantalla.

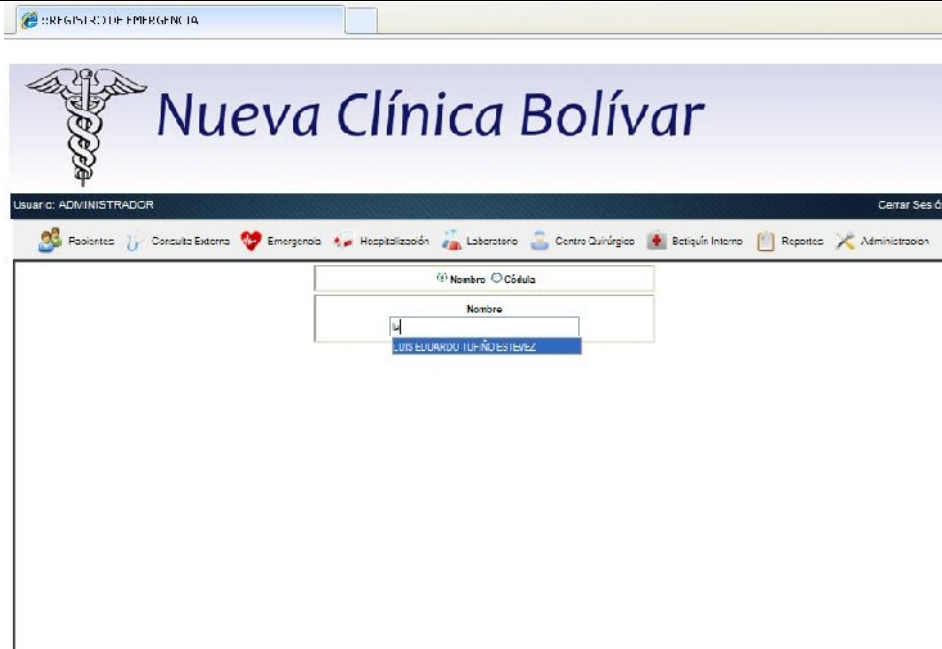


Figura 6-29: Pantalla Inicial Registro de Emergencia

En esta pantalla se debe buscar los datos del paciente por nombre o cédula y a continuación se desplegará el detalle de la información del paciente como se muestra en la figura:

Figura 6-30: Pantalla de Registro de Emergencia

En esta pantalla se puede tener el detalle de los datos personales del paciente o ver registros de emergencia anteriores. Registrar toda la información del formulario de emergencia y dar clic en el botón Guardar Formulario.

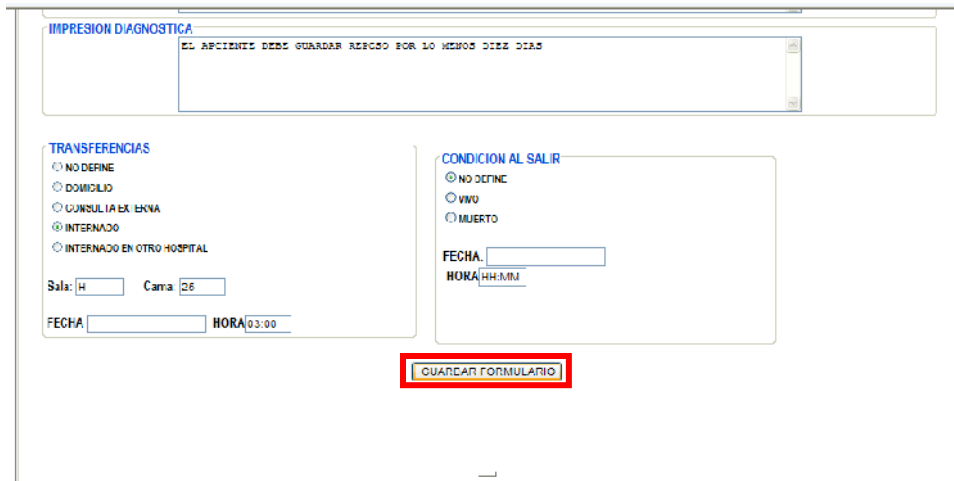


Figura 6-31: Guardar de Registro de Emergencia

Se presentará la siguiente ventana informativa de éxito.

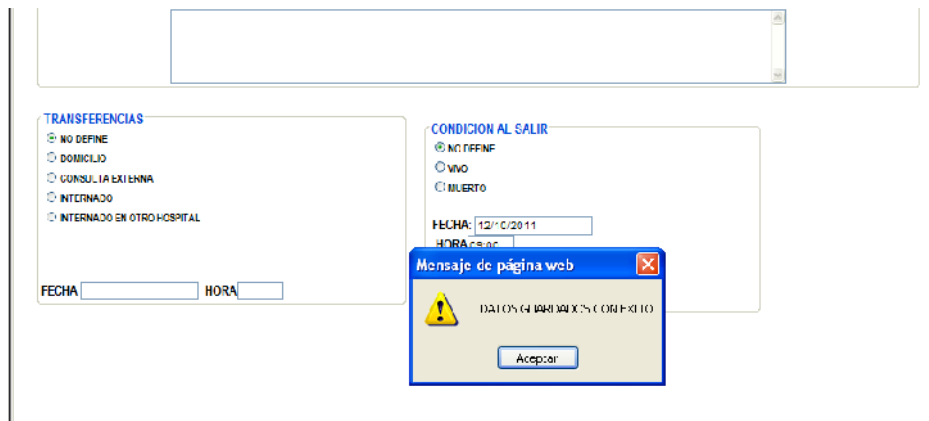


Figura 6-32: Ventana de Éxito de Registro de Emergencia

6.5.1 Ver Anteriores

Permite al usuario visualizar todos los formularios de emergencia del paciente seleccionado.

Dicha información es desplegada en una tabla sencilla de la siguiente manera:

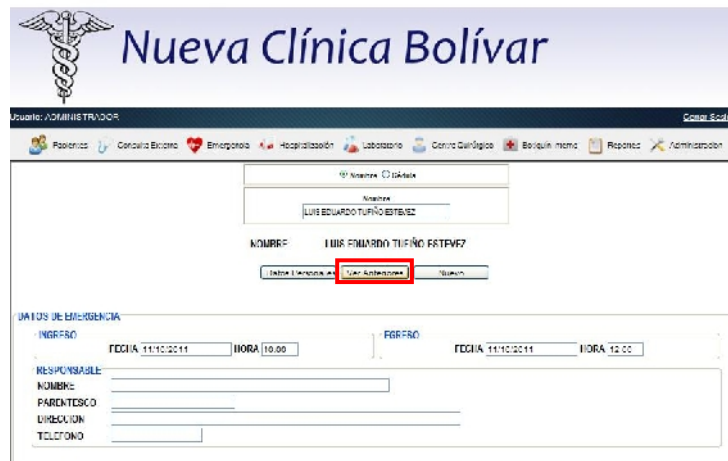


Figura 6-33: Selección Ver Anteriores Formularios de Emergencia

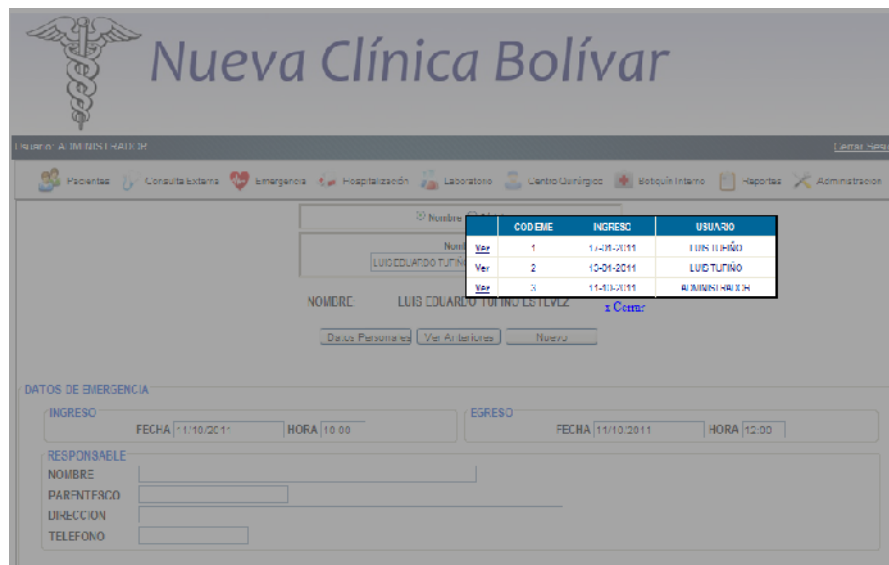


Figura 6-34: Formularios de Emergencia de un Paciente

En la siguiente tabla se especifica la información desplegada en la búsqueda de formularios de emergencia de un paciente.

Campo	Descripción
Ver	Permite visualizar el detalle del formulario
Cod. Emer	Código único del formulario
Ingreso	Fecha de ingreso del paciente a emergencias
Usuario	Nombre del usuario que creó el formulario

Tabla 6-6: Campos de Búsqueda de Formulario de Emergencia

7. GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

El módulo de Gestión de Hospitalización permite al usuario del sistema registrar toda la información pertinente en el transcurso de hospitalización de un paciente.

El Sistema permite gestionar dicho módulo, a través, de las siguientes opciones:

- Orden de Hospitalización
- Datos de Hospitalización
- Nota de Evaluación



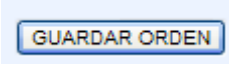
7.1 Orden de Hospitalización

La orden de hospitalización es emitida por un médico a un paciente que previamente acudió a la clínica y fue atendido por consulta externa o emergencia.

Para realizar dicha orden de hospitalización se debe acceder en el sistema a través del Módulo de Hospitalización → Orden de Hospitalización y el sistema presentará la siguiente pantalla:

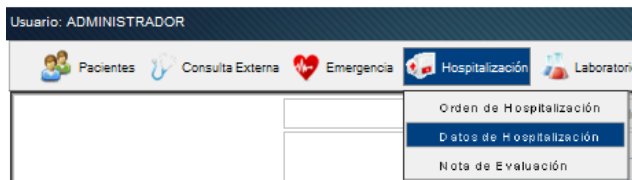
The screenshot shows the 'Nueva Clínica Bolívar' system interface. At the top, there is a logo and the text 'Nueva Clínica Bolívar'. Below that, it says 'Usuario: ADMINISTRADOR' and 'Cerrar Sesión'. The navigation bar includes icons for 'Pacientes', 'Consulta Externa', 'Emergencia', 'Hospitalización', 'Laboratorio', 'Centro Quirúrgico', 'Botiquín Interno', 'Reportes', and 'Administración'. The main form has a search bar with radio buttons for 'Nombre' and 'Cédula', and a text input field for 'Nombre'. Below that is a section for patient information with fields for 'NOMBRE', 'CEDULA', 'TELEFONO', and 'CELULAR'. The 'MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN' field is a large text area. At the bottom, there is a 'GUARDAR ORDEN' button.

Figura 7-1: Pantalla de Ingreso de Orden de Hospitalización

En esta pantalla se debe realizar la búsqueda de los datos del paciente por nombre o por cédula y se debe registrar el motivo de la hospitalización y dar clic en el botón Guardar Orden .

7.2 Datos de Hospitalización

La opción de datos de hospitalización permite realizar una búsqueda de las órdenes de hospitalización emitidas.



También se realiza la confirmación de hospitalización de un paciente, dicha pantalla se presenta de la siguiente manera:

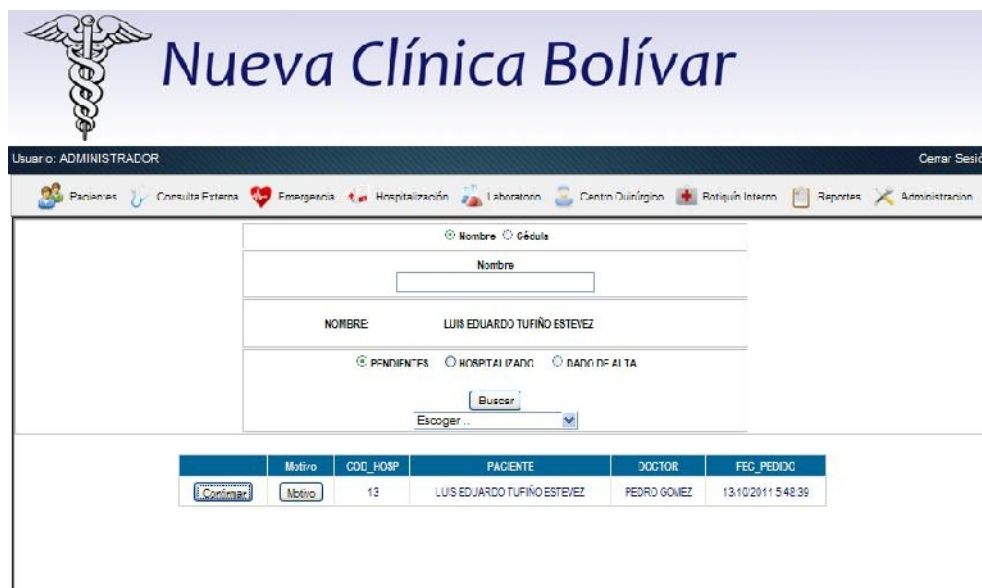


Figura 7-2: Pantalla de Datos de Hospitalización

Los datos que contiene la pantalla se describen en la siguiente tabla:

Campo	Descripción
Nombre	Paciente seleccionado en la búsqueda previa
Tipo	Se puede realizar una búsqueda por el estado de las órdenes de hospitalización por pendientes, hospitalizado o dado de alta. <input checked="" type="radio"/> PENDIENTES <input type="radio"/> HOSPITALIZADO <input type="radio"/> DADO DE ALTA

Tabla 7-1: Campos de la pantalla de Datos de Hospitalización

Los resultados de la búsqueda se muestran en una tabla con la siguiente información: motivo, código de la orden de hospitalización, nombre del paciente, doctor tratante y fecha del pedido.

Cuando la búsqueda se hace de órdenes de hospitalización que se encuentran hospitalizado el sistema presenta la siguiente pantalla:

Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

Nombre Cédula
 Nombre:
 NOMBRE: LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ
 PENDIENTES HOSPITALIZADO DADO DE ALTA

Motivo	COD_HOSP	PACIENTE	DOCTOR	HAB	FEC_PEDIDO	FEC_HOS
<input type="button" value="Dar de Alta"/> <input type="button" value="Motivo"/>	13	LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ	PEDRO GOMEZ	4-8	13/10/2011 5:48:39	13/10/2011 5:51:07

Figura 7-3: Pantalla de Búsqueda de Ordenes de Hospitalización con estado Hospitalizado

A las órdenes de hospitalización con estado hospitalizado el sistema permite que usuario pueda Dar de Alta a dicha orden.

Cuando la búsqueda se hace de órdenes de hospitalización que se encuentran dado de alta el sistema presenta la siguiente pantalla:

Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

Nombre Cédula
 Nombre:
 NOMBRE: LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ
 PENDIENTES HOSPITALIZADO DADO DE ALTA

Motivo	COD_HOSP	PACIENTE	DOCTOR	HAB	FEC_PEDIDO	FEC_HOS	FEC_ALTA	FEC_ALTA
<input type="button" value="Motivo"/>	1	LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ	JUAN RODRIGUEZ	22-A	25/01/2011 15:52:32	25/01/2011 16:06:22	JUAN RODRIGUEZ	25/01/2011 16:16:03
<input type="button" value="Motivo"/>	6	LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ	JUAN RODRIGUEZ	26-C	06/02/2011 11:30:06	06/02/2011 17:42:10	JUAN RODRIGUEZ	24/02/2011 18:31:03

Figura 7-4: Pantalla de Búsqueda de Ordenes de Hospitalización con estado Dado de Alta

7.2.1 Confirmar Hospitalización

Para confirmar la hospitalización de un paciente (ingreso del paciente), se debe realizar la búsqueda de la orden de hospitalización del paciente como se describe en el anterior literal y posterior a esto en la

tabla de resultados se debe dar clic en el botón Confirmar



La pantalla en el sistema se presenta de la siguiente manera:

The screenshot shows the 'Nueva Clínica Bolívar' interface. At the top, there is a header with the clinic's logo and name. Below the header is a navigation menu with icons for 'Pacientes', 'Consulta Externa', 'Emergencia', 'Hospitalización', 'Laboratorio', 'Centro Quirúrgico', 'Botiquín Interno', 'Reportes', and 'Administración'. The main content area contains a form for patient information and hospitalization status. The form includes a search bar for 'Nombre' and 'Apellido', a text input field for 'Nombre', and a label 'NOMBRE:' followed by the value 'LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ'. Below this, there are three radio buttons: 'PENDIENTES' (selected), 'HOSPITALIZADO', and 'DADO DE ALTA'. There is also a 'Borrar' button and a dropdown menu labeled 'Elegir...'. At the bottom of the form, there is a table with columns: 'Motivo', 'COD_HOSP', 'PACIENTE', 'DOCTOR', and 'FEC_PEDIDO'. The table contains one row with the following data: 'Motivo', '13', 'LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ', 'PEDRO GOMEZ', and '13/10/2014 5:48:30'. Below the table, there is a 'Confirmar' button.

Motivo	COD_HOSP	PACIENTE	DOCTOR	FEC_PEDIDO
Motivo	13	LUIS EDUARDO TUFIÑO ESTEVEZ	PEDRO GOMEZ	13/10/2014 5:48:30

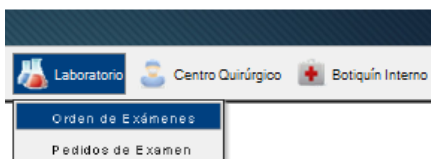
Figura 7-5: Pantalla Confirmar Orden de Hospitalización

8 GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO

El módulo de Gestión de Laboratorio permite al usuario del sistema registrar toda la información pertinente al registro y servicios relacionados con los exámenes de laboratorio de un paciente.

El Sistema permite administrar dicho módulo, a través, de las siguientes opciones:

- Orden de Exámenes
- Pedido de Examen



8.1 Orden de Exámenes

Permite registrar la orden de examen de laboratorio de un paciente, la pantalla es la siguiente:

Figura 8-1: Pantalla de Orden de Examen de Laboratorio

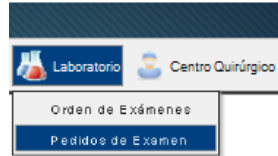
El doctor debe buscar los datos del paciente por nombre o por cédula y por tipo (todos o hospitalizados). Posterior a esto se debe seleccionar al médico que está realizando el pedido y se debe escoger la prioridad del examen.

Para especificar todos exámenes requeridos el sistema presenta una clasificación en la cual se escogen los parámetros del pedido; si el examen requerido no se encuentra en la lista se puede agregar en otros.

Finalmente dar clic en el botón Guardar Pedido **GUARDAR PEDIDO**.

8.2 Pedidos de Examen

La opción de pedidos de examen se puede realizar la búsqueda de pedidos de examen y ingreso de resultados.



La pantalla inicial se presenta de la siguiente manera:



Figura 8-2: Pantalla de Pedidos de Examen

Se debe realizar la búsqueda de los datos del paciente y dar clic en el botón Escoger Cita, la cual presentará en la pantalla la siguiente información:

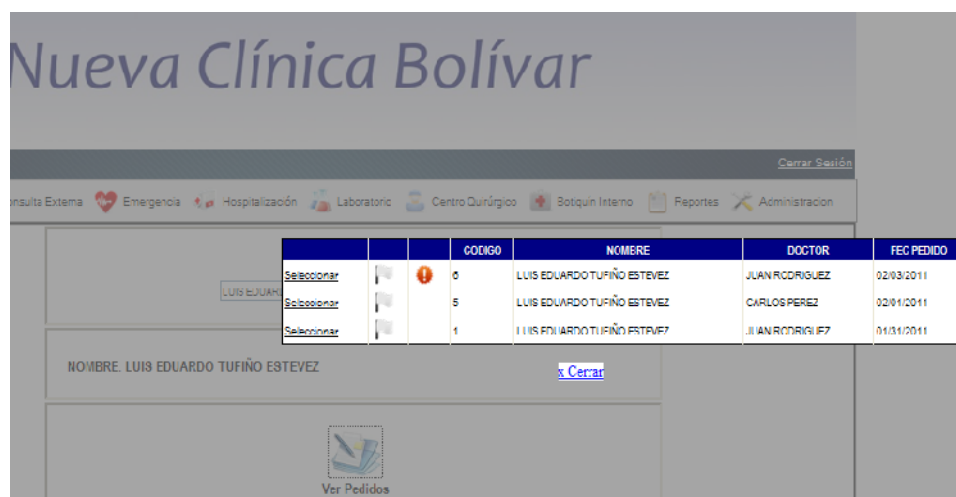



Figura 8-3: Pantalla de Pedidos de Examen Búsqueda

La pantalla muestra todos los pedidos de examen que tenga pendientes el paciente el símbolo  significa que es urgente.

Al dar clic en el botón seleccionar el usuario podrá registrar la información de resultados en la siguiente pantalla:



Figura 8-4: Pantalla de Registro de Exámenes

Dar clic en el botón Ingresar Resultados para registrar los parámetros de resultados del examen, el sistema permite gestionar el pedido entre pedidos pendientes, confirmados, realizados y otros.



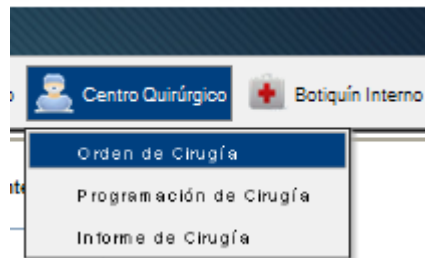
Figura 8-5: Pantalla de Gestión de Pedidos

9 GESTIÓN DE CENTRO QUIRÚRGICO

El módulo de Gestión de Laboratorio permite al usuario del sistema registrar toda la información pertinente al registro y servicios relacionados con los exámenes de laboratorio de un paciente.

El Sistema permite administrar dicho módulo, a través, de las siguientes opciones:

- Orden de Cirugía
- Programación de Cirugía
- Informe de Cirugía



9.1 Orden de Cirugía

Permite registrar la orden de cirugía de un paciente, la pantalla es la siguiente:

A screenshot of a web-based form titled 'Nueva Clínica Bolívar'. The form is for entering a surgical order. It includes a search box for 'Pacientes', a 'REGISTRADO' status indicator, a 'PRIORIDAD' dropdown menu set to 'NORMAL', and a 'CIRUGIA' dropdown menu set to 'APENDICITIS'. There is a large text area for 'OBSERVACION' and a 'GUARDAR PEDIDO' button at the bottom.

Figura 9-1: Pantalla de Orden de Cirugía

En esta pantalla se debe escoger el paciente, el médico debe determinar la prioridad, el tipo de cirugía y una observación si cree necesario. Dar clic en el botón Guardar Pedido **GUARDAR PEDIDO**.

9.2 Programación de Cirugía

Permite agendar las cirugías, el sistema presenta la siguiente pantalla:

	COD	PACIENTE	DOCTOR	FECH_PEDIDO	CIRUGIA	QUIROFANO	FECH_INICIO	FECH_FINAL
<input type="button" value="MODIFICAR"/>	0	ALDO ALFREDO FUENTE ESTEVEZ	JUAN RODRIGUEZ	10/02/2011	APENDICITIS	QUIROFANO1	00/02/2011 0900	02/02/2011 1421
<input type="button" value="MODIFICAR"/>	8	MARIA DEL CARMEN ESTEVEZ MARIANO	PEDRO COBES	11/02/2011	APENDICITIS	QUIROFANO1	02/02/2011 1400	02/02/2011 1833

Figura 9-2: Pantalla Programación de Cirugía

Dar clic en el botón Modificar , para agendar la cirugía seleccionada, se presenta la siguiente pantalla:

PROGRAMACION DE CIRUGIAS

INICIO		FINAL	
FECHA	<input type="text" value="2011/02/02"/>	HORA	<input type="text" value="09"/> MIN <input type="text" value="00"/>
FECHA	<input type="text" value="2011/02/02"/>	HORA	<input type="text" value="14"/> MIN <input type="text" value="01"/>

QUIROFANO

MEDICOS	
RESPONSABLE	<input type="radio"/> Interno <input type="radio"/> Externo NOMBRE <input type="text" value="JUAN RODRIGUEZ"/>
AUXILIARES	<input type="radio"/> Interno <input type="radio"/> Externo NOMBRE <input type="text" value="Escoger..."/> <input type="button" value="Agregar"/>
INVITADOS	NOMBRE <input type="text"/> <input type="button" value="Agregar"/>

Figura 9-3: Pantalla Agendar de Cirugía

En la pantalla se debe ingresar datos de inicio y final de la cirugía, selección del quirófano y grupo de cirujanos que intervendrán en la cirugía. Dar clic en el botón Guardar Cambios .

9.3 Informe de Cirugía

Permite ingresar los informes de cirugía pre-operatorio, cirugía y pos-operatorio.

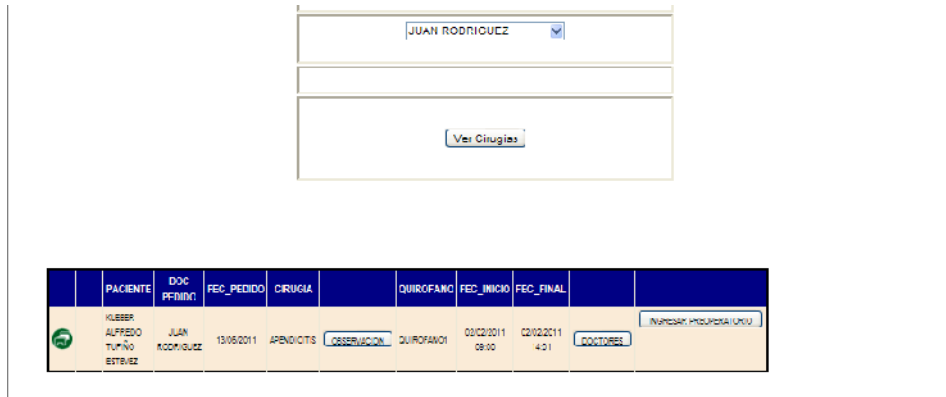


Figura 9-4: Pantalla Informe de Cirugía

En esta pantalla se puede encontrar las cirugías agendadas por cada cirujano responsable, en dicha pantalla al dar clic en cada botón de la columna final se debe ingresar los siguientes informes:

Detalle del informe preoperatorio de la cirugía.

INFORME PRE_OPERATORIO
 EL ESTADO DEL PACIENTE:
 SIGNOS VITALES NORMALES
 ELECTROCARDIOGRAMA: RANGOS NORMALES.
 NO PRESENTA ALERGIA A LOS ANESTESICOS

Detalle del informe de la cirugía.

INFORME DE CIRUGIA
 DURACION DE LA CIRUGIA: 2 HORAS
 SIGNOS VITALES NORMALES AL MOMENTO DE LA CIRUGIA.

Detalle del informe pos-operatorio de la cirugía.

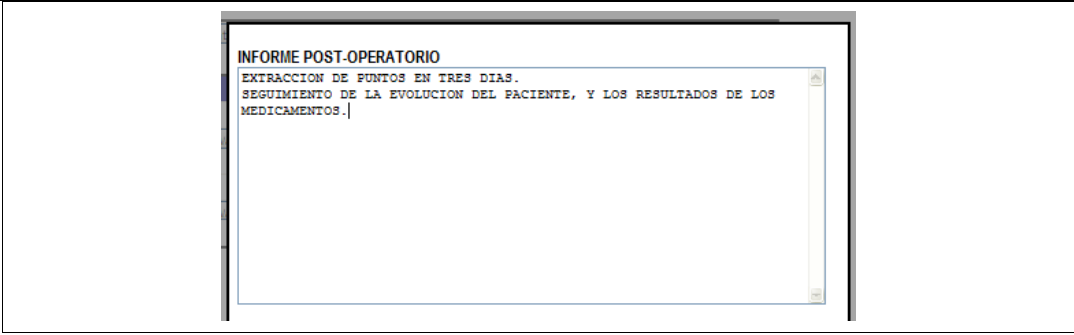


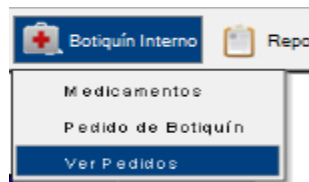
Tabla 9-1: Informes de Cirugía

10 GESTIÓN DE BOTIQUÍN INTERNO

El módulo de Gestión de Botiquín Interno permite al usuario del sistema registrar toda la información pertinente al registro y movimientos de los medicamentos y suministros de la clínica.

El Sistema permite administrar dicho módulo, a través, de las siguientes opciones:

- Medicamentos
- Pedido de Botiquín
- Ver Pedidos



10.1 Medicamentos



Figura 10-1: Pantalla Informe de Cirugía

Permite gestionar el ingreso y actualización de productos que contiene el botiquín interno de la clínica

10.1.1 Agregar Medicamentos

En esta opción se puede agregar medicamentos al botiquín interno de la clínica

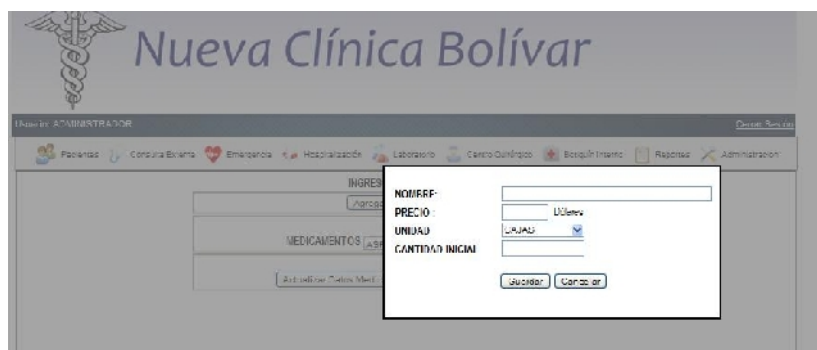


Figura 10-2: Pantalla de Ingreso de Medicamentos

Los datos que se deben ingresar son los siguientes:

Campo	Descripción
<i>Nombre</i>	Nombre del medicamento
<i>Precio</i>	Valor del producto en dólares
<i>Unidad</i>	Unidad en la que es medido el medicamento
<i>Cantidad Inicial</i>	La cantidad del producto

Tabla 10-1: Campos de la pantalla de Ingreso de Medicamentos

Dar clic en el botón Guardar .

10.1.2 Actualizar Medicamentos

En esta opción se puede actualizar medicamentos al botiquín interno de la clínica

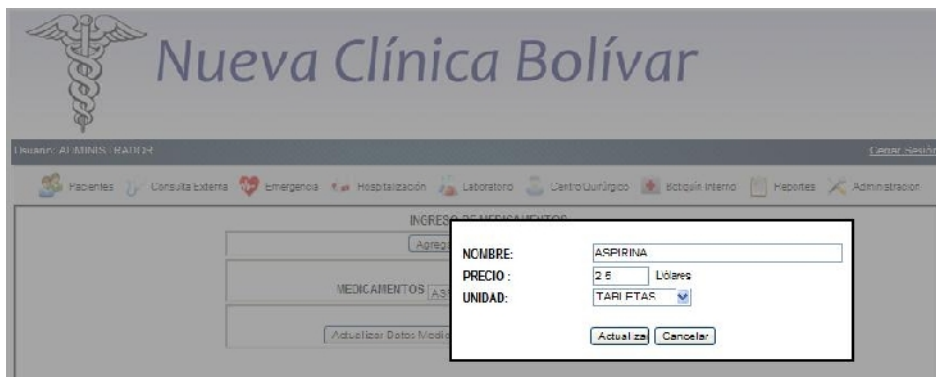


Figura 10-3: Pantalla Actualizar Medicamentos

Los datos que se pueden actualizar son los siguientes:

Campo	Descripción
<i>Nombre</i>	Nombre del medicamento
<i>Precio</i>	Valor del producto en dólares
<i>Unidad</i>	Unidad en la que es medido el medicamento

Tabla 10-2: Campos de la pantalla de Actualización de Medicamentos

Dar clic en el botón Actualizar .

10.1.3 Ver Stock

Permite ver el stock de un medicamento específico.

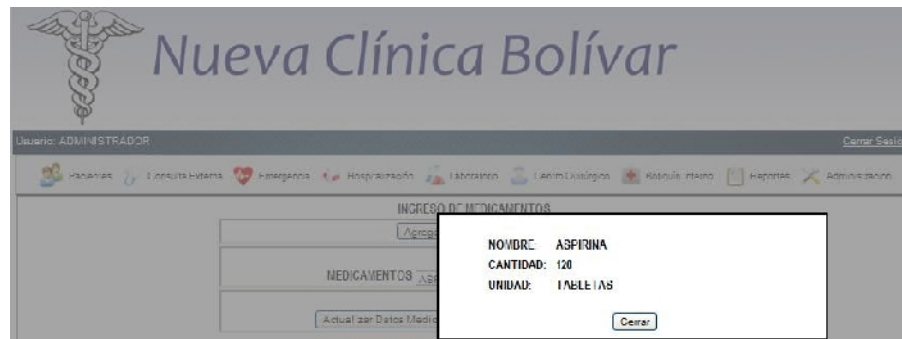


Figura 10-4: Pantalla Ver Stock de Medicamentos

10.1.4 Ingresar Cantidad de Medicamentos

Permite registrar más unidades de un medicamento específico.

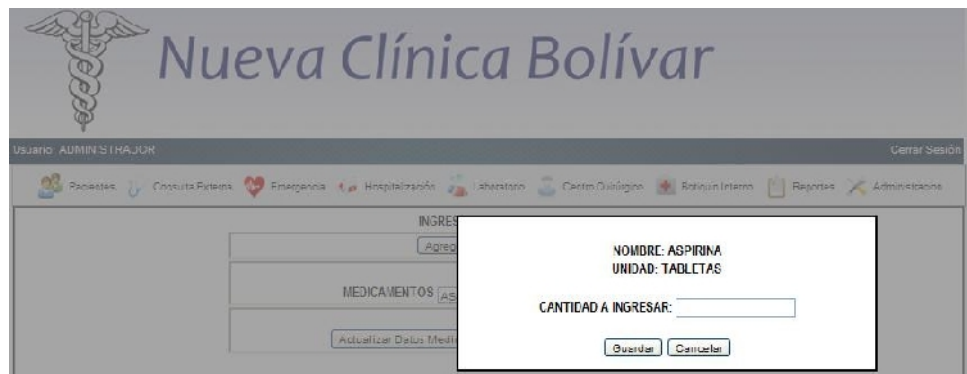


Figura 10-5: Pantalla Ver Stock de Medicamentos

10.2 Pedido de Botiquín

Permite realizar pedidos de botiquín, en la siguiente pantalla.

Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

Pacientes Consulta Externa Emergencia Hospitalización Laboratorio Centro Quirúrgico Botiquín Interno Reportes Administración

Nombre Cédula

Nombre
LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ

NOMBRE: LUIS EDUARDO TUÑO ESTEVEZ

MEDICAMENTOS

Medicamento	Stock Real	Stock Trámite	Unidad	Precio
ASPRINA	120	70	TABLETS	2.5

CANTIDAD: Agregar >>>

Eliminar	Medicamento	Cantidad	Unidad	Precio
<input type="checkbox"/>	ASPRINA	2	TABLETS	2.5

Guardar Pedido

Figura 10-6: Pantalla Pedido de Botiquín

En esta pantalla se debe buscar el paciente por nombre o por cédula y seleccionar los medicamentos del pedido como se muestra en la figura 10-6.

Al momento de buscar un medicamento el sistema le brinda información de la cantidad real y cantidad en trámite en el botiquín, así como los datos del nombre, unidad y precio al público.

Dar clic en Guardar Pedido

10.3 Ver Pedidos

La pantalla permite visualizar y despachar los medicamentos del botiquín.

Usuario: ADMINISTRADOR Cerrar Sesión

Pacientes Consulta Externa Emergencia Hospitalización Laboratorio Centro Quirúrgico Botiquín Interno Reportes Administración

MEDICAMENTOS POR DESPACHAR

Orden	Paciente	Medicamento	Cantidad	Unidad	Despachar	Cancelar
5	RICARDO MONCAYO GALEAS	ASPRINA	50	TABLETS	<input type="button" value="Despachar"/>	<input type="button" value="Cancelar"/>
5	RICARDO MONCAYO GALEAS	APRONAX 400 mg	3	TABLETS	<input type="button" value="Despachar"/>	<input type="button" value="Cancelar"/>
5	RICARDO MONCAYO GALEAS	FINALIN FORTE 20 mg	4	TARI FTAS	<input type="button" value="Despachar"/>	<input type="button" value="Cancelar"/>

Figura 10-7: Pantalla Pedido de Botiquín

11 REPORTE

El módulo de Reportes permite al usuario del sistema tener información y estadísticas de las diferentes áreas de la clínica como son pacientes atendidos en consulta externa y emergencia, cirugías realizadas, movimientos del botiquín interno, etc.

12 ADMINISTRACIÓN

El módulo de administración permite al usuario ingresar y actualizar información acerca de catálogos, creación, actualización de usuarios, asignación de permisos de usuarios. También permite el ingreso de datos y horarios de atención de doctores.

Dicho módulo es de verdadera importancia ya que contiene parámetros iniciales y de uso para el correcto funcionamiento del sistema.

SOFT CLINIC

Manual Técnico

Información del Documento

Organización	Nueva Clínica Bolívar
Título del Documento:	Manual Técnico del Sistema Soft Clinic
Archivo:	Manual Técnico Soft Clinic.doc
Lugar:	Quito
Fecha de Creación:	04/Julio/2011
Versión:	1.0.0
Autor:	Luis Eduardo Tufiño-Erika Andrade

Contenido

ACERCA DE ESTE MANUAL	
CONVENCIONES GENERALES.....	7
INTRODUCCIÓN	
AUDIENCIA DEL MANUAL.....	9
ESTÁNDARES	
CONSIDERACIONES GENERALES DE DESARROLLO.....	10
REGLAS DE NOMENCLATURA.....	10
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS Y SIGLAS.....	10
NOMENCLATURA DE CLASES.....	11
CAMPOS ESTÁTICOS.....	11
PARÁMETROS.....	11
MÉTODOS.....	11
PROPIEDADES.....	11
EVENTOS.....	11
VARIABLES MIEMBRO.....	11
COMPONENTES Y CONTROLES.....	12
MÉTODOS MANEJADORES DE EVENTOS.....	12
USO DE CONSTANTES Y VARIABLES.....	12
VALIDACIÓN DE DATOS DE INGRESO.....	12
GUÍAS ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN.....	12
MANEJO DE ERRORES.....	12
GUÍAS DE DESARROLLO EN BASE DE DATOS.....	12
OPTIMIZACIÓN DE SQL.....	13
PRERREQUISITOS	
SOFTWARE BÁSICO.....	14

CLIENTE	14
SERVIDOR	14
HARDWARE REQUERIDO	14
CLIENTE	14
SERVIDOR	14

BASE DE DATOS	
DICcionario DE DATOS.....	14
CARGUE DE LA BASE DE DATOS	21

CONFIGURACIÓN DEL SITIO WEB.....	
CREAR EL DIRECTORIO VIRTUAL	23
INSTALACIÓN DE LAS LIBRERÍAS DE CONEXIÓN ENTRE LA BASE DE DATOS MYSQL Y EL SITIO WEB.	25

RECOMENDACIONES:	
-------------------------------	--

Acerca de este manual

El manual ha sido concebido como autodidáctico y siguiendo su orden progresivo el usuario no tendrá problemas en comprender su funcionamiento.

Introducción.

El capítulo introduce al usuario en la concepción del módulo, mostrándole su utilidad funcional.

Estándares.

En este capítulo se podrá conocer los estándares utilizados en la nomenclatura de los stored procedures objetos en el Front-End directorios etc.

Prerrequisitos.

Este capítulo cubre los elementos necesarios tanto en hardware como software para la instalación del Módulo de Crédito.

Convenciones Generales

Convención sobre el formato
de texto

Indica

—

Escritura en cursiva

Se refiere al aspecto funcional del
módulo.

"Información entre comillas"

Muestra el nombre de un botón.

Introducción

Audiencia del manual

El presente documento se encuentra orientado a usuarios finales, que cuenten con la herramienta Soft Clinic y que tengan como objetivo a corto o mediano plazo entender el funcionamiento del mismo.

Estándares

Los estándares de programación contienen directivas para el desarrollo de software, con el objetivo de facilitar la estandarización y el mantenimiento del código fuente de las diferentes aplicaciones desarrolladas. Permite que dos o más personas intervengan en el desarrollo antes de que el software pase a producción y luego ello, para el soporte técnico es decir el servicio de post-producción.

Los estándares de programación también son muy útiles a la hora de coordinar actividades de desarrollo.

CONSIDERACIONES GENERALES DE DESARROLLO

Se ha considerado las siguientes reglas en el proceso de desarrollo:

- Utilizamos Microsoft - Visual Studio como herramienta principal para realizar el desarrollo, la licencia es la que proporciona la Universidad Politécnica Salesiana para el uso de estudiantes.
- Aplicaremos antes de la codificación respectiva a métodos, función, propiedad, evento, interface, comentarios correspondientes, mediante el símbolo `.
- Realizaremos comentarios en línea de las áreas de código complejas.
- Corregiremos los "warnings" de compilación.

Una vez que ha completado cualquier incremento

- Verificaremos que las bases de datos locales se encuentren actualizadas y decidiremos si se requiere actualizarlas.

REGLAS DE NOMENCLATURA

Utilizamos las siguientes convenciones para utilizar letras mayúsculas y minúsculas en los identificadores (**Cfr. Supra** Estándares de Programación):

- Regla de Pascal
- Regla de Camel
- Regla de mayúsculas
- Regla de minúsculas

El siguiente es un resumen de las reglas de mayúsculas y minúsculas ejemplos para los diferentes tipos de identificadores:

Identificador	Regla	Ejemplo
Clase	Minúsculas	horario_doctor
Eventos	Pascal	OnValueChanged
Excepciones	Pascal	NumericException
Campos Estáticos de solo lectura	Pascal	MaximoFilasPorPagina
Formularios	Pascal	frmCirugia
Métodos	Minúsculas	ingresar_informes_cirugia
Namespaces	Pascal	System.Data
Parámetros	Camel	strCodigo
Propiedades	Pascal	CedulaPaciente
Controles y Componentes	Camel	btnEjecutar
Tabla	Minúsculas	roles
Campos	Minúsculas	cod_doctor

Tabla 1: Ejemplos de Identificadores

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS Y SIGLAS

Para evitar confusiones, utilizamos las siguientes recomendaciones para las abreviaturas:

- Utilizamos abreviaturas o contracciones como partes de los nombres de identificadores. Por ejemplo utilizamos: "RecibirPaciente" utilizamos "RecPac".
- Cuando necesitemos utilizar acrónimos debemos usar las reglas de Pascal, de Camel o Minúsculas, dependiendo del tipo de identificador.

NOMENCLATURA DE CLASES

Utilizamos las siguientes recomendaciones para la nomenclatura de clases:

- Utilizamos un sustantivo o frases de sustantivos para nombrar a la clase
- Utilizamos reglas de minúsculas
- No utilizamos abreviaturas
- Solamente utilizamos acrónimos para reemplazar palabras de más de 10 letras.
- Utilizamos prefijos, tales como "cls" para clase. Por ejemplo cls_cirugia.
- Utilizamos el carácter underscore "_", como separador de palabras. Por ejemplo cls_cirugia.
- Cuando consideremos apropiado, utilizamos palabras compuestas para nombrar clases derivadas.

CAMPOS ESTÁTICOS

Utilizamos las siguientes recomendaciones para campos estáticos:

- Utilizamos sustantivos, frases de sustantivos o abreviaturas de sustantivos para identificar campos estáticos.

PARÁMETROS

Utilizamos las siguientes recomendaciones para parámetros, considerando que estos van a presentarse de esta forma en cualquier ayuda técnica generada automáticamente:

- Utilizamos las reglas de minúsculas
- No utilizamos abreviaturas o acrónimos
- Utilizamos nombres descriptivos de parámetros. Los nombres de los parámetros deben ser lo suficientemente descriptivos de manera que el nombre del parámetro y su tipo se pueden determinar directamente en la mayoría de los escenarios.
- Los nombres de los parámetros deben corresponder a su significado y no orientados solamente al tipo de datos.

MÉTODOS

Las siguientes recomendaciones de nomenclatura son las que consideramos para métodos:

- Utilizamos verbos o frases de verbos para nombrar métodos
- No utilizamos abreviaturas o acrónimos
- Utilizamos reglas de minúsculas

PROPIEDADES

Utilizamos las siguientes recomendaciones para nombrar a las propiedades:

- Utilizamos un sustantivo o una frase sustantiva para nombrar a las propiedades
- No utilizamos acrónimos o abreviaturas
- Utilizamos las reglas de Pascal
- No utilizamos prefijos.

EVENTOS

Consideramos las siguientes recomendaciones para la nomenclatura de eventos:

- Utilizamos las reglas de Pascal
- No utilizamos prefijos.
- Consideramos utilizar verbos para nombrar eventos. Por ejemplo "Clicked", "Painting" o en español "Pintado". Note la utilización de un gerundio en cada caso "ed", "ing" o "ado".
- Consideramos la utilización de prefijos como "On" cuando sea conveniente. Por ejemplo "OnClose"

VARIABLES MIEMBRO

Utilizamos las siguientes recomendaciones de nomenclatura para las variables miembro, ya sean estas públicas, privadas o protegidas:

- Utilizamos sustantivos, frases de sustantivos o abreviaturas de sustantivos para nombrar a las variables
- Utilizamos las reglas de Camel
- No utilizamos prefijos o notación húngara para nombrar a las variables. Sin embargo consideramos utilizar prefijos que correspondan al tipo de datos cuando sea pertinente.
- Si requiere utilizar variables privadas o protegidas, se puede considerar la utilización del underscore "_".

COMPONENTES Y CONTROLES

Las siguientes recomendaciones consideramos para componentes y controles, en particular para componentes server en páginas ASP.NET:

- Utilizamos las reglas de Pascal
- Utilizamos sustantivos, frases de sustantivos o abreviaturas de sustantivos para los nombres.

MÉTODOS MANEJADORES DE EVENTOS

Los métodos manejadores de eventos no siguen las mismas reglas que los métodos regulares. Las siguientes reglas para generación automática de métodos utilizamos para Visual Studio .Net:

- Utilizamos reglas de Pascal
- No utilizamos abreviaturas o acrónimos.
- Debemos iniciar con el nombre del componente o del control al que corresponde este evento, a continuación un underscore "_" y luego el nombre del evento.

USO DE CONSTANTES Y VARIABLES

- Las variables locales, miembros y globales debemos inicializarlas en su declaración:
 - `int i;` // Incorrecto
 - `int i = 0;` // Correcto
- En las variables podemos usar abreviaturas.

VALIDACIÓN DE DATOS DE INGRESO

Las siguientes recomendaciones se utilizamos para controlar exposición de ataques durante el ingreso de datos:

- No confiaremos en la validación realizada por parte de ASP.NET, validaremos los datos ingresados también en código.
- Validamos los datos ingresados por largo, rango, formato y tipo de datos.
- Validamos los datos ingresados de cualquiera de las fuentes, tales como strings de consulta, cookies, controles HTML, etc.
- No confiamos en la validación realizada en la aplicación cliente.
- Evitamos la utilización de nombres de archivo y paths seleccionados por el usuario.

GUÍAS ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN

- Utilizaremos lenguaje inglés o español para nombrar identificadores y para escribir comentarios. Recomendamos principalmente el uso del lenguaje español, sin embargo en caso de que el término sea más claro en inglés, se lo puede utilizar.
- No utilizamos métodos con parámetros por defecto.

MANEJO DE ERRORES

- Nunca debemos desplegar un error al usuario final, en vez de eso debemos desplegar un mensaje amigable informando al usuario que se ha producido un error.
- Tratemos de recuperar los errores en cuanto sea posible, siempre evitando que la aplicación se detenga.
- Utilizamos siempre mensajes de error gramaticalmente correctos.
- No utilizamos excepciones como flujo normal de control
- En caso que requiera lanzar una excepción, utilizamos el tipo de excepción más específica posible.
- En las excepciones, asignaremos mensajes significativos que permitan entender el contexto del problema, desde el punto de vista del desarrollador.

GUÍAS DE DESARROLLO EN BASE DE DATOS

Las siguientes recomendaciones utilizaremos en la base de datos MySQL.

Guías de Nomenclatura

- Utilizamos las reglas de minúsculas para objetos SQL tales como tablas, vistas y procedimientos almacenados. Se permite el uso de underscore (_) para separar las palabras o los prefijos de los nombres de campos, tablas, vistas y procedimientos. Ejemplo: pacientes o doctores.
- Para los campos de las tablas utilizamos la regla de minúsculas y permitimos el uso de underscore (_) para separar las palabras o los prefijos. Ejemplo cod_paciente, nom_doctor.
- Permitimos la utilización de abreviaturas.
- El nombre de la clave foránea de una tabla llevará el mismo nombre de la clave primaria de la tabla con la que se relaciona. Ejemplo: la tabla doctores tiene el campo cod_doctor que es la

clave primaria (PK) en la tabla paciente se relacionará con el campo cod_doctor, como clave foránea (FK).

Normalización y Reglas de las Tablas

- Normalizamos la estructura de la base de datos utilizando la Tercera Forma Normal (3FN). La normalización es el proceso de diseñar un modelo de datos para almacenar datos en una base de datos relacional. A continuación se presentan las reglas de 3FN:
 - Construya tablas independientes para cada conjunto de atributos relacionados y asigne a cada tabla una clave primaria.
 - Si un atributo depende solamente en parte de una clave primaria compuesta por varios campos, cree una nueva tabla
 - Si existen atributos que no se identifican con la clave primaria, construya una nueva tabla.
- Siempre debemos incluir una clave primaria en cada una de las tablas de la base de datos.

Optimización de SQL

- Tratemos de evitar los cursores mientras sea posible. En vez de eso, utilizamos tablas temporales.
- Evitemos la utilización de vistas que solamente retornan un campo útil. En tal caso, es mejor utilizar funciones.
- Utilizamos variables o parámetros que requieran ser utilizadas en la cláusula WHERE
- Asegurémonos de la existencia de índices en las tablas y de su uso en las consultas realizadas por medio del optimizador de consultas. Chequee el plan de ejecución para confirmar que las consultas se están realizando correctamente.
- No utilizamos la cláusula ORDER BY en una instrucción SELECT cuando el orden de los elementos no es importante o cuando se van a ordenar de diferentes formas en la capa de negocios o en la de presentación.
- Mantengamos las transacciones tan cortas como sea posible para prevenir el bloqueo innecesario.

APLICACIONES WEB

Conceptos Generales

- Cuando se diseña las páginas web, consideremos que realmente deben ser útiles para el usuario y no para el programador.
- No tomemos una decisión basándose en la simplicidad o en el tiempo de desarrollo, sino considerando la simplicidad para el usuario final.
- Siempre debemos presentar dos niveles de ventanas desplegadas. La ventana principal, y cuando sea necesario una ventana popup. Una ventana popup no puede llamar a otra ventana popup.
- Implementemos ventanas estándares para realizar acciones estándar como copiar y pegar.
- Ubiquemos los controles en forma lógica siguiendo los siguientes principios:
 - Dividamos los controles en secciones que contengan un título auto-explicativo o que incluya una explicación de lo que el usuario debe o puede hacer en esa sección.
 - El ojo lee empezando en la izquierda y siguiendo hacia la derecha y de arriba hacia abajo.
 - Ubiquemos primero los controles más importantes y luego los opcionales
- En la parte superior de su aplicación presentemos un área compuesta por los siguientes elementos:
 - El nombre de la clínica.
 - El logo de la clínica posterior al nombre de la empresa.
 - Un botón de salida a la derecha
- Utilizamos un menú horizontal debajo de esta área principal o en el margen izquierdo cuando se requiera más de un nivel.
- La resolución de pantalla para la cual se debe diseñamos la aplicación es 1024x768 y se debe permitir el cambio de tamaño a la resolución actual de la pantalla en forma automática.
- Utilizamos etiquetas sobre o junto a los controles.

Formularios

- Nombramos los formularios mediante un sustantivo o frases de sustantivos, además puede utilizar adjetivos para describir comportamiento. Inicie siempre el nombre de una interface con la palabra "frm". Por ejemplo FRMCREACIT.
- Utilizamos las reglas de mayúsculas.
- No utilizamos abreviaturas
- No utilizamos el underscore "_"

Botones

- Utilizamos abreviaturas, acrónimos o siglas para identificar a los botones.
- Seleccionamos cuidadosamente el texto de los botones. Debe ser claro y no debe confundir al usuario.

- Un botón solamente realiza una acción a la vez.
- Un botón puede solicitar la confirmación de lo que va a realizar dependiendo de la gravedad de la acción correspondiente.
- Los botones pueden presentar iconos o imágenes en los siguientes casos:
 - Cuando el icono sea fácil de entender

Prerrequisitos

Por Prerrequisitos debe entenderse las especificaciones mínimas necesarias de software y hardware para que sea posible instalar y poner en funcionamiento el sistema SOFTCLINIC.

Software Básico

El software básico se refiere, tanto a los *Clientes* como a los *Servidores*, según lo que sigue:

Cliente

WINDOWS XP Service Pack 2 o superior
Internet Explorer 8 o superior.

Servidor

WINDOWS XP Service Pack 2
MySql 5.1
Internet Information Server 6.0

Hardware Requerido

El Hardware Requerido se refiere, tanto a los *Clientes* como a los *Servidores*, según lo que sigue:

Cliente

MAQUINA PENTIUM (100 MHZ Mínimo) mínimo con:
- 1GB MEMORIA
- 10 GB disco Minino
- Pantalla SVGA a color
- Teclado & Mouse
- Tarjeta de red

Servidor

- 2GB en memoria mínimo
- 250 GB en disco
- Pantalla SVGA color
- Teclado & Mouse
- Tarjeta de Red

Base de datos

Diccionario de Datos

El siguiente cuadro/tabla detalla el diccionario de datos del sistema clínico, en dicha tabla contiene los siguientes campos:

- **Código:** Identificador de la tabla.
- **Nombre:** Descripción del nombre de la tabla
- **Campos:** Detalle de los nombres de campos que pertenecen a una tabla.
- **Descripción:** Funcionalidad de la tabla en el sistema clínico.

CODIGO	NOMBRE	CAMPOS			DESCRIPCION
T-001	Cirugía	COD_CIRUGIA	int(11)	NOT NULL	Almacena información de las cirugías
		COD_ESTADO	int(11)	NOT NULL	
		COD_PRIORIDAD	int(11)	NOT NULL	
		FEC_PEDIDO_CIR	datetime	NULL	
		COD_QUIROFANO	int(11)	NULL	
		FEC_INI_CIRUGIA	datetime	NULL	
		FEC_FIN_CIRUGIA	datetime	NULL	
		OBSERVACION	text	NULL	
		PRE_OPERATORIO	text	NULL	
		INF_CIRUGIA	text	NULL	
		POS_OPERATORIO	text	NULL	
		COD_CAT_CIRUGIA	int(11)	NULL	
		COD_HOSPITALIZACION	int(11)	NULL	
		COD_TIPO_CIRUGIA	int(11)	NULL	
		COD_HISTORIAL	int(11)	NOT NULL	
		COD_DOC_PEDIDO	int(11)	NOT NULL	
CODIGO	NOMBRE	CAMPOS			DESCRIPCION
T-002	cita_medica	COD_CITA	int(11)	NOT NULL	Almacena información de las citas médicas
		COD_DOCTOR	int(11)	NOT NULL	
		COD_ESTADO	int(11)	NOT NULL	
		FECHA_SOLICITUD	datetime	NOT NULL	
		FECHA_ASISTE	date	NOT NULL	
		HORA_ASISTE	time	NOT NULL	
		TURNO	int(11)	NULL	
		COD_HISTORIAL	int(11)	NOT NULL	
		NUM_FACTURA	varchar(6)	NULL	
		COD_ORIGEN	int(1)	NOT NULL	
T-003	controles	COD_CONTROL	int(11)	NOT NULL	Almacena los datos de la relación entre el rol y el formulario
		COD_ROL	int(11)	NOT NULL	
		COD_FORM	int(11)	NOT NULL	
T-004	detalle_orden_botiquin	COD_DET_PED	int(11)	NOT NULL	Almacena información del detalle de orden de botiquín
		COD_ORDEN_BOT	int(11)	NOT NULL	
		COD_MEDICAMENTO	int(11)	NOT NULL	
		CANTIDAD	int(11)	NOT NULL	
		COD_UNIDAD	int(11)	NOT NULL	
		COD_ESTADO	int(11)	NOT NULL	
T-005	detalle_examen	COD_DETALLE_EXAMEN	int(11)	NOT NULL	Almacena información del detalle de la orden de
		COD_PEDIDOEXAMEN	int(11)	NOT NULL	

		COD_ESTADO	int(11)	NOT NULL	exámen
		COD_PARAM	int(11)	NOT NULL	
		RESULTADO	text	NULL	
		EST_PROCESO	varchar(2)	NULL	
		NUM_FACTURA	varchar(5)	NULL	
T-006	dias	COD_DIA	int(11)	NOT NULL	Almacena los días de la semana
		NOM_DIA	varchar(10)	NOT NULL	
T-007	doctor	COD_DOCTOR	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de doctores de la Clínica
		COD_ESPECIALIDAD	int(11)	NULL	
		NOM_DOCTOR	varchar(255)	NOT NULL	
		DIR_DOCTOR	varchar(255)	NULL	
		EMA_DOCTOR	varchar(50)	NULL	
		TEL_DOCTOR	varchar(9)	NULL	
		CEL_DOCTOR	varchar(9)	NULL	
		COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	
CODIGO	NOMBRE	CAMPOS			DESCRIPCION
T-008	doctor_cirugia	COD_DOC_CIRUGIA	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de los doctores que intervienen en una cirugía
		COD_CIRUGIA	int(11)	NOT NULL	
		COD_DOCTOR	int(11)	NULL	
		NOM_DOCTOR	varchar(255)	NOT NULL	
		COD_FUN_CIRUGIA	int(11)	NULL	
T-009	especialidad	COD_ESPECIALIDAD	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de la especialidad de un Doctor
		NOM_ESPECIALIDAD	varchar(255)	NOT NULL	
		DES_ESPECIALIDAD	varchar(255)	NOT NULL	
		COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	
T-010	estado	COD_ESTADO	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de los diferentes estados de los procesos
		DES_ESTADO	varchar(50)	NOT NULL	
T-011	estado_movimiento_medicamentos	COD_EST_MOVIMIENTO	int(11)	NOT NULL	Almacena el estado de los movimientos de los medicamentos
		DES_EST_MOVIMIENTO	varchar(255)	NOT NULL	
T-012	estado_parametro	COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	Almacena la información del estado de los parámetros
		DES_EST_PARAMETRO	varchar(255)	NOT NULL	
T-013	estado_civil	COD_ESTADO_CIVIL	int(11)	NOT NULL	Almacena la información del estado civil que puede tener un paciente
		DES_ESTADO_CIVIL	varchar(255)	NOT NULL	
		COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	
T-014	estado_habitacion_quirofano	COD_EST_HAB_QUIR	int(11)	NOT NULL	Almacena la información del estado que puede tener habitación o quirófano
		DESC_EST_HAB_QUIR	varchar(50)	NOT NULL	
T-015	formulario	COD_FORMULARIO	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de los formularios web existentes
		DES_FORMULARIO	varchar(250)	NOT NULL	
		COD_ITEM	int(11)	NOT NULL	

		COD_SUBITEM	int(11)	NULL	
		COD_SUBITEM1	int(11)	NULL	
		NOM_FORMULARIO	varchar(250)	NULL	
		NIV_ITEM	varchar(10)	NOT NULL	
T-016	funcion_cirugia	COD_FUN_CIRUGIA	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de las funciones de un doctor en una cirugía
		DES_FUN_CIRUGIA	varchar(255)	NOT NULL	
T-017	genero	COD_GENERO	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de los géneros que puede tener un paciente
		DES_GENERO	varchar(50)	NOT NULL	
		COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	
CODIGO	NOMBRE	CAMPOS			DESCRIPCION
T-018	habitacion	COD_HABITACION	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de las habitaciones
		COD_EST_HAB_QUIR	int(11)	NOT NULL	
		DES_HABITACION	varchar(50)	NOT NULL	
T-019	horario_doctor	COD_HORARIO	int(11)	NOT NULL	Almacena la información del horario de atención de un médico
		COD_DOCTOR	int(11)	NOT NULL	
		COD_DIA	int(11)	NOT NULL	
		HOR_INICIO	Time	NOT NULL	
		HOR_FIN	time	NOT NULL	
		DUR_CITA	int(11)	NOT NULL	
T-020	hospitalizacion	COD_HOSPITALIZACION	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de la hospitalización de un paciente
		COD_DOCTOR	int(11)	NOT NULL	
		COD_ESTADO	int(11)	NOT NULL	
		COD_HABITACION	int(11)	NULL	
		COD_HISTORIAL	int(11)	NOT NULL	
		MOT_HOSPITALIZACION	text	NOT NULL	
		FEC_PEDIDO_HOSPITALIZACION	datetime	NOT NULL	
		FEC_HOSPITALIZACION	datetime	NULL	
		FEC_ALTA	datetime	NULL	
		COD_DOC_ALTA	int(11)	NULL	
T-021	instruccion	COD_INSTRUCCION	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de instrucción que puede tener un paciente
		DES_INSTRUCCION	varchar(50)	NOT NULL	
		COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	
T-022	medicamento	COD_MEDICAMENTO	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de los medicamentos
		DES_MEDICAMENTO	varchar(255)	NOT NULL	
		PRE_MEDICAMENTO	float(8,2)	NULL	
		COD_UNIDAD	int(11)	NULL	
		CAN_MEDICAMENTO	int(11)	NULL	
T-023	movimiento_medica mento	COD_MOVIMIENTO	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de los movimientos de los medicamentos
		COD_ORD_BOTIQUIN	int(11)	NULL	
		COD_MEDICAMENTO	int(11)	NOT NULL	
		CAN_ANT_MEDICAMENTO	int(11)	NULL	
		CAN_ENT_MEDICAMENTO	int(11)	NULL	
		CAN_SAL_MEDICAMENTO	int(11)	NULL	
		COD_UNIDAD	int(11)	NOT NULL	

CODIGO	NOMBRE	CAMPOS	DESCRIPCION
		COD_EST_MOVIMIENTO int(11) NOT NULL FEC_MOVIMIENTO datetime NULL	
T-024	movimientos	COD_MOVIMIENTO int(11) NOT NULL USU_MOVIMIENTO varchar(255) NOT NULL COD_TRANSACCION int(11) NOT NULL DES_TABLA varchar(255) NOT NULL COD_TABLA varchar(255) NOT NULL FEC_MOVIMIENTO datetime NOT NULL	Almacena la información de los movimientos de las transacciones realizadas en el sistema
T-025	nota _evolucion	COD_NOT_EVOLUCION int(11) NOT NULL COD_ORIGEN int(11) NOT NULL COD_DOCTOR int(11) NOT NULL COD_PRECONSULTA int(11) NULL COD_HISTORIAL int(11) NULL NOT_EVOLUCION text NULL DES_MEDICAMENTO text NULL DES_INDICACIONES text NULL FEC_EVOLUCION date NULL ALTA_MEDICA char(1) NULL	Almacena la información de la nota de evolución de un paciente
T-026	orden_botiquin	COD_ORD_BOTIQUIN int(11) NOT NULL COD_HISTORIAL int(11) NOT NULL FEC_ORD_BOTIQUIN datetime NOT NULL COS_TOTAL float NULL	Almacena la información de la orden de botiquín
T-026	origen	COD_ORIGEN int(11) NOT NULL DES_ORIGEN varchar(50) NOT NULL	Almacena la información del origen que puede tener una cirugía
T-027	otros_examenes	COD_OTR_EXAMEN int(11) NOT NULL COD_PED_EXAMEN int(11) NOT NULL PAR_EXAMEN varchar(255) NOT NULL RES_EXAMEN text YES COD_ESTADO int(11) NOT NULL	Almacena la información de exámenes adicionales que requiere el paciente y la clínica no posee
CODIGO	NOMBRE	CAMPOS	DESCRIPCION
T-028	paciente	COD_HISTORIAL int(11) NOT NULL CEDULA varchar(11) NOT NULL COD_ESTADO_CIVIL int(11) NULL COD_INSTRUCCION int(11) NULL	Almacena la información de los pacientes

		COD_GENERO	int(11)	NULL	
		NOM_PACIENTE	varchar(255)	NOT NULL	
		APE_PACIENTE	varchar(255)	NOT NULL	
		DIRECCION	varchar(255)	NULL	
		TELEFONO	varchar(7)	NULL	
		CELULAR	varchar(9)	NULL	
		EMAIL	varchar(50)	NULL	
		EDAD	int(11)	NULL	
		MESES	int(2)	NULL	
		RELIGION	varchar(255)	NULL	
		FEC_NACIMIENTO	datetime	NULL	
		ACTIVIDAD	varchar(100)	NULL	
		LUG_NACIMIENTO	varchar(100)	NULL	
		FEC_CREACION	datetime	NOT NULL	
		ANT_PERSONALES	text	NULL	
		ANT_FAMILIARES	text	NULL	
T-30	parametro_examen	COD_PARAMETRO	int(11)	NOT NULL	Almacena Información de los parámetros de Exámenes
		COD_TIP_EXAMEN	int(11)	NOT NULL	
		DES_PARAMETRO	varchar(50)	NOT NULL	
		PRE_PARAMETRO	float(8,2)	NULL	
		COD_ESTADO	int(1)	NOT NULL	
T-31	pedido_examen	COD_PED_EXAMEN	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de los pedidos de exámenes
		COD_PRIORIDAD	int(11)	NOT NULL	
		COD_DOCTOR	int(11)	NOT NULL	
		COD_ORIGEN	int(11)	NOT NULL	
		COD_HISTORIAL	int(11)	NOT NULL	
		FEC_PED_EXAMEN	datetime	NOT NULL	
		COD_HOSPITALIZACION	int(11)	NULL	
T-32	preconsulta	COD_PRECONSULTA	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de la preconsulta(signos vitales)
		COD_CITA	int(11)	NOT NULL	
		TEMPERATURA	float	NULL	
		PULSO	varchar(10)	NULL	
		PRE_ARTERIAL	varchar(10)	NULL	
		ESTATURA	float	NULL	
		PESO	float	NULL	
		NOTA	text	NULL	
CODIGO	NOMBRE	CAMPOS			DESCRIPCION
T-33	prioridad	COD_PRIORIDAD	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de la prioridad para los procesos
		DES_PRIORIDAD	varchar(255)	NOT NULL	
T-34	quirófano	COD_QUIROFANO	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de quirófanos
		COD_EST_HAB_QUIR	int(11)	NOT NULL	
		DES_QUIROFANO	varchar(255)	NOT NULL	
T-35	registro_emergencia	COD_REG_EMERGENCIA	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de registro de emergencia
		FEC_ING_EMERGENCIA	datetime	NOT NULL	
		COD_DOCTOR	int(11)	NOT NULL	
		COD_HISTORIAL	int(11)	NOT NULL	

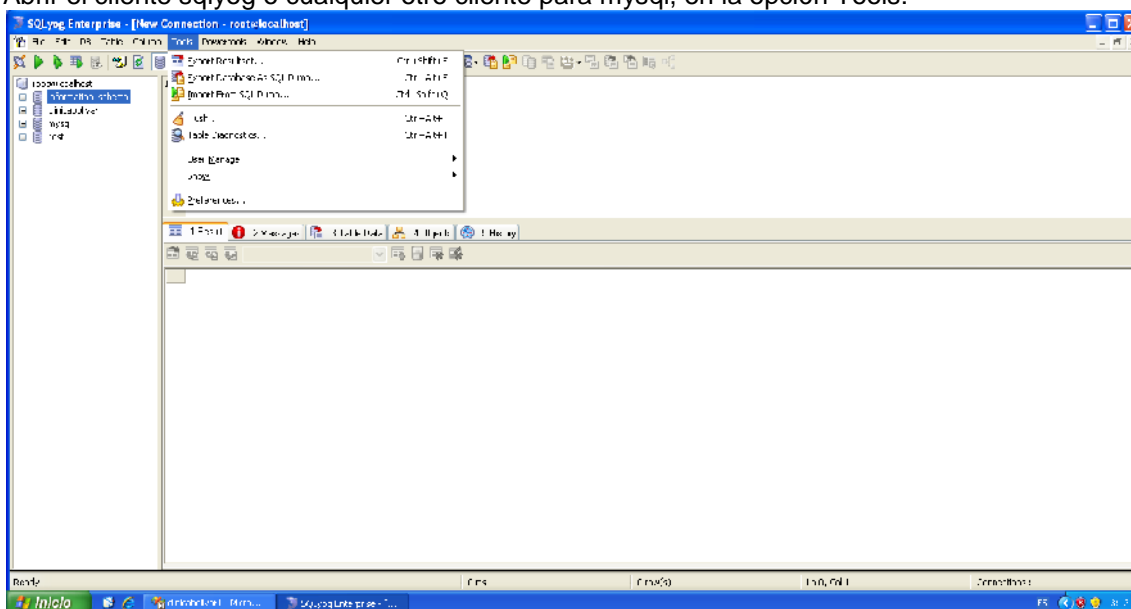
		NOM_RESPONSABLE	varchar(255)	NULL	
		PARENTESCO	varchar(255)	NULL	
		DIR_RESPONSABLE	varchar(255)	NULL	
		TEL_RESPONSABLE	varchar(9)	NULL	
		NOM_ACOMPAÑANTE	varchar(255)	NULL	
		CED_ACOMPAÑANTE	varchar(11)	NULL	
		DIR_ACOMPAÑANTE	varchar(255)	NULL	
		TEL_ACOMPAÑANTE	varchar(11)	NULL	
		EMERGENCIA	varchar(255)	NULL	
		FEC_EMERGENCIA	datetime	NULL	
		LUG_EMERGENCIA	varchar(255)	NULL	
		AUT_DENUNCIA	varchar(255)	NULL	
		PER: DENUNCIA	varchar(255)	NULL	
		FEC_DENUNCIA	datetime	NULL	
		LUG_TRANSFERENCIA	varchar(50)	NULL	
		SALA	varchar(5)	NULL	
		CAMA	varchar(5)	NULL	
		HOS_TRANSFERENCIA	varchar(50)	NULL	
		FECHAHORATRANSF	datetime	NULL	
		CONDICION	tinytext	NULL	
		FEC_EGRESO	datetime	NULL	
		CUA_CLINICO	text	NULL	
		TEMPERATURA	varchar(11)	NULL	
		PULSO	varchar(11)	NULL	
		RESPIRACION	varchar(11)	NULL	
		TENSION	varchar(11)	NULL	
		IMP_CLINICAS	text	NOT NULL	
		TRATAMIENTO	text	NOT NULL	
		IMP_DIAGNOSTICA	text	NOT NULL	
		FEC_SALIDA	datetime	NULL	
CODIGO	NOMBRE	CAMPOS			DESCRIPCION
T-36	roles	COD_ROL	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de los roles
		DES_ROL	varchar(50)	NOT NULL	
		PAR_HORARIO	varchar(1)	NOT NULL	
		COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	
T-37	tipo_cirugia	COD_TIP_CIRUGIA	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de tipos de cirugía
		DES_TIP_CIRUGIA	varchar(255)	NOT NULL	
T-38	tipo_examen	COD_TIP_EXAMEN	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de tipo de exámenes
		NOM_TIP_EXAMEN	varchar(50)	NOT NULL	
		COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	
T-39	transaccion	COD_TRANSACCION	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de las transacciones existentes en el sistema
		DES_TRANSACCION	varchar(255)	NOT NULL	
		EST_TRANSACCION	varchar(1)	NOT NULL	
T-40	unidad	COD_UNIDAD	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de las unidades de medida de los
		DES_UNIDAD	varchar(255)	NOT NULL	

		COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	medicamentos
T-41	Usuario	COD_USUARIO	int(11)	NOT NULL	Almacena la información de los usuarios del sistema
		DES_USUARIO	varchar(255)	NOT NULL	
		MAI_USUARIO	varchar(50)	NOT NULL	
		LOG_USUARIO	varchar(255)	NOT NULL	
		PAS_USUARIO	varchar(255)	NOT NULL	
		COD_ROL	int(11)	NOT NULL	
		COD_DOCTOR	int(11)	NULL	
		COD_EST_PARAMETRO	int(1)	NOT NULL	
		PAR_HORARIO	varchar(1)	NOT NULL	

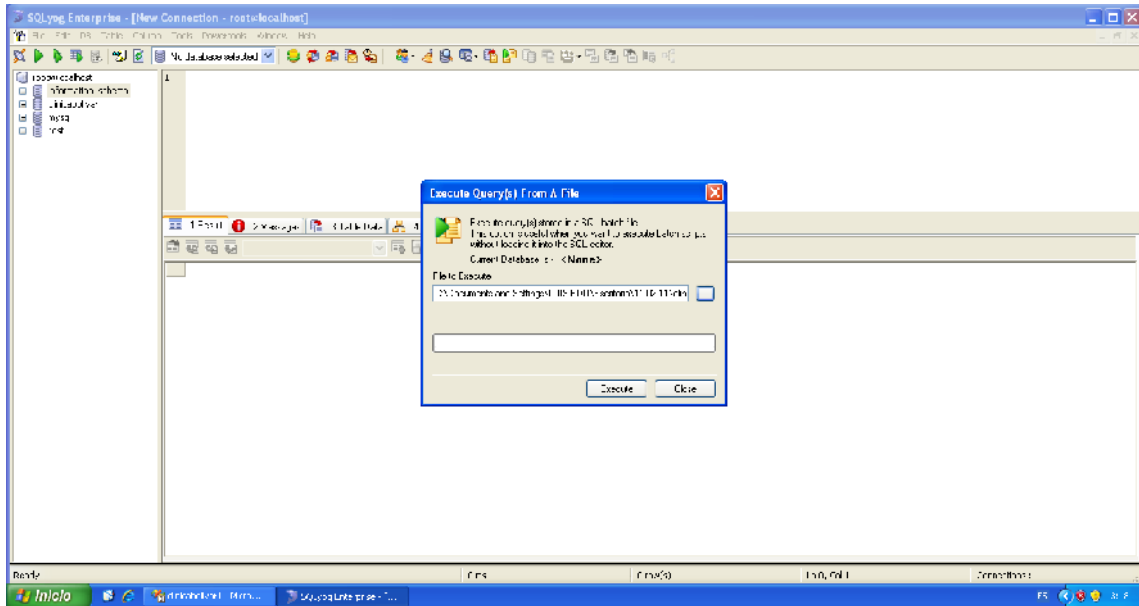
Cargue de la base de datos

Para que el sistema funcione correctamente es necesario que se cargue en el servidor la base de datos que contiene la estructura de las tablas, de la siguiente manera:

Abrir el cliente sqlyog o cualquier otro cliente para mysql, en la opción Tools:



Escoger la opción Import from SQL Dump, esto quiere decir que se procederá a cargar una base de datos desde un archivo con una extensión sql.



Se debe escoger el archivo clinicabolivar.sql que contiene toda la estructura y la información necesaria para el correcto funcionamiento del sistema.

Y hacer clic en el botón “Execute”, si no hay inconvenientes se cargara la base de datos de nombre clinicabolivar.

Las siguientes tablas contienen información que por ningún motivo deberán ser modificadas:

prioridad
 estado_parametro
 estado_movimiento_medicamentos
 estado
 dias
 controles
 formulario
 transacción
 roles

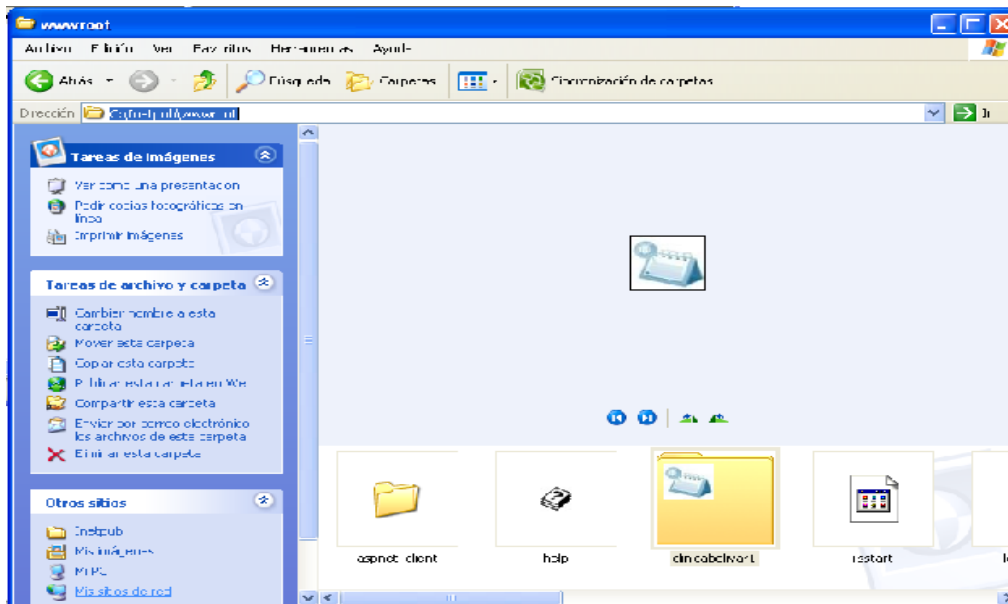
De la misma manera en las siguientes tablas se podrán añadir registros pero de ninguna manera se podrán eliminar los ya existentes:

instruccion
 genero
 estado_civil
 usuarios

Configuración del Sitio Web

Para la configuración del sistema web en el servidor se debe seguir los siguiente pasos:

Pegar la carpeta clinicabolivar en la dirección C:\inetpub\wwwroot.



Esta carpeta contiene todos los componentes del sistema web.

Ya copiada la carpeta, es necesario configurar el IIS(Internet Information Server) para que administrar el sitio web.

Para iniciar el Administrador de IIS desde el cuadro de diálogo Ejecutar

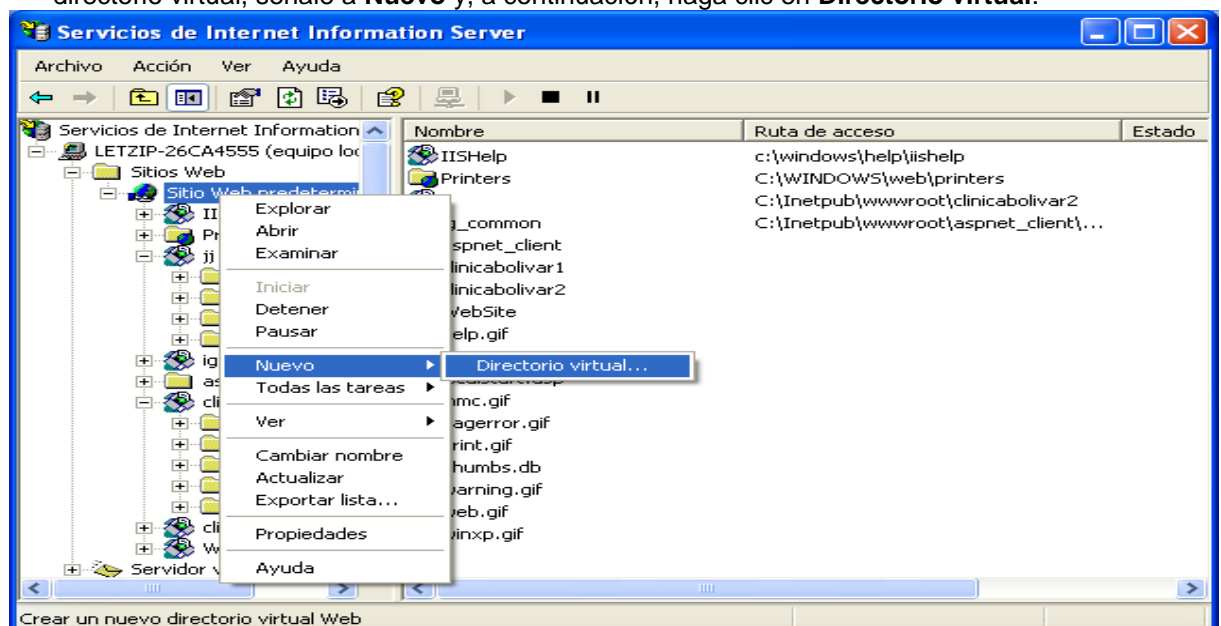
1. En el menú Inicio, haga clic en Ejecutar.
2. En el cuadro Abrir, escriba inetmgr y haga clic en Aceptar.

Crear el directorio virtual

Un vez iniciado el Administrador IIS, ya puede crear un directorio virtual.

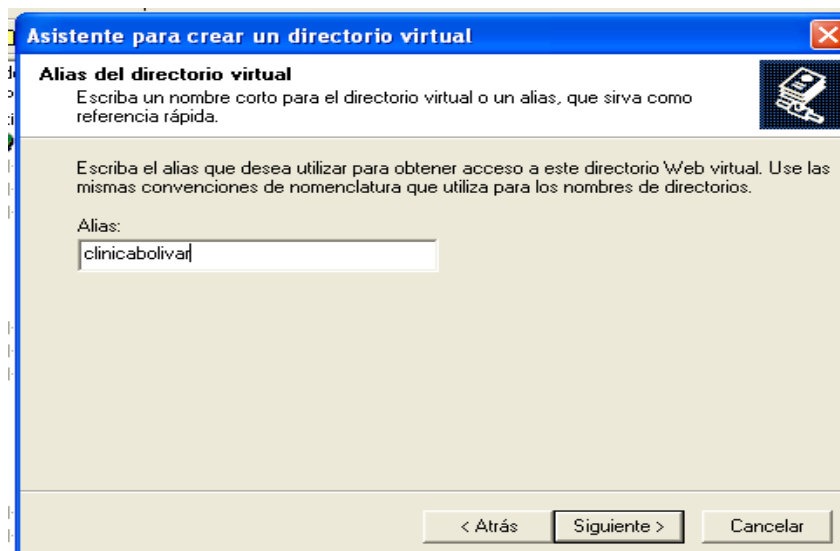
Para crear un directorio virtual mediante el Administrador IIS

1. En el Administrador IIS, expanda el equipo local y el sitio Web a los que desea agregar un directorio virtual. Haga clic con el botón secundario del mouse en el sitio o carpeta en el que desea crear el directorio virtual, señale a **Nuevo** y, a continuación, haga clic en **Directorio virtual**.

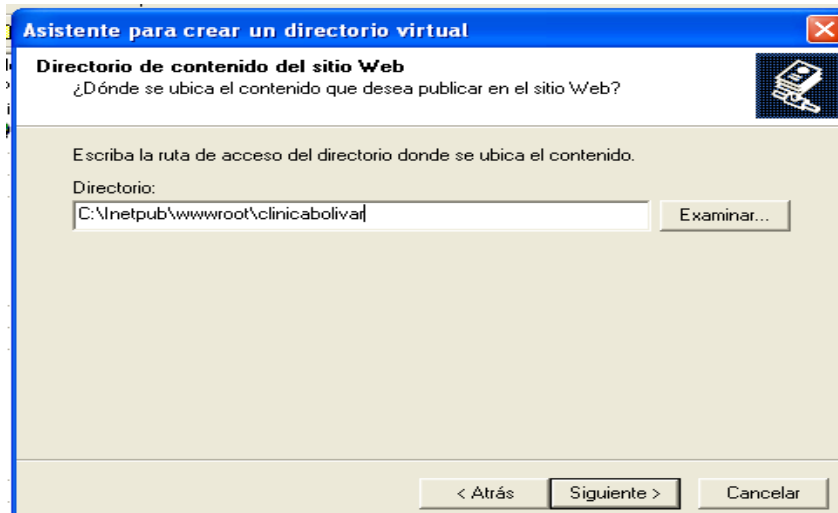




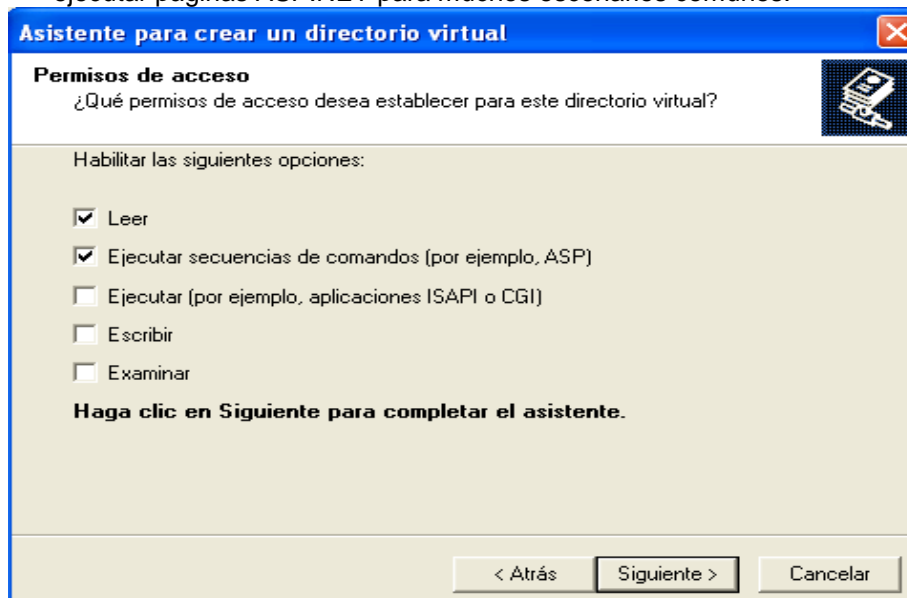
3. En el cuadro **Alias**, escriba el nombre para el directorio virtual y, a continuación, haga clic en **Siguiente**. Se debe escribir clinicabolivar que va a ser el nombre con el que vamos a acceder al sitio.



4. En el cuadro **Ruta de acceso**, vamos a escoger el directorio donde está nuestro sitio en este caso es C:\inetpub\wwwroot\clinicabolivar, haga clic en **Siguiente**. Observe que puede seleccionar una carpeta existente o crear una nueva para que incluya el contenido del directorio virtual.



5. Seleccione las casillas de verificación para los permisos de acceso que desea asignar a los usuarios. De manera predeterminada, las casillas de verificación **Lectura** y **Ejecutar secuencias de comandos** aparecen seleccionadas; estos permisos permiten ejecutar páginas ASP.NET para muchos escenarios comunes.



6. Haga clic en **Siguiete** y, a continuación, en **Finalizar**.

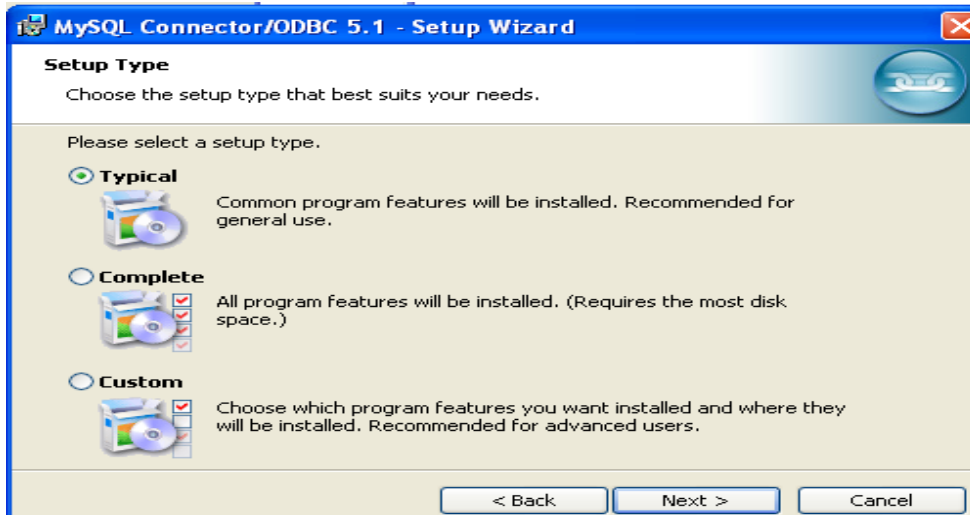
Instalación de las librerías de conexión entre la base de datos Mysql y el sitio Web.

Debido a que no existe una conexión por defecto entre Visual Studio y Mysql es necesario instalar un driver que nos ayudará a realizar dicha conexión:

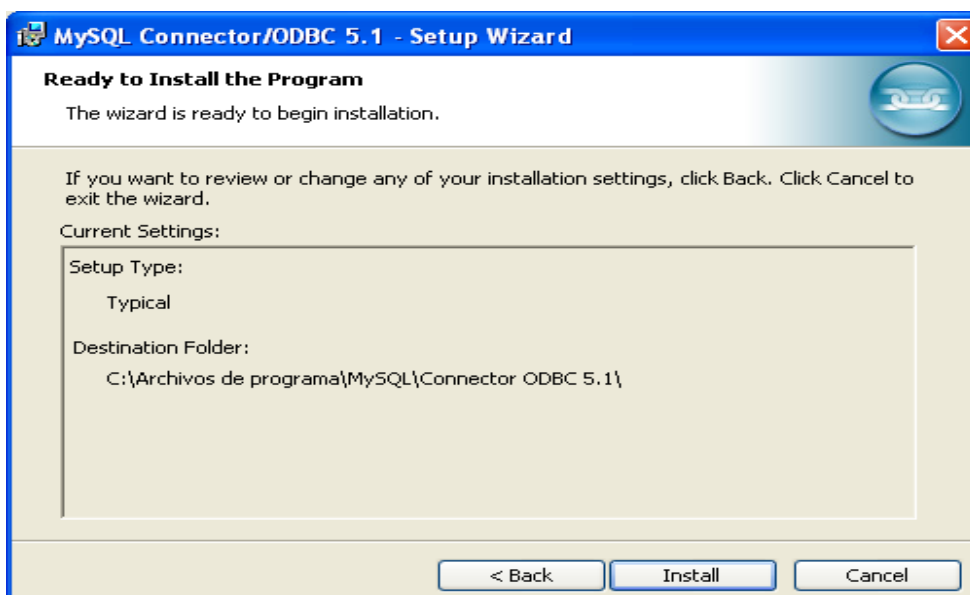
Ejecutar el instalador mysql-connector-odbc-5.1.8-win32, nos aparecerá una pantalla de la siguiente manera:



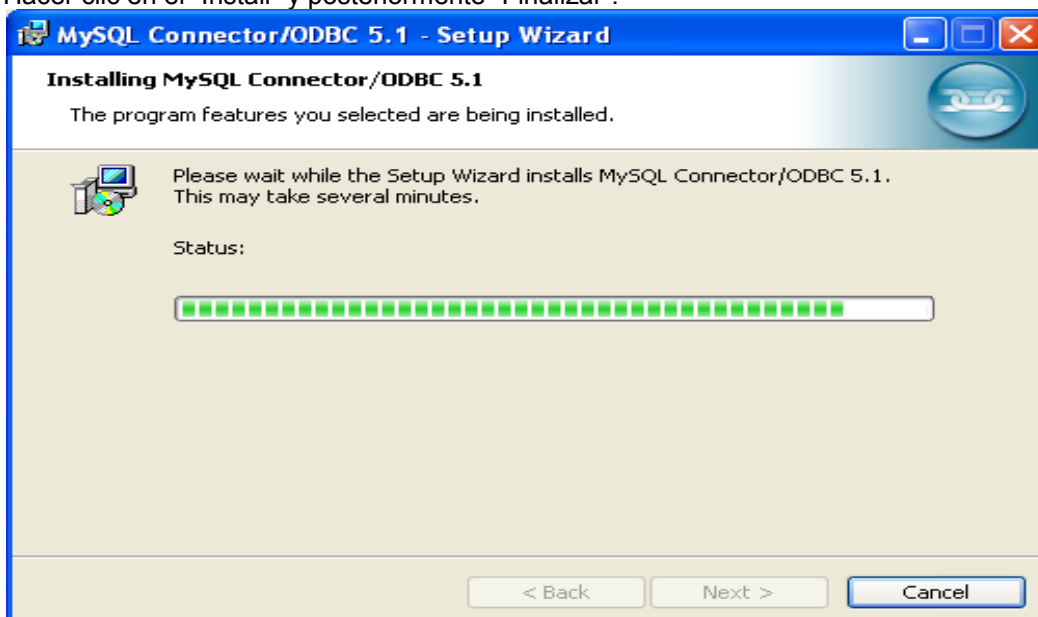
Hacer Clic en "Next."



Escoger la Opción Typical, y hacer clic en "Next".

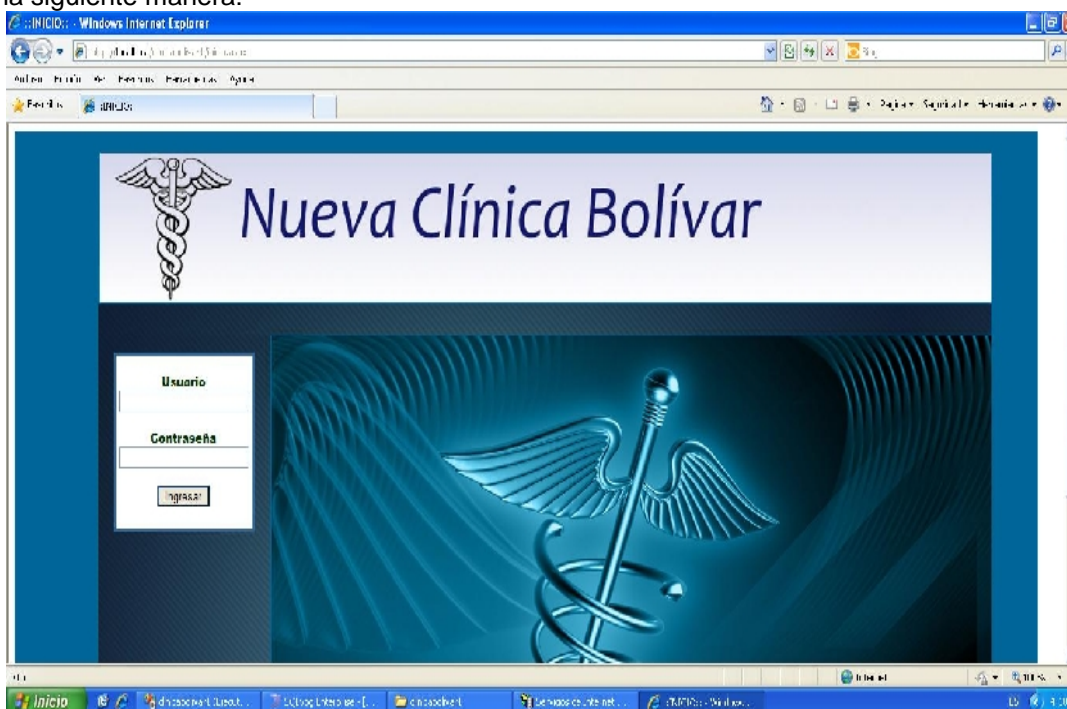


Hacer clic en el "Install" y posteriormente "Finalizar".



Finalmente se debe realizar si el sitio web se puede visualizar en el Navegador el mismo que debe ser Internet Explorer 8 o superior.

Escribir la dirección URL: <http://localhost/clinicabolivar/inicio.aspx> y deberá aparecer el sitio de la siguiente manera:



RECOMENDACIONES:

Es primordial que se manejen las tablas de la forma indicada en este manual, de lo contrario la eliminación de algún registro incorrecto puede provocar que el sistema no funcione de la forma esperada.

EL sitio web fue diseñado para funcionar en el Navegador Internet Explorer 8 o Posterior, es posible que si utiliza otros navegadores no se pueda visualizar correctamente el sistema.

Los nombres indicados en este manual para los diferentes archivos o se deben cambiar por ningún motivo.