Anexo 1
FORMULARIOS DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1	SNS-MSP/HCU-form. 001/2021	ADMISIÓN -ALTA EGRESO
2	SNS-MSP/HCU-form. 002 /2021	CONSULTA EXTERNA/ ANAMNESIS-EXÁMEN FÍSICO
3	SNS-MSP/HCU-form. 003 /2021	HOSPITALIZACIÓN /ANAMNESIS-EXÁMEN FÍSICO
4	SNS-MSP/HCU-form. 005 /2021	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES
5	SNS-MSP/HCU-form. 006 /2021	EPICRISIS
6	SNS-MSP/HCU-form. 007/2021	INTERCONSULTA SOLICITUD (ANVERSO) / INTERCONSULTA INFORMES (REVERSO)
7	SNS-MSP/HCU-form. 008 /2021	EMERGENCIA
8	SNS-MSP/HCU-form. 010 A/2021	LABORATORIO CLÍNICO SOLICITUD
9	SNS-MSP/HCU-form. 010 B / 2021	LABORATORIO CLÍNICO INFORME
10	SNS-MSP/HCU-form. 012 A/2021	IMAGENOLOGÍA SOLICITUD
11	SNS-MSP/HCU-form. 012 B / 2021	IMAGENOLOGÍA INFORME
12	SNS-MSP/HCU-form. 013A / 2021	ANATOMÍA PATOLÓGICA SOLICITUD
13	SNS-MSP/HCU-form. 013B/2021	ANATOMÍA PATOLÓGICA INFORME
14	SNS-MSP/HCU-form. 016 /2021	ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO
15	SNS-MSP/HCU-form. 017 /2021	PROTOCOLO QUIRÚRGICO
16	SNS-MSP/HCU-form. 018 /2021	PRE ANESTÉSICO
17	SNS-MSP/HCU-form. 018 A / 2021	TRANSANESTÉSICO
18	SNS-MSP/HCU-form. 019 /2021	CUIDADOS POST ANESTÉSICO
19	SNS-MSP/HCU-form. 020 /2021	CONSTANTES VITALES / BALANCE HÍDRICO
20	SNS-MSP/HCU-form. 022 /2021	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
21	SNS-MSP/HCU-form. 024/2021	CONSENTIMIENTO INFORMADO

22	SNS-MSP/HCU-form. 028/2021	TEST DE DENVER II
23	SNS-MSP/HCU-form. 028 A / 2021	ATENCIÓN DEL NIÑO-NIÑA MENOR DE 2 MESES
24	SNS-MSP/HCU-form. 028 A -1 / 2021	CURVAS NIÑO-NIÑA MENOR DE 2 MESES
25	SNS-MSP/HCU-form. 028 B / 2021	ATENCION NIÑO-NIÑA MENOR DE 2 MESES A 5 AÑOS
26	SNS-MSP/HCU-form. 028 B-1/2021	CURVAS NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS
27	SNS-MSP/HCU-form. 028 B-2 / 2021	CURVAS NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS
28	SNS-MSP/HCU-form. 028 C / 2021	ATENCIÓN NIÑO DE 5 A 9 AÑOS
29	SNS-MSP/HCU-form. 028 C -1/2021	CURVAS NIÑO DE 5 A 9 AÑOS
30	SNS-MSP/HCU-form. 028 C – 2 / 2021	CURVAS NIÑA DE 5 A 9 AÑOS
31	SNS-MSP/HCU-form. 033 /2021	ODONTOLOGÍA
32	SNS-MSP/HCU-form. 038 /2021	TRABAJO SOCIAL
33	SNS-MSP/HCU-form. 051 /2021	MATERNA PERINATAL
34	SNS-MSP/HCU-form. 052 /2021	PLANIFICACION FAMILIAR
35	SNS-MSP/HCU-form. 053 /2021	REFERENCIA- DERIVACIÓN -CONTRA REFERENCIA-REFERENCIA INVERSA
36	SNS-MSP/HCU-form. 056 /2021	ATENCION ADOLESCENTES
37	SNS-MSP/HCU-form. 056 A / 2021	CURVAS ADOLESCENTE MUJER
38	SNS-MSP/HCU-form. 056B / 2021	CURVAS ADOLESCENTE HOMBRE
39	SNS-MSP/HCU-form. 057 /2021	ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR
40	SNS-MSP/HCU-form. 057 A / 2021	ESCALAS GERIÁTRICAS
41	SNS-MSP/HCU-form. 058 /2021	CUIDADOS PALIATIVOS
42	SNS-MSP/HCU-form. 058 A / 2021	ESCALAS DE VALORACIÓN PARA CUIDADOS PALIATIVOS

43	SNS-MSP/HCU-form. 060 /2021	LISTA DE VERIFICACIÓN CIRUGÍA SEGURA
44	SNS-MSP/HCU-form. 113 /2021	BITÁCORA UCI ADULTO
45	SNS-MSP/HCU-form. 114 /2021	BITÁCORA UCI NEONATAL
46	SNS-MSP/HCU-form. 115 /2021	BITÁCORA UCI PEDIATRÍA
47	SNS-MSP/HCU-form. 116 /2021	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD-CONDICIÓN DISCAPACITANTE
48	SNS-MSP/HCU-form. 117 /2021	CERTIFICADO MÉDICO
49	SNS-MSP/HCU-form. 118 /2021	SOLICITUD DE SANGRE
50	SNS-MSP/HCU-form. 119 /2021	TRANSFERENCIA
51	SNS-MSP/HCU-form. 120 /2021	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
52	SNS-MSP/HCU-form. 121 /2021	PSICOLOGÍA CLÍNICA
53	SNS-MSP/HCU-form. 122 /2021	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA-REGISTRO -SEGUIMIENTO
54	ANEXO 1	FICHA FAMILIAR
55	ANEXO 2	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. REGISTRO DE ADMISIÓN

FECHA DE ADMISIÓN (aaaa-mm-dd)	NOMBRE Y APELLIDO DEL ADMISIONISTA

C. DATOS PERSONALES DEL USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			
				CÉDI	PASS	CARNÉ	OTR

ESTADO CIVIL							SEXO	No. TELÉFONO FIJO	No. TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
SOL	CAS	DIV	VIU	UN	U-H	NA				

FECHA NACIMIENTO (aaaa-mm-dd)	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EDAD	CONDICIÓN EDAD (marcar una)			
				R	D	B	A

AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	NACIONALIDAD ÉTNICA	*PUEBLOS	NIVEL DE EDUCACIÓN

ESTADO DEL NIVEL DE EDUCACIÓN	TIPO DE EMPRESA DE TRABAJO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	SEGURO SALUD PRINCIPAL						TIPO DE BONO QUE RECIBE
			ECUS-C	ECUS-C	ISSPOL	ISSFA	PRIV	NING	

RESIDENCIA HABITUAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO O SECTOR
	CALLE PRINCIPAL	CALLE SECUNDARIA	REFERENCIA	

* Aplica únicamente para nacionalidad étnica Kichwa.

D. DATOS DE CONTACTO

EN CASO NECESARIO LLAMAR A:	PARENTESCO	DIRECCIÓN	No. TELÉFONO
**NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE		**NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. TELÉFONO

** Aplica únicamente para usuarios menores de 5 años.

E. REGISTRO DE CAMBIOS

	FECHA DE REGISTRO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACIÓN	TIPO EMPRESA TRABAJO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN PRINCIPAL	SEGURO DE SALUD PRINCIPAL
1						
2						
3						

	RESIDENCIA HABITUAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO O SECTOR	No. TELÉFONO
1						
2						
3						

	RESIDENCIA HABITUAL	CALLE PRINCIPAL	CALLE SECUNDARIA	REFERENCIA
1				
2				
3				

F. EGRESO HOSPITALARIO

CARACTERÍSTICAS				DIAGNÓSTICO						CONDICIÓN DEL EGRESO			TRATAMIENTO			
NÚMERO DE ORDEN	FECHAS DE ADMISIÓN Y EGRESO (aaaa-mm-dd)	NÚMERO DE DÍAS DE ESTADA	CÓDIGO DEL SERVICIO (Ver anexo)	DIAGNÓSTICO O SÍNDROME (PRINCIPAL)	CIE	PRESUNTIVO	DIAGNÓSTICO O SÍNDROME (SECUNDARIO)	CIE	DEFINITIVO	VIVO	MUERTE MENOS DE 48 HORAS	MUERTE MAS DE 48 HORAS	CLÍNICO	QUIRÚRGICO	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS PRINCIPALES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
1																
2																
3																
4																
5																
6																

LISTA DE CATEGORÍAS

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC/CI: Cédula de identidad o ciudadanía. PAS: Pasaporte. CARNÉ: Carnet de refugiado. SID: Sin documento de identificación
ESTADO CIVIL	Sol: Soltero. Cas: Casado. Div: Divorciado. Viu: Viudo. Un: Unido. U-H: Unión de hecho. NA: No aplica
SEXO	Hombre, Mujer
NACIONALIDAD	Ecuatoriana, Colombiana, Peruana, Estadounidense, Venezolana, Panameña, Española, Argentina, Chilena, Cubana, Holandesa, Mexicana, Brasileña, Salvadoreña, Canadiense, Alemana, China, Británica, Francesa, Otra
CONDICIÓN EDAD	Horas, Días, Meses, Años
PROVINCIA	Azuay, Bolívar, Cañar, Carchi, Cotopaxi, Chimborazo, El Oro, Esmeraldas, Guayas, Imbabura, Loja, Los Ríos, Manabí, Morona Santiago, Napo, Pastaza, Pichincha, Tungurahua, Zamora Chinchipe, Galápagos, Sucumbíos, Orellana, Santo Domingo De Los Tsáchilas, Santa Elena, Zona No Delimitada
AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	No aplica, Indígena, Afroecuatoriana/o, Negra/o, Mulata/o, Montuvia/o, Mestiza/o, Blanca/o, No sabe/No responde
NACIONALIDAD ÉTNICA	No aplica, Achuar, Awá, Cofán, Chachi, Épera, Kichwa, Sarayaku, Shuar, Shiwiar, Siona, 11. Tsáchila, 12. Waorani, 13. Zápara, 14. Andoa
PUEBLOS (solo para nacionalidad étnica KICHWA)	No aplica, Chibuleo, Huancavilca, Kañaris, Karanki, Kayambi, Kisapincha, Knikana, Manta, Natabuela, Otavalo, Palta, Panzaleo
NIVEL DE EDUCACIÓN	No aplica, Ninguno, Inicial, Educación Básica (preparatoria), Educación Básica (Elemental o media), Educación Básica (Superior), Bachillerato, Técnico Superior, Tercer Nivel, Cuarto Nivel
ESTADO DE NIVEL DE EDUCACIÓN	No aplica, Cursando, Completa, Incompleta
TIPO DE EMPRESA DE TRABAJO	No aplica, Pública, Privada, Ninguno
SEGURO DE SALUD PRINCIPAL	No aporta, IESS General, IESS Campesino, ISSPOL, ISSFA, Privado
TIPO DE BONO QUE RECIBE	Ninguno, Desarrollo Humano, Joaquín Gallegos, Manuela Espejo
CÓDIGO DEL SERVICIO	1. Nefrología. 2. Atención Primaria de la Salud. 3. Cardiología. 4. Cardiopediatría. 5. Cirugía Cardiaca. 6. Cirugía Torácica. 7. Cirugía General. 8. Cirugía Maxilo Facial. 9. Cirugía Oncológica. 10. Cirugía Pediátrica. 11. Cirugía Plástica. 12. Cirugía Vascular. 13. Clínica del Dolor. 14. Dermatología. 15. Endocrinología. 16. Endodoncia. 17. Gastroenterología. 18. Genética. 19. Geriatría. 20. Gerontología. 21. Ginecología. 22. Hematología. 23. Infectología. 24. Medicina Alternativa. 25. Medicina Familiar. 26. Medicina Física y Rehabilitación. 27. Medicina Interna. 28. Nefrología. 29. Neonatología. 30. Neumología. 31. Neurología Clínica. 32. Neuro Psicología. 33. Neurocirugía. 34. Neurología. 35. Otorrino Pediatría. 36. Oftalmología. 37. Oncología. 38. Onco Hematología. 39. Ortodoncia. 40. Otorrinolaringología. 41. Pediatría. 42. Periodoncia. 43. Proctología. 44. Psiquiatría. 45. Rehabilitación Oral. 46. Reumatología. 47. Traumatología. 48. Urología. 49. Obstetricia. 50. Otra.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO

SNS-MSP/HCU-form.001/2020 ADMISIÓN – ALTA - EGRESO

Dentro de las actividades que ejecuta el personal de admisión en los establecimientos de salud, se encuentra el registro de la información general del usuario/paciente en el presente formulario, el mismo que forma parte de la Historia Clínica Única. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de variables y categorías que permiten obtener una secuencia en el proceso de admisión.

Este formulario será de aplicación obligatoria por parte del personal de admisión en los establecimientos del primero, segundo y tercer nivel de atención, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- Establecer una relación de cordialidad con el usuario/paciente
- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por los admisionistas
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- No dejar espacios en blanco

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 6 Bloques, los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a la información requerida:

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.

  Unicódigo: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la admisión.

  Número de Historia Clínica: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.

B. REGISTRO DE ADMISION

Contiene:

- **Fecha de admisión:** registrar la fecha en que se realiza la admisión de usuario/paciente, en el siguiente orden: año, mes, día (aaaa-mm-dd).
- **Nombre y apellido del admisionista:** registrar el nombre y apellido de la persona que realiza la admisión del usuario/paciente.

C. DATOS PERSONALES DEL USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Tipo de documento de identificación**: registrar al paciente según corresponda: cédula de ciudadanía para ecuatorianos, cédula de identidad para extranjeros, pasaporte, carné de refugiado o S/D = Sin Dato.
- **Estado civil**: registrar el estado civil que indique el usuario/paciente, según la lista de categorías que se encuentra al reverso del presente formulario. En caso de niños se registrará con las siglas NA= no aplica.
- **Sexo**: registrar el sexo que indique el usuario/paciente, según la lista de categorías que se encuentra al reverso del presente formulario.
- **Nro. teléfono fijo:** registrar el número telefónico fijo que indique el usuario/paciente, si posee.
- **Nro. teléfono celular**: registrar el número telefónico celular que indique el usuario/paciente, si posee.
- **Correo electrónico**: registrar el correo electrónico del usuario/paciente, si posee
- **Fecha de nacimiento**: registrar la fecha de nacimiento del usuario/paciente en el siguiente orden: año, mes, día.
- **Lugar de nacimiento:** registrar la ciudad de nacimiento del usuario/paciente,
- **Nacionalidad:** registrar la nacionalidad del usuario/paciente, de acuerdo a las categorías que se encuentran al reverso del formulario.
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos del usuario/paciente
- **Condición de la edad**: registrar una X, según corresponda a la edad del usuario/paciente: si es horas-H, días-D, meses-M o años-A.

Para el registro de la información que se describe a continuación se deberá observar las categorías que se encuentran en el reverso del presente formulario:

- **Auto identificación étnica:**
- **Nacionalidad étnica:**
- **Pueblos:** esta información se registrará solo si el usuario/paciente, pertenece a los pueblos Kichwa
- **Nivel de educación:**
- **Estado de nivel de educación:**
- **Ocupación/profesión principal:**
- **Tipo de empresa de trabajo:**
- **Seguro de salud principal:**
- **Tipo de bono que recibe:**

Residencia habitual:

- **Provincia:** registrar el nombre de la provincia donde reside habitualmente el ususario/paciente.
- **Cantón:** registrar el nombre del cantón correspondiente.
- **Parroquia:** registrar el nombre de la parroquia.
- **Barrio o sector:** registrar el nombre del barrio.
- **Calle principal:** registrar el nombre de la calle principal donde se encuentra la vivienda del usuario/paciente.
- **Calle secundaria:** registrar el nombre de la calle secundaria.
- **Referencia:** registrar una referencia para que se pueda ubicar fácilmente la vivienda.

D. DATOS DE CONTACTO

Contiene:

- **En caso necesario llamar a:** registrar el nombre de la persona que el usuario/paciente indique.
- **Acompañante:** registrar la relación familiar o de cercanía que tiene el paciente con el acompañante.
- **Dirección:** registrar la dirección de la persona de contacto.
- **Nro. de teléfono:** registrar el número de teléfono de la persona de contacto, sea fijo o celular.
- ****Nombre y apellido del representante:** registrar el nombre del representante del usuario/paciente únicamente cuando es menor de 5 años
- **Número de documento de identificación:** registrar el número sea de la cédula de ciudadanía, cédula de identidad, pasaporte o carné de refugiado.
- **Nro. de teléfono:** registrar el número del teléfono sea fijo o celular.

****Información requerida únicamente para pacientes menores de cinco años de edad.**

E. REGISTRO DE CAMBIOS

Contiene:

Este bloque contiene la misma información del Bloque A, y se registrará en caso de que existan cambios en la información de cualquiera de las variables registradas inicialmente, que se podrá conocer en la cita subsecuente.

F. EGRESO HOSPITALARIO

Contiene:
Características:

- **Número de orden:** registrar en forma secuencial el orden de los egresos
- **Fechas de admisión y egreso:** registrar la fecha de admisión y la fecha de egreso hospitalario: año, mes, día.
- **Número de días de estadía:** registrar el número de días que el usuario/paciente estuvo en hospitalización.
- **Código del Servicio:** registrar el número del código de la especialidad correspondiente. Estos se encuentran en el catálogo de la parte inferior del presente formulario.

Diagnóstico:

Diagnóstico o síndrome principal: registrar el conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, es decir, que tienen una misma fisiopatología común y que obedecen a diferentes causas. Cuando un conjunto de síntomas y signos obedecen a una sola causa, se constituye una enfermedad.

- **Código CIE:** registrar el código correspondiente al diagnóstico, sea presuntivo o definitivo
- **Presuntivo:** se coloca el diagnóstico presuntivo.
- **Definitivo**: se coloca el diagnóstico definitivo.

Condición del egreso:

- **Alta:** registrar una X, si corresponde
- **Muerte en menos de 48 horas:** : registrar una X, si corresponde
- **Muerte en más de 48 horas:** : registrar una X, si corresponde

Tratamiento:

- **Clínico:** registrar una X si corresponde
- **Quirúrgico:** registrar una X si corresponde
- **Procedimientos clínicos o quirúrgicos principales:** registrar los nombre
- **Firma y sello del responsable:** registrar en los casilleros correspondientes

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (Años)

B. MOTIVO DE CONSULTA

	PRIMERA		SUBSECUENTE	

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

DATOS CLÍNICOS - QUIRÚRGICOS, OBSTÉTRICOS, ALÉRGICOS RELEVANTES

1. CARDIOPATÍA		2. HIPERTENSIÓN		3. ENF. C. VASCULAR		4. ENDOCRINO METABÓLICO		5. CÁNCER		6. TUBERCULOSIS		7. ENF. MENTAL		8. ENF. HEREDITARIA		9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

1. CARDIOPATÍA		2. HIPERTENSIÓN		3. ENF. C. VASCULAR		4. ENDOCRINO METABÓLICO		5. CÁNCER		6. TUBERCULOSIS		7. ENF. MENTAL		8. ENF. HEREDITARIA		9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	

E. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES

F. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

FECHA	HORA	Temperatura (°C)	Presión Arterial (mmHg)	Pulso / min	Frecuencia Respiratoria /min	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC (Kg / m²)	Perímetro Abdominal (cm)	Hemoglobina capilar (g/dl)	Glucosa capilar (mg/dl)	Pulsioximetría (%)
			/									
			/									

G. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

MARCAR "X" CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA Y DESCRIBA

1	PIEL - ANEXOS		3	RESPIRATORIO		5	DIGESTIVO		7	MÚSCULO - ESQUELÉTICO		9	HEMO - LINFÁTICO	
2	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		4	CARDIO - VASCULAR		6	GENITO - URINARIO		8	ENDOCRINO		10	NERVIOSO	

H. EXAMEN FÍSICO

MARCAR "X" CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA Y DESCRIBA

REGIONAL								SISTÉMICO					
1R	PIEL - FANERAS		6R	BOCA		11R	ABDOMEN		1S	ORGANOS DE LOS SENTIDOS		6S	URINARIO	
2R	CABEZA		7R	OROFARINGE		12R	COLUMNA VERTEBRAL		2S	RESPIRATORIO		7S	MUSCULO - ESQUELÉTICO	
3R	OJOS		8R	CUELLO		13R	INGLE-PERINÉ		3S	CARDIO - VASCULAR		8S	ENDÓCRINO	
4R	OÍDOS		9R	AXILAS - MAMAS		14R	MIEMBROS SUPERIORES		4S	DIGESTIVO		9S	HEMO - LINFÁTICO	
5R	NARIZ		10R	TÓRAX		15R	MIEMBROS INFERIORES		5S	GENITAL		10S	NEUROLÓGICO	

I. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

J. PLAN DE TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

K. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.002/2021 CONSULTA EXTERNA – ANAMNESIS-EXAMEN FISICO

Dentro de las actividades que ejecutan los profesionales de la salud, se encuentra el registro de la información de los pacientes en los formularios que forman parte de la Historia Clínica Única. La información registrada tendrá un conjunto ordenado de variables que permiten obtener una secuencia en el proceso anamnesis y examen físico en la consulta externa.

Será de aplicación obligatoria por profesionales de la salud de los establecimientos del primero, segundo y tercer nivel de atención que cuenten con consulta externa, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- Establecer una relación médica/paciente
- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por los médicos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- No dejar espacios en blanco

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Este formulario consta de 11 Bloques, los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.
En el reverso de este formulario, consta la misma información, que será utilizada en otra consulta

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta
- **Número de Historia Clínica**: se registrará el número de la cédula de ciudadanía, o en caso de extranjeros el número de cedula de identidad, pasaporte o carnet de refugiado. Cuando no se tiene estos documentos, estadística generará el código de 17 dígitos
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística en cada establecimiento de salud
- **Nro. de Hoja**: registrar el número de hoja correspondiente según las consultas
- **Primer apellido**: se debe registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará únicamente aquel con el que cuenta el paciente, como primer apellido

- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido, si posee
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar el sexo que corresponda según indique el usuario/paciente, de acuerdo a la lista de categorías: H=hombre y M=mujer
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos

B. MOTIVO DE LA CONSULTA

Se marcará con una X en el casillero correspondiente: primera consulta o subsecuente. Este bloque, es uno de los más importantes de la historia clínica, se registrará lo que indique el paciente. Se registrará los signos y síntomas en forma cronológica.

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Marcar una X en el casillero correspondiente a la patología que indique el usuario/paciente. Luego en el espacio inferior registrar el número correspondiente a la patología y se realizará una breve descripción de la misma.

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Marcar una X en el casillero correspondiente a la patología que indique el usuario/paciente sobre las patologías de sus familiares. Luego en el espacio inferior registrar el número correspondiente a la patología y hacer una breve descripción de la misma.

E. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Hacer una descripción de la enfermedad actual del usuario/paciente.

F. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

En este bloque registrar los resultados de la toma de las constantes vitales, iniciando con la fecha y hora de toma, de las siguientes variables:

- **Temperatura:** registrar en grados centígrados
- **Presión arterial:** en mmHg
- **Pulso:** registrar en minutos
- **Frecuencia respiratoria:** en minutos
- **Peso:** registrar en kilogramos
- **Talla:** registrar en centímetros
- **Índice de masa corporal IMC:** peso en kilogramos/talla en centímetros x 2
- **Perímetro abdominal:** registrar en centímetros
- **Hemoglobina capilar:** registrar el resultado de este examen de laboratorio.
- **Glucosa capilar:** registrar en miligramos/decilitro -mg/dl.
- **Pulsioximetría:** registrar en porcentaje.

Existe espacio para dos tomas en la misma consulta.

G. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

Marcar una X en el casillero correspondiente a la patología que se observe en el usuario/paciente. Luego en el espacio inferior registrar el número correspondiente a la patología y hacer una breve descripción de la misma.

H. **EXAMEN FISICO**

Para el registro de este bloque, se realizará un examen físico al paciente tanto regional como sistémico. Marcar una X en el casillero correspondiente donde se encuentre una patología, luego en la parte inferior registrar el número y hacer una breve descripción de la misma.

I. **DIAGNOSTICO**

Registrar el nombre del diagnóstico en las líneas correspondientes sea presuntivo o definitivo, con el respectivo código CIE. El espacio permite registrar 6 diagnósticos.

J. **PLAN DE TRATAMIENTO**

Realizar una descripción detallada de los planes de tratamiento, sean estos de diagnóstico, terapéutico o educacional.

K. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

Registrar la siguiente información:

Fecha de la atención: registrar en año, mes y día
Hora de la atención: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que atendió al paciente
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma
Sello: marcar el sello del profesional
En el reverso del presente formulario se encuentran la misma información que servirá para una consulta subsecuente del paciente

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. MOTIVO DE CONSULTA

MEDIANTE LA EXPLORACIÓN EN LA VERSIÓN DEL ACOMPAÑANTE

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

MARCAR CON X, DESCRIBIR ANOTANDO EL NÚMERO RESPECTIVO

1. ALERGIA A MEDICAMENTOS		2. OTRAS ALERGIAS		3. VACUNAS		4. PATOLOGÍAS CLÍNICAS		5. MEDICACIÓN HABITUAL		6. QUIRÚRGICOS			
7. HÁBITOS		8. CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA		9. DISCAPACIDAD		10. RELIGIÓN		11. PARIENTE SANGUÍNEA					

12. GINECO OBSTÉTRICOS Y ANDROLÓGICOS	EDAD MENARQUIA		EDAD MENOPAUSIA		CICLOS		EDAD INICIO VIDA SEXUAL		NÚMERO PAREJAS		NÚMERO PARTOS		
	NÚMERO ABORTOS		NÚMERO CESÁREAS		NÚMERO HIJOS VIVOS		FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN			FECHA ÚLTIMO PARTO			
	FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA CERVICAL				FECHA ÚLTIMA COLPOSCOPIA				FECHA ÚLTIMA MAMOGRAFÍA				
	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR							TERAPIA HORMONAL					
	FECHA ÚLTIMO ANTÍGENO PROSTÁTICO						FECHA ÚLTIMO ECO PROSTÁTICO						

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

1. CARDIOPATÍA		2. HIPERTENSIÓN		3. ENF. C. VASCULAR		4. ENDOCRINO METABÓLICO		5. CÁNCER		6. TUBERCULOSIS		7. ENF. MENTAL		8. ENF. HEREDITARIA		9. MALFORMACIÓN		10. OTRO	

E. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

F. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

MARCAR "X" CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA Y DESCRIBIR

1.	PIEL - ANEXOS	3.	RESPIRATORIO	5.	DIGESTIVO	7.	MUSCULO - ESQUELÉTICO	9.	HEMO - LINFÁTICO		
2.	ORGANOS DE LOS SENTIDOS	4.	CARDIO - VASCULAR	6.	GENITO - URINARIO	8.	ENDÓCRINO	10.	NERVIOSO		

DATOS DEL USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

G. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

TEMPERATURA (°C)	PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	PULSO (x/min)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (x/m)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	IMC (Kg/m²)	PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)	PULSIOXIMETRÍA (%)

SCORE MAMÁ		OTROS	

H. EXAMEN FÍSICO

ANEXOS "B" CUADRO PRESENTE PATOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS

REGIONAL								SISTEMICO					
01	PIEL - FANERAS		05	DOLOR		119	ABDOMEN		70	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		85	URINARIO
02	CABEZA		06	DEFORMIDAD		120	COLUMNA VERTEBRAL		80	RESPIRATORIO		75	MÚSCULO - ESQUELÉTICO
03	OJOS		07	CUELLO		118	INGLE-PERINÉ		90	CARDIO - VASCULAR		86	ENDÓCRINO
04	OÍDOS		08	MOLES - MAMAS		148	MIEMBROS SUPERIORES		40	DIGESTIVO		91	HEMO - LINFÁTICO
04	NARIZ		09	TÓRAX		149	MIEMBROS INFERIORES		86	GENITAL		104	NEUROLÓGICO

I. ANÁLISIS

J. DIAGNÓSTICO

	TIPO: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1					4				
2					5				
3					6				

K. PLAN DE TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICOS, EDUCACIONALES Y REHABILITACIÓN

L. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO
MSP/HCU-form.003/2021 HOSPITALIZACIÓN – ANAMNESIS – EXAMEN FÍSICO Y PRESCRIPCIONES

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de los datos de la anamnesis y examen físico en hospitalización.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- No dejar espacios en blanco

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 12 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO:
Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se encuentra hospitalizado el paciente
- **Número de Historia Clínica**: se registrará el número de la cédula de ciudadanía, o en caso de extranjeros el número de cedula de identidad, pasaporte o carnet de refugiado. Cuando no se tiene estos documentos, estadística generará el código de 17 dígitos
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística en cada establecimiento de salud
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar el sexo que corresponda que indique el paciente, H si es hombre y M si es mujer
- **Edad**: registrar la edad en años
- **Condición de la edad**: registrar una X si la edad corresponde a horas, días, meses, años

B. MOTIVO DE CONSULTA

Se realizará el registro de la causa del problema de salud, cómo indique el informante. Existe espacio para seis motivos.

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

En este bloque, registrar una X en el casillero correspondiente a la patología que indique el paciente o el informante. Luego, en el espacio inferior registrar el número que corresponda y hacer una breve descripción.

En antecedentes gineco-obstetricos y andrológicos

Registrar la parte gineco-obstétrica y andrológica, logrando obtener información del paciente lo más cercana a la realidad, especialmente en lo que se refiere a fechas. Si no recuerda la fecha exacta, solicitar que indique hace que tiempo sea en años, meses, días, ocurrió determinado evento.

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

En este bloque se encuentran las posibles patologías familiares, las mismas que se encuentran enumeradas, al hacer el interrogatorio al paciente, el profesional seleccionará el número que corresponda y registrará en la parte inferior y realizará una breve descripción de la misma.

E. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

En este bloque se debe registrar en forma cronológica los signos y síntomas que presenta y manifiesta el paciente, la localización de estos, características, entre otros.

F. REVISIÓN ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS

En este bloque se encuentran los órganos que van a ser objeto de revisión, las mismas que se encuentran enumeradas, al hacer el interrogatorio al paciente, el profesional seleccionará el número que corresponda y registrará en la parte inferior y realizará una descripción.

G. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRIA

En este bloque se debe registrar el resultado de la toma de las constantes vitales y medidas antropométricas que se indican en el presente formulario.

H. EXAMEN FISICO

En este bloque, se debe registrar los hallazgos del examen físico realizado al paciente, igualmente el profesional seleccionará el número correspondiente y realizará una descripción en el espacio inferior. Además, se pintará la región o sistema afectado en el gráfico.

I. ANÁLISIS

Realizar una descripción de lo encontrado en el paciente.

J. DIAGNÓSTICO

Registrar el nombre del diagnóstico o diagnósticos sean presuntivos o definitivos con su respectivo código CIE. Existe espacio para seis diagnósticos.

K. PLAN DE TRATAMIENTO

Registrar de forma detallada de los planes de diagnóstico: farmacológicos, rehabilitación y psicorehabilitación y educacionales.

L. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

- **Fecha de consulta:** registrar la fecha en orden día, mes, año
- **Hora de atención:** registrar la hora de emisión del informe
- **Nombres y apellidos del profesional responsable**: registrar los dos nombres y dos apellidos del profesional.
- **Número de documento de identificación**: registrar el número de cedula del profesional
- **Firma:** el profesional registrará su firma
- **Sello:** Marcar el sello del profesional

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES

FIRMAR AL PIE DE CADA EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIÓN

REGISTRAR CON ROJO LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

1. EVOLUCIÓN

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	NOTAS DE EVOLUCIÓN

2. PRESCRIPCIONES

FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (Para enfermería y otro profesional de salud)	ADMINISTR. FÁRMACOS DISPOSITIVO

A. DATOS DEL USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES

FIRMAR AL PIE DE CADA EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIÓN

REGISTRAR CON RCOJ LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

1. EVOLUCIÓN

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	NOTAS DE EVOLUCIÓN

2. PRESCRIPCIONES

FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (Para enfermería y otro profesional de salud)	ADMINISTR. FÁRMACOS DISPOSITIVO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.005/2021 EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES

Dentro de las actividades que ejecutan los profesionales de salud en los establecimientos, se encuentra el registro de la evolución de la patología y sus prescripciones. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de variables y categorías que permiten obtener una secuencia en el proceso de admisión.

Es de aplicación obligatoria por parte de los profesionales de salud en los establecimientos del primero, segundo y tercer nivel de atención, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- Este formulario debe ser llenado por profesionales de la salud
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- Los bloques de evolución y prescripciones se encuentran en el anverso y reverso del presente formulario
- No dejar espacios en blanco
- No usar abreviaturas, salvo las reconocidas internacionalmente o las aprobadas por el Ministerio de Salud
- Se registrará en forma diaria

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 2 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida. La misma información consta en el reverso del formulario.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos,

registrar el código de 17 digitos temporales que será emitido por el servicio de estadística

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud
- **Nro. de hoja**
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario
- **Edad**: registrar la edad en números
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años

B. **EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES:**

1. **Evolución:** en este bloque se realizará una descripción detallada de la evolución diaria, no se pueden saltar los días del cuadro clínico del paciente por parte del profesional de la salud. Registrará la fecha (año, mes día) y la hora en que realiza la evaluación. Debe constar la impresión subjetiva y objetiva del profesional que examina. Debe dejar registrado los estudios solicitados y los cambios en los esquemas terapéuticos, lo cual debe estar justificado en la evolución y con la forma respectiva.

2. **Prescripciones:** en este bloque el profesional de salud registrará la prescripción de la farmacoterapia e indicaciones correspondientes a la atención, controles de medicación. Se registrará la administración de medicación detallando la dosis, periodicidad, vía, sustituto, cantidad diaria. En la columna administración de fármacos y dispositivos médicos, el personal de enfermería registrará un visto luego del cumplimiento de las prescripciones.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

C. RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DATOS DEL USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

E. RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

F. INDICACIONES DE ALTA / EGRESO

PRÓXIMO CONTROL

G. DIAGNOSTICO DE ALTA / EGRESO

		CIE
DIAGNOSTICO PRINCIPAL		
DIAGNOSTICO SECUNDARIO		
CAUSA EXTERNA		

H. CONDICIÓN DE ALTA / EGRESO

									VIVO		FALLECIDO	
ALTA MÉDICA		SINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD		RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS			SITIO DE ESTADA	
ALTA VOLUNTARIA								DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS			DIAS DE REPOSO	

I. MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRE Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SELLO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	PERÍODO DE RESPONSABILIDAD
1.				
2.				
3.				
4.				

J. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

ELABORADO POR:		REVISADO POR:	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO

SNS-MSP/HCU-form.006/2021 EPICRISIS

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de la epicrisis del paciente, realizada por profesionales médicos, en el nivel hospitalario, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación:
Este formulario será utilizado por médicos generales y de especialidad de los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- Este formulario no será llenado en el servicio de emergencia

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 10 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda el establecimiento de salud: Ministerio de salud Pública- MSP, Instituto Ecuatoriano de seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se encuentra hospitalizado el paciente.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía, en caso de extranjeros el número de la cédula de identidad, pasaporte o carnet de refugiado.

Cuando no se cuente con estos documentos, estadística generará un código con 17 dígitos.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística en cada establecimiento de salud.
- **Nro. de Hoja:** registrar el número de hoja correspondiente según la atención
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar H si es hombre y M si corresponde a Mujer, según manifieste el paciente.
- **Edad**: registrar la edad en años
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: a horas, días meses, años.

B. **RESUMEN DEL CUADRO CLINICO**

En este bloque, registrar un resumen del cuadro clínico actual del paciente.

C. **RESUMEN DE EVOLUCION Y COMPLICACIONES**

En este bloque se hará un registro detallado y cronológico de la evolución y complicaciones que pudo tener el paciente.

D. **HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

En este bloque registrar los resultados de los exámenes realizados, resultados de estudios histopatológicos, de imagen, de laboratorio, entre otros. Se registraran los resultados positivos de éstos exámenes. No se registrarán los resultados que muestren parámetros normales.

E. **RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS**

En este bloque registrar en forma cronológica los tratamientos que ha recibido el paciente, tipo de fármacos, si fue intervenido quirúrgicamente.

F. **INDICACIONES DE ALTA/EGRESO**

En este bloque registrar todas las indicaciones de alta: signos de alarma, tiempo y tipo de fármacos al alta. Se registrará el tiempo del próximo control.

G. **DIAGNOSTICO ALTA/EGRESO:**

Registrar el nombre del diagnóstico principal con la codificación CIE. A continuación se debe registrar diagnósticos secundarios con sus respectivos códigos CIE, en orden de importancia. Además se requiere el registro de causa externa en caso de lesiones, traumatismos e intoxicaciones. En caso de no llenar los espacios, colocar NA = no aplicable.

H. **CONDICIONES DE ALTA/EGRESO**

Registrar una X la condición de alta/egreso que presente el paciente: vivo o fallecido

Registrar unas X según corresponda:

- Alta médica: cuando el médico autoriza el alta
- Alta voluntaria: cuando el paciente solicita el alta
- Asintomático

- Discapacidad: cuando el paciente ingresa o sale con una discapacidad
- Retiro no autorizado: en caso de fuga del paciente del establecimiento de salud
- Defunción menos de 48 horas
- Defunción mas de 48 horas
- Dias de estada: registrar el número de dias que permaneció en hospitalización
- Dias de reposo: registrar los dias de reposo

I. MEDICOS TRATANTES

Registrará los apellidos, nombre, especialidad, sello y número del documento de identificación del profesional y periodo de responsabilidad de todos los profesionales que atendieron al paciente en la estadia hospitalaria hasta el alta. Existe espacio para cuatro profesionales

J. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Registrar la siguiente información:

- **Fecha de la elaboración de la Epicrisis:** registrar en año, mes y dia
- **Hora de la elaboración:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que atendió al paciente.
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesiona
- **Firma:** registrar la firma
- **Sello:** marcar el sello del profesional
- **Elaborado por:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que elaboró.
- **Revisado por:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que revisó este formulario.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. CARACTERÍSTICA DE LA SOLICITUD, MOTIVO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

MOTIVO				ESPECIALIDAD	No. CAMA	No. SALA	URGENTE			
EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN				SI		NO	

ESPECIALIDAD CONSULTADA	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	

C. CUADRO CLÍNICO ACTUAL

REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA

D. RESULTADOS DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS RELEVANTES

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. PLAN TERAPÉUTICO REALIZADO

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA

C. RESUMEN DEL CRITERIO CLÍNICO

D. DIAGNÓSTICO

PRE=PRESUNTIVO
DEF=DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
3.					5.				
2.					5.				

E. PLAN DE DIAGNÓSTICO PROPUESTO

F. PLAN TERAPEÚTICO PROPUESTO

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.007/2021 INTERCONSULTA-SOLICITUD E INFORME

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo para realizar una solicitud de interconsulta entre profesionales de la salud dentro del mismo establecimiento de salud, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación:

Este formulario será utilizado de forma obligatoria por médicos, odontólogos, psicólogos, obstetrices de los diferentes establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales de la salud
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de dos secciones, con 7 Bloques cada una, los cuales se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

SECCIÓN A – SOLICITUD

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la interconsulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del

Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Nro. de hoja**: registrar en forma secuencial el número de la hoja respectiva.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar el sexo que indique el usuario/paciente, según la lista de categorías que se encuentra al reverso del presente formulario.
- **Edad**: registrar la edad en números
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. CARACTERISTICA DE LA SOLICITUD, MOTIVO Y PRIORIDAD DE ATENCION

En este bloque, se registrará:

- **Servicio**: registrar con una X el servicio que solicita la interconsulta según corresponda: emergencia, consulta externa u hospitalización.
- **Especialidad**: se registrará el nombre de la especialidad a la que se solicita la interconsulta.
- **Nro. de Cama**: registrar el número de cama en caso de hospitalización.
- **Nro. de Sala**: registrar el número de sala en caso de hospitalización.
- **Urgente**: registrar una X en Si o No, según corresponda.
- **especialidad consultada**: registrar el nombre de la especialidad consultada.
- **Descripción del motivo**: registrar el motivo por el que solicita la interconsulta.

C. CUADRO CLINICO ACTUAL

En este bloque se registrará de manera obligatoria una descripción detallada del cuadro clínico actual del paciente/usuario.

D. RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DISGNOSTICOS

En este bloque se registrará los resultados positivos de todos los exámenes realizados al paciente, sean éstos de laboratorio, de imagen y otros.

E. DIAGNÓSTICO

Se registra el nombre del diagnóstico según sea: presuntivo o definitivo y el código CIE, éste último se registrará de forma completa. Se tiene para colocar hasta 6 diagnósticos.

F. PLAN TERAPEUTICO REALIZADO

En este bloque se describirá todos los tratamientos realizados al paciente en orden cronológico.

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Registrar la siguiente información:

Fecha de la interconsulta: registrar en año, mes y día
Hora de la interconsulta: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma
Sello: marcar el sello del profesional.

SECCIÓN B – INFORME

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

Contiene:

- **Institución del Sistema:** registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo:** registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud:** registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la interconsulta.
- **Número de Historia Clínica:** registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo:** registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Nro. de hoja:** registrar en forma secuencial el número de la hoja respectiva.

- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar el sexo que indique el usuario/paciente, según la lista de categorías que se encuentra al reverso del presente formulario.
- **Edad**: registrar la edad en números
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA

En este bloque se registrará de manera obligatoria una descripción detallada del cuadro clínico actual del paciente/usuario.

C. RECUMEN DEL CRITERIO CLÍNICO

En este bloque se colocará un resumen del análisis realizado por el profesional interconsultado.

D. DIAGNÓSTICOS

Registrar el nombre del diagnóstico según sea el caso: presuntivo o diagnóstico y el código CIE respectivo.

E. PLAN DE DIAGNÓSTICO PROPUESTO

En este bloque se colocarán las intervenciones necesarias para llegar al diagnóstico del paciente.

F. PLAN TERAPEÚTICO PROPUESTO

Se registrarán las intervenciones necesarias para el cuadro del paciente.

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Registrar la siguiente información:

Fecha de la interconsulta: registrar en año, mes y día
Hora de la interconsulta: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma
Sello: marcar el sello del profesional.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. REGISTRO DE ADMISIÓN

FECHA DE ADMISIÓN (aaaa-mm-dd)	NOMBRE Y APELLIDO DEL ADMISIONISTA	HISTORIA CLÍNICA EN ESTABLECIMIENTO SI / NO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA / PASAPORTE / CARNÉ / S/I

ESTADO CIVIL: SOL / CAS / DIV / VIU / UN / UH / NA	SEXO	Nº TELÉFONO FIJO	Nº TELÉFONO CELULAR	FECHA DE NACIMIENTO (aaaa-mm-dd)

LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR): H / D / M / A	GRUPO PRIORITARIO SI / NO; ESPECIFIQUE

AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	NACIONALIDAD ÉTNICA	PUEBLOS	NIVEL DE EDUCACIÓN

ESTADO DEL NIVEL DE EDUCACIÓN	TIPO DE EMPRESA DE TRABAJO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	SEGURO SALUD PRINCIPAL: IESS-G / IESS-C / ISSPOL / ISSFA / PRIV / NING

RESIDENCIA: PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO O SECTOR

CALLE PRINCIPAL	CALLE SECUNDARIA	REFERENCIA

EN CASO NECESARIO LLAMAR A:	PARENTESCO	DIRECCIÓN	Nº TELÉFONO

FORMA DE LLEGADA: AMBULATORIO / AMBULANCIA / OTRO TRANSPORTE	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELÉFONO

C. INICIO DE ATENCIÓN

FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		CONDICIÓN DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		FALLECIDO	
MOTIVO DE ATENCIÓN										

D. ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	LUGAR DEL EVENTO	DIRECCIÓN DEL EVENTO	CUSTODIA POLICIAL SI / NO

ACCIDENTE DE TRÁNSITO		CAÍDA		QUEMADURA		MORDEDURA		AHOGAMIENTO		CUERPO EXTRAÑO		APLASTAMIENTO		OTRO ACCIDENTE
VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO		VIOLENCIA POR ARMA C. PUNZANTE		VIOLENCIA POR RIÑA		VIOLENCIA FAMILIAR		PRESUNTA VIOLENCIA FÍSICA		PRESUNTA VIOLENCIA PSICOLÓGICA		PRESUNTA VIOLENCIA SEXUAL		NOTIFICACIÓN SI / NO
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA		INTOXICACIÓN ALIMENTARIA		INTOXICACIÓN POR DROGAS		INHALACIÓN DE GASES		OTRA INTOXICACIÓN		PICADURA		ENVENENAMIENTO		ANAFILAXIA

OBSERVACIONES

SUGESTIVO DE ALIENTO ALCOHÓLICO

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y FAMILIARES

MARCAR CON X EL NÚMERO CORRESPONDIENTE Y DESCRIBIR SEÑALANDO EL NÚMERO / NO APLICA

1. ALÉRGICOS		3. GINECOLÓGICOS		5. PEDIÁTRICOS		7. FARMACOLÓGICOS		9. FAMILIARES	
2. CLÍNICOS		4. TRAUMATOLÓGICOS		6. QUIRÚRGICOS		8. HÁBITOS		10. OTROS	

F. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES ATENUANTES

G. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

SIN CONSTANTES VITALES		PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)		PULSO (lpm)		FRECUENCIA RESPIRATORIA (rpm)	
PULSIOXIMETRIA (%)		PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)		PESO (kg)	TALLA (cm)	SUDEMIA CAPILAR (mg/dl)	
GLASGOW INICIAL	OCULAR (O)	VERBAL (V)	MOTORA (M)	REACCIÓN PUPILAR DER	REACCIÓN PUPILAR IZQ	TIEMPO LLENADO CAPILAR	

H. EXAMEN FÍSICO

MARCAR "X" CUANDO PRESENTA PATOLOGÍA Y DESCRIBIR

1.	PIEL - FANERAS	4.	OÍDOS	7.	CHO FARINGE	10.	TÓRAX	13.	INGLE-PERINÉ		
2.	CABEZA	5.	NARIZ	8.	CUELLO	11.	ABDOMEN	14.	MIEMBROS SUPERIORES		
3.	OJOS	6.	BOCA	9.	AXILAS - MAMAS	12.	COLUMNA VERTEBRAL	15.	MIEMBROS INFERIORES		

I. EXAMEN FÍSICO DE TRAUMA / CRÍTICO

J. EMBARAZO - PARTO

												NO APLICA	
NÚMERO GESTAS		NÚMERO PARTOS		NÚMERO ABORTOS		NÚMERO CESÁREAS		FUM		SEMANAS GESTACIÓN		MOVIMIENTO FETAL	
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL		RUPTURA DE MEMBRANAS		TIEMPO		AFU		PRESENTACIÓN					
DILATACIÓN		BORRAMIENTO		PLANO		PELVIS VIABLE		SANGRADO VAGINAL		CONTRACCIONES			
SCORE MAMÁ													

K. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

														NO APLICA	
1. HEMATIA		3. QUÍMICA SANGUÍNEA		5. COAGULOGRAMA		7. TAMOGRAFÍA		9. RX ABDOMEN		11. ECOGRAFÍA ABDOMEN		13. TOMOGRAFÍA		15. ANTECOMA ALTA	
2. UROANÁLISIS		4. ELECTROLITOS		6. ELECTRO CARDIOGRAMA		8. RM TÓRAX		10. RX OSEA		12. ECOGRAFÍA PELVICA		14. RESONANCIA		16. OTROS	

OBSERVACIONES

L. DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS

		CIE
1.		
2.		
3.		

M. DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS

		CIE
1.		
2.		
3.		

N. PLAN DE TRATAMIENTO

	MEDICAMENTOS	VIA	DOSIS	POSOLOGÍA	DIAS
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

O. CONDICIÓN AL EGRESO DE EMERGENCIA

VIVO		ESTABLE		INESTABLE		FALLECIDO		ALTA DEFINITIVA		CONSULTA EXTERNA		OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA	
HOSPITALIZACIÓN		REFERENCIA		REFERENCIA INVERSA		DERIVACIÓN		ESTABLECIMIENTO					

OBSERVACIONES: DÍAS DE REPOSO

P. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.008/2021 EMERGENCIA

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de la información sobre el paciente atendido en el área de emergencia, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna para la atención del paciente.

Aplicación:
Este formulario será utilizado por profesionales médicos emergenciólogos o generales de establecimientos de salud en el Sistema Nacional de Salud.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales de la salud que trabajen en el área de emergencia
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 16 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención de emergencia.
- **Número de Historia Clínica**: se registrará el número de la cédula de ciudadanía, o en caso de extranjeros el número de cedula de identidad, pasaporte o carnet de refugiado. Cuando no se tiene estos documentos, estadística generará el código de 17 dígitos.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística en cada establecimiento de salud.

B. REGISTRO DE ADMISIÓN

- **Fecha de admisión**: registrar la fecha de admisión del paciente, en el formato año, mes, día.

- **Nombre y apellido del admisionista:** registrar el nombre y apellido del admisionista
- **Historia Clínica en Establecimiento:** registrar una X en Si o No, según corresponda.
- **Primer apellido**: se debe registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará únicamente aquel con el que cuenta el paciente, como primer apellido.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre del paciente
- **Tipo de documento de identificación del paciente**: registrar una X según corresponda el documento de identificación del paciente.
- **Estado Civil**:
- **Sexo**: registrar con la letra H o M si corresponde a: Hombre, Mujer, según manifieste el paciente
- **Nro. teléfono fijo:** registrar
- **Nro. teléfono celular**: registrar
- **Fecha de nacimiento**: registrar
- **Lugar de nacimiento**: registrar
- **Nacionalidad**: registrar
- **Edad**: registrar la edad en el siguiente orden: año, mes, día
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.
- **Grupo prioritario**: registrar
- **Auto identificación Étnica**: registrar
- **Nacionalidad étnica**: registrar
- **Pueblos**: registrar
- **Nivel de educación**: registrar
- **Estado del nivel de educación**: registrar
- **Tipo de empresa de trabajo**: registrar
- **Ocupación/Profesión**: registrar el cargo de trabajo
- **Seguro de salud principal:** registrar
- **Provincia:** registrar
- **Cantón:** registrar
- **Parroquia:** registrar
- **Barrio o sector:** registrar
- **Calle principal:** registrar
- **Calle secundaria:** registrar
- **Referencia del domicilio:** registrar
- **En caso necesario llamar a:** registrar
- **Parentesco:** registrar
- **Dirección:** registrar la dirección donde se pueda ubicar a la persona, es decir donde vive actualmente.
- **Nro. teléfono:** registrar el número de celular o de domicilio donde se pueda localizar a la persona
- **Forma de llegada:** marcar con una X la forma de llegada del paciente

- **Fuente de información:** registrar
- **Institución o persona que entrega al paciente:** registrar el nombre de la persona o de la institución que entregue el paciente en emergencia del establecimiento de salud
- **Nro. teléfono:** registrar el número de teléfono de la persona que entrega al paciente

C. INICIO DE ATENCIÓN

- **Fecha:** registrar la fecha de la atención, en el formato año, mes y día
- **Hora:** registrar la hora de la atención, en formato 24horas
- **Condición de llegada:** registrar una X en el casillero que corresponda al paciente
- **Motivo de atención:** describir el motivo de la atención.

D. ACCIDENTE, VIOLENCIA , INTOXICACIÓN

- **Fecha:** registrar, día, mes y año que ocurrió el evento
- **Hora:** registrar la hora en que ocurrió el accidente, violencia o intoxicación
- **Lugar del Evento:** registrar donde sucedió el evento.
- **Dirección del Evento:** registrar la dirección o ubicación donde ocurrió el evento
- **Custodia policial:** registrar una X, si el paciente llegó o no con custodia policial

Para el resto de variables del presente bloque, se registra una X en el casillero que corresponda la información del paciente.

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y FAMILIARES

Registrar una X en los casilleros correspondientes a los antecedentes sean familiares o personales que manifieste el paciente, y en la parte inferior colocar de forma descrita.
En el caso de no presentar antecedentes se anotará no refiere antecedentes. En el caso de observar antecedentes que denoten riesgo es mejor realizar interconsulta médica.

F. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Describir la enfermedad por la que está cursando el paciente.

G. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

Registrar el valor de las variables y con el signo correspondiente de cada variable (Presión arterial en números, frecuencia cardiaca por minuto, temperatura en grados centígrados, peso en kilogramos, talla en centímetros, perímetro cefálico en centímetros, Glasgow en números, reacción pupilar en tiempo en segundos, llenado capilar en segundos).

H. EXAMEN FÍSICO

Registrar una X en los casilleros correspondientes donde presente patología y en la parte inferior realizar una descripción de lo encontrado.

I. EXAMEN FISICO DE TRAUMA/CRÍTICO

Describir el trauma o la condición crítica del paciente

J. EMBARAZO - PARTO:

Registrar con números en los casilleros correspondientes a las variables. Se existe datos de relevancia pueden ser descritos en la parte inferior.

K. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Registrar una X en los casilleros de los exámenes requeridos por el paciente

L. DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:

Registrar el diagnóstico correspondiente al paciente con su respectivo CIE.

M. DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS:

Registrar los diagnósticos definitivos con su respectivo CIE.

N. PLAN DE TRATAMIENTO:

Registrar en forma detallada el procedimiento terapéutico a realizar, según protocolo de atención. Registrar las indicaciones y recomendaciones generales y específicas, fármacos con el nombre genérico, describiendo la forma, tiempo de aplicación, cantidad, vía y frecuencia de administración.

O. CONDICIÓN AL EGRESO DE EMERGENCIA

Registrar una X en el casillero que corresponda a la situación del paciente.
Registrar los días de reposo que necesita el paciente

P. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Registrar la siguiente información:

Fecha de la atención: registrar en año, mes y día
Hora de la atención: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que atendió al paciente.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma
Sello: marcar el sello del profesional.

Elaborado por: GP
Aprobado de la Dirección Nacional de Normatización
Fecha: 02-07-2019

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN ÉTNICA (MARCAR)			
							M	O	M	A

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO	CIE	SERVICIO		ESPECIALIDAD		PRIORIDAD	
1.			CONSULTA EXTERNA		[illegible]		URGENTE
2.			HOSPITALIZACIÓN		CAMA		NORMAL

[illegible]

C. LISTADO DE EXÁMENES

HEMATOLOGÍA

BIOMETRÍA HEMÁTICA		PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA	
HEMATOCRITO (HCTO)		MEDULOGRAMA	
HEMOGLOBINA (HB)		HEMATOZOARIO	
PLAQUETAS		INVESTIGACIÓN DE LE (FROTIS)	
RETICULOCITOS		HEMOFILO EN MACO NASAL	
ERITROSEDIMENTACIÓN		FROTIS SANGRE PERIFÉRICA	
GRUPO SÉRICO		ÁCIDO FÓLICO	
FIJACIÓN HIERRO		VITAMINA B12	
PORCENTAJE SATURACIÓN TRANSFERRINA			
TRANSFERRINA			
FERRITINA			

COAGULACIÓN Y HEMOSTASIA

TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	
TIEMPO DE TROMBINA (TT)	
INR	
FACTOR COAGULACIÓN VII	
FACTOR COAGULACIÓN IX	
FACTOR VON WILLEBRAND	
FIBRINÓGENO	
DIMEROS D	
IDENTIFICACIÓN DE INHIBIDORES	

QUÍMICA SANGUÍNEA

GLUCOSA BASAL		BILIRRUBINA DIRECTA	
GLUCOSA POST PRANDIAL 2 HORAS		BILIRRUBINA INDIRECTA	
GLUCOSA AL AZAR		COLESTEROL TOTAL	
SOBRECARGA DE GLUCOSA 75 gramos		LIPOPROTEÍNA DE ALTA DENSIDAD (HDL)	
TEST DE TOLERANCIA GLUCOSA 50 gramos		LIPOPROTEÍNA DE BAJA DENSIDAD (LDL)	
UREA		LIPOPROTEÍNA DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)	
UREA/BUN		TRIGLICÉRIDOS	
ÁCIDO ÚRICO		ALBÚMINA	
FOSFATASA ALCALINA		PROTEÍNAS TOTALES	
DEHIDROGENASA LÁCTICA (LDH)		HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbA1c)	
AMINOTRANSFERASA ASPARTATO (TGO)		CPK TOTAL	
ALANINA AMINOTRANSFERASA (ALT/TGP)		FRUCTOSAMINA	
GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GGT)		PORFIRIAS TESTS	
AMILASA			
LIPASA			
BILIRRUBINA TOTAL			

INMUNOLOGÍA / INFECCIOSAS

COMPLEMENTO C3		ANTÍGENO SUPERFICIE HEPATITIS B (HBsAg)	
COMPLEMENTO C4		ANTICUERPOS ANTICORE IgG (HBcAb)	
IgE TOTAL		ANTICUERPOS ANTICORE IgM (HBcAb)	
IgE TOTAL		HEPATITIS C VIRUS	
IgG TOTAL		VIH (1+2) CUALITATIVA	
IgM TOTAL		VIH (1+2) CUANTITATIVA	
PROCALCITONINA		HERPES 1 (IgG)	
ELISA		HERPES 1 (IgM)	
[illegible]		HERPES 2 (IgG)	
ANCA-C		HERPES 2 (IgM)	
ANCA-P		RUBÉOLA (IgG)	
ANTI-DNA		RUBÉOLA (IgM)	
ANTI-CCP		TOXOPLASMA (IgG)	
ANTI-LM		TOXOPLASMA (IgM)	
ANTI-RO		CITOMEGALOVIRUS (IgG)	
ANTI-LA		CITOMEGALOVIRUS (IgM)	
ANTI CARDIOLIPINA IgG		EPSTEIN BAR (IgG)	
ANTI CARDIOLIPINA IgM		EPSTEIN BAR (IgM)	
ANTIFOSFOLÍPIDOS IgG		DENGUE (IgG)	
ANTIFOSFOLÍPIDOS IgM		DENGUE (IgM)	
FACTOR REUMATOIDEO (IgM)		CLAMIDIA (IgM)	
ANTICUERPOS ANTICORE IgG (HBcAb)		CLAMIDIA (IgG)	
ANTICUERPOS ANTICORE IgM (HBcAb)		PTA (LBS)	
ANTICUERPOS ANTICORE IgG (HBcAb)			
HEPATITIS A (IgM)			
HEPATITIS A TOTAL			

ORINA

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO (EMO)	
ORINA GOTA A GOTA	
SEDIMENTO URINARIO	
SUBIDO EN ORINA PARCIAL	
ROTADO EN ORINA PARCIAL	
CLORO EN ORINA PARCIAL	
CALCIO (URINARIO)	
FOSFORO EN ORINA PARCIAL	
MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	
GLUCOSA EN ORINA PARCIAL	
UREA EN ORINA PARCIAL	
CREATINA EN ORINA PARCIAL	
NITRÓGENO UREICO EN ORINA PARCIAL	
ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	
PROTEÍNAS EN ORINA PARCIAL	
FOSFORO EN ORINA 24 HORAS	
ROTADO EN ORINA 24 HORAS	
PROTEÍNAS EN ORINA 24 HORAS	
DEPURACIÓN CREATININA (ORINA 24 HORAS)	
ÁCIDO ÚRICO EN ORINA 24 HORAS	
CALCIO EN ORINA 24 HORAS	
AMILASA (S) ORINA 24 HORAS	
COBRE EN ORINA 24 HORAS	
AZÚCARES REDUCTORES	
DROGAS DE ABUSO EN ORINA	
ALBUMINURIA	

HECES

COPROCULTIVO (CULTIVO BACTERIANO)		CRYPTOSPORIDIUM	
COPROPARASITARIO POR CONCENTRACIÓN		GIARDIA	
CUERPO EXTRAÑO		SANGRE OCULTA (INMUNOLOGICA)	
INVESTIGACIÓN DE ELEMENTOS CELULARES (PMN)		INVESTIGACIÓN DE GRASAS	
SANGRE OCULTA		AZÚCARES REDUCTORES	
INVESTIGACIÓN DE LH		HELICOBACTER PYLORI	
ESTANDARD			
ROTAVIRUS			

MARCADORES TUMORALES

CEA		PSA LIBRE		HCG	
AFP		PSA TOTAL		BHCG LIBRE	
CA 19-9		2-MICROGLOBULINA		BHCG CUANTITATIVA	
CA 15-3		ESTRÓGENO			
CA 125		ANTRO			
CA 72-4		TIROGLOBULINA			

MARCADORES CARDIACOS/VASCULARES

CPK TOTAL		TROPONINA T	
CK-MB		MIOGLOBINA	
CK-MB MC		MIOGLOBINA	
TROPONINA I			

CITOQUÍMICO Y BACTERIOLÓGICO DE LÍQUIDOS

CEFALORRAQUÍDEO		PLEURAL			
ARTICULAR / SINOVIAL		PERICÁRDICO			
ASCÍTICO / PERITONEAL		QUISTE HIDÁTICO			

HORMONAS

TS		TIROGLOBULINA	
FT3		INSULINA	
T3		ACTH	
FT4		PARATIROIDEA	
TSH		GONADOTROPINA	
FSH		DEHIDROEPIANDROSTERONA (DS)	
LH		LH	
PROGESTERONA		CORTISOL	
FACTOR DE CRECIMIENTO INSULINA TIPO I (IGF-I)		TESTOSTERONA TOTAL	
FACTOR DE UNIÓN DEL FACTOR DE CRECIMIENTO TIPO I (IGFBP-I)		TESTOSTERONA LIBRE	
ÁCIDO CUALITATIVA		CREAT.	
ÁCIDO CUANTITATIVA			
HORMONA DE CRECIMIENTO			

NIVELES DE FÁRMACOS TERAPÉUTICOS

ÁCIDO VALPROICO			
CARBAMAZEPINA		AMICACINA	
FENOBARBITAL		GENTAMICINA	
FENITOINA		LITIO	
TEOFILINA			

INMUNOSUPRESORES

CICLOSPORINA		EVEROLIMUS	
SIROLIMUS			
TACROLIMUS			

SEROLOGÍA

AGLUTINACIONES FEBRILES		PCR SEMICUANTITATIVA	
RETO		MALARIA (PCR)	
PROTEUS		SIFILIS (PCR)	
BRUCELLA (PCR)		HELICOBACTER PYLORI	
CHLAMYDIA (PCR)			
TOXOPLASMOSIS			
VDRL			

GASES Y ELECTROLITOS

Na		pH	
K		pO	
Cl		SATURACIÓN ARTERIAL	
Ca+		SATURACIÓN VENOSA	
Ca			
P			

MEDICINA TRANSFUSIONAL

GRUPO Y FACTOR			
COMBINA DIRECTA			
COMBINA INDIRECTA			

MICROBIOLOGÍA

MUESTRA

ANTIBIOGRAMA

CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA		CRISTALOGRAFÍA		GRAM		FRESCO	

ESTUDIO MICROBIOLÓGICO (COMO SE

CULTIVO BACTERIOLÓGICO

1.

2.

3.

[illegible]		COLORACIÓN (PAP, ARC, GRAM)	
INVESTIGACIÓN [illegible]			

BIOLOGÍA MOLECULAR Y GENÉTICA

D. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA [illegible]	FIRMA [illegible]	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA	SELLO

FECHA DE TOMA DE MUESTRA	HORA DE TOMA DE MUESTRA	NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE TOMA LA MUESTRA	FIRMA

A. VIH / ITS

Prueba Rápida		Elisa Automatizada		CLIA		IFI		Carga Viral	
CD4		Tamizaje de Sífilis		VDRL		Hepatitis B (HBs-Ag)			

B. TUBERCULOSIS

Tipo de afectado

Nuevo ☐ Recaída ☐ Fracaso ☐ Pérdida en el seguimiento ☐ PVV ☐ PPL ☐ Niño < 5 años ☐

Sospecha de Meningitis TB ☐ Alta sospecha clínica y/o radiológica BK (-) ☐ Comorbilidad ☐ ☐

Contacto TBR ☐

Sospecha de TB EP ☐ Talento humano en salud ☐ Irregularidad en la toma del Tto ☐ Reversión ☐

Embarazo ☐ BK (+) al 2do. mes ☐ Condiciones especiales ☐ ☐ Otros ☐ ☐

Antecedentes de tuberculosis	Tipo de muestra
TB sensible ☐ TB resistente ☐ TIPO DE RESISTENCIA ☐	Esputo ☐ Otro ☐ ☐

Solicitud para diagnóstico

Ada ☐

Baciloscopia — Diagnóstico ☐ No. ☐ — Control ☐ No. Mes ☐

Cultivo medio sólido (OK) — Diagnóstico ☐ No. ☐ — Control ☐ No. Mes ☐

PCR tiempo real (Xpert/MTB/RIF) ☐ Nitrato reductasa (GRIESS)* ☐ Cultivo medio líquido (MGIT) ☐ Genotipificación ☐ Tipificación ☐

PSD 1ra. Línea (Proporciones-Medio sólido) ☐ PSD 1ra. Línea (MGIT-Medio líquido) ☐ PSD 2da. Línea (Proporciones-Medio sólido) ☐ PSD 2da. Línea (MGIT-Medio líquido) ☐

C. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA GENERACIÓN PEDIDO (aaaa-mm-dd)	HORA GENERACIÓN DEL PEDIDO (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

FECHA DE TOMA DE MUESTRA (aaaa-mm-dd)	HORA DE TOMA DE MUESTRA (hh:mm)	NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE TOMA LA MUESTRA	FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.010A/2021 LABORATORIO CLINICO - SOLICITUD

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de la solicitud de exámenes de laboratorio clínico, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por médicos y odontólogos de establecimientos de salud que cuentan con este servicio de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por médicos y odontólogos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- No dejar espacios en blanco

INSTRUCTIVO:
Este formulario consta de 4 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

SECCIÓN A
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.

- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en números.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

En este bloque se debe registrar:

- Diagnóstico con codificación CIE
- Servicio: marcar con una X si es de:
- Emergencia
- Consulta externa
- Hospitalización
- Especialidad
- Número de sala
- Número de cama
- Prioridad: marcar con una X según corresponda en: urgente y rutina
- Tratamiento terapéutico: especificar nombre y tiempo de administración

C. LISTADO DE EXÁMENES

En este bloque se encuentran enlistados en el formulario, los mismos que serán marcados con una X los que requiera el paciente, generalmente de acuerdo al nivel de complejidad y tipo de laboratorio del establecimiento de salud.

Registrar una X en el casillero correspondiente al examen requerido por el paciente:

- Hematología
- Coagulación y hemostasia
- Química sanguínea
- Inmunología/infecciosas
- Orina
- Coprológico
- Marcadores tumorales
- Inmunosupresores
- Niveles de drogas terapéuticas
- Serología
- Microbiología
- Marcadores cardiacos/vasculares
- Hormonas
- Citoquímico de líquidos
- Gases y electrolitos

- Medicina transfusional

D. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Fecha de la consulta: registrar en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cédula
Sello: marcar el sello del profesional

SECCIÓN B

A. VIH/ITS

En este bloque se encuentran enlistadas las pruebas que se pueden solicitar para lo cual se deberá marcar con una X.

B. TUBERCULOSIS

En este bloque se encuentran enlistadas las pruebas que se pueden solicitar para lo cual se deberá marcar con una X.

C. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Fecha de la consulta: registrar en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cédula
Sello: marcar el sello del profesional

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO	CIE	SERVICIO						ESPECIALIDAD	SALA	CAMA	PRIORIDAD			
		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACIÓN					URGENTE		ELECTIVA	

C. RESULTADO DE EXAMENES

HEMATOLÓGICO

HCTO		%	HB		g / dl	VCM		METAMIELOCITOS			
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN					mm/h	HCM		DREPANOCITOS			
PLAQUETAS					mm/c	CHCM		GRUPO - FACTOR Rh			
LEUCOCITOS					mm/c	HEMOGLOBINA		COOMBS DIRECTO			
NEUTRÓF		%	BASÓF		%	ANISOCITOSIS		COOMBS INDIRECTO			
EOSINÓF		%	MONOC		%	POIKILOCIT		TIEMPO DE SANGRÍA			
BÁSOF		%	LINFO		%	MICROCITOSIS		TIEMPO DE PROTROMBINA			seg
EOSIN		%	ATIPI		%	POLICROMAT		TIEMPO T. PARCIAL			seg

COPROLÓGICO

COLOR		HEMOGLOBINA		ESPORAS			FIBRAS		
CONSIST		GLÓBULOS ROJOS		MUCÍLAGO			ALMIDON		
pH		PIOLEUCOCITOS		MOCO			GRASA		

PROTOZOARIOS	QUISTE	TROFO ZOITO	HELMINTOS	HUEVO	LARVA

UROANÁLISIS

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

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				FOSFATASA ACIDA			
BILIRRUBINA TOTAL				COLESTEROL TOTAL			
BILIRRUBINA DIRECTA				COLESTEROL HDL			
ACIDO URICO				COLESTEROL LDL			
PROTEÍNA TOTAL				TRIGLICÉRIDOS			
ALBUMINA				NITRÓGENO UREICO			
GLOBULINA				AMILASA			

SEROLOGÍA

VDRL		LATEX	
AGLUTINACIONES FEBRILES		WIDAL	

BACTERIOLOGÍA

OTROS

D. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

C. RESULTADO DE EXÁMENES

HEMATOLOGÍA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

QUÍMICA SANGUÍNEA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

SEROLOGÍA INFECCIOSAS

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

MARCADORES CARDIOVASCULARES

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

HORMONAS

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

COAGULACIÓN Y HEMOSTASIA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

ORINA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

MARCADORES TUMORALES

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

GASES Y ELECTROLITOS

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

MEDICINA TRANSFUSIONAL

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

HECES

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

MARCADORES TUMORALES

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

BIOQUÍMICO Y BACTERIOLÓGICO DE LÍQUIDOS

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

NIVELES DE FÁRMACOS TERAPÉUTICOS

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

SEROLOGÍA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

MICROBIOLOGÍA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGÍA MOLECULAR Y GENÉTICA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

INSTRUCTIVOS DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.010B/2021 LABORATORIO CLINICO - INFORME

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico.

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO
El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de la solicitud de exámenes de laboratorio clínico, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por médicos y odontólogos de establecimientos de salud que cuentan con este servicio de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por médicos y odontólogos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- No dejar espacios en blanco

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de dos secciones, de 4 bloques cada una los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

SECCIÓN A

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.

- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en números.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

En este bloque se debe registrar:

- Diagnóstico con codificación CIE
- Servicio: marcar con una X si es de:
- Emergencia
- Consulta externa
- Hospitalización
- Especialidad
- Número de sala
- Número de cama
- Prioridad: marcar con una X según corresponda en: urgente y rutina

C. RESULTADO DE EXAMENES

A continuación, registrar los resultados de los exámenes realizados, de los siguientes grupos:

- Hematológico
- Coprológico
- Uroanálisis
- Química
- Serología
- Bacteriología
- Otros

D. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Se registrará la siguiente información:

- Número de sala
- Número de cama
- Prioridad: marcar con una X según corresponda en: urgente y rutina

C. RESULTADO DE EXÁMENES

Se colocará el examen, resultado, valores de referencia en las secciones correspondientes.

D. PROFESIONAL RESPONSABLE

Fecha y hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cédula.

- **Fecha de la consulta:** registrar en año, mes y dia
- **Hora:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si lo tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional.
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula
- **Sello:** marcar el sello del profesional.

SECCIÓN B

A. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policia- ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadistica.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadania del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 digitos temporales que será emitido por el servicio de estadistica.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en números.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, dias, meses, años.

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

En este bloque se debe registrar:

- Diagnóstico con codificación CIE
- Servicio: marcar con una X si es de:
- Emergencia
- Consulta externa
- Hospitalización
- Especialidad

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

SERVICIO						ESPECIALIDAD	CAMA	SALA	PRIORIDAD					
EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACIÓN					URGENTE		RUTINA		CONTROL	

C. ESTUDIO DE IMAGENOLOGÍA SOLICITADO

RX CONVENCIONAL		RX PORTÁTIL		TOMOGRAFÍA		RESONANCIA		ECOGRAFÍA		MAMOGRAFÍA		PROCEDIMIENTO		OTRO		SEDACIÓN	SI		NO	

DESCRIPCIÓN ⇨

D. MOTIVO DE LA SOLICITUD

REGISTRAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR EL ESTUDIO

FUM (aaaa-mm-dd)		PACIENTE CONTAMINADO	SI		NO	

E. RESUMEN CLÍNICO ACTUAL

REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA EL CUADRO CLÍNICO ACTUAL DEL PACIENTE

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.012A/2021 IMAGENOLOGIA - SOLICITUD

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de los estudios de imagen efectuado por profesionales de la salud como médicos imagenólogos y tecnólogos en imagen, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por médicos imagenólogos y tecnólogos en imagen de los diferentes establecimientos de salud que cuenten con este servicio, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales especialistas
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO:
Este formulario consta de 7 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza el estudio de imagen.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de Archivo:** registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Fecha de nacimiento**: registrar la fecha de nacimiento del paciente, en formato año, mes día
- **Edad**: registrar la edad en números.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCION:

En este bloque, se registrará:

- **Servicio**: registrar con una X según corresponda: emergencia, consulta externa u hospitalización.
- **Especialidad**: se registrará el nombre de la especialidad que solicita el examen.
- **Sala**: registrar el número de sala en caso de hospitalización
- **Cama:** registrar el número de cama en caso de hospitalización.
- **Prioridad**: registrar con una X: urgente, rutina, control, según necesite el paciente

C. ESTUDIO DE IMAGENOLOGIA SOLICITADO:

En este bloque, registrar con una X, el tipo estudio de imagen solicitado:

- Rx covencional:
- Portátil
- Tomografía:
- Resonancia
- Ecografía
- Mamografía
- Procedimiento
- Sedación
- Otros
- Descripción: Se registrará una descripción en relación a otros estudios

D. MOTIVO DE LA SOLICITUD

- **FUM**: registrar la fecha de última menstruación: año, mes, día
- **Paciente Contaminado**: registrar Si/ No, según la condición del paciente
- Registrar las razones para solicitar el estudio de imagen: aclaración diagnóstica

E. RESUMEN CLINICO ACTUAL

Registrar de manera obligatoria el cuadro clínico actual del paciente. Es un resumen para que justifique la solicitud de estudio de imagenología.

F. **DIAGNOSTICO**

Registrar el nombre del diagnóstico según sea el caso: presuntivo o definitivo y el código CIE respectivo.

G. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

Se registrará la siguiente información:

- **Fecha del informe:** registrar en año, mes y día
- **Hora en que se emite el informe:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que realiza el informe de imagen
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma
- **Sello:** marcar el sello del profesional

Elaborado por: DP/SGDH
Aprobado por la Dirección Nacional de Normatividad
Fecha:03-07-2013

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A

B. DATOS DEL SERVICIO

PROFESIONAL QUE REALIZA EL ESTUDIO	FECHA DE REALIZACIÓN	PROFESIONAL SOLICITANTE	SERVICIO						ESPECIALIDAD
			EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACIÓN		

C. ESTUDIO DE IMAGENOLOGÍA REALIZADO

RX CONVENCIONAL		RX PORTÁTIL		TOMOGRAFÍA		RESONANCIA		ECOGRAFÍA		MAMOGRAFÍA		PROCEDIMIENTO		OTRO		SEDACIÓN	SI		NO	

DESCRIPCIÓN ⇨

D. HALLAZGOS POR IMAGENOLOGÍA

E. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

La aproximación diagnóstica emitida en el presente informe, constituye tan solo una prueba complementaria al diagnóstico clínico definitivo, motivo por el cual se recomienda correlacionar con antecedentes clínicoquirúrgicos, datos clínicos, exámenes de laboratorio complementarios, así como seguimiento imagenológico del paciente.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO

SNS-MSP/HCU-form.012B/2020 IMAGENOLOGIA-INFORME

En este formulario registrar los resultados de los estudios de imagen.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL

  Unicódigo: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.

  Establecimiento de Salud: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.

  Número de Historia Clínica: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

  Número de Archivo: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.

  Nro. de hoja: registrar el número de hoja correspondiente del informe

  Primer apellido: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.

  Segundo apellido: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.

  Fecha de nacimiento: registrar la fecha de nacimiento del paciente, en formato año, mes día

  Edad: registrar la edad en números.

  Condición de la edad: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. DATOS DEL SERVICIO

- **Profesional que realiza el estudio de imagen**: registrar el nombre del profesional que realiza el estudio.
- **Fecha de realización**: registrar la fecha de toma del estudio de imagen, en el orden: año, mes, día.
- **Profesional solicitante:** registrar el nombre del profesional que solicitó el estudio de imagen.
- **Servicio**: registrar con una X, según corresponda a: emergencia, consulta externa u Hospitalización.
- **Especialidad**: registrar la especialidad que requiere el estudio de imagen.

C. ESTUDIO DE IMAGENOLOGÍA REALIZADO

Registrar una X, en el estudio realizado, según corresponda:

- Rx convencional
- Rx portátil
- Tomografía
- Resonancia
- Ecografía
- Mamografía
- Procedimiento
- Sedación, registrar SI o No, según corresponda
- Otros
- **Descripción:** registrar una descripción del estudio catalogado como otro.

D. HALLAZGOS POR IMAGENOLOGÍA

Este bloque constituye un espacio donde se registrará de manera detallada el informe de los resultados del estudio de imagen. Se incluirá recomendaciones.

E. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Registrar las conclusiones y sugerencias en relación a los resultados del estudio de imagen

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Registrar la siguiente información:

Fecha del informe: registrar en año, mes y día

Hora en que se emite el informe: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que realiza el informe de imagen.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma
Sello: marcar el sello del profesional

A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A

B. DATOS DEL SERVICIO Y PRIORIDAD

SERVICIO						ESPECIALIDAD	PRIORIDAD				HORA DE TOMA	FECHA DE TOMA
EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACIÓN			URGENTE		RUTINA			

C. ESTUDIO SOLICITADO

HISTOPATOLOGÍA		CITOLOGÍA		REVISIÓN DE LÁMINILLAS		TRANSOPERATORIO		OTROS TIPO DE ESTUDIO	
DESCRIPCIÓN									

D. RESUMEN CLÍNICO

REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA TODOS LOS CAMPOS

CUADRO CLÍNICO

RESULTADOS DE LABORATORIO

DATOS DE IMAGEN

TRATAMIENTO

PROCEDIMIENTO REALIZADO PARA OBTENCIÓN MUESTRA

E. DIAGNÓSTICOS

	PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

F. MUESTRA O PIEZA/ NÚMERO

DESCRIBIR EL ORIGEN Y NUMERO DE MUESTRAS ENVIADAS

G. DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGÍA VAGINAL

MATERIAL					ANTICONCEPCIÓN						TERAPIA HORMONAL	EDAD DE:			PARIDAD: NÚMERO DE				FECHAS		
ENDOCERVIX	EXOCERVIX	PARED VAGINAL	UNIÓN ESCAMO	MUCOSA CERVICAL	ORAL O INYECTABLE	DIU	LIGADURA	BARRERA	IMPLANTE	OTRO		MENARQUIA	MENOPAUSIA	INICIO DE VIDA SEXUAL	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS	ULTIMA MENSTRUACION (FUM)	ULTIMO PARTO	ULTIMA CITOLOGÍA
DESCRIPCIÓN HISTOLÓGICA																			DIAGNÓSTICO DE ULTIMA CITOLOGÍA		

H. BIOLOGÍA MOLECULAR Y GENÉTICA

I. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA DE SOLICITUD (AAAA-MM-DD)	HORA DE SOLICITUD (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

FECHA DE RECEPCIÓN (AAAA-MM-DD)	HORA DE RECEPCIÓN (HH:MM)	NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUIEN ENTREGA LA MUESTRA	NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUIEN RECIBE LA MUESTRA	CÓDIGO INTERNO DE MUESTRA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.013A/2021 ANATOMIA PATOLOGICA-SOLICITUD

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones.

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de los estudios de anatomía patológica, efectuado por profesionales de la salud como médicos patólogos y tecnólogos en laboratorio, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación

Este formulario será utilizado por médicos patólogos y citólogos de establecimientos de salud en la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por médicos patólogos y citólogos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- En caso de bloques que no se registren, se utilizará una raya y explicar NA = no aplica
- En caso de casilleros que no se registren, se utilizará NA no aplica

Instructivo

Este formulario consta de 9 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE:

Contiene:

- **Institución del Sistema:** registrar el nombre de la institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.
- **Unicódigo:** registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza el estudio de imagen.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos,

registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Fecha de nacimiento**: registrar la fecha de nacimiento del paciente, en formato año, mes día
- **Edad**: registrar la edad en números.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. DATOS DEL SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCION

En este bloque, registrar:

- **Servicio**: registrar con una X según corresponda: emergencia, consulta externa u hospitalización.
- **Especialidad**: registrar el nombre de la especialidad que solicita el examen, sea de emergencia, consulta externa u hospitalización.
- **Prioridad:** que se requiera se registrará con una X según el caso: urgente o rutina
- **Fecha de toma**: registrar en el orden año, mes, día de la toma de muestra
- **Hora de toma**: registrar la hora en que se realiza la toma de la muestra

C. ESTUDIO SOLICITADO

Registrar una X en el estudio realizado, según corresponda:

- Histopatología
- Citología
- Revisión de laminillas
- Trans-operatorio
- Otros

Descripción: se realizará una descripción de otro estudio que se requiera como: histoquímica, inmunohistoquímica, entre otros.

D. RESUMEN CLINICO:

Registrar de manera obligatoria el cuadro clínico actual del paciente, resultados de laboratorio clínico, datos de imagen, tratamiento actual y procedimientos realizados para la obtención de la muestra.

E. DIAGNOSTICOS:

Registrar el nombre del diagnóstico según el caso: presuntivo o definitivo y el código CIE. Existe espacio para 5 diagnósticos.

F. **MUESTRA O PIEZA/NÚMERO**
Registrar el origen y el número de muestras.

G. **DATOS BASICOS PARA CITOLOGIA VAGINAL**

Material: registrar con una X, según corresponda a:

- Endocervix
- Exocervix
- Pared vaginal
- Muñón cervical
- Unión escamo columnar
- **Anticoncepción:** registrar con una X, según corresponda el método anticonceptivo a:
- Oral o inyectable
- Ligadura
- Barrera
- Implante
- Terapia hormonal
- **Edad de:** registrar la edad según corresponda a:
- Menarquia
- Menopausia
- Inicio de vida sexuales
- **Paridad:** registrar el número, según corresponda la información de la paciente:
- Nro. de Gestaciones
- Nro. de partos
- Nro. de abortos
- Nro. de cesáreas
- **Fecha de:** registrar la fecha en orden día, mes, año, según corresponda la información de la paciente
- Fecha de última menstruación- FUM
- Fecha de último parto
- Fecha de última citología
- Descripción macroscópica
- Diagnóstico de la última citología

H. **BIOLOGÍA MOLECULAR Y GENÉTICA**
Registrar lo que requiere solicitar

I. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

Registrar la siguiente información:

- **Fecha de la solicitud:** registrar en año, mes y día
- **Hora en que se realiza la solicitud:** registrar con formato de 24 horas

- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que realiza el informe de imagen
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma
- **Sello:** marcar el sello del profesional
- **Fecha de recepción:** registrar el año, mes, día en que se realiza la entrega de la muestra
- **Hora de recepción:** registrar la hora de la recepción de la muestra
- **Responsable de la entrega de la muestra:** nombre y apellido de la persona que entrega la muestra
- **Responsable de la recepción de la muestra:** nombre de la persona que recibe la muestra
- **Código interno de la muestra:** registrar el código respectivo de la muestra, éste será asignado por el laboratorio

- **Nro. de hoja:** registrar el número de hoja correspondiente del informe
- **Primer apellido:** registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido:** registrar el segundo apellido
- **Primer nombre:** registrar el primer nombre
- **Segundo nombre:** registrar el segundo nombre
- **Sexo:** registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Fecha de nacimiento:** registrar la fecha de nacimiento del paciente, en formato año, mes día
- **Edad:** registrar la edad en números.
- **Condición de la edad:** registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. DATOS DEL SERVICIO QUE RECIBE

Registrar la siguiente información:

- Nombre del establecimiento solicitante
- Nombre de profesional o institución solicitante
- Especialidad
- Código interno de la muestra de anatomía patológica

C. DESCRIPCION MACROSCOPICA

Registrar una descripción detallada de los hallazgos macroscópicos encontrados en el estudio anatomo-patológico. Al final se incluirá el nombre del profesional responsable.

D. DESCRIPCION MICROSCOPICA

Hacer una descripción de los hallazgos microscópicos del estudio anatomo-patológico, de acuerdo a protocolos. Al final registrar el nombre y apellido del profesional responsable del estudio.

E. INFORME DE CITOLOGIA VAGINAL

Registrar una X en el casillero correspondiente al informe del estudio.

F. DIAGNOSTICO

Registrar el diagnóstico y al final el código CIE

G. RECOMENDACIONES

Registrar las recomendaciones necesarias según el caso

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

- **Fecha de emisión del informe:** registrar la fecha en orden día, mes, año
- **Hora de emisión del informe:** registrar la hora de emisión del informe
- **Nombre del profesional responsable:** registrar el nombre del profesional que emite el informe de histopatología, a continuación, la firma y el sello.
- **Firma, Sello y código**
- **Nro. de hoja:** el número de hoja es exclusivo del formulario de informe

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form. 013B/2021 ANATOMIA PATOLOGICA-INFORME

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo del resultado de los estudios de anatomía patológica realizados al paciente, efectuado por profesionales de la salud como médicos patólogos, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por médicos patólogos y citólogos de los diferentes establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria, que tengan este servicio.

Consideraciones generales para el registro para el presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por médicos patólogos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- En caso de bloques que no se registren, se utilizará un guion y explicar NA = no aplica
- En caso de casilleros que no se registren, se escribirá NA = no aplica

Instructivo
Este formulario consta de 8 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema:** registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo:** registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud:** registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica:** registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo:** registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.

A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A

B. DATOS DEL SERVICIO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD SOLICITANTE	PROFESIONAL SOLICITANTE	ESPECIALIDAD	CÓDIGO INTERNO DE MUESTRA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

C. DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA MACROSCOPÍA

D. DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA MICROSCOPÍA

E. INFORME DE CITOLOGÍA VAGINAL

CLASIFICACIÓN BETHESDA	NORMAL		LIE BAJO		LIE ALTO		CA	

MUESTRA INADECUADA		HONGOS		ERITROCITOS		FLORA BACTERIANA		HISTIOCITOS		NÚMERO DE MUESTRA		FECHA DE PROCESO	

OBSERVACIONES

F. DIAGNÓSTICO

G. RECOMENDACIONES

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (HORAS)

B. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

MADRE	
PADRE	
OTROS FAMILIARES	

HERMANOS	TIPO DE PARTO			CONDICIÓN PARTO			EDAD ACTUAL	OBSERVACIONES
	CEFÁLICO VAGINAL	CESÁREA	PODÁLICO VAGINAL	PRE TERMINO	A TÉRMINO	POST TERMINO		
1								
2								
3								
4								
5								
6								

DATOS Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA MADRE	NÚMERO GESTAS		NÚMERO ABORTOS		NÚMERO PARTOS		NÚMERO CESÁREAS		NÚMERO HIJOS VIVOS		NÚMERO HIJOS MUERTOS	

C. ANTECEDENTES PRENATALES DEL RECIÉN NACIDO

D. ANTECEDENTES NATALES DEL RECIÉN NACIDO

HORAS HIDRORREA	NÚMERO TACTOS POSTHIDRORREA	LABOR (EN HORAS)	EXPULSIVO (EN MINUTOS)	LÍQUIDO AMNIÓTICO	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CARACTERÍSTICAS	SUFRIMIENTO FETAL		
									SI		NO

FECHA DE NACIMIENTO	HORA DE NACIMIENTO	EDAD GESTACIONAL POR:	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN	ECO EXTRAPOLADO	CAPURRO	BALLARD

E. APGAR

(SI ES MENOR A 7 VALORAR HASTA LOS 20 MINUTOS

ASPECTOS A VALORAR	PUNTAJE			TIEMPO				
	0	1	2	1 MINUTO	5 MINUTOS	10 MINUTOS	15 MINUTOS	20 MINUTOS
FRECUENCIA CARDÍACA	NO HAY	MENOS DE 100	100 O MAS					
ESFUERZO RESPIRATORIO	NO HAY, NO RESPIRA	LLANTO DÉBIL, RESPIRA MAL	LLANTO VIGOROSO					
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXIÓN PARCIAL DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS, BUENA FLEXIÓN					
IRRITABILIDAD O RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN	NO REACCIONA	MUECA, SUCCIÓN, ALGÚN MOVIMIENTO X ESTÍMULO	TOS O ESTORNUDO, LLANTO, REACCIONA DEFENDIÉNDOSE					
COLOR DE LA PIEL	CIANOSIS O PALIDEZ	PIES O MANOS CIANÓTICAS	COMPLETAMENTE ROSADO					
			TOTAL					

F. INTERVENCIONES

	REANIMACIÓN	ESTIMULACIÓN	ASPIRACIÓN	MÁSCARA	BOLSA	TUBO ENDOTRAQUEAL	MASAJE CARD	MEDICACIÓN
SI								
NO								

G. PROFILAXIS

VITAMINA K		OCULAR	
SI		SI	
NO		NO	

H. VACUNAS

HEPATITIS B		BCG	
SI		SI	
NO		NO	

I. CONSTANTES VITALES

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN POR PATOLOGÍA AGE EL FORMULARIO 025

	FECHA	HORA	TEMPERATURA °C	PULSO / min	PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	FRECUENCIA RESPIRAT. / minuto	PULSIOXIMETRIA (%)	REFLEJO SUCCIÓN	TOLERANCIA ORAL	DEPOSICIÓN	ORINA	RESPONSABLE
1.												
2.												
3.												
4.												

DATOS DEL USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD (Horas)	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

J. EXÁMEN FÍSICO

MARCAR "✓"	INICIAL SP	INICIAL CP		AL EGRESO SP	AL EGRESO CP	
PIEL	☐	○		☐	○	
CABEZA	☐	○		☐	○	
FONTANELA	☐	○		☐	○	
OJOS	☐	○		☐	○	
OIDOS	☐	○		☐	○	
BOCA / NARIZ	☐	○		☐	○	
CUELLO	☐	○		☐	○	
TÓRAX	☐	○		☐	○	
PULMONES	☐	○		☐	○	
CORAZÓN	☐	○		☐	○	
ABDOMEN	☐	○		☐	○	
CORDON UMB.	☐	○		☐	○	
GENITALES	☐	○		☐	○	
ANO	☐	○		☐	○	
COLUMNA	☐	○		☐	○	
EXTREMIDADES	☐	○		☐	○	
NEUROLÓGICO	☐	○		☐	○	

INICIAL 24 HORAS	SAT SI PREDUCTAL	
	SAT SD POSTDUCTAL	

EGRESO	SAT SI PREDUCTAL	
	SAT SD POSTDUCTAL	

K. DIAGNOSTICOS INICIAL

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

L. PLAN DE TRATAMIENTO INICIAL

M. DIAGNOSTICO EGRESO

		CIE
CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO		
1.		
2.		
3.		
4.		

N. PLAN DE TRATAMIENTO DE EGRESO

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

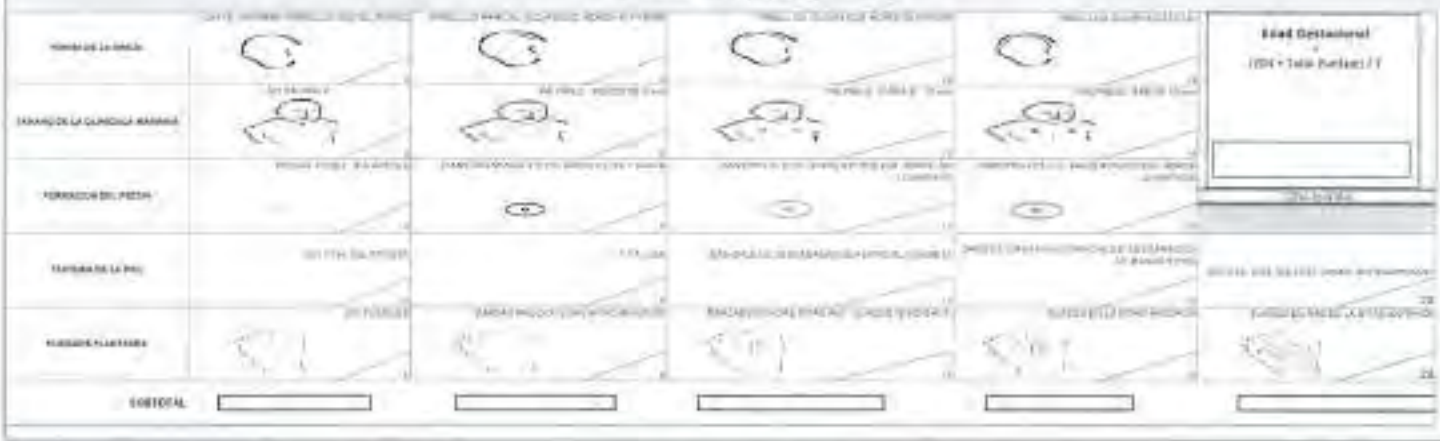
	FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
INICIAL					
	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
	FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
EGRESO					
	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

DISTRITO DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN DE MADRE (MARCAR)	
						M	D

TEST DE CAPURRO (SOMÁTICO)



TEST DE BALLARD

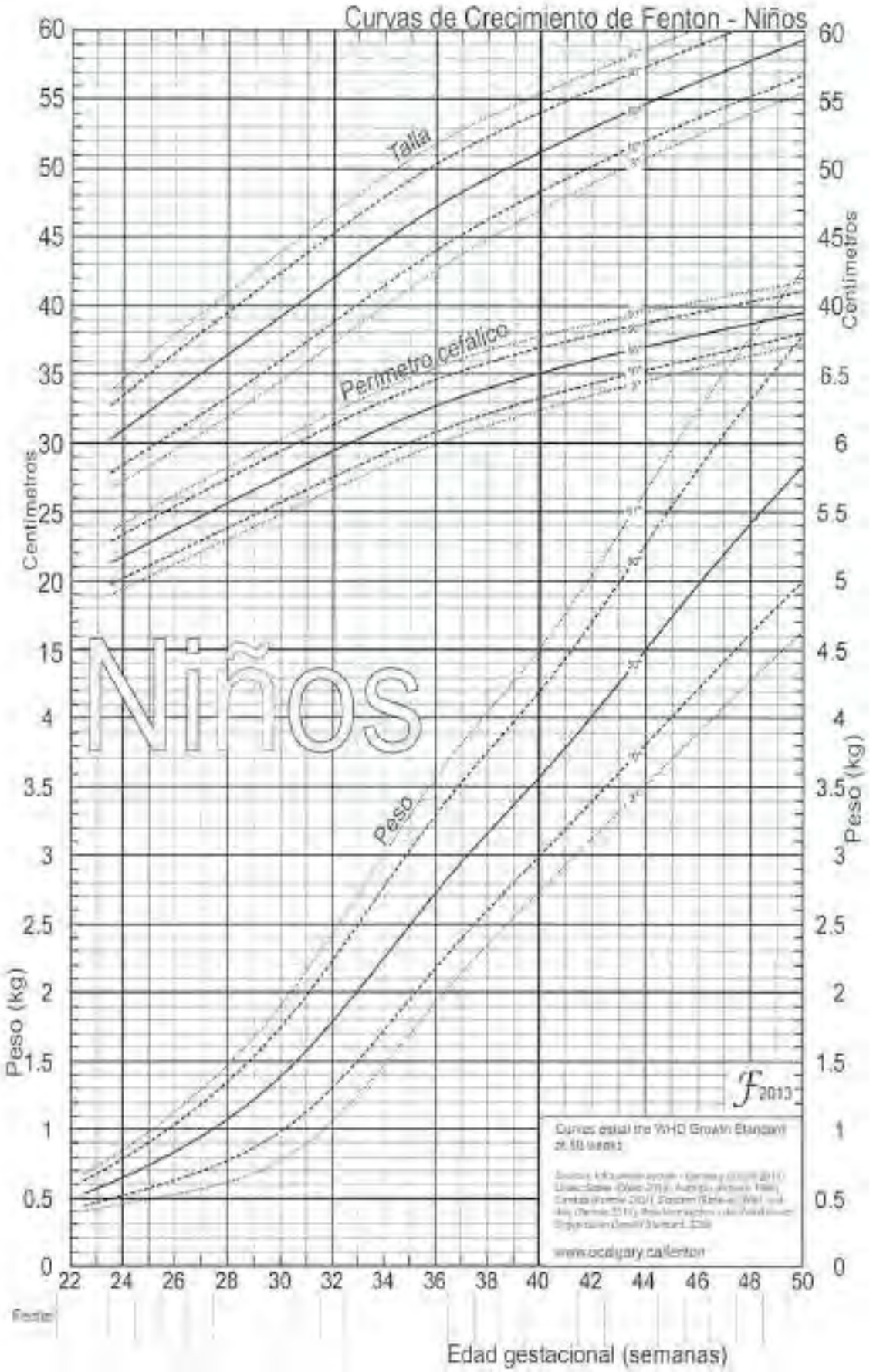
MADUREZ NEUROMUSCULAR	SCORE -1	0	1	2	3	4	5		REGISTRAR EL VALOR
POSTURA									
VENTANA CUADRADA (MUÑECA)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°			
ÁNGULO DE BRAZOS		180°	140-180°	110-140°	90-110°	<90°			
ÁNGULO POPLÍTEO	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°		
SIGNO DE LA BUFANDA									
TALÓN-OREJA									
								TOTAL MADUREZ NEUROMUSCULAR	

MADUREZ FÍSICA	-1	0	1	2	3	4	5		RECORDAR EL VALOR
PIEL	PEGAJOSA, GELATINOSA, TRANSPARENTE	GELATINOSA, ROJA, TRASLÚCIDA	ROSA PÁLIDO, VENAS VISIBLES	DESCAMACIÓN SUPERFICIAL, ROTURAS, ROCAS VENAS	ÁREAS FALLIDAS Y AGRIETADAS, VENAS GRANDES	DESCAMAMIENTO, AGRIETADO PROFUNDO, NO VENAS	CUERO, AGRIETADO Y ARRUGADO		
LANUGO	AUSENTE	ESCASO	ABUNDANTE	PIEL	ÁREAS LIBRES	CASI NO HAY LANUGO			
SUPERFICIE PLANTAR	TALÓN-DEDO GORDO 40-50mm: -1	<40mm: NO HAY PLIEGUES	MARCAS ROJAS TENUES	SOLO PLIEGUES TRANSVERSOS ANTERIORES	PLIEGUES EN LOS 2/3 ANTERIORES	LOS PLIEGUES CUBREN TODA LA PLANTA			
MAMAS	APENAS PERCEPTIBLES	APENAS PERCEPTIBLES	AREOLA PLANA, NO HAY GLÁNDULA	AREOLA STEPPLED, GLÁNDULA DE 1-2mm	AREOLA SUBRELEVADA, GLÁNDULA DE 3-4mm	AREOLA COMPLETA, GLÁNDULA DE 5-10mm			
OJO-OREJA	PÁRPADOS FUSIONADOS LEVEMENTE: -1 FUSIÓN TOTAL: -2	PÁRPADOS ABIERTOS, PABELLÓN UNO PERMANECE ARRUGADO	PABELLÓN LIGERAMENTE INCURVADO, BLANDO, RECUPERACIÓN LENTA	PABELLÓN SIN INCURVADO, BLANDO PERO CON RECUPERACIÓN RÁPIDA	PERMANECE INCURVADO, RECUPERACIÓN LENTA	CARTÍLAGO GRUESO, OREJA FIRME			
GENITALES (MASCULINO)	ESCROTO APLANADO, LISO	ESCROTO VACÍO, CON LAGAS PROFUNDAS	TESTÍCULOS EN LA PARTE ALTA DEL CONDUCTO, ESCASAS MUY ESCASAS	TESTÍCULOS EN DESCENSO, ESCASAS ESCASAS	TESTÍCULOS DESCENDIDOS, ESCASAS ESCASAS	TESTÍCULOS COLGANTES, PROFUNDAS PROFUNDAS			
GENITALES (FEMENINO)	CLITORIS PROMINENTE, LABIOS APLANADOS	CLITORIS PROMINENTE Y LABIOS MENORES PEQUEÑOS	CLITORIS PROMINENTE Y LABIOS MENORES DE MAYOR TAMAÑO	LABIOS MAYORES Y MENORES IGUALMENTE PROMINENTES	LABIOS MAYORES CUBRENLABIOS MENORES PEQUEÑOS	LOS LABIOS MAYORES CUBREN EL CLITORIS Y LOS LABIOS MENORES			
								TOTAL MADUREZ FÍSICA	

RANGO DE MADUREZ	
VALOR	SEMANAS
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

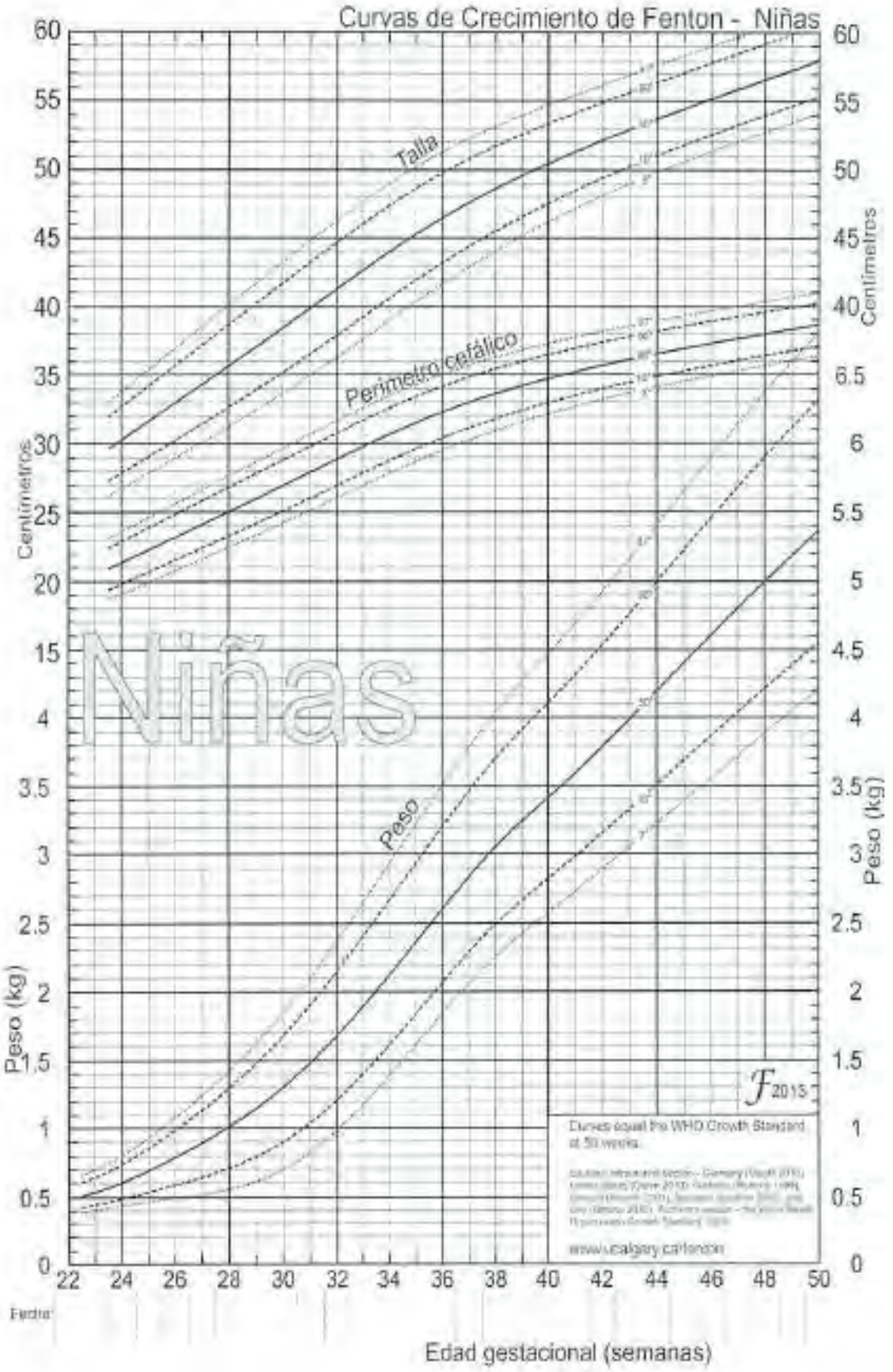
DATOS DEL USUARIO / PACIENTE				
PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD (Meses)	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

CURVAS DE CRECIMIENTO DE FENTON (NIÑOS)



DATOS DEL USUARIO / PACIENTE				
PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD (Horas)	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

CURVAS DE CRECIMIENTO DE FENTON (NIÑAS)



- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste la madre
- **Edad**: registrar la edad en horas.

B. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Registrar los antecedentes patológicos familiares especialmente los relacionados con la madre, con el padre y de otros familiares importantes.

Datos obstétricos y antecedentes complementarios relacionados con los hermanos

- **Hermanos**: se registrará la información de cada hermano del paciente, en relación a:
- **Tipo de parto**: registrar con una X si el parto fue normal o céfalo-vaginal, cesárea, según corresponda
- **Condiciones del parto**: pre termino, a término o pos término, registrar con una X según corresponda.
- **Edad actual**: registrar la edad de la madre al momento del evento.
- **Observaciones**: registrar de forma detallada lo ocurrido con cada hijo.
- **Datos y antecedentes obstétricos de la madre**:
  Registrar el número en los casilleros, según corresponda la información dada por la madre en relación a:
- Gestas
- Abortos: se registrará el número de abortos de la madre; si los ha tenido.
- Partos
- Cesáreas
- Número de hijos vivos.
- Número de hijos muertos

C. ANTECEDENTES PRENATALES DEL RECIEN NACIDO

Registrar de forma detallada los antecedentes antes del parto, tipo de sangre de la mama, patologia en el embarazo, zika, entre otros.

D. ANTECEDENTES NATALES DEL RECIEN NACIDO

Registrar según corresponda la siguiente información:

- Horas de hidrorrea
- Número de tactos post hidrorrea
- Labor en horas
- Expulsivo en minutos.
- Líquido amniótico cantidad

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.016/2020 ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de los datos básicos en la atención inmediata del recién nacido, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por médicos neonatólogos o pediatras de los diferentes establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por médicos neonatólogos o pediatras
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- No dejar espacios en blanco

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 15 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

Todos los recién nacido deberian tener HCU, así sean sanos. Todo recién nacido cuando ingresa a hospitalización lo hace con datos de la madre.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 digitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

    - Liquido amniótico color
    - Liquido amniótico olor
    - Caracteristicas
    - Sufriniento fetal: SI o NO
  - Fecha del nacimiento
  - Hora del nacimiento
  - **Edad gestacional por:** registrar en semanas la edad gestacional según:
  - Edad gestacional según fecha según última menstruación FUM
  - Edad gestacional según eco extrapolado
  - Edad gestacional según Test de Capurro
  - Edad gestacional según Test de Ballard

E. **APGAR**
Registrar el apgar al minuto a los 5 y a los 10 minutos. Registrar a los 15 y 20 cuando el apgar es menor de 7, valorar hasta los 20 minutos.

F. **INTERVENCIONES**
En este bloque registrar una X en SI o NO según corresponda.

G. **PROFILAXIS**
Registrar una x en el casillero de SI o No según corresponda, a la administración de Vitamina K y a la profilaxis ocular.

H. **VACUNAS**
Registrar una X en el casillero correspondiente a SI o NO en cuando a la colocación de vacunas en el recién nacido como la de hepatitis B y BCG.

I. **CONSTANTES VITALES**
Este bloque registrar los resultados relacionados con la toma de signos vitales, se realiza cada hora durante cuatro horas. Se registrará el nombre del responsable de la toma.

J. **EXAMEN FISICO**
En este bloque se recoge información relacionada al examen fisico del paciente. Está diseñado para registrar una X sea en SP= sin patología, o en CP= con patología y luego en la línea de en frente se realiza una descripción de lo observado. Además, esto se registrará al inicio y al egreso del paciente.

K. **DIAGNOSTICO INICIAL**
Se registrará el nombre del diagnóstico en orden de importancia, con criterio de gravedad va primero. Pueden ser presuntivos o definitivos. Existe espacio para ubicar SEIS diagnósticos, con su respectivo código CIE.

L. **PLAN DE TRATAMIENTO INICIAL**
Registrar detalladamente el tratamiento inicial del paciente.

M. **DIAGNOSTICO EGRESO**
Registrar la clasificación del neonato.

Registrar los nombres de los diagnósticos con su respectivo código CIE de acuerdo a la importancia en la vida del paciente y al criterio del médico.

N. **PLAN DE TRATAMIENTO DE EGRESO**

Registrar en forma detallada el plan de tratamiento con el que va a egresar el paciente: tamizaje, vacunas, es similar a la hoja de alta. Debe constar el tratamiento subjetivo, el objetivo, el análisis y el plan.

O. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

Registrar la siguiente información:

- **Fecha de consulta:** registrar en año, mes y día
- **Hora:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula
- **Sello:** marcar el sello del profesional

A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. DIAGNOSTICOS

			CIE
Pre Operatorio:	1.		
	2.		
	3.		
Post Operatorio:	1.		
	2.		
	3.		

C. PROCEDIMIENTO

	Electiva		Emergencia		Urgencia	

Proyectado:	
Realizado:	

D. INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIRURGICO

Cirujano 1:		Instrumentista:	
Cirujano 2:		Circulante:	
Primer Ayudante:		Anestesiologo:	
Segundo Ayudante:		Ayudante Anestesia:	
Tercer Ayudante:		Otros:	

E. TIPO ANESTESIA

General		Regional		Sedación		Otros	

F. TIEMPOS QUIRÚRGICOS

FECHA DE OPERACIÓN	DIA	MES	AÑO	HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACIÓN

Diéresis:

Exposición y Exploración:

Hallazgos Quirúrgicos:

Procedimiento Quirúrgico:

Procedimiento Quirúrgico:

G. COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Pérdida Sanguínea total: ____ ml Sangrado aproximado: ____ ml Uso de Material Protésico: Si ☐ No ☐

Descripción:

H. EXÁMENES HISTOPATOLOGICOS

Transquirúrgico:

Biopsia por congelación: SI ____ NO ☐ Resultado:

Patólogo que reporta:

Histopatológico: SI ____ NO ☐ Muestra:

I. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO

J. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	FIRMA	SELLO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.017/2020 PROTOCOLO QUIRURGICO

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso de atención. El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de los datos del protocolo quirúrgico, obteniendo de esta manera información necesaria y segura.

Aplicación
Este formulario será utilizado por médicos cirujanos de establecimientos de salud que cuentan con este servicio de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por médicos cirujanos
- Registrar con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- No dejar espacios en blanco

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 10 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención al paciente adulto mayor.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido

- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos.
- **Condición de la edad**: registrar una X en el casillero que corresponda la edad del paciente sea horas, días, meses o años.

B. **DIAGNOSTICOS**

- **Preoperatorio**: registrar el nombre del diagnóstico pre-operatorio de acuerdo al código CIE.
- **Postoperatorio**: registrar el nombre del diagnóstico post-operatorio de acuerdo al código CIE.

C. **PROCEDIMIENTO**

- **Proyectado**: registrar el tipo de procedimiento que se proyecta realizar y marcar con una X si es efectivo, de emergencia o paliativo.
- **Realizado**: registrar el procedimiento realizado.

D. **INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIRURGICO**

En este bloque se debe registrar los nombres del equipo quirúrgico que se encuentra descrito en el formulario.

E. **TIPO DE ANESTESIA**

Registrar una X en el casillero que corresponda.

F. **TIEMPOS QUIRURGICOS**

Este bloque contiene información relacionada a los tiempos quirúrgicos y se debe registrar la información que se encuentra en el formulario.

G. **COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO**

Registrar de manera detallada la o las posibles complicaciones del procedimiento quirúrgico. Registrar la cantidad de sangre total perdida en ml, cantidad de sangrado aproximado y si requiere o no material protésico.

H. **EXAMENES HISTOPATOLOGICOS**

Registrar los resultados positivos de los exámenes histopatológicos del proceso transquirúrgico, si se realizó o no biopsia por congelación y el resultado si es el caso, si se realizó o no exámenes histopatológicos y sus resultados.

I. **DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO**

En este bloque se realizará un diagrama o dibujo del procedimiento quirurgo a realizarse

J. **DATOS DEL PROFESIONAL**

En este bloque registrar los nombres y apellidos de los cirujanos que han intervenido, la especialidad de cada uno, la firma, el sello del cirujano/a y el número del documento de identificación.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. REGISTRO DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA

DIAGNÓSTICOS		CIE	
PROCEDIMIENTO/S PROPUESTO /S:			

Electiva		Emergencia		Urgencia		RIESGO QUIRÚRGICO:	Bajo		Moderado		Alto	

C. ANAMNESIS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

	DIAGNÓSTICOS	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	TRATAMIENTO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

ANESTÉSICOS	
QUIRÚRGICOS	
ALÉRGICOS	
TRANSFUSIONES	
HÁBITOS	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

D. EXAMEN FÍSICO

CONSTANTES VITALES	TA		FC		FR		T°		SAT 02		GLASGOW	
ANTROPOMETRIA	PESO (kg)				TALLA (cm)				IMC (kg/m2)			

VÍA AÉREA	APERTURA BUCAL (cm)						DISTANCIA TIROMENTONEANA (cm)						MALLAMPATI					
	<2		2 - 2.5		2.6 - 3		>3		>6		5 - 6.5		>6.5		I		II		III		IV
	PROTRUSIÓN MANDIBULAR						PERÍMETRO CERVICAL (cm)				MOVILIDAD CERVICAL (°)				HISTORIA DE INTUBACIÓN DIFÍCIL				PATOLOGÍA ASOCIADA A INTUBACIÓN DIFÍCIL		
	<0		0		>0		<40		>40		<35		>35		SI		NO		SI		NO
	OTROS																				

TÓRAX	
CORAZÓN	
PULMONES	
ABDOMEN	
EXTREMIDADES	
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
EQUIVALENTE METABÓLICO (METS)	

E. RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGEN (REGISTRAR LO QUE APLIQUE)

HEMOGRAMA		TIPIFICACIÓN		PERFIL HEPÁTICO		IONOGRAMA		GASOMETRÍA		HORMONAS		ORINA	
HCTO		GRUPO		AST		Na		pH		T4		pH	
HB		FACTOR		ALT		K		PO2		TSH		DENSIDAD	
PLAQUETAS		QUÍMICA SANGUÍNEA		FA		Cl		PCO2		PRUEBA EMBARAZO		BACTERIAS	
TP		GLUCOSA		LDH		Ca		HCO3				LEUCOCITOS	
TTP		UREA		BT		Mg		EB		SI	NO	RIÑONES	
INR		CREATININA		BD				SAT. O2				HEMATIES	
LEUCOCITOS		OTROS		BI				LACTATO				GLUCOSA	

EKG	
RX TÓRAX	
ESPIROMETRÍA	
OTROS	

F. ESCALAS E ÍNDICES (REGISTRAR LO QUE APLIQUE)

ESTADO FÍSICO ASA	I		II		III		IV		V		VI		RIESGO CARDÍACO	
RIESGO PULMONAR													RIESGO TROMBOEMBÓLICO	
OTROS														

F. TIEMPO DE ULTIMA INGESTA

LÍQUIDOS CLAROS		LECHE DE FÓRMULA	
LECHE MATERNA		SÓLIDOS	

G. INDICACIONES

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

H. PLAN ANESTÉSICO

I. OBSERVACIONES

J. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP.HCU/form.018/2021 PRE ANESTESICO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades para pre-anestésicas, obteniendo de esta manera información necesaria y segura.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por profesionales médicos anestesiólogos de los establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Alcance:

Este formulario es de aplicación obligatoria en diferentes establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos anestesiólogos.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 9 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda el establecimiento de salud: MSP, IESS, ISSFFA, ISPOL
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía, para pacientes extranjeros registrar el número de pasaporte o carnet de refigiado.
- **Número de Archivo**: cuando un paciente ingresa por primera vez, estadística le asigna una carpeta con un número secuencial y sirve para el archivo en cada establecimiento
- **Primer apellido**: registrar el apellido del padre
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre

- **Primer nombre:** registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre, Mujer
- **Edad**: registrar la edad
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días meses, años.

B. REGISTRO DE VALORACION PREANESTESICA

En este bloque registrar:

- Diagnóstico, con código CIE10
- Procedimientos propuestos

C. ANAMNESIS

En este bloque registrar los antecedente personales en relación a:

- Anestésicos
- Quirúrgicos
- Alérgicos
- Transfusionales
- Hábitos

Antecedentes familiares: registrar de acuerdo a la versión del paciente
Antecedentes patológicos personales: registrar

- Diagnóstico
- Tiempo de evolución
- Tratamiento

D. EXAMEN FISICO

En este bloque se debe registrar:

- **Constantes vitales**: registrar tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura en grados centígrados, saturación de oxígeno y GLASGOW
- **Antropometría**: registrar peso en Kg, talla en cm., índice de masa corporal
- **Vía aérea:** registrar los valores encontrados en: apertura bucal, distancia tiromentoneana en cm., mallampati, protrusión, perímetro cervical en cm., movilidad en grados, otros.
- Tórax
- Corazón
- Pulmones
- Abdómen

- Extremidades
- Sistema nervioso central
- Equivalente metabólico.

E. RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGEN

En este bloque registrar todos los resultados positivos de los exámenes que han sido solicitados al paciente.

F. ESCALAS E INDICES

En este bloque registrar las siguientes escalas:

- Estado físico ASA:
- Riesgo cardiaco GUPTA
- Caprini
- Otra

Ayuno:

- Líquidos claros
- Leche materna
- Leche de fórmula
- Sólidos.

G. INDICACIONES

Registrar todas las indicaciones dadas al paciente

H. PLAN ANESTESICO

Registrar una descripción de cómo se realizará el proceso de anestesia sugerido al paciente, según corresponda.

I. OBSERVACIONES

Registrar observaciones adicionales durante la evaluación preanestésica, en caso de no existir alguna registrar NA.

J. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Registrar los datos del profesional responsable, según corresponda.

Fecha de la consulta: registrar en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cédula
Sello: marcar el sello del profesional.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCION

C. REGION OPERATORIA

D. REGISTRO TRANSANESTESICO

SIMBOLOGÍA

DROGAS ADMINISTRADAS

E. DROGAS ADMINISTRADAS

F. TECNICA ANESTESICA

G. ACCESOS VASCULARES

H. REPOSICION VOLEMICA (ml)

I. PERDIDAS

J. DATOS DEL RECIEN NACIDO

K. TIEMPOS TRANSCURRIDOS

L. TÉCNICAS ESPECIALES

HEMODILUCIÓN		AUTOTRANSFUSIÓN		HIPOTENSIÓN		HIPOTERMIA		CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA	

M. MANTENIMIENTO TEMPERATURA CORPORAL

MANTA TÉRMICA		CALENTAMIENTO DE FLUIDOS		OTROS	

N. INCIDENTES

ACTIVIDAD ELÉCTRICA SIN PULSO		ARRITMIA		ASISTOLIA		BRADICARDIA INESTABLE		TROMBOEMBOLIA PULMONAR	
HIPERTERMIA MALIGNA		ANAFILAXIA		ISQUEMIA MIOCÁRDICA		HIPOXEMIA		NEUMOTÓRAX	
BRONCOESPASMO		DESPERTAR PROLONGADO		EMBOLIA AÉREA VENOSA		REACCIÓN A LA TRANSFUSIÓN		LARINGOESPASMO	
DIFICULTAD DE LA TÉCNICA		OTROS							

O. RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO

	HORA	pH	PO2	PCO2	HCO3	BD	SAT. O2	LACTATO	GLUCOSA	Na	K	Cl	HCTO	HB	OTRO
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

P. OBSERVACIONES

R. CONDICIÓN DE EGRESO

CONDICIONES AL SALIR	EXTUBADO		CONDUCIDO A:	UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS		UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS		CRÍTICOS DE EMERGENCIA		MORGUE	
	INTUBADO										

CONSTANTES VITALES DE ENTREGA	TA	FC	FR	SAT. O2	T°

S. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

HORA		NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL		FIRMA		SELLO Y CÓDIGO	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP-HCU/form. 018A/2021 TRANSANESTESICO

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, la más importante es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades del proceso trans-anestésico, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por profesionales médicos anestesistas de los diferentes establecimientos de salud que cuenten con este servicio, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos anestesiólogos y enfermeras
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 19 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.

- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Fecha de Nacimiento**: registrar la fecha de nacimiento: año, mes, día
- **Edad**: registrar la edad en años.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

Datos Antropométricos y Otros:

- **Fecha**: registrar la fecha de toma
- **Talla en cm.**
- **Peso en Kg**
- **Índice de masa muscular**
- **Grupo y factor Rh**
- **Consentimiento informado:** registrar una X en SI o NO, según corresponda

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

En este bloque registrar la siguiente información:

- **Diagnóstico preoperatorio:** registrar el nombre y código CIE del diagnóstico preoperatorio
- **Diagnóstico post operatorio:** registrar el nombre y código CIE del diagnóstico postoperatorio.
- **Cirujano:** registrar el nombre del cirujano
- **Anestesiólogo:** registrar el nombre del anestesiólogo
- **Cirugía propuesta:** registrar el nombre de la cirugía propuesta
- **Cirugía realizada:** registrar el nombre de la cirugía realizada
- **Ayudante:** registrar el nombre del ayudante
- **Ayudante:** registrar el nombre del ayudante

- **Otros:** registrar los nombres de otros ayudantes
- **Instrumentista:** registrar el nombre del instrumentista
- **Circulante:** registrar el nombre del circulante
- **Prioridad:** registrar una X en la prioridad que corresponda
- **Especialidad:** registrar el nombre de la especialidad
- **Quirófano:** registrar el número del quirófano

C. REGION OPERATORIA

En este bloque registrar una X en los casilleros correspondientes a la cirugía.

D. REGISTRO TRANSANESTÉSICO

- **Agente inhalatorio/Infusión continua:** registrar el nombre
- **Parámetros de monitoreo anestésico:** registrar en números los valores obtenidos en
- Onda delta pp
- Saturación de oxígeno
- Captometría
- Relajación neuromuscular
- Profundidad anestésica
- **Drogas administradas:** registrar los medicamentos utilizados en el proceso
- **Posición:** registrar cada hora

E. DROGAS ADMINISTRADAS

Registrar todas las drogas administradas en este procedimiento

F. TECNICA ANESTÉSICA

Registrar una X donde corresponda:

- **General:**
- Sistema: abierto, semicerrado, cerrado
- Aparato: circuito circular, unidireccional
- Manejo de la vía aérea
- Intubación
- Tipo de tubo
- Equipo para intubación
- Inducción
- Mantenimiento
- **Regional:**
- **Troncular:**

- **Neuroaxial:**
- **Sedo-analgesia:** registrar el nombre de la sedo-analgesia utilizada
- **Escala de Ramsay:** registrar según corresponda: 1,2,3,4,5,6,7

G. **ACCESOS VASCULARES**

Registrar:

- Calibre
- Sitio

H. **REPOSICIÓN VOLÉMICA**

Registrar el valor de la cantidad de líquidos que ingresan al paciente en ml. Al final se realizará la sumatoria y se registrará el total.

I. **PERDIDAS**

Registrar el valor de la cantidad de líquidos que elimina el paciente en ml. Al final se realizará la sumatoria y se registrará el total y el balance que es la resta entre el ingreso y el egreso

J. **DATOS DEL RECIEN NACIDO**

- **APGAR:** registrar una X en el casillero que corresponda

K. **TIEMPOS TRANSCURRIDOS**

- **Duración de la anestesia:** registrar el tiempo que duró la anestesia
- **Duración de la cirugía:** registrar el tiempo que duró la cirugía

L. **TECNICAS ESPECIALES**

Registrar una X en el casillero que corresponda

M. **MANTENIMIENTO DE TEMPERATURA CORPORAL**

Registrar una X en el casillero que corresponda

N. **INCIDENTES**

Registrar una X en el casillero que corresponda al incidente

O. **RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO**

Registrar la hora de entrega del resultado y los valores respectivos

P. **OBSERVACIONES**

Registrar todas las observaciones del caso

Q. **CONDICIÓN DE EGRESO**

- **Condición al salir:** registrar una X en el casillero que corresponda
- **Conducido a:** registrar una X en el casillero que corresponda
- **Constantes vitales de entrega:** registrar los valores de las constantes vitales el momento del egreso

R. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

Registrar los datos del profesional responsable, según corresponda.

Fecha: registrar la fecha de egreso en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cédula.
Sello: marcar el sello del profesional.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD			
							H	D	M	A

B. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ANESTÉSICO

ESPECIALIDAD		DIAGNÓSTICO					
CIRUGÍA REALIZADA		TÉCNICA ANESTÉSICA	GENERAL		LOCAL		TRONCULAR
			ARACNOIDEA		INTRAVENOSA		SEDACIÓN

C. ENTREGA - RECEPCIÓN DEL PACIENTE

INGRESO A UNIDAD CUIDADOS POSTANESTÉSICOS	ESCALAS / ÍNDICES / PUNTAJES																	RESPONSABLES	
	ALDRETE MODIFICADO				BROMAGE				RAMSAY									ENTREGA	
FECHA:	7	8	9	10	100%	66%	33%	0%	1	2	3	4	5	6				NOMBRE	
																		FIRMA	
	EVA											STEWARD						RECIBE	
HORA:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	NOMBRE
	OTRO																	FIRMA	

D. MONITORIZACIÓN

		T°	PVC	TA P R
TAS	V			240
TAD	Λ			220
TAM	X			200
FRECUENCIA CARDÍACA	●			180
TEMPERATURA	Δ			160
PVC	✱			140
SATURACIÓN O2				120
				100
				80
				60
				40
				20
				0

ALDRETE MODIFICADO	
BROMAGE	
RAMSAY	
EVA	
STEWARD	
OTRO	

E. INGRESOS

ORAL	
INFUSIONES	
SANGRE Y DERIVADOS	
OTROS	
TOTAL	

F. ELIMINACIÓN

DIURESIS O SONDA VESICAL	
VÓMITO O SONDA NASOGÁSTRICA	
TORÁCICO	
DRENAJES	
OTRAS	
TOTAL	

G. EVOLUCIÓN POSTANESTÉSICA

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN	PRESCRIPCIÓN	ADMINISTRACIÓN FÁRMACOS

H. CONDICIÓN DE EGRESO

CONSTANTES VITALES DE ENTREGA	TA	FC	FR	SAT. O2	T°

EGRESO DE LA UNIDAD CUIDADOS POSTANESTÉSICOS	ESCALA / ÍNDICE	PUNTAJE	RESPONSABLES	
	ALDRETE MODIFICADO		ENTREGA	
	BROMAGE		NOMBRE	
FECHA:	RAMSAY		FIRMA	
	EVA		RECIBE	
HORA:	STEWARD		NOMBRE	
	OTRO		FIRMA	

CONDICIONES AL SALIR			CONDUCIDO A:	HOSPITALIZACIÓN		UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS		CRITICOS DE EMERGENCIA		DOMICILIO		MORGUE	
	EXTUBADO												
	INTUBADO												

I. DATOS DEL PROFESIONAL QUE AUTORIZA EL EGRESO

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIOS
SNS-MSP/HCU-form.019/2021 CUIDADOS POSTANESTÉSICOS

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso de atención.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades del cuidado post-anestésico, obteniendo de esta manera información necesaria y segura.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales médicos anestesiólogos y enfermeras de los diferentes establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Alcance
Este formulario es de aplicación obligatoria en establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos anestesiólogos y enfermeras
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO

Este formulario consta de 9 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la institución según corresponda el establecimiento de salud: MSP, IESS, ISSFFA, ISPOL
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía, para pacientes extranjeros registrar el número de pasaporte o carnet de refugiado.
- **Número de Archivo**: cuando un paciente ingresa por primera vez, estadística le asigna una carpeta con un número secuencial y sirve para el archivo en cada establecimiento.

- **Primer apellido**: registrar el apellido del padre
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar una X si corresponde a: Hombre, Mujer
- **Fecha de nacimiento**: registrar la fecha de nacimiento en el siguiente orden: día, mes y año.
- **Edad**: registrar la edad
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. PROCEDIMIENTO QUIRURGICO-ANESTESICO

Registrar de manera detallada el procedimiento quirúrgico-anestésico que se ha realizado al paciente, describiendo:

- Especialidad
- Dosgnóstico/s
- Cirugía/s realizada/s
- Técnica anestésica: registrar una X donde corresponda: general, local, troncular, neuroaxial, intravenosa, sedación

C. ENTREGA-RECEPCIÓN DEL PACIENTE

Igualmente en este formulario registrar la condición de salud del paciente en el momento del egreso:

- Hora de llegada
- Nombre y firma del profesional responsable
- Se valorará:
- Volumen
- Puntaje, se valorará los siguientes parámetros:
- Saturación de oxigeno
- Color de la piel
- Movilidad de extremidades superiores e inferiores
- Conciencia
- Respiración
- Tensión arterial

Al final se realizará la sumatoria y se registrará la calificación final de 7 a 10, según corresponda.

- **Bromaje:** 100%, 66%, 33% y 0%
- **Ramsay:** 1,2,3,4,5,6
- **EVA:** se registrará el número

D. MONITORIZACION

Registrará los valores en las escalas respectivas

E. ACESO VASCULAR

Registrar la siguiente información:

Tipo

- IV periférico 1
- IV periférico 2
- IV periférico 3
- IV central
- Intra-arterial
- Otro

Calibre
Sitio
Infusión

F. ELIMINACIÓN

Registrar el número del sumatorio total de la cantidad de líquidos que elimina el paciente:

- Vesical
- Nasogástrico
- Torácico
- Jackson
- Penrose
- Total

G. EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIÓN POST- ANESTESICA

Este bloque será registrado por el médico y la enfermera, la siguiente información:

- Fecha
- Hora
- Evolución
- Prescripción
- Administración de fármacos

H. ENTREGA- RECEPCIÓN DEL PACIENTE

En este bloque registrar:

- Hora de egreso de la unidad de cuidados post- anestésicos
- Registrar el puntaje de las escalas: Aldrete, Bromage, Ramsay, EVA, otros
- Registrar el nombre de los responsables

I. CONDICIÓN DE EGRESO

Registrar la condición de salud de cómo egresa el paciente:

- Condición al salir: extubado o intubado

- Conducido a: hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos
- Críticos de emergencia
- Domicilio
- Morgue

A. DATOS DEL USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	ESAO	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
					H	D	M	A

B. CONSTANTES VITALES

FECHA																							
DÍA DE HOSPITALIZACIÓN																							
DÍA POST QUIRÚRGICO																							
	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS
PULSO / TEMP. — FCRA																							
0 ▲																							
140																							
130																							
120 — 42																							
110 — 41																							
100 — 40																							
90 — 39																							
80 — 38																							
70 — 37																							
60 — 36																							
50 — 35																							
40 —																							

F. RESPIRATORIA x min																							
PULSIOMETRIA %																							
PRESIÓN SISTÓLICA																							
PRESIÓN DIASTÓLICA																							
RESPONSABLE																							

C. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO (kg)							
TALLA (cm)							
PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)							
PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)							
OTROS							

D. INGESTA - ELIMINACIÓN / BALANCE HÍDRICO

INGESTAS	ENTERAL							
	PARENTERAL							
	VÍA ORAL							
	TOTAL							
ELIMINACIONES	ORINA							
	DRENAJE							
	VÓMITO							
	DIARREAS							
	OTROS ESPECIFIQUE							
	TOTAL							
TOTAL BALANCE HÍDRICO								
DIETA PRESCRITA								
NÚMERO DE COMIDAS								
NÚMERO DE INGESTAS								
NÚMERO DE DEPOSICIONES								

E. CUIDADOS GENERALES

ASEO							
BAÑO							
REPOSO ESPECIFIQUE							
POSICIÓN ESPECIFIQUE							
OTROS ESPECIFIQUE							

F. FECHA DE COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS (aaaa-mm-dd)

VÍA CENTRAL							
VÍA PERIFÉRICA							
SONDA NASOGÁSTRICA							
SONDA VESICAL							
OTROS ESPECIFIQUE							
RESPONSABLE							

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. CONSTANTES VITALES

FECHA																						
DÍA DE HOSPITALIZACIÓN																						
DÍA POST QUIRÚRGICO																						
	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS
HORA																						
PULSO / RESP.																						
140																						
130																						
120 / 60																						
110 / 50																						
100 / 40																						
90 / 30																						
80 / 20																						
70 / 10																						
60 / 0																						
50																						
40																						

F. RESPIRATORIA (rpm)																						
PULSIOXIMETRIA %																						
PRESIÓN SISTÓLICA																						
PRESIÓN DIASTÓLICA																						
RESPONSABLE																						

C. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO (kg)							
TALLA (cm)							
PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)							
PERÍMETRO ABDOMINAL (cm)							
OTROS ESPECIFIQUE							

D. INGESTA - ELIMINACIÓN / BALANCE HÍDRICO

INGESTA (ml)	ENTERAL							
	PARENTERAL							
	VÍA ORAL							
	TOTAL							
ELIMINACIÓN (ml)	ORINA							
	DRENAJE							
	VÓMITO							
	DIARREA							
	OTROS ESPECIFIQUE							
	TOTAL							
BALANCE HÍDRICO TOTAL								
DIETA PRESCRITA								
NÚMERO DE COMIDAS								
NÚMERO DE MICCIONES								
NÚMERO DE DEPOSICIONES								

E. CUIDADOS GENERALES

ASEO							
BAÑO							
REPOSO ESPECIFIQUE							
POSICIÓN ESPECIFIQUE							
OTROS ESPECIFIQUE							

F. FECHA DE COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS (aaaa-mm-dd)

VÍA CENTRAL							
VÍA PERIFÉRICA							
SONDA NASOGÁSTRICA							
SONDA VESICAL							
OTROS ESPECIFIQUE							
RESPONSABLE							

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.020/2021 CONSTANTES VITALES/BALANCE HIDRICO

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico, de tratamiento y prescripciones.

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades de enfermería, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales de enfermería de los diferentes establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales de enfermería
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 6 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida. El formulario está diseñado en anverso y reverso con la misma información, es decir tiene 2 hojas.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO
Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención de enfermería.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Nro. de hoja:** registrar el número de hoja correspondiente
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en años.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. **CONSTANTES VITALES/CURVA TÉRMICA**

Este bloque sirve para 7 tomas diarias: AM-PM-HS, se debe tomar cada 6 horas, pero puede aumentarse de acuerdo la condición de salud del paciente. Registrar:

- **Fecha:** registrar la fecha de cada toma de signos vitales y curva térmica
- **Día de internación**: registrar día que llegó al establecimiento y marca 1, desde el momento que ingresa y ocupa cama, se plica normativa día/paciente.
- **Día postquirúrgico:** registrar el número de días postquirúrgicos.
- **Pulso:** registrar el resultado de la toma.
- **Temperatura:** registrar el resultado de la toma, en grados centígrados.
- **Hora**: registrar la hora de la toma de las constantes vitales.
- **Frecuencia respiratoria**: registrar por minuto el resultado de la toma.
- **Pulsioximetría**: registrar en porcentaje.
- **Presión sistólica**: registrar el resultado de la toma.
- **Presión diastólica:** registrar el resultado de la toma.
- **Responsable:** registrar la inicial del nombre y el apellido completo del profesional responsable por turno.

Se realizará la curva térmica, trazar en rojo el pulso y azul la temperatura

C. **MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

Registrar una sola vez por día, puede ser en la mañana o en la noche

- Peso en Kg.
- Talla en cm.
- Perímetro cefálico en cm.
- Perímetro abdominal en cm.
- Otros, especifique

D. **INGESTA-ELIMINACIÓN / BALANCE HIDRICO**

Registrar el resultado de lo que ingresa y se elimina en 24 horas, este formulario sirve para 7 días

Ingresos ml:

- Enteral
- Parenteral

- Vía oral
- Total ingreso

Eliminaciones en ml:

- Orina
- Drenaje
- Vómito
- Diarreas
- Otros, especifique
- Total eliminación: se realiza la suma de las eliminaciones y se registra el total

TOTAL DE BALANCE HÍDRICO: es la diferencia entre la ingesta y la eliminación, en un periodo de 24 horas.

- **Dieta prescrita:** registrar el tipo de dieta prescrita por el medico
- **Número de comidas:** registrar el número de comidas prescritas
- **Número de micciones:** registrar en número
- **Número de deposiciones:** registrar el número

E. **CUIDADOS GENERALES**

Registrar cada 24 horas y se tomará en cuenta lo siguiente:

- **Aseo:** registrar el tipo de aseo que va a realizar
- **Baño:** registrar un visto
- **Reposo:** registrar el tipo de reposo indicado: absoluto, relativo y ambulatorio, por día
- **Posición:** registrar el tipo de posición recomendado por el médico: fowler, semifowler decúbito, supino, prono, lateral entre otras y la hora del cambio
- **Otros, especifique:** registrar otro tipo de cuidado que se ha recomendado

F. **FECHA DE COLOCACIÓN DE DISPSITIVOS MEDICOS**

En este bloque registrar la fecha: año, mes día, de colocación de cada uno de los procedimientos realizados, sirve para 7 días:

- **Vía central**
- **Vía periférica**
- **Sonda nasogástrica**
- **Sonda vesical**
- **Otros, especifique**
- **Nombre de Responsable**

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

ALERGIA A MEDICAMENTOS	SI		NO		DESCRIBA:	

B. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1. MEDICAMENTO	2. ADMINISTRACIÓN							
FECHA								
DOSIS, VIA, FRECUENCIA	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

ALERGIA A MEDICAMENTOS	SI		NO		DESCRIBA:	

B. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1. MEDICAMENTO	2. ADMINISTRACIÓN							
FECHA								
DOSIS, VIA, FRECUENCIA	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE	HORA	RESPONSABLE

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.022/2021 ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía, para pacientes extranjeros registrar el numero de cédula de identidad, pasaporte o número de carnet de refugiado. En caso de no contar con estos documentos, estadística del establecimiento de salud emitirá un código con 17 dígitos.
- **Número de Archivo**: cuando un paciente ingresa por primera vez, estadística le asigna una carpeta con un número secuencial y sirve para el archivo en cada establecimiento.
- **Nro. de hoja**: registrar el número de hoja correspondiente.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el jefe de familia, es decir el que aporta, el que mantiene el hogar.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre, Mujer, según el paciente
- **Edad**: registrar la edad en años
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.
- **Alergia a medicamentos**: registrar SI o NO según corresponda, si la respuesta es positiva, describir el nombre del medicamento al que tiene alergia.

B. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1. MEDICAMENTO

- **Fecha**: registrar la fecha de la administración del medicamento en formato: año, mes, día.

En cada espacio registrar una descripción del medicamento prescrito por el médico, por ejemplo: sulfato de magnesio, 4 gramos diluidos en 100 ml, en bomba de infusión a 30 mililitros hora a 30 minutos.

- Presentación
- Vía: intravenosa, intramuscular

- Dosis unitaria
- Frecuencia: registrar

Existe espacio para 6 medicamentos, las columnas para 4 días

2. **ADMINISTRACION**
    - **Fecha:** registrar la fecha de administración de medicamentos, en el siguiente orden: año, mes, día.
    - **Hora:** registrar la hora de la administración
    - **Responsable:** registrar nombre y apellido del profesional responsable
    - En el reverso del formulario consta la misma información con número de Hoja 2

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD			
						H	D	M	A

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:					
SERVICIO:		TIPO DE ATENCIÓN:	AMBULATORIO		HOSPITALIZACIÓN
DIAGNÓSTICO:			CIE 10:		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO:					
EN QUÉ CONSISTE:					
CÓMO SE REALIZA:					

GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (Incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)

DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN:	
BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:	
RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES):	
RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):	

DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc):

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:	
DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:	
CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:	

C. DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: HORA:

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente que de omitir estos datos puede afectarse los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en que consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente de decisión de autorizar el procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente | Cédula de ciudadanía | Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre de profesional que realiza el procedimiento | Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal | Cédula de ciudadanía | Firma del representante legal

Parentesco

D. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente | Cédula de ciudadanía | Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre de profesional que realiza el procedimiento | Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal | Cédula de ciudadanía | Firma del representante legal

Parentesco

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:

Nombre completo del testigo | Cédula de ciudadanía | Firma del testigo

E. REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha.
Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

Nombre completo del paciente | Cédula de ciudadanía | Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre de profesional que realiza el procedimiento | Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal | Cédula de ciudadanía | Firma del representante legal

Parentesco

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO

SNS-MSP/HCU-form.024/2016 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo para realizar un Consentimiento Informado del paciente, realizado por profesionales de la salud, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por profesionales de la salud de los diferentes establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Alcance:

Este formulario es de aplicación obligatoria en diferentes establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio en caso de que procedimiento así lo requiera.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales de la salud.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.
- Este formulario no será llenado en el servicio de emergencia.

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 6 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO:

1.- Título: registrar el nombre del procedimiento para el que se realizará el Consentimiento Informado. Ejem.: Cesárea

2.- Nombre del Establecimiento de Salud: registrar el nombre completo del establecimiento de salud. Ejemplo: "Hospital Gineco- Obstetra Isidro Ayora".

3.- Servicio del Establecimiento de Salud: escribir el nombre del servicio que brinda la atención al paciente. Ejemplo: consulta externa u hospitalización.

4. Número de Cédula/HCU del paciente: registrar el número de cédula de identidad, el mismo que corresponde al número de la historia clínica. En caso de pacientes extranjeros se anotará el número de pasaporte.

5. Fecha: registrar la fecha en la que se da información al paciente sobre el procedimiento a realizar En el siguiente orden: dia, mes, año.

6. Hora: registrar la hora en que se da información al paciente. Ejemplo: 12h:30

7. **Apellido paterno:** registrar el apellido del padre
Apellido materno: registrar el apellido de la madre
Nombres: registrar todos los nombres del paciente
Edad: registrar la edad del paciente

8. Tipo de Atención: registrar con una X, el tipo de atención que se encuentre recibiendo el paciente sea en internación (hospitalización), o ambulatoria.

9. Nombre del Diagnóstico: registrar el nombre y código del diagnóstico principal de la patología en relación a la codificación CIE-10. Ejemplo: infección de las vías genitourinarias en el embarazo-023

B. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

El consentimiento informado será verbal por regla general, pero se prestará por **escrito obligatoriamente.**

10. Nombre del procedimiento recomendado: registrar el nombre del procedimiento que se va a realizar en el paciente.

11. En qué consiste?: El profesional de salud hará una explicación al paciente en forma clara del procedimiento, sea éste diagnóstico o terapéutico que se le realizará. El médico debe invitarle al paciente a hacer preguntas que mejoren la comprensión y aseguren al médico que esa comprensión se ha producido. El texto deberá ser leído y comprendido por el paciente después de la correspondiente información presencial y verbal del profesional responsable, enfatizando los beneficios y riesgos de la intervención. Ejemplos:

a. Intervenciones quirúrgicas: Todo tipo de intervenciones por leves que sean.
b. Procedimientos radiológicos: Los que se efectúen bajo anestesia, aquellos que sean "Intervencionistas" (en los que sea necesaria una punción u otro procedimiento similar) y los que incluyan inyección de contraste (administración en vena de sustancias para obtener mejores imágenes).
c. Procedimientos endoscópicos terapéuticos
d. Biopsias: por punción de órganos.
e. Sedación en pacientes de cuidados paliativos.
f. Reproducción asistida
g. Y todos aquellos que impliquen un riesgo mayor. La obligación de contar con el consentimiento informado estará presente en tanto: 1) existan riesgos mayores en un procedimiento, 2) cuanto más incierta sea la proporción entre el beneficio y el riesgo de un procedimiento, 3) entre menos urgente sea el procedimiento y más experimental sea éste.

D. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si después de haber recibido toda la información, en la que se especificarán las posibles consecuencias de no someterse al procedimiento, el paciente se niega a firmar su consentimiento, deberá firmar un Documento de Negación. Si se niega a firmar este último documento deberá firmar un testigo.

E. REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento, aunque haya otorgado previamente su conocimiento, sin que ello suponga un menoscabo de la atención recibida. En este caso, debe firmar y quedar anotado en la Historia Clínica del paciente.

SITUACIONES EN QUE NO SE NECESITA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- **Situaciones de Emergencia y Urgencia.** No se realizará el proceso de consentimiento informado cuando el paciente esté en situación de emergencia y urgencia, cuando exista la imposibilidad de informar al paciente o la oportunidad de contactar a familiares, en dichos casos el médico podrá actuar por medio del privilegio terapéutico, y este proceso debe quedar fundamentado por escrito en la historia clínica.
- **Privilegio terapéutico del médico:** no se realizará el proceso de consentimiento informado en los casos en los que a juicio del médico o el personal de salud la información puede resultar agravante/perjudicial para el curso de la enfermedad o para el paciente. Se incluye en este caso a las transfusiones de sangre en menores de edad, cuyos padres profesan una religión que impide este procedimiento, en cumplimiento de la Ley Orgánica de Salud, que en su artículo 77 dispone, que la aceptación o negativa para transfusión de sangre y sus componentes, debe realizarse por escrito de parte del potencial receptor o a través de la persona legalmente capaz para ejercer su representación, exceptuándose los casos de emergencia o urgencia.

- **Tratamientos exigidos por ley:** no se realizará el proceso de consentimiento informado en los casos que presentan un peligro para la salud pública.

- **Posibilidad de corregir una alteración:** no se realizará el proceso de consentimiento informado cuando se requiera realizar un procedimiento inesperado, suscitado en el curso de otra intervención, con el fin de mejorar la salud del paciente.

- **Intervenciones de riesgo menor:** No se requiere un consentimiento informado suscrito en las intervenciones de riesgo menor. Entendiendo por riesgo menor, cuando la posibilidad de daño o molestia anticipados en el proceso clínico, no es mayor de lo que se presenta durante un examen físico de rutina, o pruebas psicológicas. Por ejemplo, serán considerados como "riesgo menor", los procedimientos como análisis de orina, obtención de muestras de sangre obtenidas por punción venosa, un electroencefalografía (EEG), pruebas de alergia, el uso de estándares de pruebas psicológicas.

- En el caso de menores de edad, el consentimiento informado deberá ser suscrito por los padres o representantes legales.

En el caso de donante vivo y trasplante de órganos el consentimiento informado será escrito y notariado, en cumplimiento de lo establecido en el articulo 33, literal c de la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

13. Gráfico de la intervención: las ayudas gráficas sirven para que los pacientes comprendan de mejor manera la explicación que se brinda, por lo tanto graficar cómo se realizará la intervención.

14. Duración estimada de la intervención: registrar el tiempo que durará la intervención.

15. Beneficios del Procedimiento: se colocará los beneficios para el paciente al realizarse las intervenciones indicadas.

16. Riesgos frecuentes (poco graves): se indicará los riesgos frecuentes que pueden esperarse en condiciones normales. Deben incluirse los riesgos frecuentes o aquellos que siendo poco frecuentes, tienen la consideración de muy graves. Ejemplo: indicar que se presentará un hematoma importante en la zona operada, con un período variable de inflamación con molestias debido a la cirugía y al proceso de cicatrización que puede prolongarse durante algunas semanas o meses. Cicatriz de una herida dolorosa.

17. Riesgos poco frecuentes (graves): registrar por ejemplo: lesión de vasos adyacentes, lesión de nervios adyacentes, pérdida de la vascularización de la zona operada, infección de la herida, entre otros.

18. De existir, escriba los riesgos específicos relacionados con el paciente: en cuanto a la presentación de riesgos específicamente relacionados con el paciente, es decir que por otras enfermedades que tiene el paciente puede presentar otras complicaciones, especialmente las que se refieren a alergias y enfermedades o riesgos personales. Ejemplo: diabetes, hipertensión, cirugías previas u otras que afecten el caso de manera particular.

19. Alternativas al procedimiento: Describir posibles alternativas de procedimiento con los mismos resultados.

20. Descripción del manejo posterior al procedimiento: Informar al paciente respecto a las condiciones físicas luego de la intervención, cuidados que se requiere para su recuperación.

21. Consecuencias posibles si no se realiza el procedimiento: Informar al paciente las consecuencias en caso de no realizarse el procedimiento sugerido.

C. DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Leer el texto al paciente y solicite que explique con sus propias palabras lo que ha comprendido en cuanto al procedimiento sugerido, de estar de acuerdo solicite que firme. El profesional de la salud también suscribirá este apartado del documento, anotar el código médico, fecha y hora de suscripción.
En caso que intervenga el anestesiólogo, éste deberá suscribir.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	NOMBRES DEL PACIENTE	APELLIDOS DEL PACIENTE	SEXO	CÉDULA DE IDENTIDAD/H HISTORIA CLÍNICA
			H / M	

EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO	EDAD CRONOLÓGICA	OBSERVACIONES	FECHA DE ATENCIÓN
	Años / Meses		Día / Mes / Año

MESES 2 4 6 9 12 15 18 24 3 4 5 6 AÑOS

Porcentaje de niños que pasan: 25 50 75 90

Punto central del reporte → 8 PUNTO DE PRIMERA
Número de notorias →
(Ver dibujo en formulario)

PERSONAL - SOCIAL

MOTOR FINO - ADAPTIVO

LENGUAJE

MOTOR GRANDE

MESES 2 4 6 9 12 15 18 24 3 4 5 6 AÑOS

DIAGNÓSTICO PRELIMINAR	NORMAL	RIESGO	ANORMAL

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA EVALUACIÓN:

Apellidos y Nombres:

Firma y Sello:

MSP/DNCAS-HCU-Forma 025/Junio/2010

Test de Denver II

INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN

1. Intente animarle al niño a sonreír, hablarle, o saludarle con la mano.
2. El niño debe fijar la vista por varios segundos.
3. El familiar debe guiar el cepillo de dientes y aplicar la pasta.
4. El niño se viste sin ayuda (se abotona).
5. Fija y sigue con la mirada un objeto.
6. Agarra el chinesco.
7. Buscar el objeto y alcanzarlo.
8. El niño debe pasar el cubo de una mano a otra, sin la ayuda de su cuerpo, su boca.
9. Recoge objetos con el dedo pulgar (pinza).
10. Garabatea espontáneamente.
11. Haga un puño con el dedo gordo arriba y mueve solamente el gordo, pase si el niño lo imita y no mueve cualquier otro dedo que no sea el gordo.

12. Pase cualquier Forma encerrada. No pase movimientos Continuos y redondos.
13. ¿Cual línea es mas larga?(no más grande)Voltee El papel y repita. (pase 3 de 3 o 5 de 6)
14. Pase cualquier par de líneas que cruzan cerca del punto mediano.
15. El niño debe copiar primero. Si no pasa demuéstrelo.

Al administrar puntos 12, 14, y 15, no nombre las formas. No haga demostración de 12 y 14.

16. Dibujar tres partes de una persona.
17. Responde a sonido.
18. Indique el dibujo y dígale al niño que lo nombre. (No se da crédito simplemente por decir los sonidos que hacen). Si el niño nombra menos de 4 dibujos, el examinador puede decir el nombre del animal y el niño debe indicar cada uno.

19. Usando una muñeca, dígale al niño: "Muéstrame nariz, ojos, orejas, boca, manos, pies, estómago, pelo" Pase 6 de 8.
20. Usando dibujos pregúntele: "¿Cual vuela?...dice miau?...habla?..galopa?" Pase 2 de 5, 4 de 5
21. Pregúntele: "¿Qué hacea cuando tienes frío?...estas cansado?...tienes hambre?" Pase 2 de 3, 3 de 3
22. Pregúntele: "¿Qué hacen con una taza? ¿Para qué se usa una silla? ¿Para qué se usa un lápiz?" Se deben incluir palabras Palabras de acción.
23. Pasa si el niño coloca correctamente y dice cuantos cubos están en el papel. (1,5).
24. Dígale: "Coloca el cubo en la mesa; debajo de la mesa; delaute de mí; detrás de mí" Pase 4 de 4.
25. Pregúntale: "¿Qué es una pelota?...lago?...mesa?...casa?...guineo?...cobija?...puerta?...techo?" Pase si se define en términos de uso, forma, de que se hace o de categoría ejemp. El guineo es una fruta, no simplemente amarillo, pase 5 de 8.
26. Pregúntele: "Si un caballo es grande, ¿un ratón es...? Si el fuego esta caliente el hielo esta....?" Si el sol brilla durante el día la luna durante.... Pase 2 de 3.
27. Sube gradas.
28. Patea la pelota.
29. Salta en su lugar, salta hacia adelante, se balancea en un pie dos segundos.
30. Marcha punta talón hacia adelante.
31. Se balancea en un pie 6 segundos.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
						D	M

B. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO

1. DIABETES		2. HIPERTENSIÓN		3. ENFERMEDAD C. VASCULAR		4. ENDOCRINO METABÓLICO		5. CÁNCER		6. TUBERCULOSIS		7. ENFERMEDAD MENTAL		8. ENFERMEDAD INFECCIOSA		9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	

C. ANTECEDENTES PRENATALES

DATOS Y ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS DE LA MADRE	NÚMERO GESTAS		NÚMERO ABORTOS		NÚMERO PARTOS		NÚMERO CESÁREAS		NÚMERO HIJOS VIVOS		NÚMERO HIJOS MUERTOS	

D. ANTECEDENTES NATALES

	SI	NO	OBSERVACIONES
ESTADO PREMATURO DE MADRE/PARTO	○	□	
PARTO INSTITUCIONAL LUGAR	□	○	
PARTO EUTÓCICO	□	○	
PRESENTACIÓN CEFÁLICA	□	○	
ENFERMÉDITIS (VIRAL)	○	□	
COLIRIO	○	□	

	SI	NO	OBSERVACIONES
COMPLICACIONES INTRA PARTO	○	□	
ANESTESIA PUDENDAL (SIN)	○	□	
MEDICAMENTOS EN EL PARTO	○	□	

OBSERVACIONES

E. ANTECEDENTES POSTNATALES

MARQUE CON UN VISTO

	SI	NO	OBSERVACIONES
REANIMACIÓN (especifique tipo)	○	□	
ONFALOTERAPIA	○	□	

APGAR 1 MIN ____ 5 MIN ____ 10 MIN ____ 15 MIN ____ 20 MIN ____

PESO AL NACER ____ CIANOSIS ____ R. CEFÁLICO ____

EDAD GESTACIONAL POR EXAMEN FÍSICO ____ CLASIFICACIÓN DEL RN ____

	SI	NO	
TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA (registre grupo y factor)	□	○	
EXÁMENES ESPECIALES (MASIVA A PANEL)	○	□	
DEFECTOS CONGÉNITOS	○	□	

	SI	NO	OBSERVACIONES
OTRAS ENFERMEDADES	○	□	
HOSPITALIZACIÓN	○	□	
APEGO INMEDIATO	□	○	
LACTANCIA INMEDIATA	□	○	
TAMIZAJE METABÓLICO	□	○	
TAMIZAJE AUDITIVO	□	○	
CONSEJERÍA	□	○	
ALERGIAS	□	○	
VACUNAS	□	○	

CONDICIÓN AL EGRESO ____

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (Día-mes-año)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	HC. MADR.

B. ATENCIÓN MÉDICA

CONSULTA 1	FECHA	EDAD	CONDICIÓN EDAD	
			D	M
NOMBRE DEL INFORMANTE Y PARENTESCO				

B. ATENCIÓN MÉDICA

CONSULTA 2	FECHA	EDAD	CONDICIÓN EDAD	
			D	M
NOMBRE DEL INFORMANTE Y PARENTESCO				

C. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

TEMPERATURA T°	AXILAR	BUCAL	RECTAL	PULSO / min	FRECUENCIA RESPIRATORIA / min

PULSIOXIMETRÍA (%)	PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)	PESO (kg)
LONGITUD (cm)	TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)	GANANCIA DE PESO EN GRAMOS

C. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

TEMPERATURA T°	AXILAR	BUCAL	RECTAL	PULSO / min	FRECUENCIA RESPIRATORIA / min

PULSIOXIMETRÍA (%)	PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)	PESO (kg)
LONGITUD (cm)	TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)	GANANCIA DE PESO EN GRAMOS

D. MOTIVO DE CONSULTA

PRIMERA		RE EVALUACIÓN	

D. MOTIVO DE CONSULTA

PRIMERA		RE EVALUACIÓN	

E. ENFERMEDAD ACTUAL

E. ENFERMEDAD ACTUAL

F. AIEPI (El paciente tiene?)

1.	Signos de enfermedad muy grave o infección local (p. 55)	SI	NO	6.	Recibió Hb (p.57)	SI	NO
2.	Ictericia (p. 56)	SI	NO	7.	Otro problema	SI	NO
3.	Diarrea (p.56)	SI	NO	8.	Maltrato (p. 14)	SI	NO
4.	Problema de alimentación o baja peso (p.57)	SI	NO	9	Problema de desarrollo psicomotor (p.58)	SI	NO
5.	Recibió BCG (p.57)	SI	NO				

F. AIEPI (El paciente tiene?)

1.	Signos de enfermedad muy grave o infección local (p. 55)	SI	NO	6.	Recibió Hb (p.57)	SI	NO
2.	Ictericia (p. 56)	SI	NO	7.	Otro problema	SI	NO
3.	Diarrea (p.56)	SI	NO	8.	Maltrato (p. 14)	SI	NO
4.	Problema de alimentación o baja peso (p.57)	SI	NO	9	Problema de desarrollo psicomotor (p.58)	SI	NO
5.	Recibió BCG (p.57)	SI	NO				

G. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS (SIGNOS Y SÍNTOMAS) / EXAMEN FÍSICO

G. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS (SIGNOS Y SÍNTOMAS) / EXAMEN FÍSICO

H. CLASIFICACIÓN AIEPI

H. CLASIFICACIÓN AIEPI

I. DIAGNÓSTICOS

	PRE-PRECEDENTES DIAGNÓSTICO	CIE	PRE	DIF
1.				
2.				
3.				

I. DIAGNÓSTICOS

	PRE-PRECEDENTES DIAGNÓSTICO	CIE	PRE	DIF
1.				
2.				
3.				

J. PLAN DE TRATAMIENTO

PRÓXIMA CITA IDEAL:

J. PLAN DE TRATAMIENTO

PRÓXIMA CITA IDEAL:

K. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA

SELLO

K. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA

SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.028A/2021 ATENCION NIÑO - NIÑA MENOR DE DOS MESES

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, la más importante es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo para la atención de salud a los niños y niñas menores de dos meses, en los establecimientos de salud, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por médicos pediatras, generales y familiares de establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por médicos pediatras, generales y familiares
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- No dejar espacios en blanco
- No usar abreviaturas, salvo las reconocidas internacionalmente o las aprobadas por el Ministerio de Salud.

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de dos secciones. La sección de antecedentes con 6 bloques, y la atención que constan de 11 bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

SECCIÓN A - ANTECEDENTES

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .

- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Nro. de hoja**: registrar el número que corresponda

B. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

En este bloque se registrará todo lo relacionado con el perfil patológico de la madre, el padre y otros familiares.

C. ANTECEDENTES PRENATALES

Registrar de forma detallada los antecedentes antes del parto, tipo de sangre de la mama, patología en el embarazo, zika, entre otros.

D. ANTECEDENTES NATALES

Registrar SI o NO, según corresponda la información que corresponde al momento del nacimiento; pudiendo escribir con mayor detalle la información que se requiera.

E. ANTECEDENTES POSTNATALES

Registrar la información que corresponde; pudiendo escribir con mayor detalle la información que se requiera.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Se registrará la siguiente información:

Fecha de la consulta: registrar en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cédula.
Sello: marcar el sello del profesional.

SECCIÓN A - ATENCIÓN

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo:** registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Nro. de hoja:** registrar el número que corresponda

B. ATENCIÓN MÉDICA

Este formulario consta espacio para dos consultas

Consulta 1-Consulta2

- **Fecha:** registrar la fecha que se realiza la consulta: año, mes, día
- **Edad**: registrar la edad en números.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: días, meses
- **Nombre del informante y parentesco**: registrar nombre, apellido y parentesco con el paciente

C. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRIA

Registrar los resultados de las tomas de las constantes vitales descritas en el formulario

D. MOTIVO DE CONSULTA

Registrar el motivo de la consulta de acuerdo al informante

E. ENFERMEDAD ACTUAL

Registrar una descripción de la enfermedad actual del paciente de acuerdo a signos y síntomas

F. AIEPI

Este bloque corresponde a un resumen de AIEPI, por lo tanto registrar una X en el casillero de SI o NO según corresponda el estado de salud del paciente.

G. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS (SIGNOS Y SÍNTOMAS) / EXAMEN FÍSICO

En este bloque se registrará el resumen de los hallazgos derivados de la revisión AIEPI o aquellos hallazgos del examen físico.

H. CLASIFICACION AIEPI

Registrar el nombre de la clasificación AIEPI que corresponda al paciente

I. DIAGNOSTICOS

Registrar el nombre de los diagnósticos sea presuntivos o definitivos con su respectivo código CIE

J. PLAN DE TRATAMIENTO

En este bloque se hará una descripción del plan de tratamiento sugerido, además se registrará la fecha de una próxima cita medica

K. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Se registrará la siguiente información:

Fecha de la consulta: registrar en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.

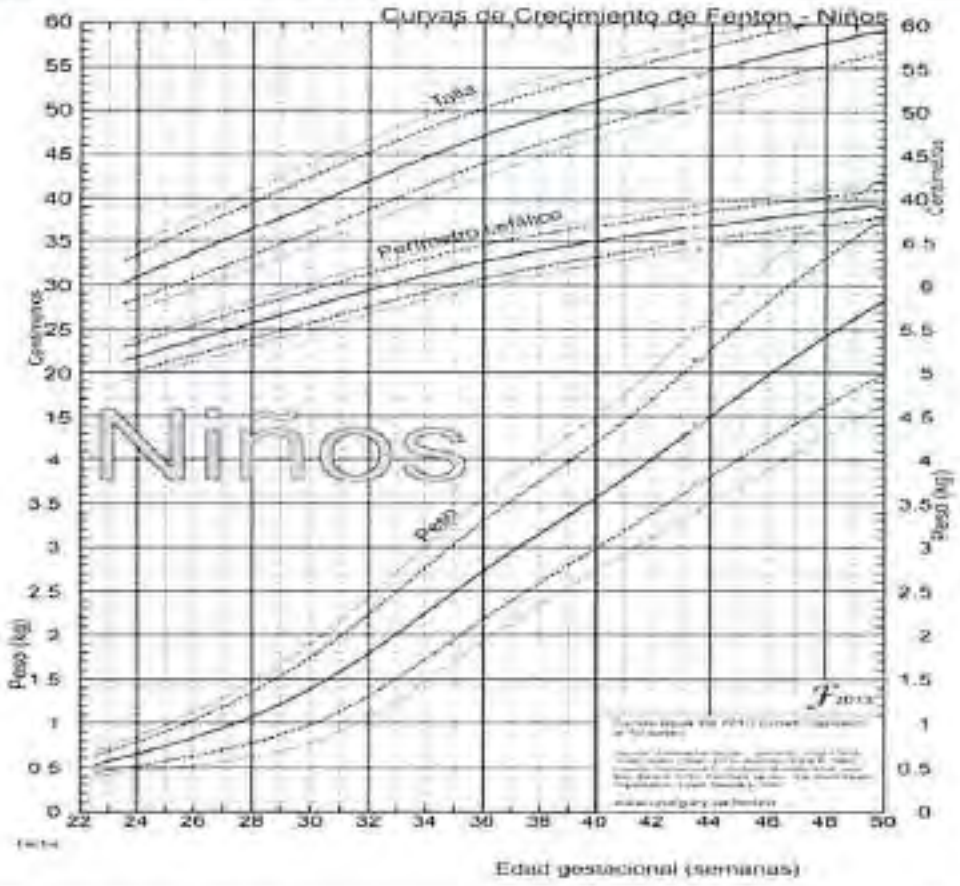
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cédula.
Sello: marcar el sello del profesional.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

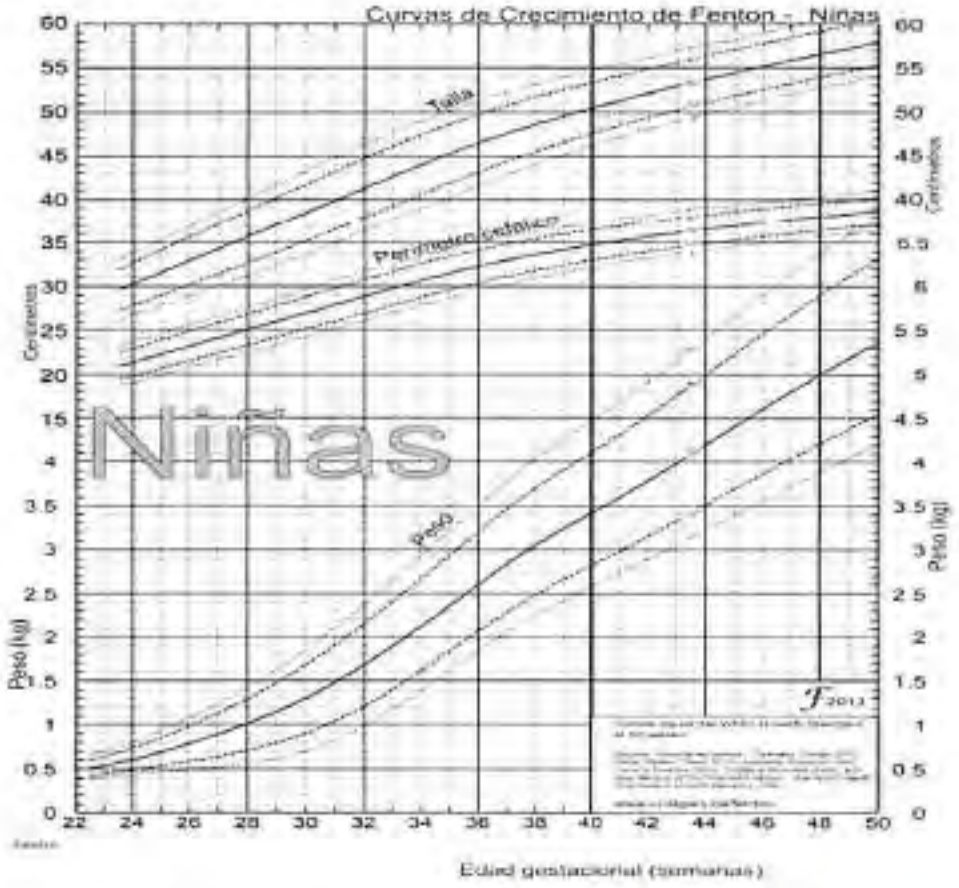
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	NO. HOJA

A. CURVAS DE CRECIMIENTO DE FENTON (NIÑOS)



B. CURVAS DE CRECIMIENTO DE FENTON (NIÑAS)



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	N° HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
						M	A

B. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

TEMPERATURA T°	AXILAR	BUCAL	DIGITAL	PULSO / min	FRECUENCIA RESPIRATORIA / min	PULSOXIMETRIA (%)	PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)	PESO (Kg)	LONGITUD / TALLA (cm)	TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)

C. MOTIVO DE CONSULTA

PRIMERA		RE-EVALUACIÓN	

NOMBRE DEL INFORMANTE Y PARENTESCO

D. ENFERMEDAD ACTUAL

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

F. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

G. AIEPI (Marcar con una X en caso de que sea positivo)

1.	Signos de peligro en general (p.6)			Talla baja (p.13)		11.	Maltrato infantil (p.14)	
2.	Tos o dificultad respiratoria (p.6)			Tendencia crecimiento apropiada (p.13)		12.	Problemas desarrollo psicomotor (p.16)	
3.	Diarrea (p.8)		8.	Anemia (p.14)		13.	Falta vacunas (p.16)	
4.	Fiebre (p.9)		9.	Requiere administración de Vitamina A		14.	Problemas salud oral (p.18)	
5.	Problema del oído (p.11)			Requiere administración de micronutrientes en polvo		15.	Riesgo social (p. 90)	
6.	Problema de garganta (p.11)			Requiere administración de hierro		El niño(a) tiene <2 años, desnutrición aguda o moderada, talla baja, tendencia de crecimiento inapropiada o anemia		
7.	Desnutrición aguda (p.12)			Requiere administración de albendazol				
	Sobrepeso / Obesidad (p.12)		10.	Otros problemas (p.15)				

H. EXAMEN FÍSICO

CUANDO TENGA PATOLOGÍA MARCAR "X" Y DESCRIBIR SEGÚN CORRESPONDA

1.	PIEL - ANEXOS		4.	ÓIDOS		7.	ORO FARINGE		10.	TÓRAX		13.	GENITO - URINARIO		16.	MIEMBROS INFERIORES	
2.	CABEZA		5.	NARIZ		8.	CUELLO		11.	ABDOMEN		14.	ANO - RECTAL		17.	NEUROLÓGICO	
3.	OJOS		6.	BOCA		9.	AXILA - MAMAS		12.	COLUMNA VERTEBRAL		15.	MIEMBROS SUPERIORES				

DATOS DEL USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

I. ANÁLISIS DEL CASO

J. CLASIFICACIÓN AIEPI

K. DIAGNÓSTICOS

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					5.				
2.					6.				
3.					7.				
4.					8.				

L. PLAN DE TRATAMIENTO

PRÓXIMA CITA IDEAL:

M. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:min)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.028B/2021 ATENCION NIÑO - NIÑA DE DOS MESES A CINCO AÑOS

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, la más importante es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo para la atención de salud a los niños y niñas menores de dos meses, en los establecimientos de salud, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por médicos pediatras, generales y familiares de establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por médicos pediatras, generales y familiares.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.
- No dejar espacios en blanco.
- No usar abreviaturas, salvo las reconocidas internacionalmente o las aprobadas por el Ministerio de Salud.

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 13 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.

- **Número de Historia Clinica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Nro. de hoja**: registrar el número que corresponda

B. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRIA

Registrar los resultados de las tomas de las constantes vitales descritas en el formulario

C. MOTIVO DE CONSULTA

Registrar el motivo de la consulta de acuerdo al informante

D. ENFERMEDAD ACTUAL

Registrar una descripción de la enfermedad actual del paciente de acuerdo a signos y síntomas

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

En este bloque se deberá describir los antecedentes de importancia. En caso de que el paciente no refiere ninguno, colocar NA.

F. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

En este bloque se registrará todo lo relacionado con el perfil patológico de la madre, el padre y otros familiares.

G. AIEPI

Evaluar y marcar con una X en caso de que sea positivo alguno de los diagnósticos o intervenciones necesarias.

H. EXAMEN FÍSICO

En este bloque, se debe registrar los hallazgos del examen físico realizado al paciente, igualmente el paciente seleccionará el número correspondiente y realizará una descripción en el espacio inferior.

I. **ANÁLISIS DEL CASO**

En este bloque el médico tratante podrá escribir una breve reseña de la atención realizada al paciente.

J. **CLASIFICACIÓN AIEPI**

Registrar el nombre de la clasificación AIEPI que corresponda la paciente.

K. **DIAGNÓSTICOS**

Registrar el nombre de los diagnósticos sea presuntivos o definitivos con respectivo código CIE.

L. **PLAN DE TRATAMIENTO**

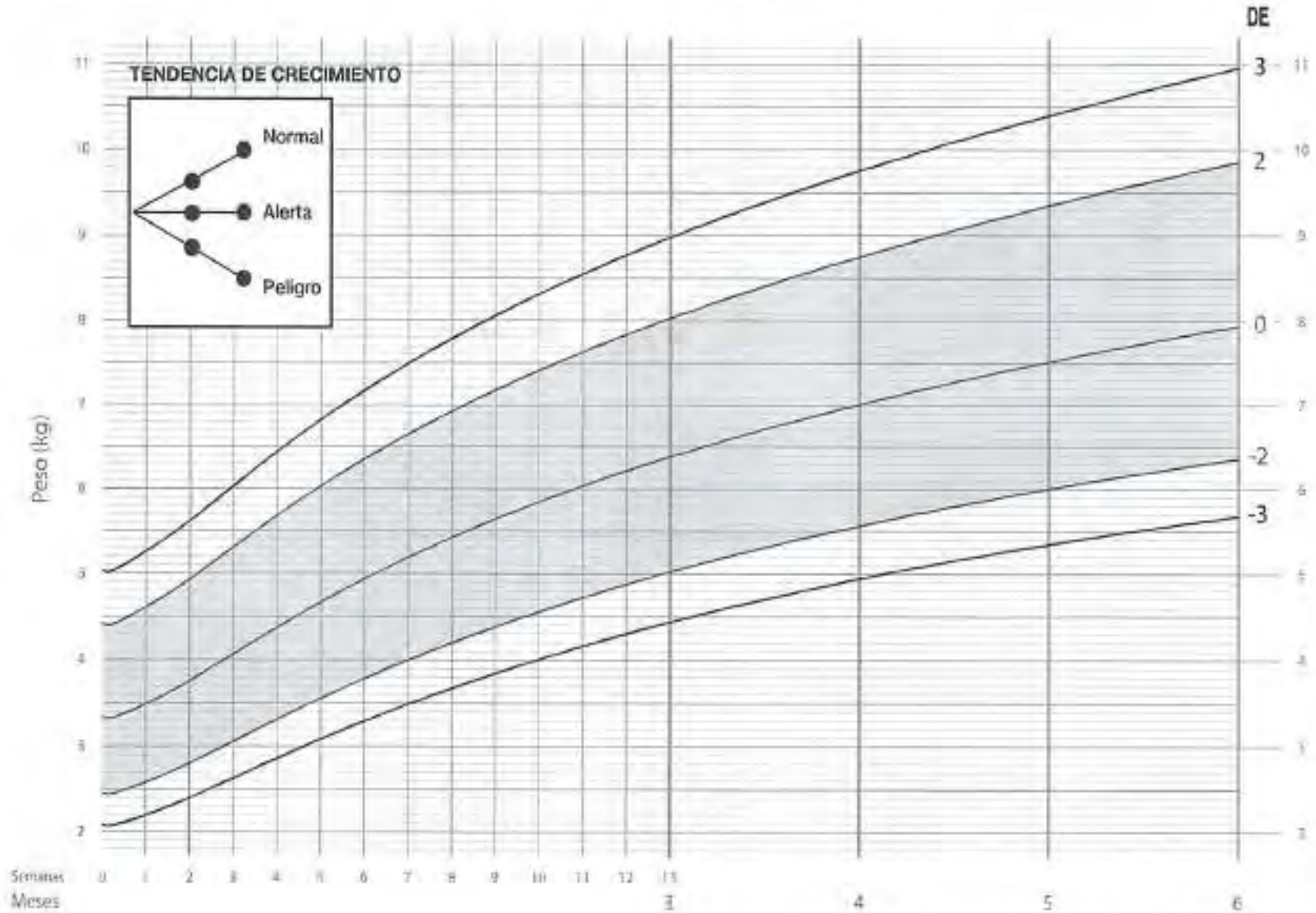
En este bloque ser hará una descripción del plan de tratamiento sugerido, además se registrará la fecha de una próxima cita.

M. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

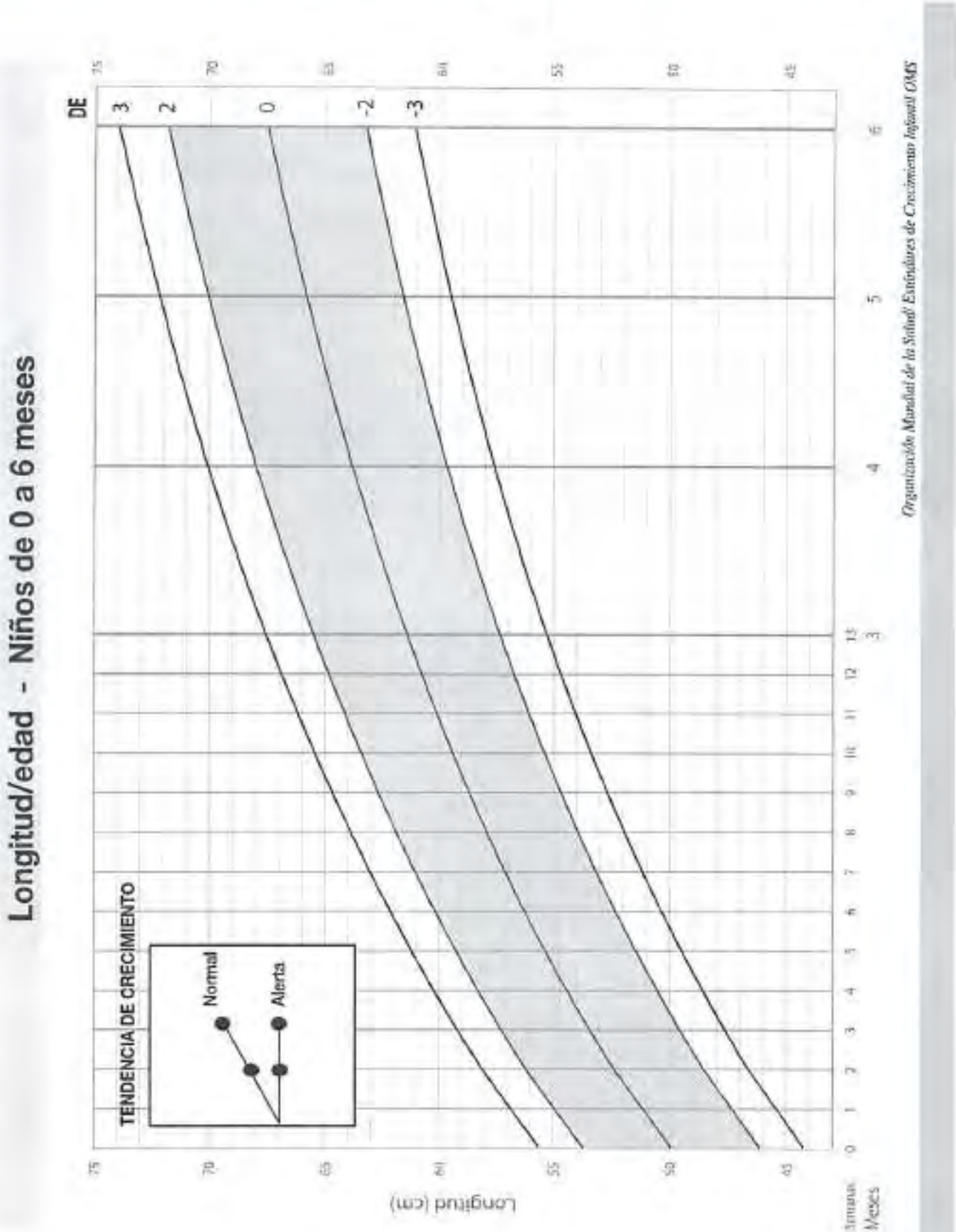
Se registrará la siguiente información:

Fecha de la consulta: registrar en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cédula.
Sello: marcar el sello del profesional.

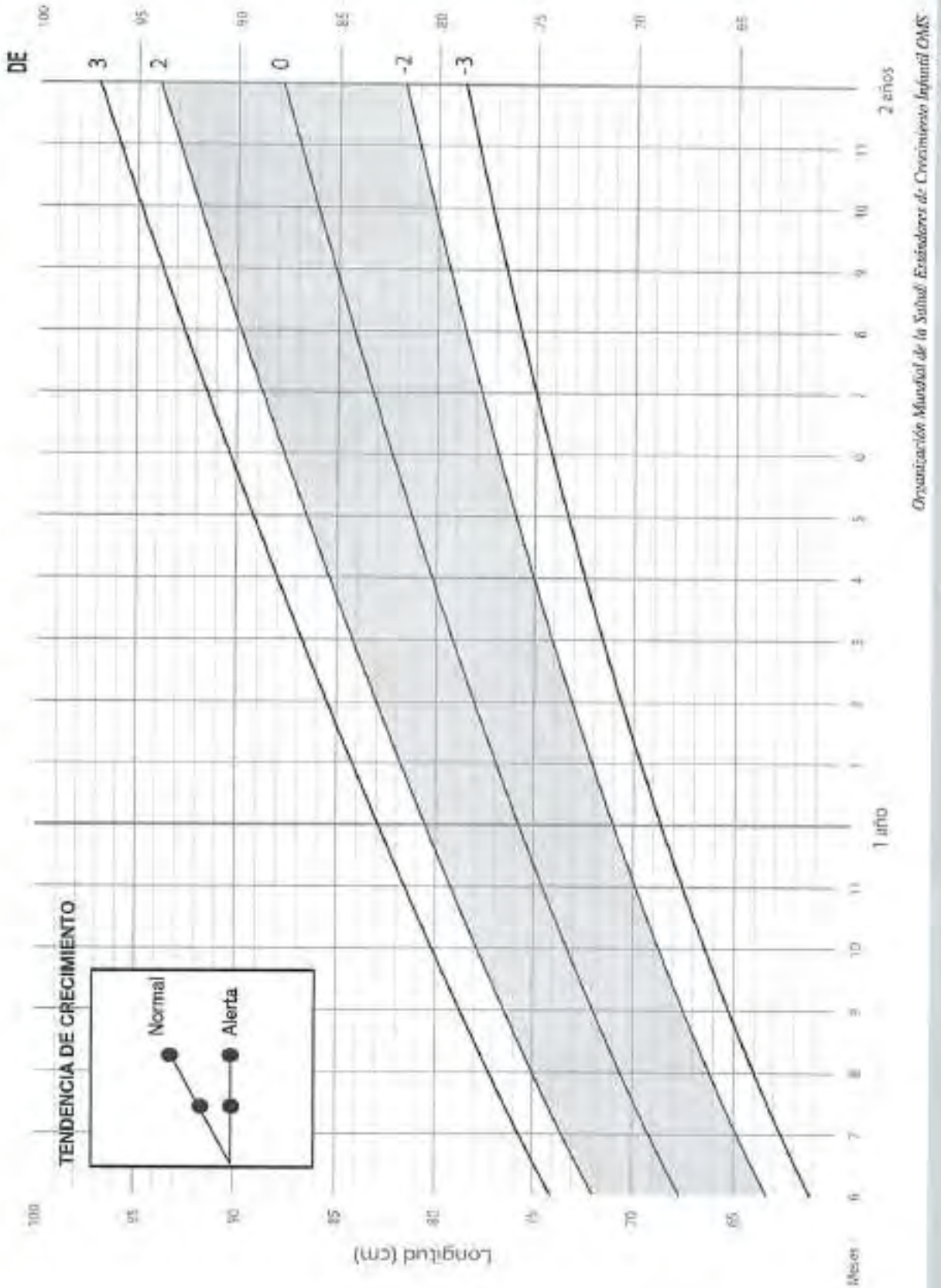
Peso/edad - Niños de 0 a 6 meses

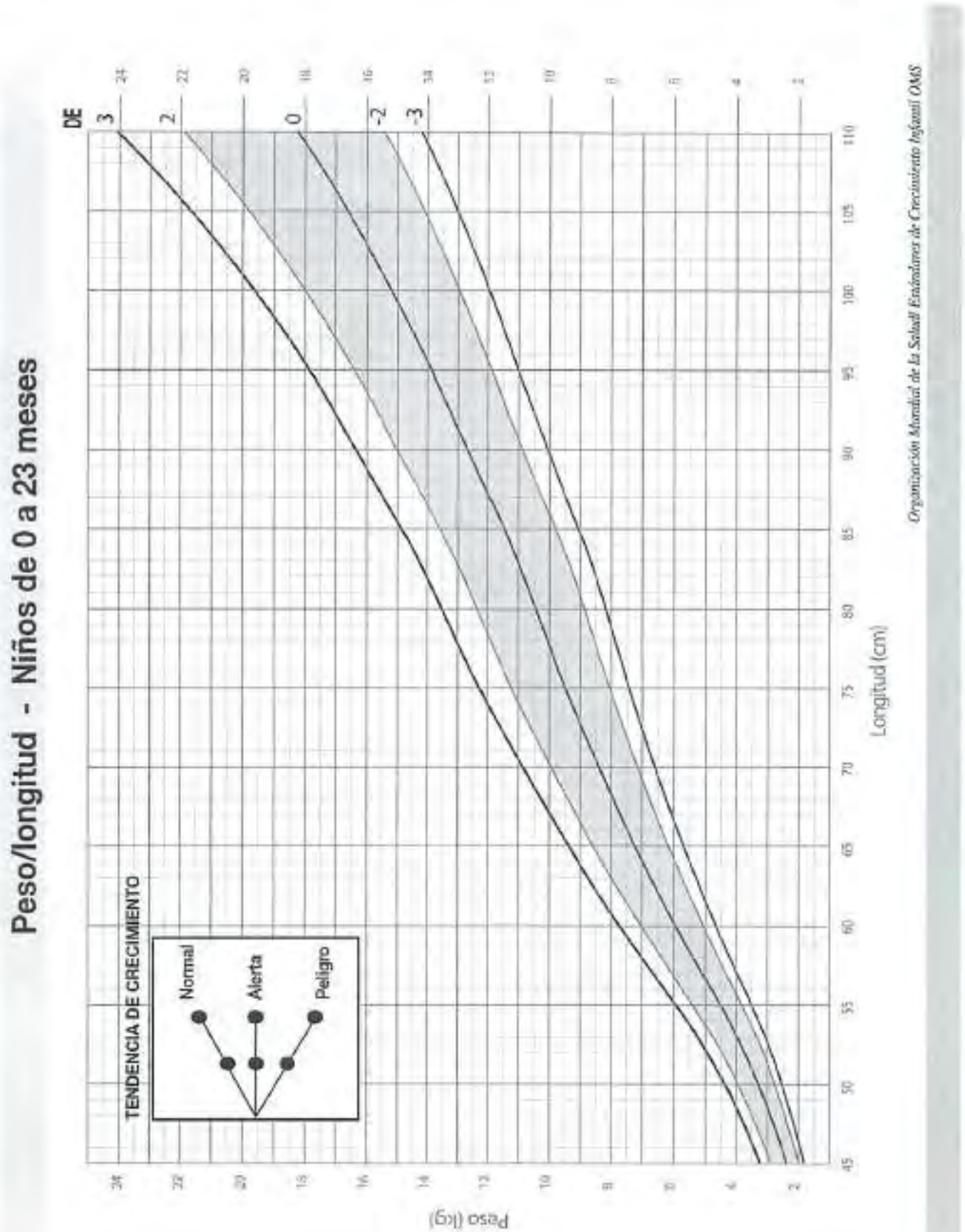


Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

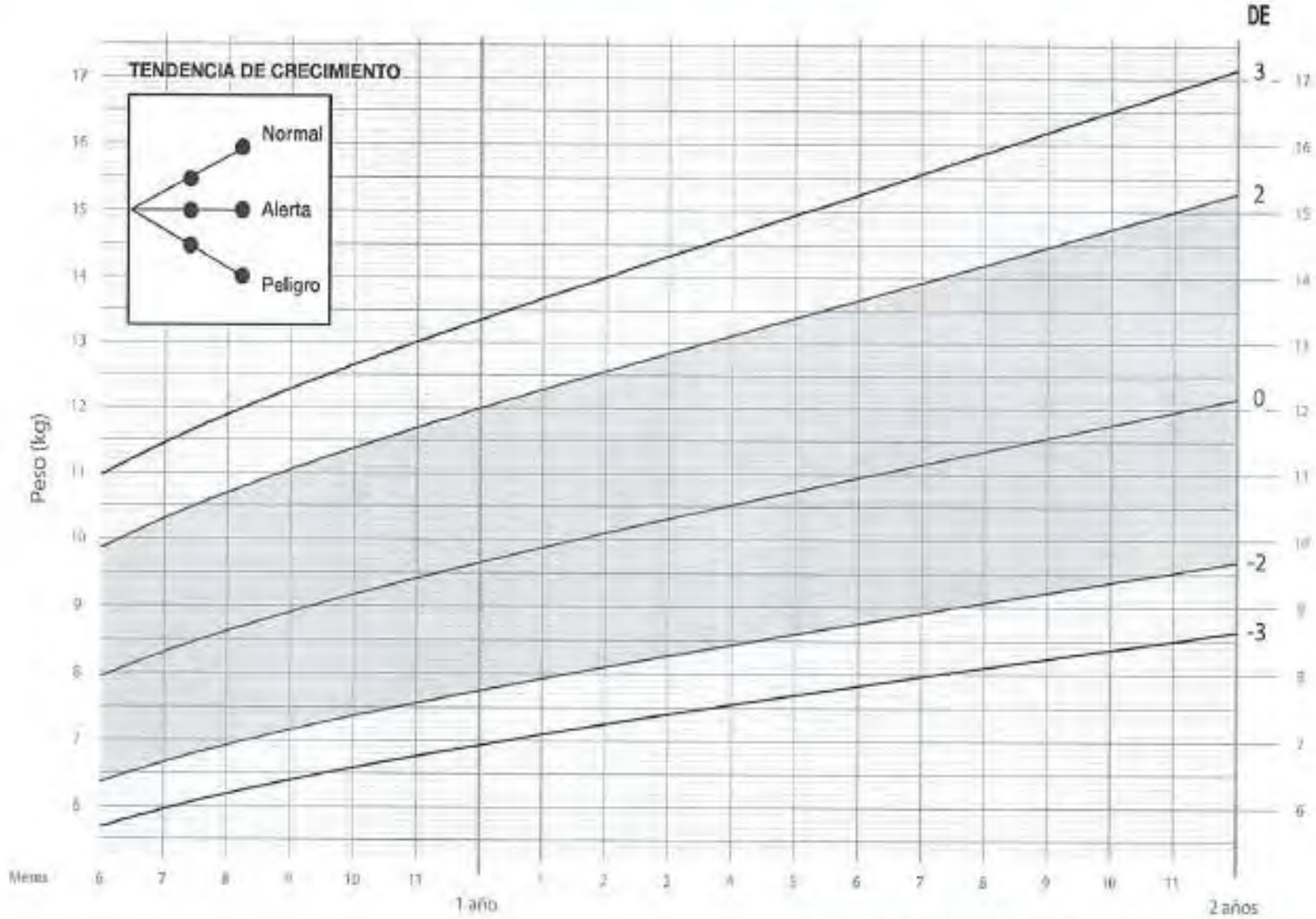

Longitud/edad - Niños de 0 a 6 meses
DE
3
2
0
-2
-3
TENDENCIA DE CRECIMIENTO
Normal
Alerta
Longitud (cm)
Semana
Meses
Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Longitud/edad - Niños de 6 a 23 meses



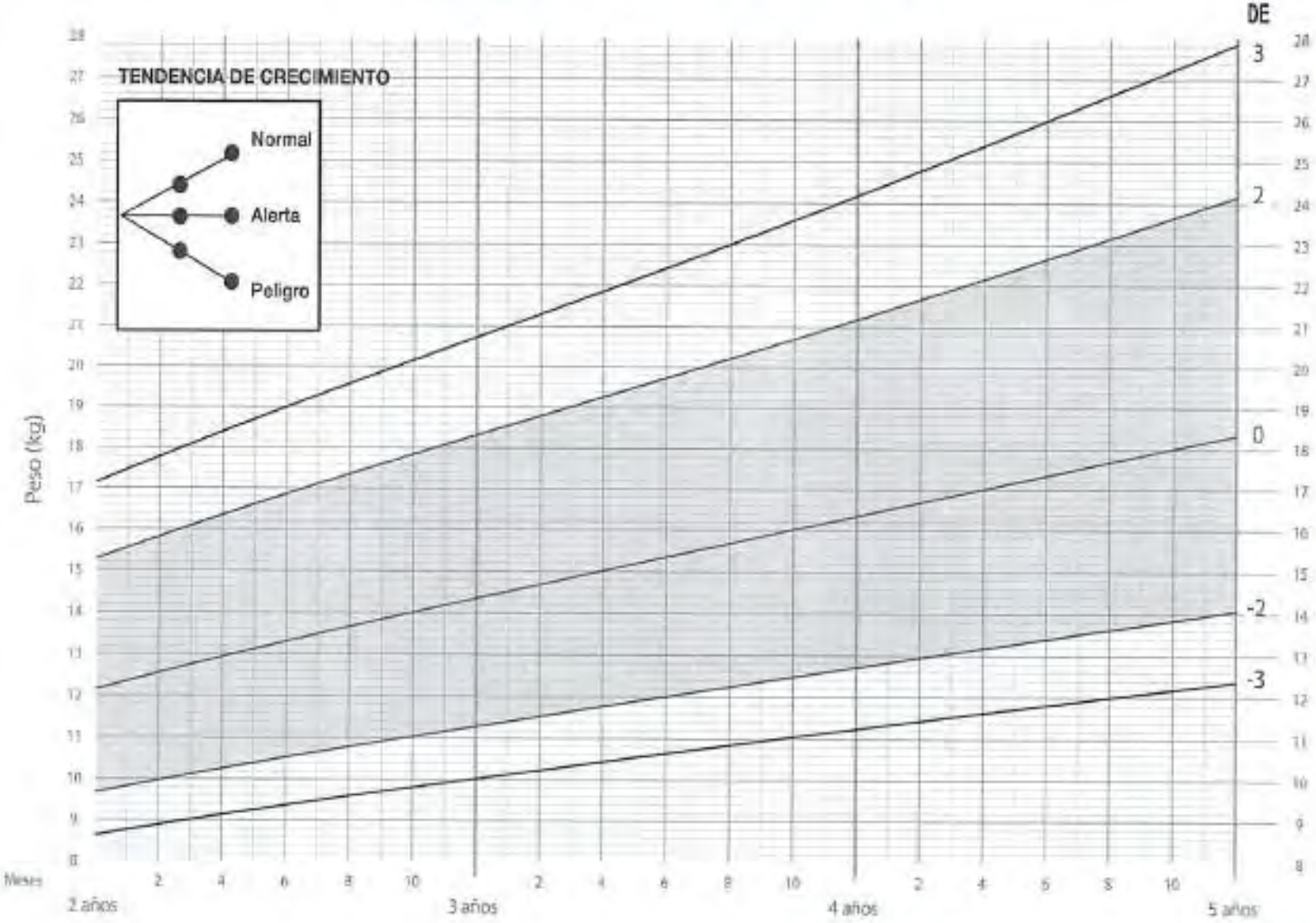

Peso/longitud - Niños de 0 a 23 meses
DE
3
2
0
-2
-3
TENDENCIA DE CRECIMIENTO
Normal
Alerta
Peligro
Peso (kg)
Longitud (cm)
Organización Mundial de la Salud Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Peso/edad - Niños de 6 a 23 meses



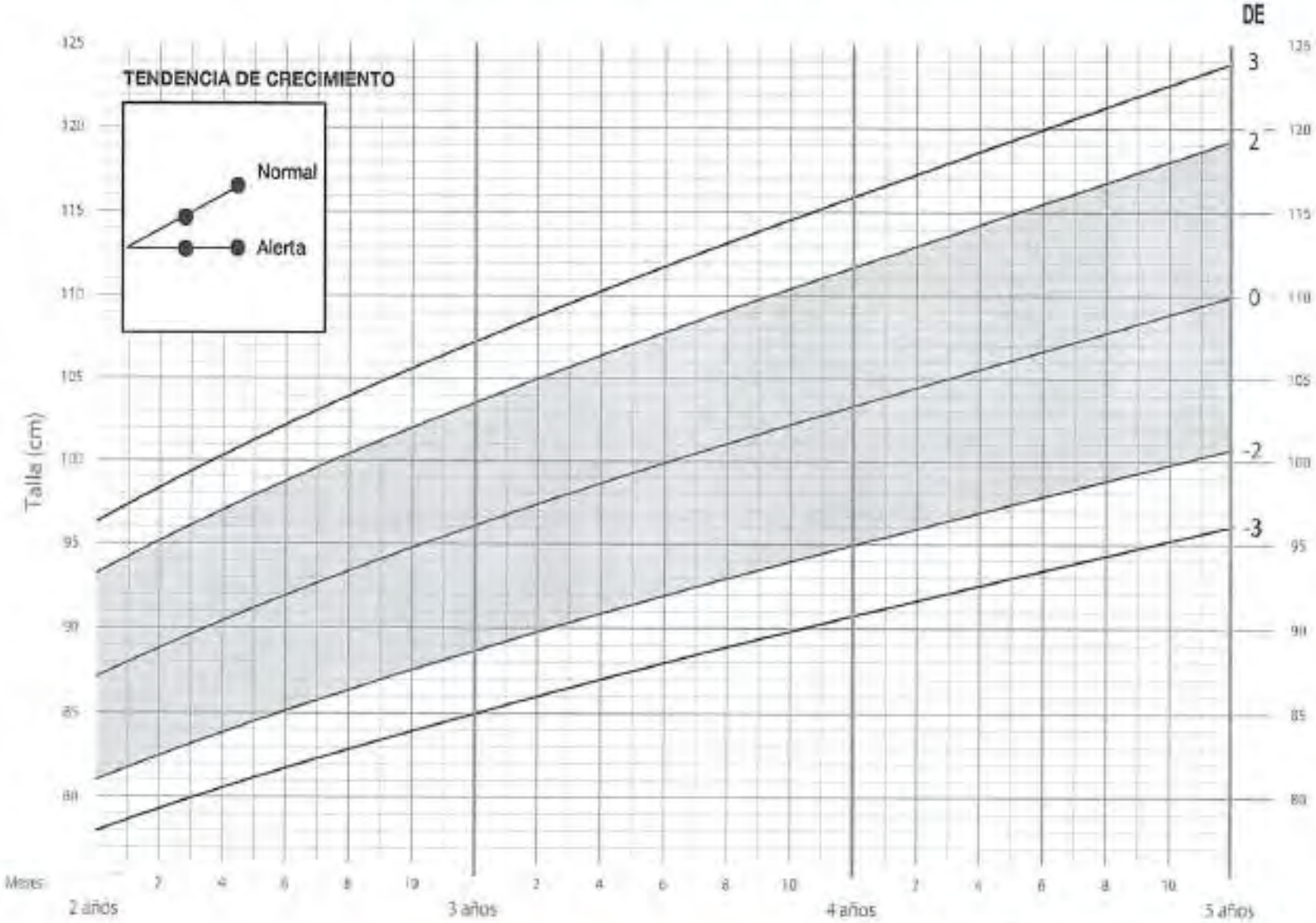
Organización Mundial de la Salud Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Peso/edad - Niños de 2 a 5 años



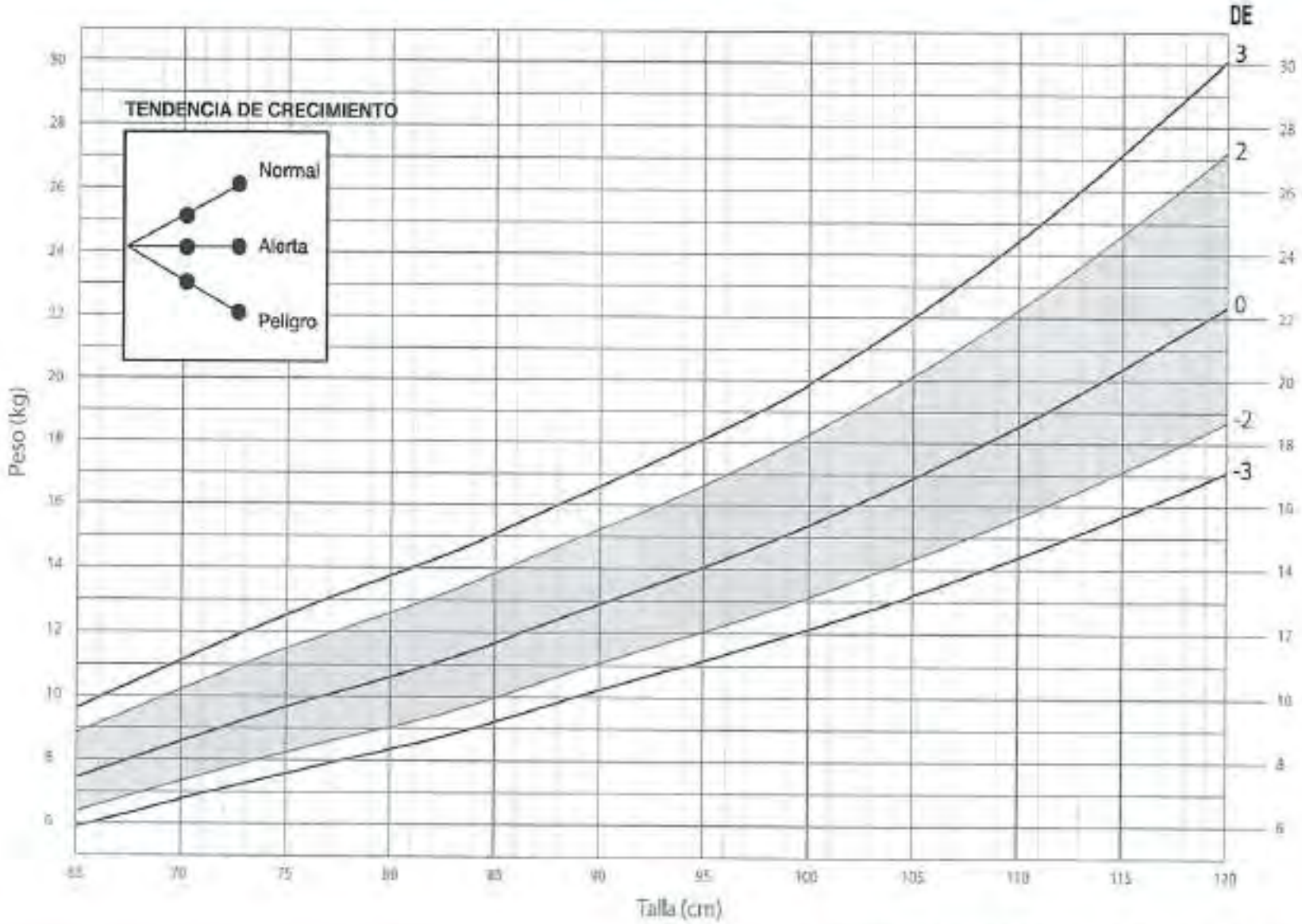
Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Talla/edad - Niños de 2 a 5 años

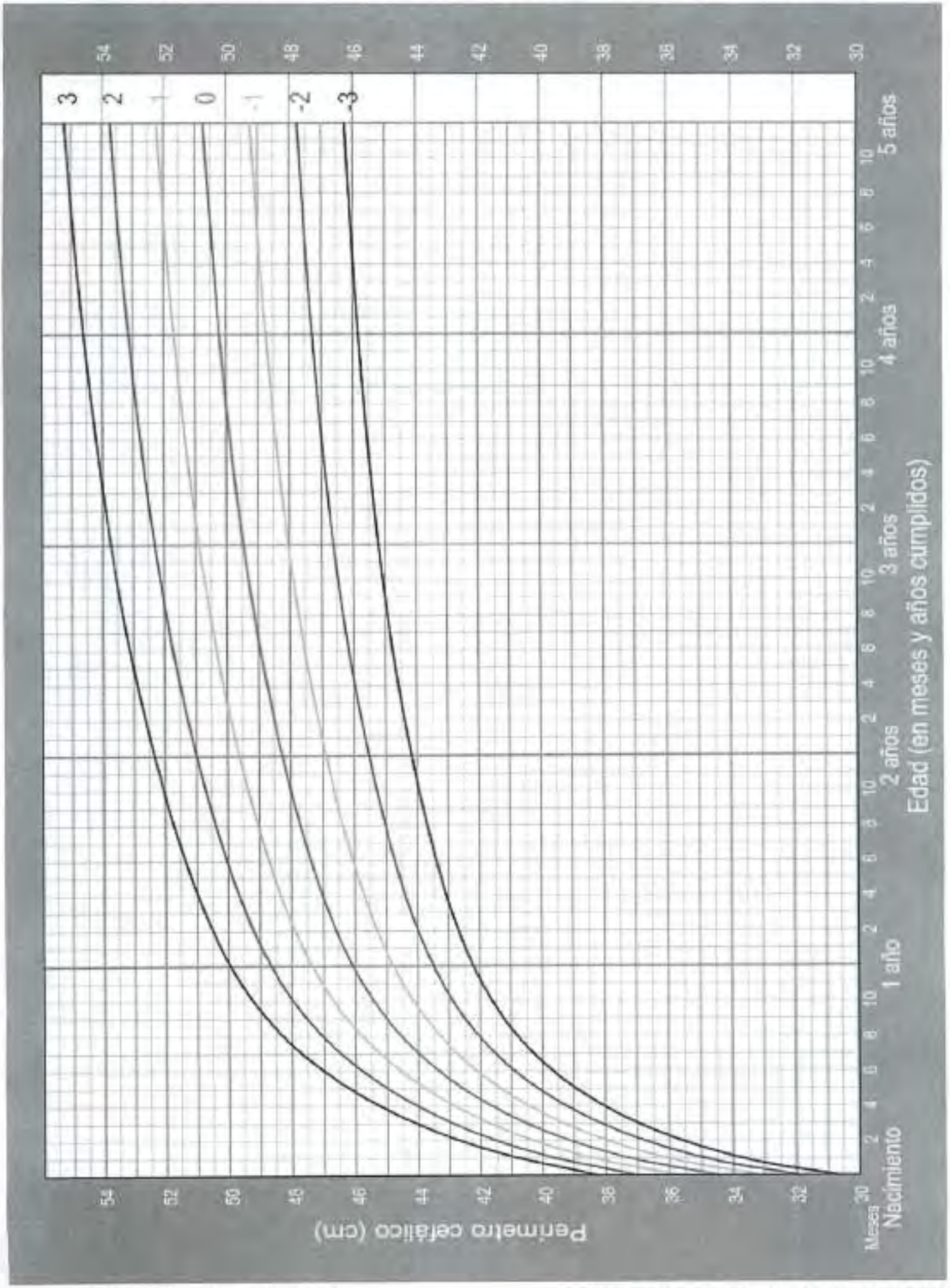


Organización Mundial de la Salud Estándares de Crecimiento Infantil OMS

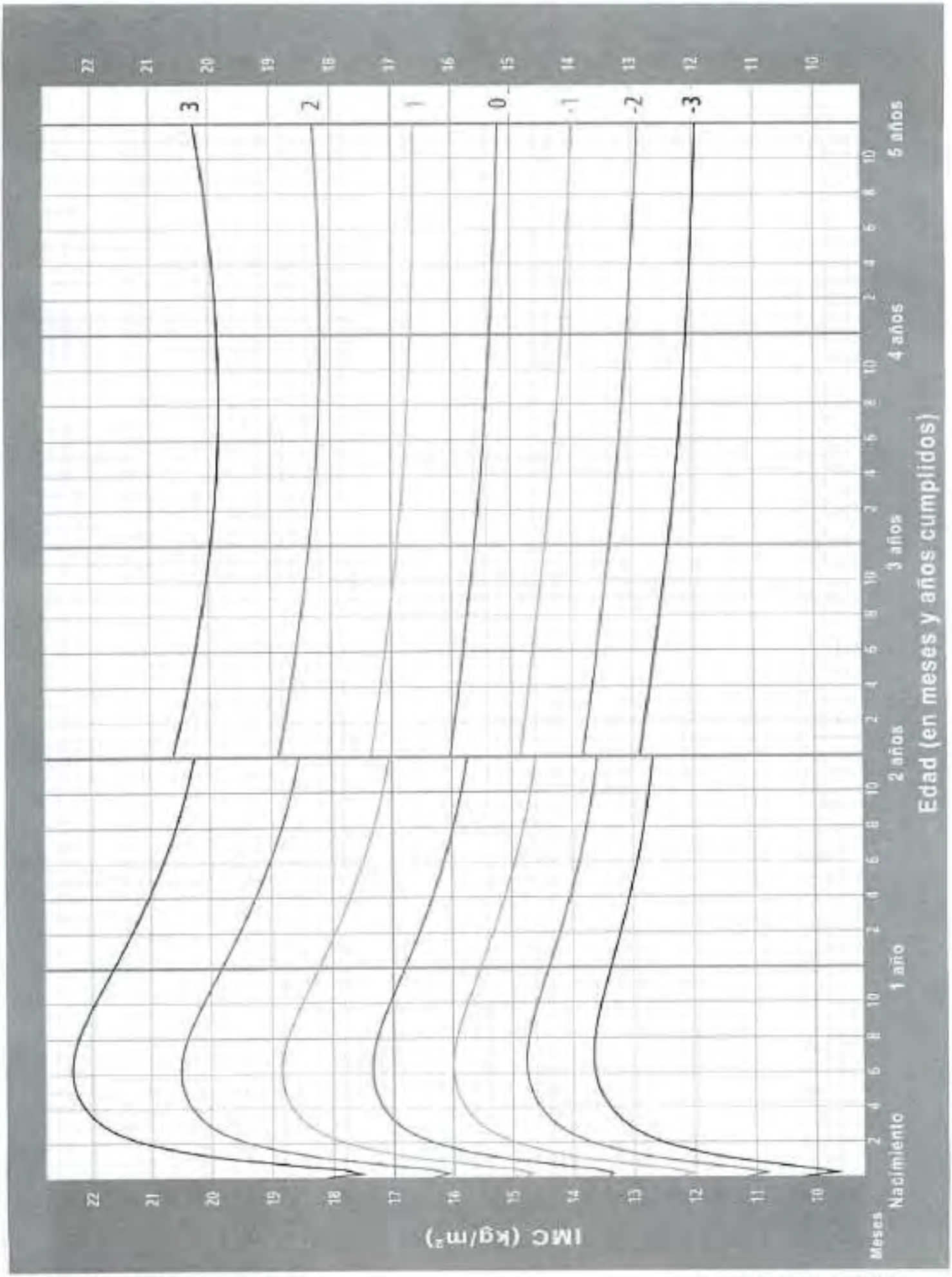
Peso/talla - Niños de 2 a 5 años

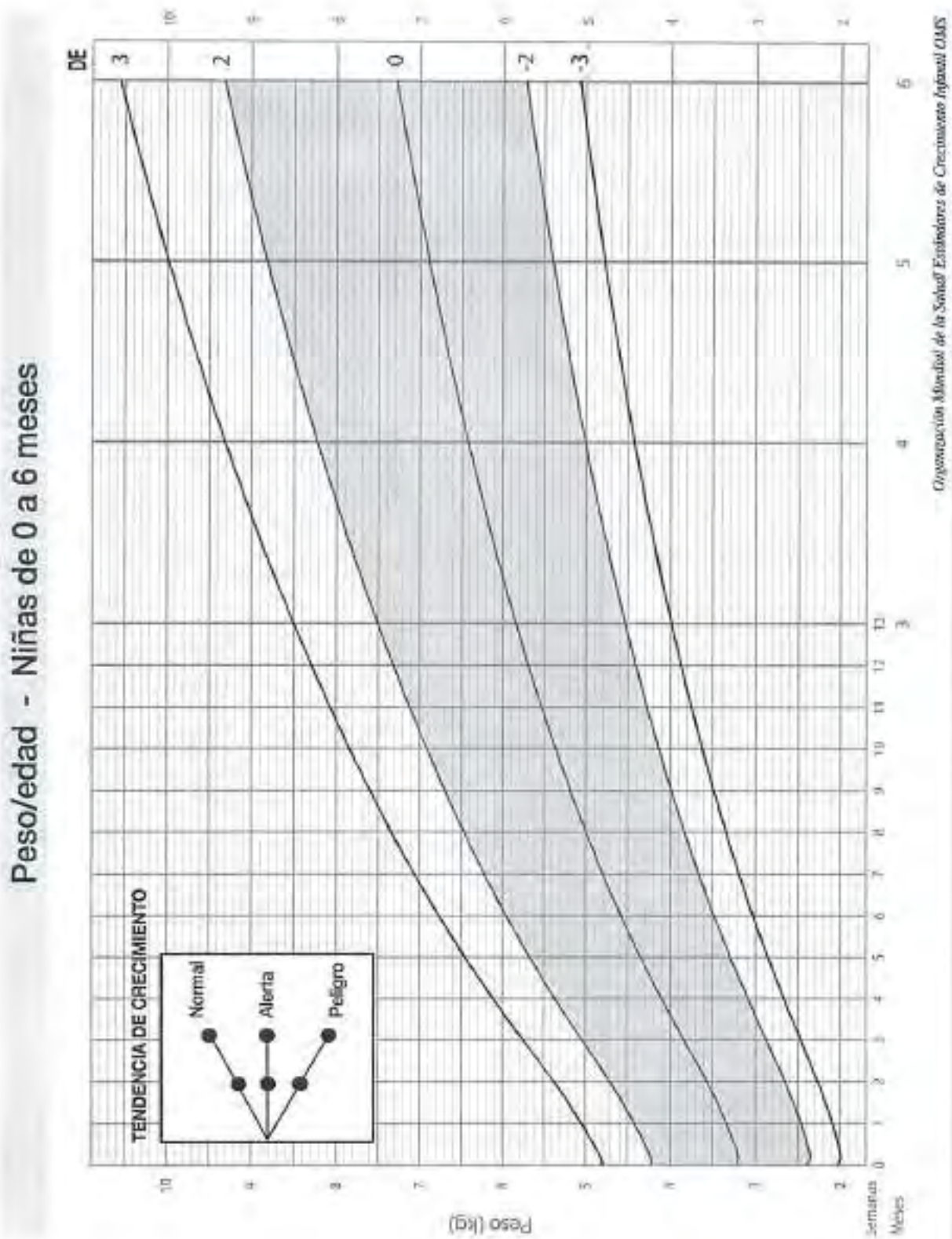


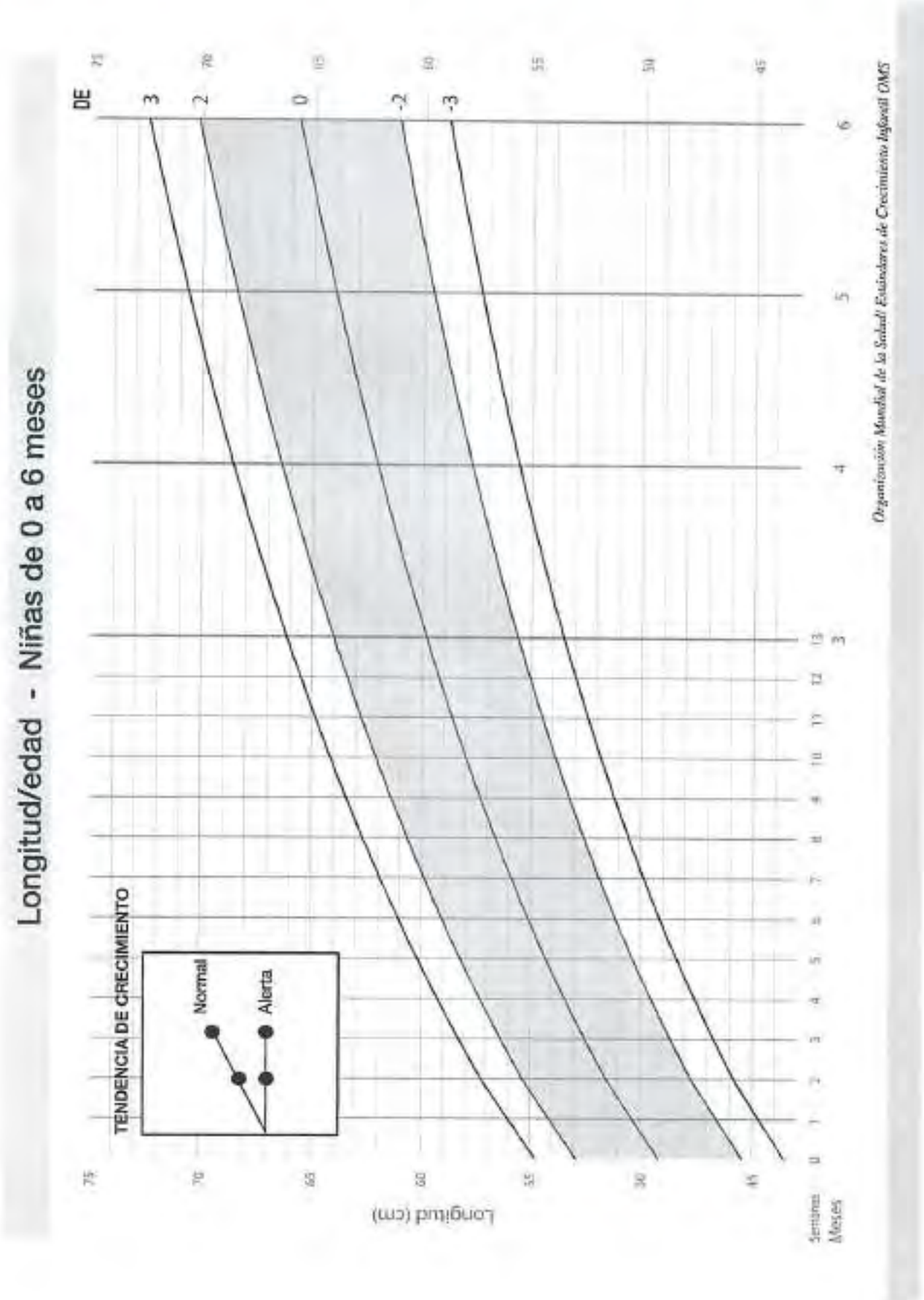
Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS


Perímetro cefálico (cm)
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
30
3
2
1
0
-1
-2
-3
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

CURVAS DE CRECIMIENTO IMC - NIÑOS HASTA LOS 5 AÑOS

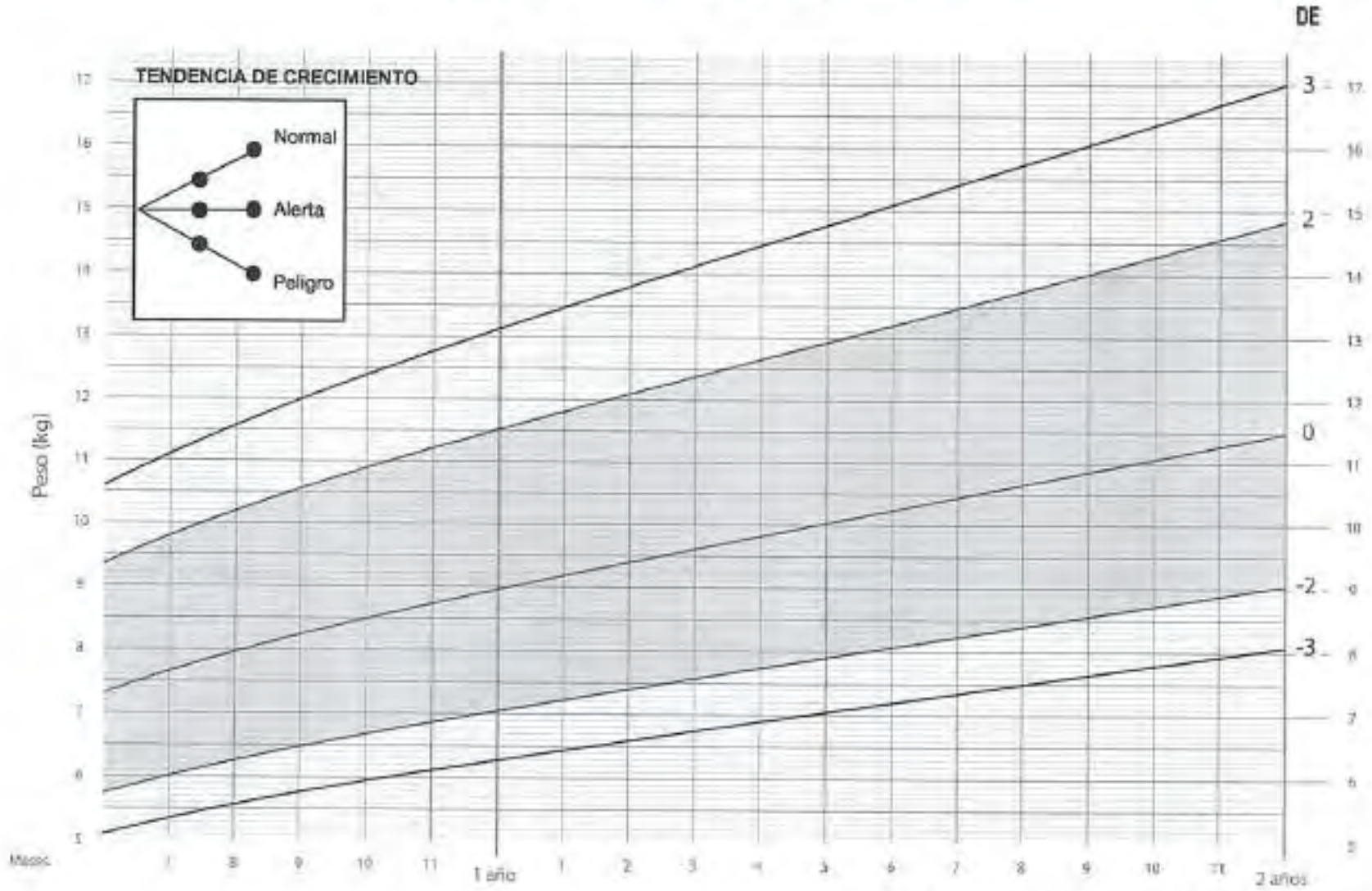



Peso/edad - Niñas de 0 a 6 meses
DE
3
2
0
-2
-3
TENDENCIA DE CRECIMIENTO
Normal
Alerta
Peligro
Peso (kg)
Semanas
Meses
Organización Mundial de la Salud Estándares de Crecimiento Infantil OMS

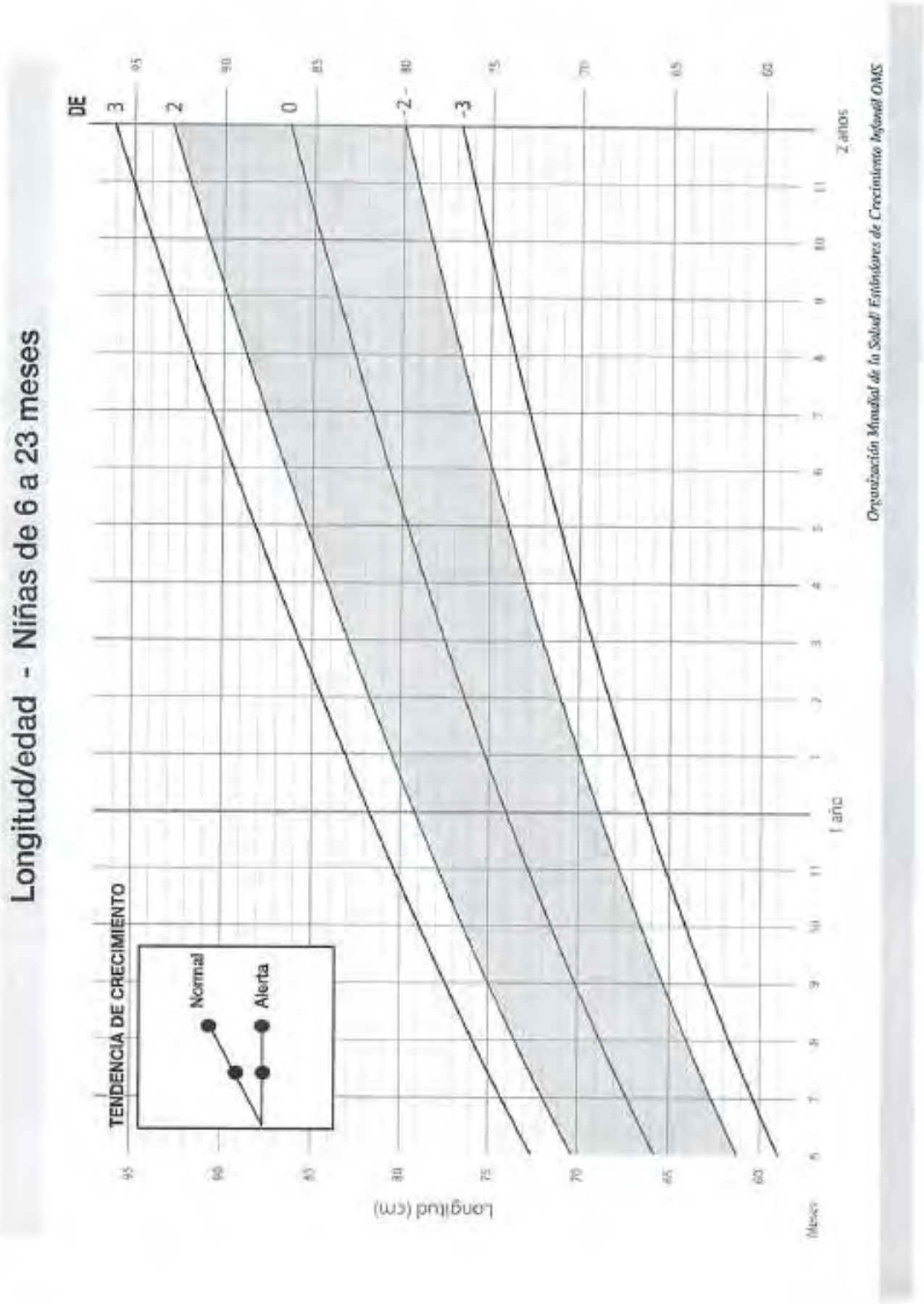

Longitud/edad - Niñas de 0 a 6 meses
TENDENCIA DE CRECIMIENTO
Normal
Alerta
DE
3
2
0
-2
-3
Longitud (cm)
Semanas
Meses
Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

CURVAS DE CRECIMIENTO PESO - EDAD NIÑAS 6 A 23 MESES

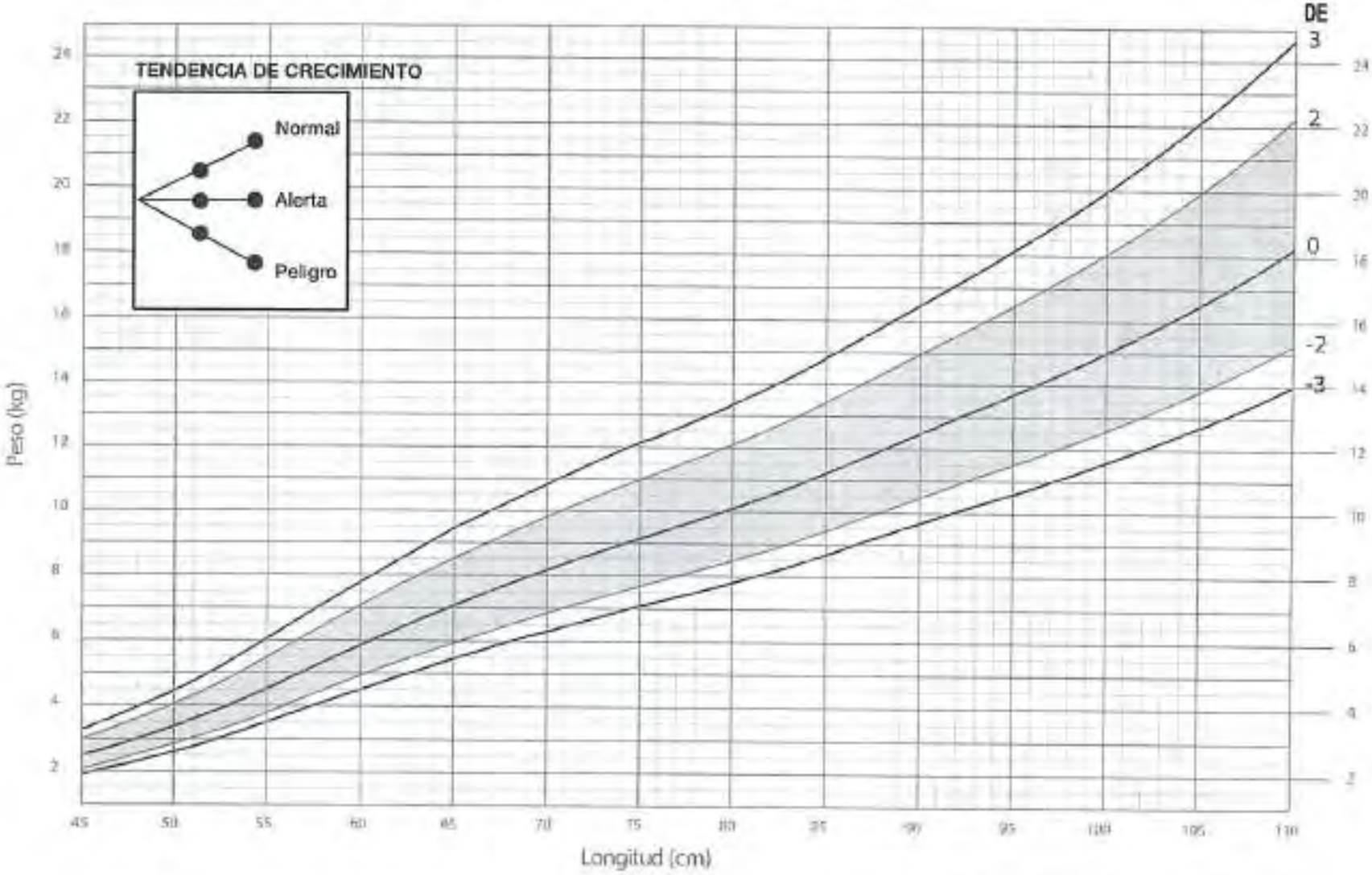
Peso/edad - Niñas de 6 a 23 meses



Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

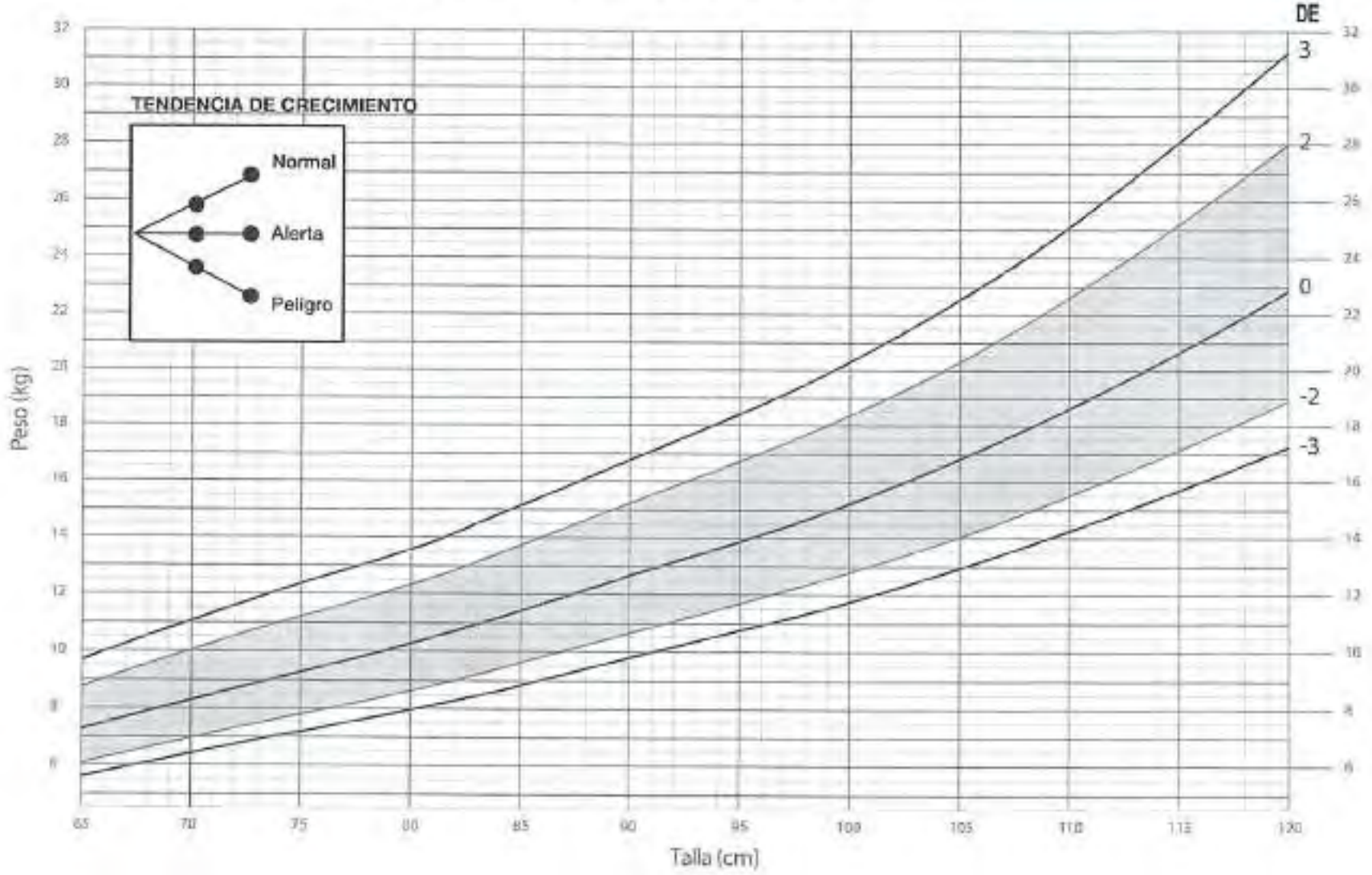

Longitud/edad - Niñas de 6 a 23 meses
TENDENCIA DE CRECIMIENTO
Normal
Alerta
DE
3
2
0
-2
-3
Longitud (cm)
Meses
1 año
2 años
Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Peso/longitud - Niñas de 0 a 23 meses



Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

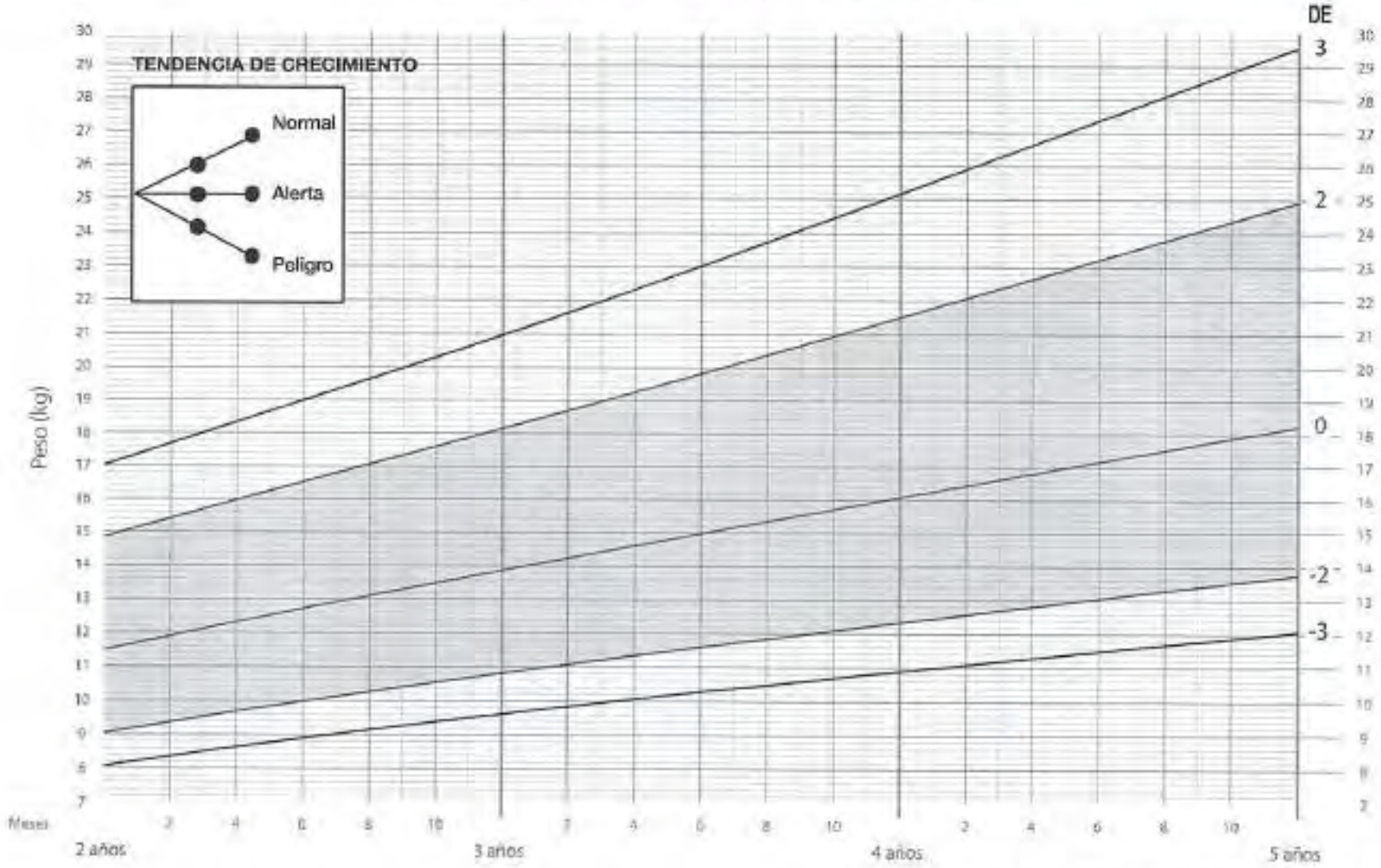
Peso/talla - Niñas de 2 a 5 años



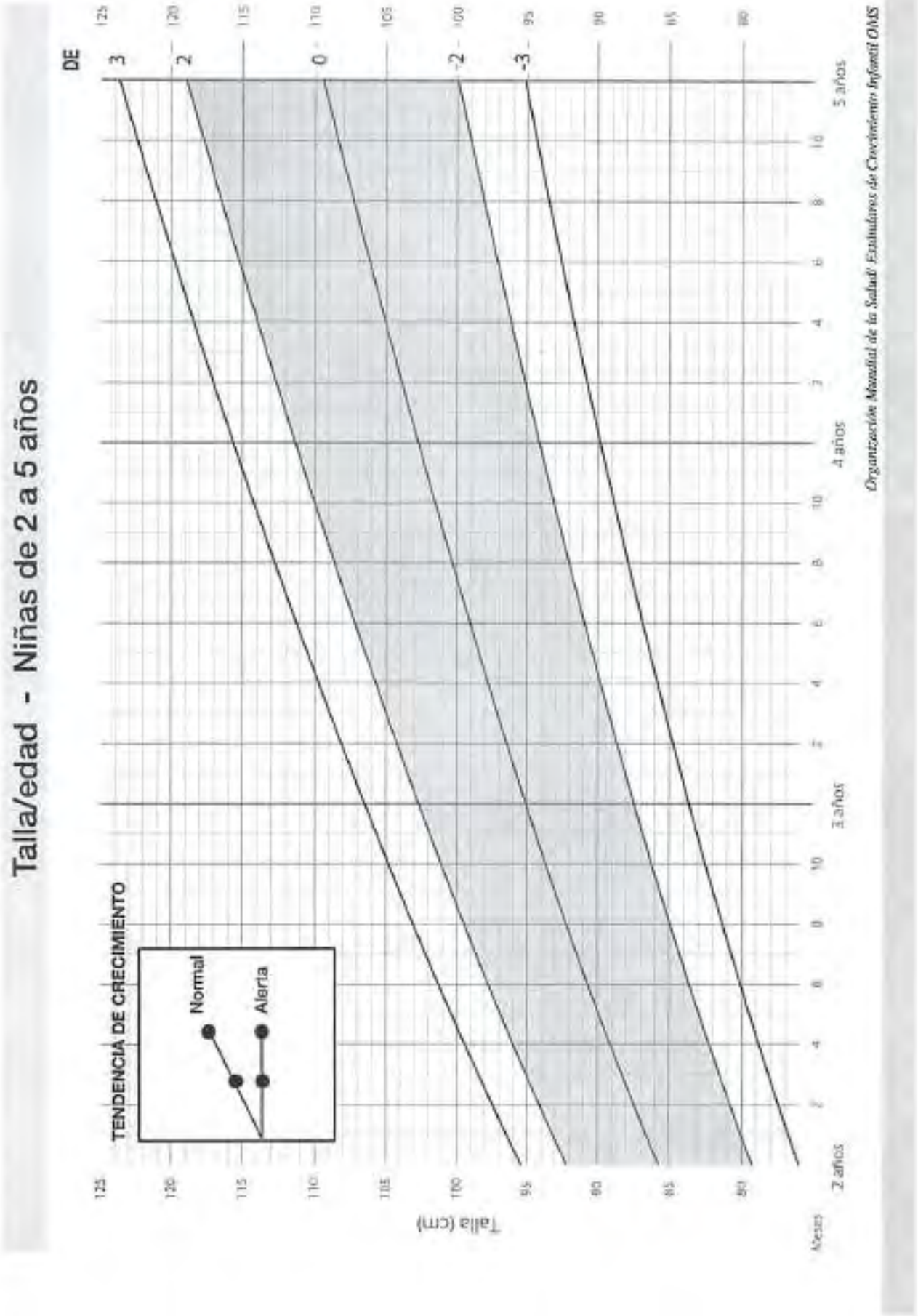
Organización Mundial de la Salud Estándares de Crecimiento Infantil OMS

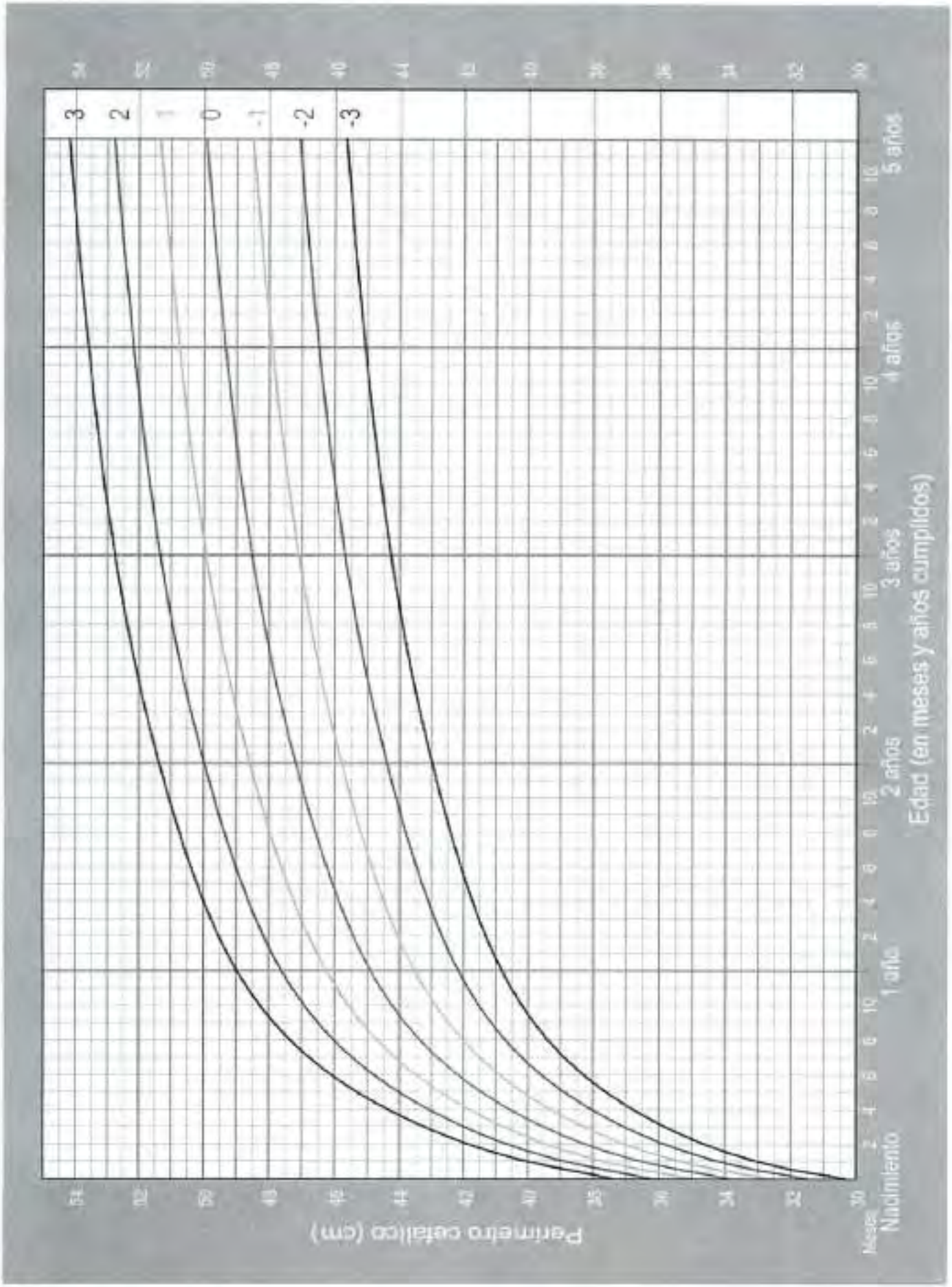
CURVA DE CRECIMIENTO PESO - EDAD NIÑAS 2 A 5 AÑOS

Peso/edad - Niñas de 2 a 5 años

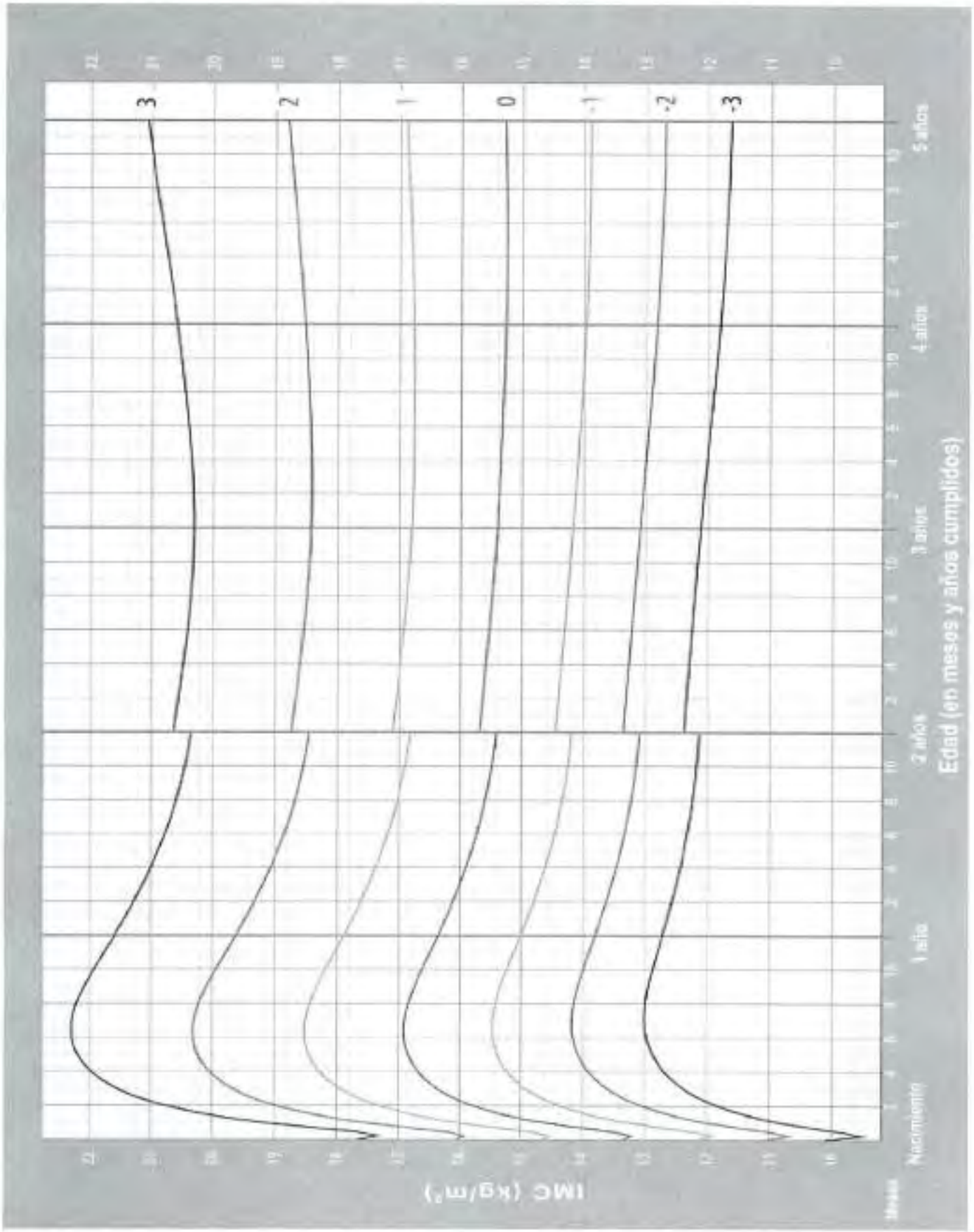


Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS


Talla/edad - Niñas de 2 a 5 años
TENDENCIA DE CRECIMIENTO
Normal
Alerta
DE
3
2
0
-2
-3
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS


3
2
1
0
-1
-2
-3
Perímetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

CURVAS DE CRECIMIENTO IMC - NIÑAS HASTA LOS 5 AÑOS



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	N° HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO

CONSULTA 1	FECHA		EDAD AÑOS	

CONSULTA 2	FECHA		EDAD AÑOS	

B. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

TEMPERATURA T°	AXILAR	BUCAL	DIGITAL	PULSO / min
FRECUENCIA RESPIRATORIA / min	TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)			PESO (kg)
TALLA (cm)	IMC (kg/m2)			PULSIOXIMETRÍA (%)

B. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

TEMPERATURA T°	AXILAR	BUCAL	DIGITAL	PULSO / min
FRECUENCIA RESPIRATORIA / min	TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)			PESO (kg)
TALLA (cm)	IMC (kg/m2)			PULSIOXIMETRÍA (%)

C. MOTIVO DE CONSULTA

C. MOTIVO DE CONSULTA

D. ENFERMEDAD ACTUAL

D. ENFERMEDAD ACTUAL

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO	SI		NO		RIESGO SOCIAL	SI		NO	

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO	SI		NO		RIESGO SOCIAL	SI		NO	

F. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

F. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

G. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

1.	PIEL - ANEXOS		4.	DIGESTIVO		5.	HEMO - LINFÁTICO	
2.	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		6.	GENITO - URINARIO		10.	NERVIOSO	
3.	RESPIRATORIO		7.	MÚSCULO - ESQUELÉTICO				
4.	CARDIO - VASCULAR		8.	ENDÓCRINO				

G. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

1.	PIEL - ANEXOS		4.	DIGESTIVO		5.	HEMO - LINFÁTICO	
2.	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		6.	GENITO - URINARIO		10.	NERVIOSO	
3.	RESPIRATORIO		7.	MÚSCULO - ESQUELÉTICO				
4.	CARDIO - VASCULAR		8.	ENDÓCRINO				

H. EXAMEN FÍSICO

MARCAR "X" CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA Y DESCRIBA

REGIONAL								
1R	PIEL - FANERAS		5R	BOCA		11R	ABDOMEN	
2R	CABEZA		6R	CUELLO FARINGE		12R	COLUMNA VERTEBRAL	
3R	OJOS		8R	CUELLO		13R	INGLE-PERINÉ	
4R	OÍDOS		9R	AXILAS - MAMAS		14R	MIEMBROS SUPERIORES	
5R	NARIZ		10R	TORAX		15R	MIEMBROS INFERIORES	
SISTÉMICO								
1S	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		5S	GENITAL		9S	HEMO - LINFÁTICO	
2S	RESPIRATORIO		6S	URINARIO		10S	NEUROLÓGICO	
3S	CARDIO - VASCULAR		7S	MÚSCULO - ESQUELÉTICO				
4S	DIGESTIVO		8S	ENDÓCRINO				

H. EXAMEN FÍSICO

MARCAR "X" CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA Y DESCRIBA

REGIONAL								
1R	PIEL - FANERAS		5R	BOCA		11R	ABDOMEN	
2R	CABEZA		6R	CUELLO FARINGE		12R	COLUMNA VERTEBRAL	
3R	OJOS		8R	CUELLO		13R	INGLE-PERINÉ	
4R	OÍDOS		9R	AXILAS - MAMAS		14R	MIEMBROS SUPERIORES	
5R	NARIZ		10R	TORAX		15R	MIEMBROS INFERIORES	
SISTÉMICO								
1S	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		5S	GENITAL		9S	HEMO - LINFÁTICO	
2S	RESPIRATORIO		6S	URINARIO		10S	NEUROLÓGICO	
3S	CARDIO - VASCULAR		7S	MÚSCULO - ESQUELÉTICO				
4S	DIGESTIVO		8S	ENDÓCRINO				

DATOS DEL USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD (Años)	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

I. DIAGNÓSTICO PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

I. DIAGNÓSTICO PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

J. PLAN DE TRATAMIENTO

J. PLAN DE TRATAMIENTO

K. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

CÓDIGO	FIRMA

SELLO

K. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

CÓDIGO	FIRMA

SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.028C/2021 ATENCION NIÑO - NIÑA DE CINCO A NUEVE AÑOS

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, la más importante es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo para la atención de salud a los niños y niñas menores de dos meses, en los establecimientos de salud, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por médicos pediatras, generales y familiares de establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por médicos pediatras, generales y familiares.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.
- No dejar espacios en blanco.
- No usar abreviaturas, salvo las reconocidas internacionalmente o las aprobadas por el Ministerio de Salud.

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 11 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo:** registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.

- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Nro. de hoja**: registrar el número que corresponda

B. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRIA

Registrar los resultados de las tomas de las constantes vitales descritas en el formulario

C. MOTIVO DE CONSULTA

Registrar el motivo de la consulta de acuerdo al informante

D. ENFERMEDAD ACTUAL

Registrar una descripción de la enfermedad actual del paciente de acuerdo a signos y síntomas

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

En este bloque se deberá describir los antecedentes de importancia. En caso de que el paciente no refiere ninguno, colocar NA.

F. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

En este bloque se registrará todo lo relacionado con el perfil patológico de la madre, el padre y otros familiares.

G. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

En este bloque, se encuentran los órganos que van a ser objeto de revisión, las mismas que se encuentran enumeradas, al hacer le interrogatorio al paciente, el profesional seleccionára el número que corresponda y registrará en la parte inferior y realizará una descripción.

H. EXAMEN FÍSICO

En este bloque, se debe registrar los hallazgos del examen físico realizado al paciente, igualmente el paciente seleccionará el número correspondiente y realizará una descripción en el espacio inferior.

I. **DIAGNÓSTICO**

Registrar el nombre de los diagnósticos sea presuntivos o definitivos con respectivo código CIE.

J. **PLAN DE TRATAMIENTO**

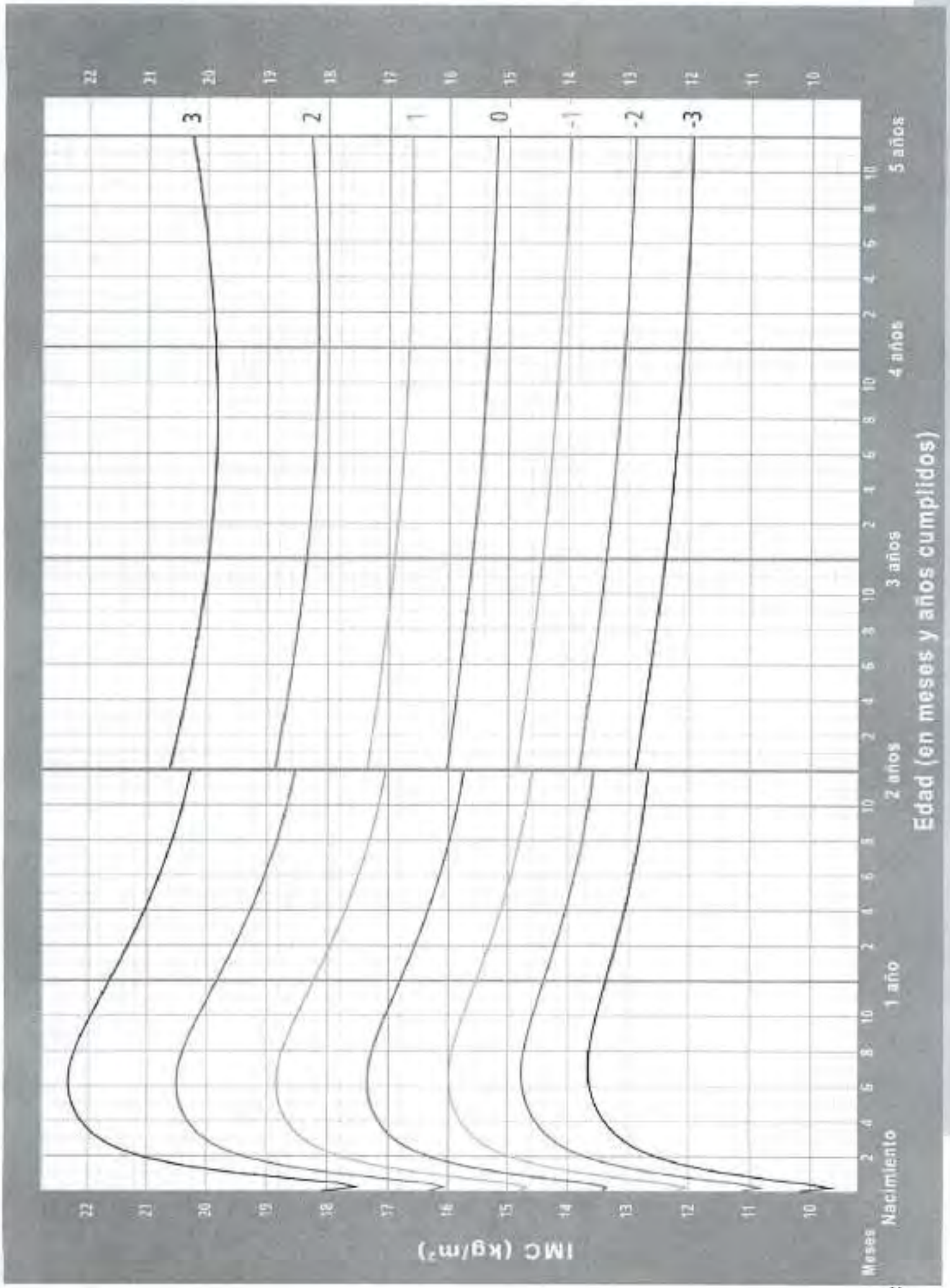
En este bloque ser hará una descripción del plan de tratamiento sugerido, además se registrará la fecha de una próxima cita.

K. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

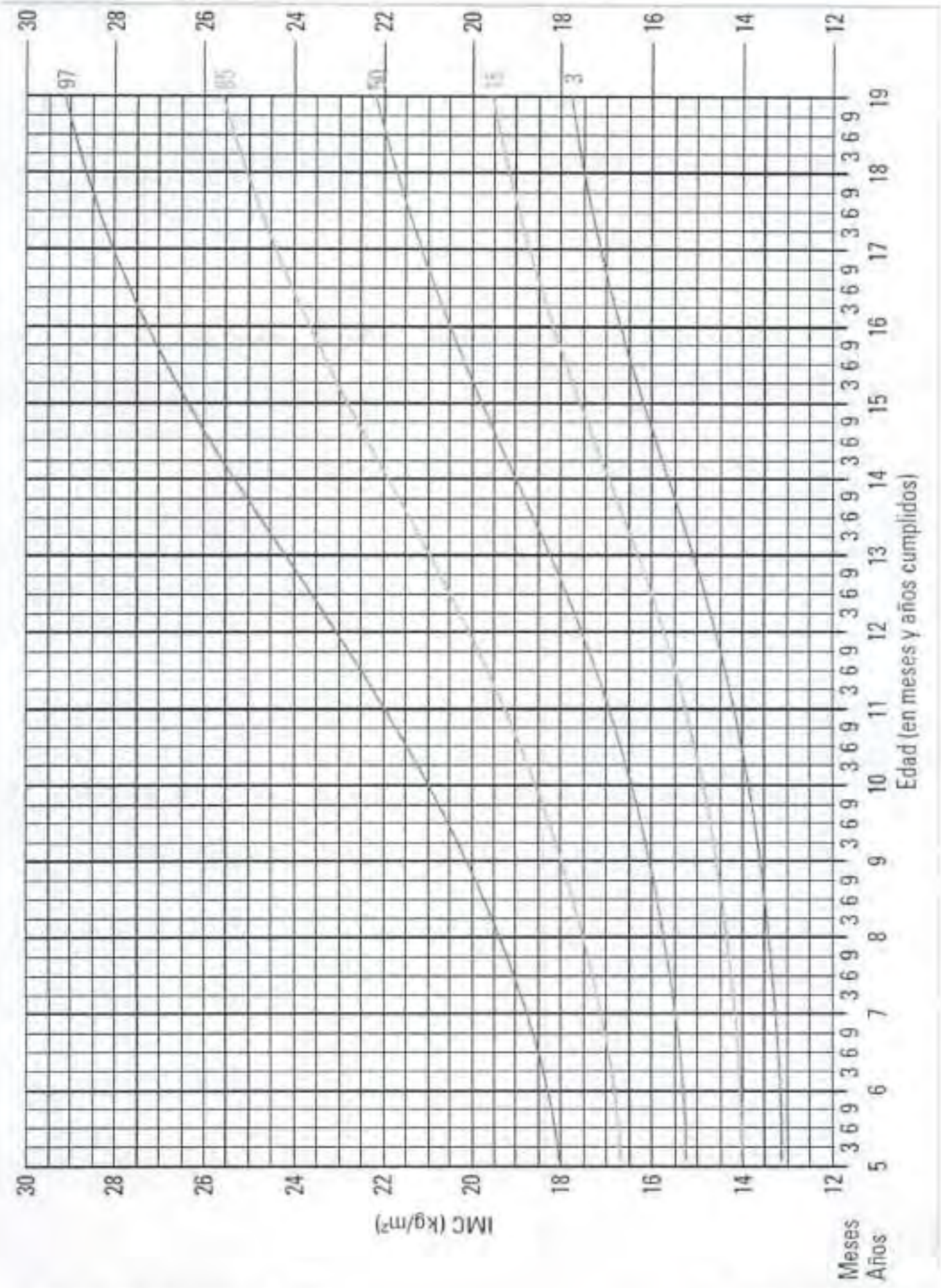
Se registrará la siguiente información:

Fecha de la consulta: registrar en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cédula.
Sello: marcar el sello del profesional.

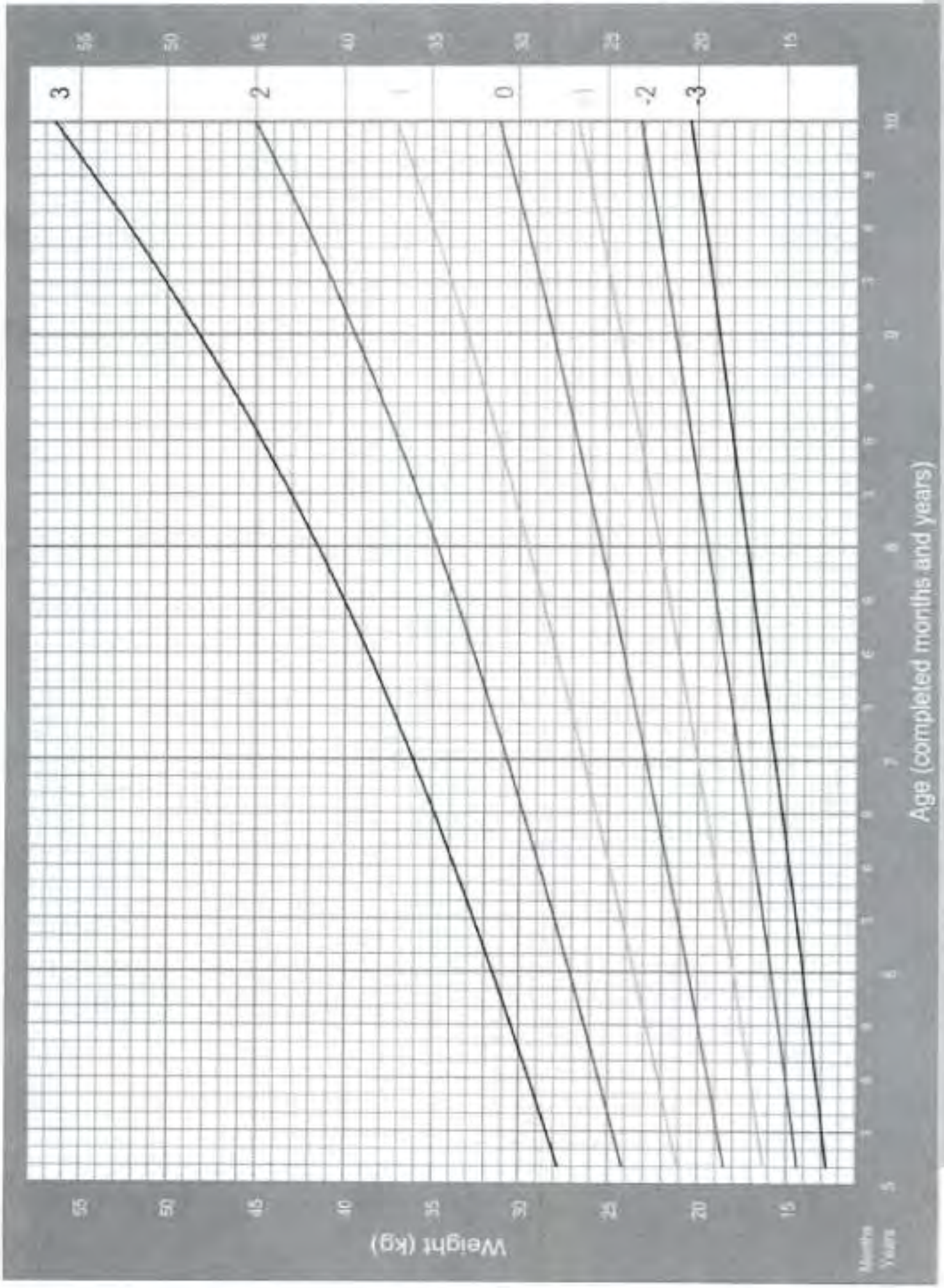
CURVAS DE CRECIMIENTO TALLA / EDAD - NIÑOS 5 - 19 AÑOS



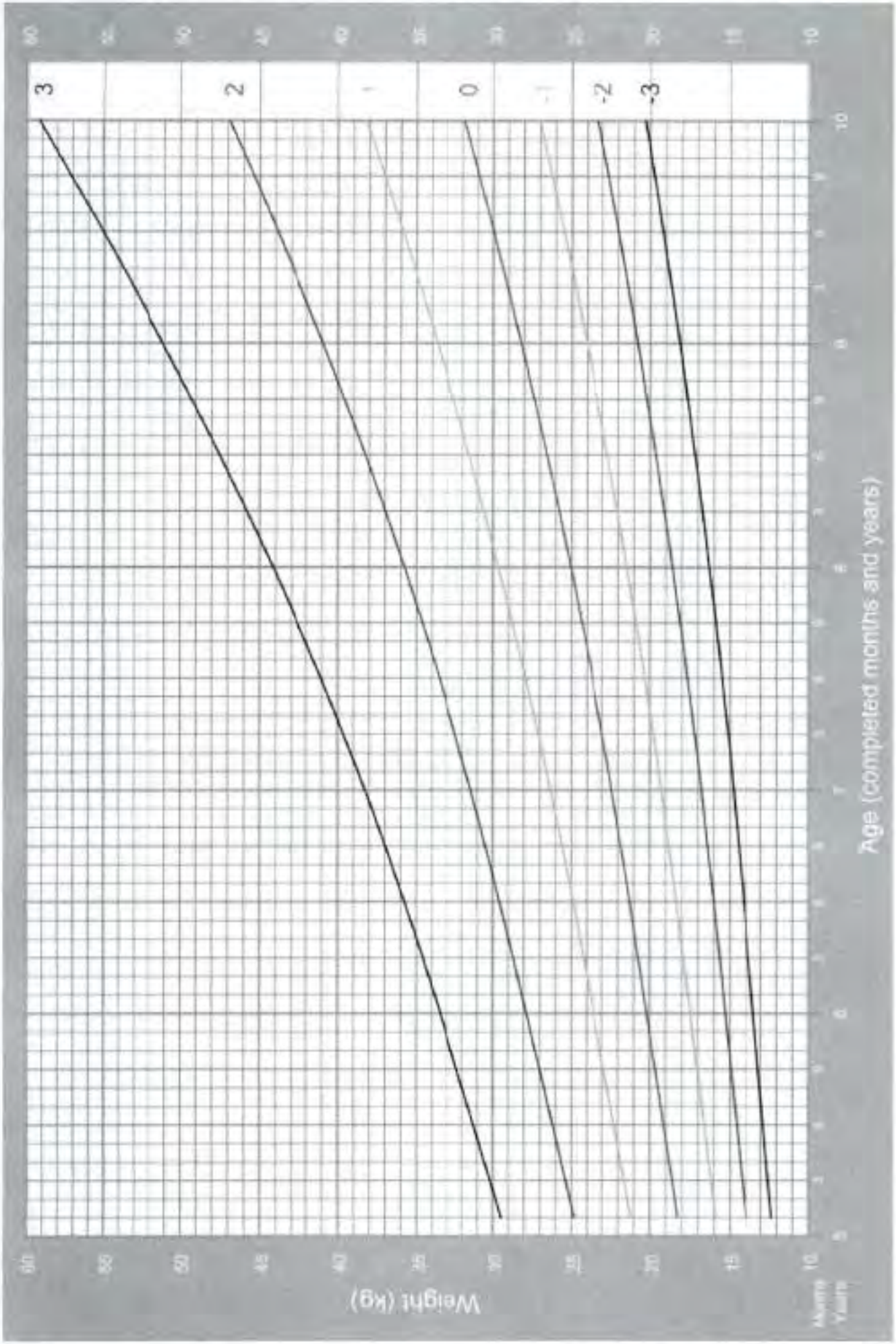
CURVAS DE CRECIMIENTO IMC - NIÑOS 5 - 19 AÑOS



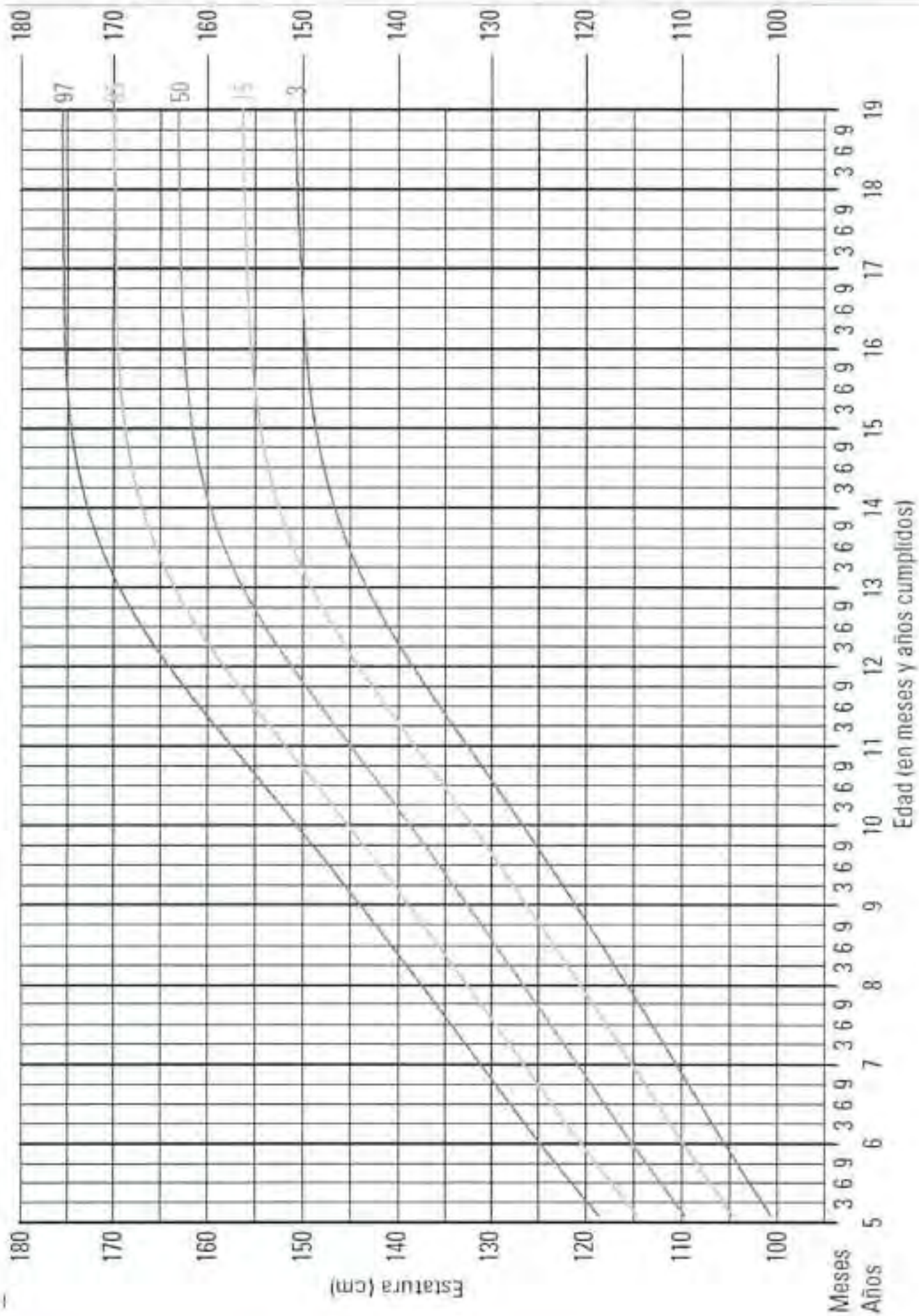
CURVAS DE CRECIMIENTO PESO / EDAD - NIÑOS 5 - 19 AÑOS



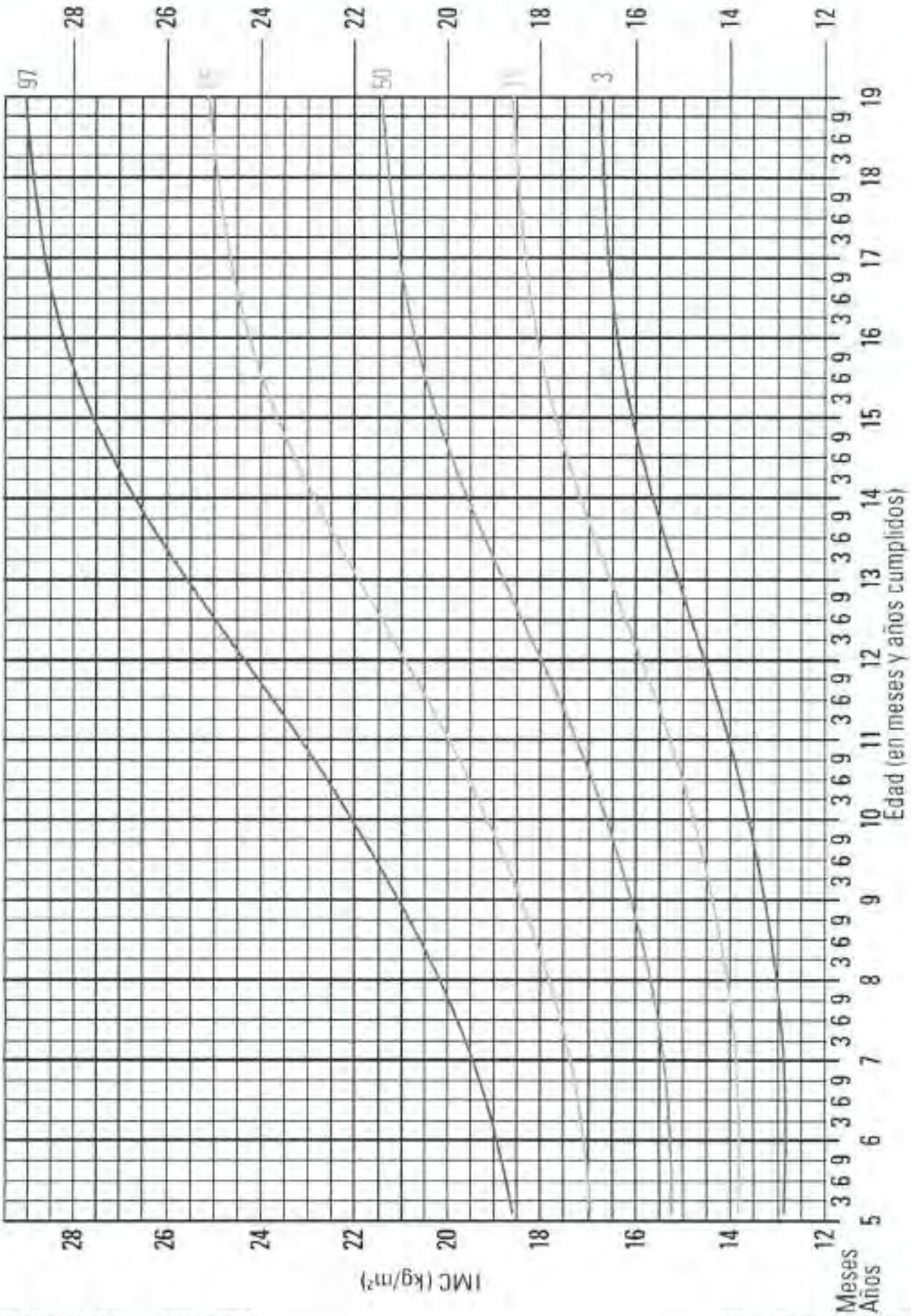
CURVAS DE CRECIMIENTO PESO / EDAD - NIÑAS 5 - 19 AÑOS



CURVAS DE CRECIMIENTO TALLA / EDAD - NIÑAS 5 - 19 AÑOS



CURVAS DE CRECIMIENTO IMC - NIÑAS 5 - 19 AÑOS



A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. MOTIVO DE CONSULTA

EMBARAZADA	SI		NO	

C. ENFERMEDAD ACTUAL

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

F. CONSTANTES VITALES

TEMPERATURA °C		PULSO (/min)		FRECUENCIA RESPIRATORIA (/ min)		PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	

G. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1.	LABIOS	2.	MAXILAR SUPERIOR	3.	LENGUA	4.	PISO DE LA BOCA	5.	GLÁNDULAS SALIVALES	6.	A.T.M.	7.	OÍDOS		
8.	MEJILLAS	9.	MAXILAR INFERIOR	10.	PALADAR	11.	CARRILLOS	12.	GANGLIOS	13.	GARGANTA				

H. ODONTOGRAMA

PACIENTE
MOVILIDAD

I. INDICADORES DE SALUD BUCAL

PIEZAS DENTALES EXAMINADAS						PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
16		17		55				
11		21		21				
26		27		65				
36		37		75				
31		41		71				
46		47		85				
TOTALES								

LEVE		ANGLE I	LEVE
MODERADA		ANGLE II	MODERADA
SEVERA		ANGLE III	SEVERA

J. ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

K. SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

L. PEDIDO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

M. INFORME DE EXÁMENES

[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]	

N. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA DE APERTURA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

P. TRATAMIENTO

No. DE SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	FIRMA Y SELLO
No. SESIÓN				FIRMA
FECHA				SELLO
No. SESIÓN				FIRMA
FECHA				SELLO
No. SESIÓN				FIRMA
FECHA				SELLO
No. SESIÓN				FIRMA
FECHA				SELLO
No. SESIÓN				FIRMA
FECHA				SELLO
No. SESIÓN				FIRMA
FECHA				SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.033/2021 ODONTOLOGÍA

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de los estudios de imagen efectuado por profesionales odontólogos, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por odontólogos de los establecimientos de salud que cuenten con este servicio, en la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales odontólogos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- El diagnóstico odontológico tiene la duración de un año calendario (365 días). Cuando el paciente regresa a la consulta después de un año calendario, se volverá abrir un nuevo formulario 033 de la HCU
- En la atención a embarazadas la duración del formulario 033 de la HCU es igual al período de gestación
- En escolares la duración del formulario 033 de la HCU, corresponde al año lectivo

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 14 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE
Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía-ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Nro. de hoja**: registrar el número de hoja correspondiente.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en años.

- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. MOTIVO DE CONSULTA

Registrar la causa por la que acude el paciente a la consulta, en versión del informante. (palabras textuales)

C. ENFERMEDAD ACTUAL

Registrar los signos y síntomas en el orden secuencial descritos en el motivo de la consulta.

Para establecer la evolución o estado actual del paciente se realizarán las siguientes preguntas:

¿Desde cuándo o cuántos días atrás se presenta el dolor?	Cronología
¿En qué lugar se presenta el dolor?	Localización
¿Qué tipo de dolor siente? pulsátil, continuo, intermitente, punzante, urente (ardor), transfictivo (atraviesa).	Características
¿La intensidad del dolor es fuerte, mediano, débil o no presenta dolor?	Intensidad
¿El dolor es provocado a los estímulos por frío, calor, dulce u otros?	Causa aparente
¿El dolor se irradia al oído, cara, articulación témporo mandibular, cabeza?	Síntomas asociados

De esta manera, registrar la evolución o estado actual de la sintomatología evaluada en el paciente. Cuando el paciente no refiere síntomas, se escribirá paciente asintomático. Importante, en este ítem no se anotará los signos.

D. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

Registrar una **X** en el casillero correspondiente a la o las patologías que manifieste el paciente, en las líneas inferiores se realizará una descripción de la patología ubicando el número correspondiente.

En el caso de no presentar antecedentes se anotará no refiere antecedentes. En el caso de observar antecedentes que denoten riesgo es mejor realizar interconsulta médica.

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Registrar una **X** en el casillero correspondiente a la patología que manifieste el paciente, en las líneas inferiores se realizará una descripción de la patología ubicando el número correspondiente, considerándose hasta 3er grado de consanguinidad y primero de afinidad.

En el caso de no presentar antecedentes se anotará no refiere antecedentes. En el caso de observar antecedentes que denoten riesgo es mejor realizar interconsulta médica.

F. CONSTANTES VITALES

Registrar en cada una de los casilleros los valores que presente el paciente al momento de la toma de: temperatura en grados centígrados, pulso, frecuencia respiratoria en minutos, presión arterial. Estas constantes vitales serán tomadas cuando el paciente lo requiera.

G. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Registrar una **X** en el casillero correspondiente a la patología diagnosticada y en las líneas inferiores se realizará una descripción, ubicando el número y nombre de la patología. En el caso, de no presentar patología anotar "Sin patología aparente".

H. ODONTOGRAMA

Una vez registrado el odontograma no podrá ser alterado. (repintados, tachado, aumentado) Por lo tanto, se utilizará para el registro, el color Azul para los tratamientos previamente realizados y el color Rojo, para patología actual, empleando la simbología autorizada que se describe a continuación:

- Cuando se diagnóstica **Movilidad:** se marcará **1, 2, 3** dependiendo del **grado de movilidad**, si aplica. (Índice modificado de Miller).
- Cuando se diagnóstica **Recesión:** se marcará **1, 2, 3, 4** dependiendo del grado de recesión, (de acuerdo a la clasificación de Miller), si aplica.
- Registrar el índice de movilidad y recesión solo en dientes definitivos.
- Cuando existe la necesidad de aplicar sellante en dientes definitivos se marcará:

✳ **Asterisco Rojo**, bajo el diente seleccionado en el odontograma.

- Cuando se observa el sellante en boca se marcará

✳ **A Asterisco Azul** bajo los dientes.
- Cuando se realiza el diagnóstico en el paciente y se detecta la necesidad de realizar una
- **Extracción**, tanto en dentición temporal como en permanente, se registrará **X Roja.**
- Cuando en el diagnóstico se detecta que el paciente ha perdido piezas definitivas y temporales por caries registrar **X Azul**.
- En piezas definitivas pérdidas por otra causa, que no sea caries, registrar una **X en el centro** y se encerrará en un círculo de **Color Azul**. ⊗
- En pacientes que requiera realizarse una endodoncia registrar un △ **Triangulo de Color Rojo.** Se registrará en el índice CPO como cariada.
- Cuando el paciente viene con la endodoncia realizada registrar un Triángulo Azul y se registrará en el índice CPO como obturada.
- Cuando el paciente viene con **Prótesis Fija** registrar de **Color Azul, se** registrar en el índice CPO las coronas utilizadas como pónticas obturadas y las reemplazadas como perdidas.
- Cuando el paciente viene con **Prótesis Removible** (....) en **Color Azul,** registrar en el índice **CPO** como perdidas.
- Cuando el paciente viene con **Prótesis Total,** registrar = de **Color Azul.** En el índice CPO, se registrará como perdidas y no se tomarán en cuenta los terceros molares.
- Cuando el paciente viene con una **Corona,** registrar ▣ de color azul, y se registra en el índice CPO, como obturado.
- Cuando se detecta en el diagnóstico dientes con Obturación/es realizadas se pintará la **superficie de color Azul**, en la o las superficies correspondientes (tanto en dientes temporales como definitivas).
- Cuando se realiza el diagnóstico y se detecta caries, se pintará el diente cariado **con Rojo** en la o las superficies afectadas tanto para dientes temporales como definitivos.
- Si una pieza dental restaurada presenta caries al momento del examen, registrar como diente cariado.
- En caso de encontrar dientes supernumerarios, este se coloca en el título 11(diagnóstico) y no se considera en el índice CPOD.
- Los dientes temporales sanos perdidos por exfoliación natural, que presenten movilidad y otros, registrar como extracción indicada.
- Cuando el paciente acuda a consulta subsecuente y presente nuevas patologías bucales, registrar estas en diagnóstico y complicaciones con la frase, no consta en el diagnóstico inicial.
- En dentición mixta se obtendrán los indicadores CPOD y CEOD.

I. INDICADORES DE SALUD BUCAL

En el bloque de **higiene oral simplificada: piezas dentales**, se encuentran registrados los números que representan los dientes seleccionados, mismos que deberán estar completamente erupcionados al momento de realizar el examen de placa, cálculo y gingivitis.

En la Columna Piezas Dentales Examinadas registrar una **X** en el casillero correspondiente a cada pieza que va a ser examinada para ver la presencia de placa cálculo y gingivitis, para lo cual se

encerrará en un círculo el número que corresponde al grado de presencia de la patología.

PIEZAS DENTALES						PLACA BACTERIANA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16	X	17		55		1	0	1
11		21	X	51		0	0	0
26	X	27		65		1	1	1
36	X	37		75		1	0	1
31		41	X	71		0	0	1
46		47	X	85		1	1	1

Los parámetros para cada problema se describen en la siguiente tabla:

PLACA BACTERIANA	CÁLCULO	GINGIVITIS
0 = Ausencia	0= Ausencia	0= Ausencia de Sangrado
1= Placa a nivel del tercio Gingival	1= Cálculo Supragingival	1= Presencia de Sangrado
2= Placa hasta el Tercio Medio	2= Cálculo Sub gingival	
3= Placa en toda la superficie de la pieza	3= Cálculo Sub y Supragingival	

Cuando el diente seleccionado en la primera columna, no esté presente en boca, se examinará el diente de al lado, y se regresará a la primera columna para continuar la secuencia vertical.

En la columna de piezas dentales, en ausencia de los dientes, registrar con una raya.

En las columnas de dientes definitivos, se examinarán seis piezas en total, que pueden corresponder a una de las dos columnas.

La sumatoria se realizará por columna, de manera vertical y el total se divide para el número de dientes examinados, y ese resultado obteniéndose que es el promedio, se anotará en la fila de **TOTALES**, tanto para placa, cálculo y gingivitis. Cuando el resultado tiene decimales, no se aproxima al inmediato superior.

En las **Columnas de: enfermedad periodontal, tipo de oclusión y fluorosis,** registrar una **X** en el casillero correspondiente, de acuerdo a los resultados del diagnóstico.

En caso de no diagnosticar ninguna patología registrar una raya.

J. ÍNDICES CPO-ceo

Registrar con números, los datos se obtendrán del **odontograma**, tanto para el índice **CPOD**, que corresponde a dientes definitivos y el índice **ceod,** que se utiliza para dientes temporales.

En la **Columna Total**, registrar la sumatoria, realizada en forma horizontal para cada indicador.

K. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Registrar el nombre del examen que se solicita realizar al paciente

L. INFORME DE EXAMENES

Registrar con una **X,** en el tipo de examen de los cuales se tienen los resultados: Biometría, Química Sanguínea, Rayos X, u otros, que nos ayuden a confirmar el diagnóstico.

M. DIAGNÓSTICO

Registrar el diagnóstico y el código CIE que corresponde a la enfermedad diagnosticada, y en las columnas **PRE** y **DEF**, se marcará **X** que corresponde a diagnóstico presuntivo o definitivo respectivamente, el orden de registro dependerá de la complejidad y urgencia de tratamiento de la patología encontrada de acuerdo al criterio del profesional

N. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

O. TRATAMIENTO

Registrar la fecha correspondiente a la sesión de tratamiento clínico, a continuación, registrar el diagnóstico y/o la complicación, seguido el procedimiento a seguir, las prescripciones y por último el código y firma.

En lo que corresponde a planes educacionales, registrar las acciones de educación en función del riesgo diagnosticado en el paciente.

En la columna **diagnóstico y complicaciones,** registrar nuevamente el diagnóstico y las complicaciones que presente el paciente.

Procedimientos: registrar en forma detallada el procedimiento odontológico a realizar, según protocolo de atención.

Prescripciones: registrar las indicaciones y recomendaciones generales y específicas (ejemplo aplicación de hielo, calor, no ingerir alimentos inmediatamente, etc.). Luego se anotarán los insumos, fármacos con el nombre genérico, describiendo la forma, tiempo de aplicación, cantidad, vía y frecuencia de administración. Se escribirá la fecha de la próxima cita para continuar con el tratamiento. Una vez terminado el tratamiento se escribirá "ALTA".

ANEXO 1

TEJIDOS DUROS (piezas dentales)

Para determinar el estado de salud de las piezas dentales se han utilizado los criterios establecidos por la OPS, basados en los índices de Klein y Palmer, Radike.

Sano
Un órgano dentario se registra sano cuando no hay evidencia de caries ya sea tratada o sin tratar. Si el diente tiene algún defecto en el esmalte o dentina que no se relacione con la caries dental se le clasifica con el código 0. Los órganos dentarios con los siguientes defectos deberán ser codificados como sanos.

Fosas y fisuras pigmentadas en el esmalte en el que el explorador no detecte un piso reblandecido, esmalte socavado o reblandecimiento de las paredes.

Áreas del esmalte oscuras, brillosas, duras o socavadas que muestren signos de fluorosis moderada o severa. Manchas decoloradas o ásperas.

Caries
Se anotará cariado cuando se presenta una lesión, fosetas o fisuras o bien en superficies lisas donde se detecte un piso reblandecido, esmalte socavado, o paredes reblandecidas. Un órgano dentario con una restauración temporal se clasificará como cariado.

En superficies proximales es necesario que el explorador penetre en la lesión con certeza. Cuando haya duda no se reportará como cariado.

Como realizar el examen del Sistema Estomatognático:

- **Labios:** observar tamaño, color y movilidad, contorno, consistencia de los labios y comisuras, cambios en las características de la piel y mucosas. Describir lo patológico.
- **Mejillas:** se debe evaluar el color, textura, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumor y alteraciones de la sensibilidad.
- **Maxilar Superior:** abriendo la boca y con los dedos índice y pulgar examinar bilateralmente desde la línea media hacia atrás las apófisis alveolares de los maxilares.
- **Maxilar Inferior:** se debe realizar un minucioso examen de la cara en la zona articular, así como también de los músculos masticadores, palpando las zonas doloridas. Asimismo, se prestará atención a los chasquidos que se producen en el movimiento, así como a las características o limitaciones de los movimientos
- **Lengua:** examinar forma y movilidad de la lengua, evaluar relación entre tamaño de la lengua y tamaño de la cavidad bucal, examinar en cara dorsal en toda la superficie las papilas, en cara ventral el frenillo lingual, en bordes laterales cualquier anormalidad.
- **Paladar:** examinar tamaño, color, consistencia, de paladar duro, blando en busca de alteraciones en su cierre, como fisuras o alteraciones en la movilidad, evaluar características de la úvula, de las amígdalas palatinas, pilares y mucosa de la faringe observando el tamaño, color, presencia de úlceras, secreción purulenta o membranas.
- **Piso de boca:** observar en la parte anterior y media las eminencias sublinguales, su forma cilíndrica, horizontales de tejido levemente elevado y que contiene las glándulas

sublinguales. Comprobar el flujo normal de saliva de las mismas.

- **Carrillos:** inspeccionar conducto parotideo o de Stenon buscando su desembocadura a nivel del segundo molar superior, en forma simultánea realizar palpación de la glandula parótida observando la salida de saliva y las características de esta así como si hay o no edema o alguna alteración, observar la mucosa yugal, surco vestibular, reborde alveolar, frenillos y mucosa en general tratando de detectar cambios de color, textura, consistencia, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumores, alteraciones de la sensibilidad.
- **Glándulas salivales:** se deben examinar todas las glándulas con palpación bimanual. Normalmente no se palpan la parótida ni la sublingual.
- **Glándula parótida:** para diferenciarla de músculo masetero hay que pedir al paciente que junte fuerte los dientes. Un aumento de volumen parotídeo puede producir aumento de volumen facial, cervical u orofaringeo (medialización de la amigdala).
- **Cavidad oral:** examinar toda la mucosa oral, el piso de la boca y los conductos excretores (ver el Stenon).
- **Características de la saliva:** deben analizarse al exprimir las glándulas.
- **Oro faringe:** exploración o palpación básica utilizada y cuando existen lesiones, se complementa por palpación digital o tacto digital, con la mano enguantada, que permite apreciar mejor la consistencia, la forma, el volumen, la sensibilidad en los pilares, las amígdalas palatinas y pared posterior de la faringe donde se debe observar el color, la forma, lesiones, movimientos y reflejos.
- **Articulación témporo mandibular: (ATM)** colocar las puntas de los dedos indices en cada meato acústico externo mientras el paciente hace movimientos de apertura y cierre de la boca, detectar desviaciones al lado izquierdo o derecho, limitaciones de movimientos, ruido, chasquido y presencia de dolor.
- **Ganglios:** examine de manera simultánea, preferentemente iniciando por abordaje posterior y palpando con el dedo índice y del medio de cada mano:
  - Preauriculares (delante del trago de la oreja)
  - Retroauriculares o mastoideos (sobre la mastoides)
  - Occipitales, suboccipitales, o nucales (en la base del cráneo)
  - Ganglio tonsilar o amigdalino (en el ángulo de la mandibula inferior)
  - Submaxilar (a media distancia entre el ángulo mandibular inferior y el mentón)
  - Submentoniano (en la linea media, detrás de la punta del mentón)
  - Cadena cervical superficial (sobre el músculo esternocleidomastoideo)

ENFERMEDAD PERIODONTAL

- **Leve:** Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 3 a 4mm.Rx.- pérdida ósea horizontal, ligera pérdida del septum interdental, el nivel del hueso alveolar está a 3 o 4mm del área de la unión cemento esmalte.
- **Moderada:** profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 4 a 6mm
  Movilidad dentaria clase I. Rx.- Se puede presentar pérdida ósea horizontal o vertical, el nivel del hueso alveolar de 4 a 6 mm del área de la unión cemento esmalte.
- **Avanzada:** profundidad de bolsa o pérdida de inserción de más de 6mm, movilidad dentaria clase II o III. Rx.-Pérdida ósea horizontal y vertical, el nivel del hueso alveolar está a 6mm de la unión cemento esmalte

3.1 CLASE I (NEUTROCLUSIÓN)

Las oclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre maxilar superior e inferior, se ubica en esta clase. El reborde triangular de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior, armonía en el surco mesiobucal del primer molar permanente inferior. La base ósea que soporta la dentadura inferior está directamente por debajo del maxilar superior, y ninguna de las dos está demasiado adelante o atrás en relación con el cráneo.

3.2 CLASE II (DISTOCLUSIÓN)

Constituyen esta clase las maloclusiones en las que hay una relación "distal" del maxilar inferior respecto al superior. El surco mesiobucal del primer molar permanente inferior arranca por detrás de la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente.

3.3 CLASE III (MESIOCLUSIÓN)

Las maloclusiones en las que hay una relación "mesial" del maxilar inferior con respecto al superior. El surco mesiobucal del primer molar permanente inferior arranca por delante de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.

15

MAL OCLUSIÓN

Mala posición de las piezas dentales no solo en sus relaciones estáticas sino dinámicas, con sus piezas dentales contiguas.

FLUOROSIS

Esta clasificación DEAN

Leve: las zonas **blancas opacas del** esmalte involucran al menos al 25% pero menos del **50%** de la superficie del diente.

Moderado: en esta clasificación el 50% o más de la superficie del diente está afectada por la fluorosis. Las superficies del esmalte que se han reducido pueden aparecer desgastadas.

Severo: generalmente **todo el esmalte está afectado** por la fluorosis. El principal signo de diagnóstico de esta clasificación es un esmalte con excavaciones separadas yconfluentes.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A

ESTADO CIVIL: SOL	CAS	DIV	VIU	UN	UH	NA	AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	NACIONALIDAD ÉTNICA	PUEBLOS	NIVEL DE EDUCACIÓN	ESTADO DE NIVEL DE EDUCACIÓN	TIPO DE EMPRESA DE TRABAJO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN	SEGURO SALUD PRINCIPAL: ISSFA	ISSPOL	IESS-C	IESS-P	PRIV	NING

TIPO DE BONO QUE RECIBE	LUGAR TRABAJO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	INGRESOS ECONÓMICOS

GRUPOS ATENCIÓN PRIORITARIA	NIÑOS / NIÑAS	ADOLESCENTES	EMBARAZADAS	ADULTO MAYOR	DISCAPACIDAD	ENFERMEDADES RARAS Y CATASTRÓFICAS	PPL

CONDICIONES DE RIESGO SOCIO ECONÓMICO	NIÑOS EN RIESGO SOCIAL	ADOLESCENTE EN CONDICIÓN DE RIESGO	EMBARAZO DE RIESGO SOCIAL	PRESUNTA VIOLENCIA FÍSICA	PRESUNTA VIOLENCIA PSICOLÓGICA	PRESUNTA VIOLENCIA SEXUAL	TRASTORNOS PREDISPONENTES	ADICCIONES
	RIESGO DE ADOLOCENTES	PETS	DELINCUENCIA	DESEMPLEO	POBREZA	BAJA ESCOLARIDAD	HACINAMIENTO	OTROS

MOTIVO DE INTERVENCIÓN POR TRABAJO SOCIAL	

DATOS DE RESIDENCIA DEL USUARIO / PACIENTE	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO O SECTOR
	No. TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	CALLE PRINCIPAL	CALLE SECUNDARIA
	REFERENCIA DOMICILIARIA			

NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE	

DATOS DE RESIDENCIA DEL REPRESENTANTE	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO O SECTOR
	No. TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	CALLE PRINCIPAL	CALLE SECUNDARIA
	REFERENCIA DOMICILIARIA			

B. ESTRUCTURA FAMILIAR

ORDEN: PADRE - MADRE - HIJOS DE MAYOR A MENOR EDAD - ABUELOS - OTROS PARIENTES - NO PARIENTES

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	RELACIÓN PACIENTE	NIVEL DE EDUCACIÓN	PROFESIÓN	OCUPACIÓN	INGRESO ECONÓMICO	SEGURO SALUD PRINCIPAL	CONDICIONES DE RIESGO SOCIO ECONÓMICO
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

C. SITUACION SOCIO ECONÓMICA FAMILIAR

TOTAL INGRESOS FAMILIARES	
EGRESOS: ALIMENTACIÓN	
VIVIENDA	
SERVICIOS BÁSICOS	
EDUCACIÓN	
SALUD	
MOVILIZACIÓN	
OTROS	
TOTAL EGRESOS	
DISPONIBILIDAD ECONÓMICA FAMILIAR	

D. VIVIENDA

TENENCIA	PROPIA	ARRENDADA	POR SERVICIO	ANTICRESIS	EN HIPOTECA	PRESTADA	ALBERGUE	HOGAR DE PROTECCIÓN	OTRO

TIPO Y CAPACIDAD	CASA	VILLA	CUARTO EN CASA DE INQUILINOS	SUITE DE LUJO	DEPARTAMENTO EN CASA O EDIFICIO	MEDIAGUA	RANCHO
	CONVENTILLO / CIUDELA	OTRO	NÚMERO CUARTOS	NÚMERO BAÑOS	NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO	NÚMERO CAMAS	

CARACTERÍSTICA	HORMIGÓN	BLOQUE	LADRILLO	ADOBE	TAPIA	MADERA	CAÑA NO REVESTIDA
	CAÑA REVESTIDA	MIXTA	OTRO				

SERVICIOS BÁSICOS	LUZ ELÉCTRICA	AGUA POTABLE	RECOLECCIÓN ADECUADA BASURA	ALCANTARILLADO	TELÉFONO	INTERNET

RIESGOS AMBIENTALES	CONDICIONES AMBIENTALES INSALUBRES, MARGINALES Y POCO SEGURAS	ANIMALES INTRADOMICILIO	CONTAMINACIÓN	MAL MANEJO DE DESECHOS	LETRINAS

E. DIAGNÓSTICO SOCIAL

	CIE		CIE
1.		2.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (h:m:s)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

G. EVOLUCIÓN DEL CASO

1. ENTREVISTA: DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS Y ELEMENTOS SOCIOECONÓMICOS FAMILIARES.
2. VISITA DOMICILIARIA, INVESTIGACIÓN DEL ENTORNO , CONVALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN, IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO, SEGUIMIENTO.
3. GESTIONES INTERNAS: COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS.
4. GESTIONES EXTERNAS: LEGAL, LABORAL, PROTECCIÓN, REDES DE APOYO SOCIAL, REHABILITACIÓN, EDUCACIÓN.
5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS: EXÁMENES COMPLEMENTARIOS, COORDINACIÓN PARA ATENCIÓN.
6. REFERENCIAS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD.
7. DICTAMEN SOCIAL PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.
8. CONSEJERÍA EN VIH/SIDA.
9. APLICACIÓN DE ESCALAS DE VALORACIÓN POR CICLOS DE VIDA Y DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS DEL MSP.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS		PLAN DE INTERVENCIÓN	TRABAJADORA SOCIAL
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA
FECHA			CÓDIGO
HORA			FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO

SNS-MSP/HCU-form.038/2021 TRABAJO SOCIAL

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, la más importante es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades de Trabajo Social, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales de trabajo social de establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria que cuenten con este servicio.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales trabajadores sociales
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 6 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, y cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta del adolescente.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en años.
- **Condición de la edad:**

- Este formulario contiene información ampliada a cerca del paciente/usuario y contiene:
- **Estado civil:** registrar una X en el casillero que corresponda el estado civil de acuerdo a la información que el usuario refiera.

- **Auto identificación étnica:** registrar la auto identificación étnica según la respuesta del usuario:

- **Nacionalidad étnica:**
- **Nacionalidad:** registrar una X en la nacionalidad que corresponda al usuario: ecuatoriana o extranjera
- **Pueblos:** registrar una X en la nacionalidad que corresponda al usuario
- **Nivel de educación:** registrar el nivel de instrucción que corresponda. Se refiere a los estudios cursados en el sistema formal de educación:
- **Tipo de empresa de trabajo:** registrar
- **Ocupación/profesión principal:** registrar la ocupación o profesión del usuario
- **Seguro de Salud principal:** registrar el tipo de seguro que tiene el usuario
- **Tipo de bono que recibe:** registrar el tipo de bono que
- **Lugar de trabajo:** registrar el nombre del lugar donde trabaja el usuario
- **Dirección:** registrar la dirección del trabajo
- **Teléfono:** registrar el número de teléfono del trabajo
- **Ingresos:** registrar el valor de los ingresos del usuario
- **Grupos de atención prioritaria:** registrar el grupo prioritario al que pertenece el usuario
- **Condiciones de riesgo socio económico:** registrar el riesgo socio económico del usuario
- **Diagnóstico médico:** registrar el diagnostico resultado del análisis de los síntomas encontrados en los factores de riesgo identificados en el estudio social y se registrará el código CIE10 según corresponda.

Motivo de Interconsulta o demanda de trabajo social

Diagnóstico Social CIE-10: Diagnóstico social
CIE 10 Sociales

T74 Síndromes de maltrato
T74.0 Negligencia o abandono
T74.1 Abuso físico.
T74.2 Abuso sexual
T74.3 Abuso Psicológico.
T74.8 Otros síndromes del maltrato
T74.9 Síndrome del maltrato, no especificado.
Y04 Agresión con fuerza corporal
Y05 Agresión sexual con fuerza corporal
Y06 Negligencia y abandono
Y07 Otros síndromes de maltrato
Y08 Agresión por otros medios especificados
Y09 Agresión por medios no especificados
Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez. Excluye: síndrome del maltrato (T74.-).
Z61.0 Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia.
Z61.1 Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia
Z61.2 Problema relacionado con alteración en el patrón de la relación familia en la infancia
Z61.3 Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia.
Z61.4 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario
Z61.5 problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario.
Z61.6 Problemas relacionados con abuso físico del niño.
Z61.7 Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia
Z61.8 Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia.
Z61.9 Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia.
Z62 Otros problemas relacionados con la crianza del niño. Excluye: síndrome del maltrato (T74.-).
Z62.0 Problema relacionados con la supervisión o el control inadecuado de los padres.
Z62.1 Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres.
Z62.2 Problemas relacionados con la crianza en Institución.
Z62.3 problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño.
Z62.4 Problemas relacionados con el abandono emocional del niño.
Z62.5 Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño.
Z62.6 Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras normalidades en la calidad de la crianza.
Z62.8 Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño.
Z62.9 Problemas no especificado relacionado con la crianza del niño.

Datos de residencia del usuario: registrar la información descrita en el formulario
Nombre del representante: registrar los nombres y apellidos del representante
Datos de residencia del representante: registrar la dirección de la residencia habitual del representante.

B. ESTRUCTURA FAMILIAR

Registrar la siguiente información:

Numero de orden: en este bloque registrar a todos los miembros de la familia con quienes convive el usuario. El número uno corresponde a la persona de quien nos ocupamos en el caso social.

Se continuará registrando en forma ascendente el número que corresponde a los miembros de la familia registrando nombre y apellidos de los miembros de la familia, comenzando por el o la cónyuge; o padre y madre, luego seguirán en orden de edad. Si viven los abuelos u otros familiares ellos se registran al final.

Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos de cada miembro familiar de acuerdo al orden establecido en el numeral.
Edad: registrar los años cumplidos de cada miembro de familia
Sexo: registrar el sexo que corresponda a cada uno de los miembros del núcleo familiar
Estado civil: registrar la condición civil de cada uno de los miembros del núcleo familiar.
Nivel de educación: registrar la información que obtenga del usuario en relación al último año aprobado.
Ocupación: registrar la ocupación según el listado de oficio y profesiones, escoja correctamente la que corresponda según la ocupación referida por el usuario:

Obrero: aquellos que hacen trabajo obrero a domicilio (para fábricas de tejido, calzados). Tomar en cuenta en esta categoría al semiobrero que es aquel que cumple las características antes indicadas y participa él, su familia en pequeñas faenas agrícolas en parcela de su propiedad en las horas no laborables en la empresa.

Artesanos: maestros artesanos independientes o dueños de unidades con dos hasta 14 trabajadores, que generalmente trabajan con sus propias herramientas: así, panadero, carnicero, sastre, modisto, zapatero, talabartero, joyero, carpintero, plomero, electricista, pintor, albañil, chofer, mecánico, técnico, radio tv, tractorista, fumigador, otro.

Empleados de empresas privadas: empleado, técnico-Administrativo de empresa productora privada, con más de 15 trabajadores de contrato permanente, ligados al proceso productivo indirectamente, cumpliendo de control técnico, coordinación, supervisión administrativa, en este grupo de debe incluir a los empleados técnico-administrativos vinculados directamente a empresas estatales productivas, tales como fabricas minas, etc. Así: fabrica, mina banco, seguro, prima comercial, empresa constructora, empresa de servicios, otros.

Administrador propia empresa: subempleado: Aquel que efectúa labores de tipo marginal (marginalidad situación estructural de no participación, aunque sea en nivel ínfimos de niveles de la sociedad) irregular, no estables, en actividades generalmente servicios, comercio menor (vendedor ambulante o mercachifle) o apoya en áreas no fundamentales de la producción. No tiene sueldo fijo y sus ingresos en general están por debajo del mínimo vital, así: oficial artesano, vendedor ambulante, cocinero, lavandero, cargador, portero, lustrabotas, peón, albañil y otros.

Comerciante menor en local estable: aquel dueño de un negocio pequeño, como tendero, fondero, farmacéutico, basar, joya, calzado, ferretería, mueblería, electrodomésticos, papelería, utilería, otros.

Profesionales independientes: de alta calificación con formación universitaria o técnica de nivel medio o alta área económico-jurídica, educativa, área biológica, salud, ciencias exactas y construcción, técnicos medios en las tres áreas.

Pequeño productor Agrícola: no obrero, ni jornalero (es decir no trabajador de empresa agroindustrial ni trabajador de arreglo transitorio por un jornal), cuya subsistencia se basa en el trabajo con sembrador a partir, propietario de una parcela o miembro de una cooperativa, partidario, dueña parcela propia cooperativa.

Empleado público: empleado de institución del estado:

Otros:
Quehaceres domésticos: cuando se ocupa de labores domésticas de su casa no remuneradas.
Becario: cuya subsistencia depende principalmente de una beca.
Artista: Cuya subsistencia depende de la producción de obras de arte o de la interpretación musical o artística en general.
Militar o policía: miembro del Ejército o Policía Nacional
Jubilado: Que subsiste de una pensión jubilar.
Estudiante: Persona que estudia en un colegio o una universidad y no desarrolla actividad remunerada.
Desocupado cesante: que, habiendo sido un trabajador activo, se encuentra sin ocupación al momento.
Mal definido: Cuya actividad no se encuentra bien especificada.
Caso no contemplado: El que no exista en la clasificación de ocupación y oficios.
No datos: se desconoce la respuesta o es imposible obtenerla por barreras culturales.

Ingreso económico: registrar el valor del ingreso económico por miembro familiar
Seguro de Salud principal: registrar el tipo de seguro de los miembros de la familia, en caso de tener
Condiciones de riesgo socio económico: registrar el riesgo socio económico que le corresponde a la familia

C. **SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA FAMILIAR**

Total de ingresos familiares: registrar los aportes que hacen el usuario y/o familiar en beneficio del hogar o manutención de la familia. Se sumará los valores parciales de ingreso s y se tendrá el total
Egresos: registrar los valores de egresos realizados en los ítems que constan en el formulario
Disponibilidad económica familiar: registrar el valor obtenido de la resta de los ingresos y egresos
Fecha de Aplicación: registrar la fecha de aplicación de este formulario en el orden de día, mes y año.

D. **VIVIENDA**

Tenencia de vivienda: registrar una X en el casillero correspondiente: propia, prestada, arrendada, en anticresis; hogar de protección, otra, institución.
Tipo y capacidad de la vivienda: registrar una X en el casillero correspondiente, según informe el usuario.
Características de la vivienda: registrar una X donde corresponda al material del que está construida la vivienda, espacios vitales y totales de cuartos y especialmente número de dormitorios a fin de determinar condiciones de hacinamiento.
Servicios básicos: registrar una x si dispone de luz, abastecimiento de agua, disposición de excretas

Riesgos ambientales: registrar una X en el casillero correspondiente a los posibles riesgos ambientales que tenga la familia, de acuerdo a lo descrito en el formulario.

E. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

Registrar la siguiente información:

- Fecha
- Hora
- Nombre y apellido del responsable
- Firma:
- Sello y código.

F. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

Registrar la siguiente información:

Fecha de la atención: registrar en año, mes y día
Hora de la atención: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que atendió al paciente
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma
Sello: marcar el sello del profesional
En el reverso del presente formulario se encuentran la misma información que servirá para una consulta subsecuente del paciente

G. **EVOLUCIÓN DEL CASO**

En este bloque registrar la fecha y la hora de la atención. Se deberán registrar los problemas identificados y el plan de intervención propuesto, así como el código y firma del profesional responsable.

ADAPTAR FORMULARIO ESTABLE

HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

DATOS GENERALES

C.C. / N.D.I.

NOMBRES: APELLIDOS:

Residencia habitual de la madre: (Entidad Política Administrativa)

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Dirección Domicilio:

TELÉF.:

Nacionalidad: Ecuatoriana / Extranjera / Cuál?

FECHA DE NACIMIENTO: día / mes / año

EDAD (años): < de 15 / > de 35

AUTOIDENTIFICACIÓN: Indígena / Afroecuatoriana / Afrodescendiente / Negra / Mulata / Montubia / Mestiza / Blanca / Otra

SABE LEER Y ESCRIBIR: NO / SI

ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN: Sin Nivel Formal y Básica / Básica / Ciclo Básico Profesional / Ciclo Básico Superior / Bachillerato / Ciclos superior / Superior: Tercer nivel grado / Cuarto nivel o posgrado / Alfabeto / Analfabeto / Ninguno / Lo aprobó

ESTADO CIVIL: Unión de hecho / Soltera / Casada / Divorciada / Viuda / Separada / Vive con la pareja: SI / NO

ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL

ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC / Diabetes / Hipertensión / Preeclampsia / Eclampsia / Otra cardiopatía grave / Cuál?

PERSONALES: TBC / S.G. / Cirugía / Cirugía Ginecológica / Infecciosas / Cardiopatía / Nefropatía / Violencia / VIH

OBSTÉTRICOS: gesta / partos / abortos / vaginales / cesáreas / nacidos vivos / vivos / 3 seguidos consecutivos / partos / cesáreas / abortos espontáneos / ectópicos / molas / ante natal / ante puerperal / aborto 1er sem / aborto 2do sem

ULTIMO EMBARAZO: n/a / < 2500g / normal / > 4000g / Embarazos Múltiples

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día / mes / año / menos de 1 año

EMBARAZO PLANIFICADO: no / si

FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Barrera / DIU / Hormonales / Naturales / Quirúrgicos / No usaba

GESTACIÓN ACTUAL

PESO INICIAL / TALLA (cm.)

FUM: día / mes / año

FPP: día / mes / año

EG CONFIABLE con FUM: Eco <20 s.

ECOGRAFÍA 11-13 semanas

TORA SET: 1er tri. / 2do tri. / 3er tri.

FIMA PAP / ORINA / ALCOHOL / VIOLENCIA

ANTIRUBEOLA: Deficit / No sabe / Inmunizado / no

ANTITETÁNICA: Vigente / no / si; DOSIS 1ra / 2da; Fecha aplicación

EX. NORMAL: MAMAS / ODONT

CERVIX: Imp. vaginal / PAP / COLP

GRUPO Rh

TOXOPLASMOSIS: Inmunig.

VIH-Sida: Instituciones

<20 sem. Prueba solicitada / resul.

TARV: en ensay.

≥ 28 sem. Prueba solicitada / resul.

TARV: en ensay.

Hb <20 sem. / <11.0 g/dl

Fe/FOLATOS indicados / Fe / Folatos

Hb ≥ 28 sem. / <11.0 g/dl

SÍFILIS - Diagnóstico y tratamiento: Primera / Segunda / Tercera / Tratamiento / Tratamiento pareja

CHAGAS

PALUDISMO / MALARIA

BACTERIURIA: asint. / normal / anormal / no se hizo; <20 / ≥ 20

GLICEMIA EN AYUNAS: ≥ 92 mg/dl; <20 sem. / >20 sem.

PREEMPCIÓN PREECLAMPSIA: Cálcico >12 sem. / Ácido Acetil. Bajo dosis >12 sem.

ESTREPTOCOCO B: 35-37 semanas

COCIÓN PRENATAL Guías: 1 2 3 4 5 6; PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA

CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA

CONTROLES PRENATALES

Fecha	Edad gest.	Peso	Ganancia adecuada peso	TA	FC	FR	TPC	Eut	Proteinuria	Est. conc.	Altura uterina	Presentación	FCF (lpm)	Movim. fetales	Sangrado vaginal	Exámenes, tratamientos, SCORE MAMÁ	Iniciales Técnico	Próxima cita
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			

PARTO / ABORTO

FECHA DE INGRESO: día / mes / año

CARNÉ: no / si

CONSULTAS PREMATALES: total

HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO: no / si; días

CORTICOIDES ANTENATALES: completo / incompl. / ninguna / n/a; semana inicio

UTEROINHIBIDORES: si / no / n/a; semana inicio

INICIO: espontáneo / inducido / cesárea

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no / si; día / mes / año; <37 sem. / ≥ 18 hs.; hora / min; tiempo ABPO

ES AL PARTO / ABORTO: semana / días; por FUM / por Eco.

PRESENTACIÓN SITUACIÓN: cefálica / pelviana / transversa

PESO PRODUCTO (aborto): n/a

TAMAÑO FETAL ACORDE EG: no / si

ACOMPAÑANTE: Pareja, Familiar, Partera, Otro, Ninguno; TDP / P

PRÁCTICAS INTERCULTURALES: Vaciamiento / Entrega placenta / Ingesta líquidos / Otras; Cuál?

POSICIÓN PARTO: semisentada / de pie / cuclillas / cambiada / acostada de lado / litotomía

NACIMIENTO

Establecimiento de salud / casa / otro

VIVO: día / mes / año; hora / min

MUERTO: Parto / Antiparto / Sin gráfica

MÚLTIPLE: no / si; cantidad

TERMINACIÓN: espont. / cesárea / fórceps / vacuum / otra

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO

INDUC. / OPER.

episiotomía: no / si

episorrafia: no / si; Grado (I a IV)

MANEJO ACTIVO: no / si

PLACENTA: completa / retenida

LIGADURA CORDÓN AL CESAR FULGURACIONES: no / si

RECIÉN NACIDO: Indicación condición / Calificación de TOP / Apgar 1min / Apgar 5min / Apgar 10min / Apgar final / Reanimación / Sulfato de Mg. precedió / cesárea

Meconio: no / si

Cuál?

MORBILIDAD

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: no / si

Eclampsia / Hellp / Trombosis / Trombosis profunda extremidades / Pre-eclampsia / Preeclampsia

INFECCIONES: no / si

SIRS / Sepsis / Endometritis / Mastitis / Infecciosa general / Bacteriuria asintomática / Pielonefritis

Neumonía / Meningitis / Sepsis / Pancreatitis / Infección herida quirúrgica / Infección apendicitis / Otra infección

HEMORRAGIA: 1 TRIM. no / si; 2 TRIM. no / si; 3 TRIM. no / si

Pérdida aborto / Vasa hasta/ovo / Embarazo ectópico / Placenta previa / Desprendimiento placenta / DPPP

Ruptura uterina / Hemorragia postparto / Atonía uterina / Coagulopatía / Ablación / Shock de complicación

TRASTORNOS METABÓLICOS: no / si

DIABETES MELLITUS: no / si

Tolerancia oral a la glucosa anormal / D.M. insulino dependiente previa / D.M. no insulino dependiente previa / D.M. gestacional

TRASTORNOS TIROIDEOS: no / si

Hipotiroidismo / Hipertiroidismo / Otro trastorno / Otro trastorno metabólico

OTROS TRASTORNOS: no / si

Hiperemesis gravídica / Hepatitis / Trastornos hepatobiliares / Enfermedad E.A. / Cardiopatía / Anemia / Colecistitis

Obesidad / Anemia falciforme / Anemia falciforme / Enfermedad renal / Neoplasia maligna / Trastorno sicológico / Alteración del estado de conciencia

POSTPARTO

día	Hora	TPC	TA	FR	Guata	Sat.	ref. sin.	ref. ser.	Loquia	SCORE MAMÁ

Hemoglobina post 6h.P.: no / si / n/a

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: no / si

Parto instrumental / Ruptura prolongada de membrana / Oligoamnios / Polihidramnios / Sufrimiento fetal agudo / Retención de fragmentos placentarios

Otras: no / si

INTERVENCIONES

Monitoreo manual / Medicamentos para la hemorragia / Vía venosa central / Hemoderivados / Hrs. de PP

Laparotomía (exploratoria) / Vigilancia UCI < 7 días / Uso de ATB en el puerto de complicación infecciosa / Cuál?

Procedimientos para detener/controlar la hemorragia: Ligaduras hemostáticas de los vasos uterinos / hipogástricas / Embolizaciones / Tipo embolizante en vasos uterinos / Balones hemostáticos

Este color significa ALERTA

PARTOGRAMA

C.C. / H.CU.

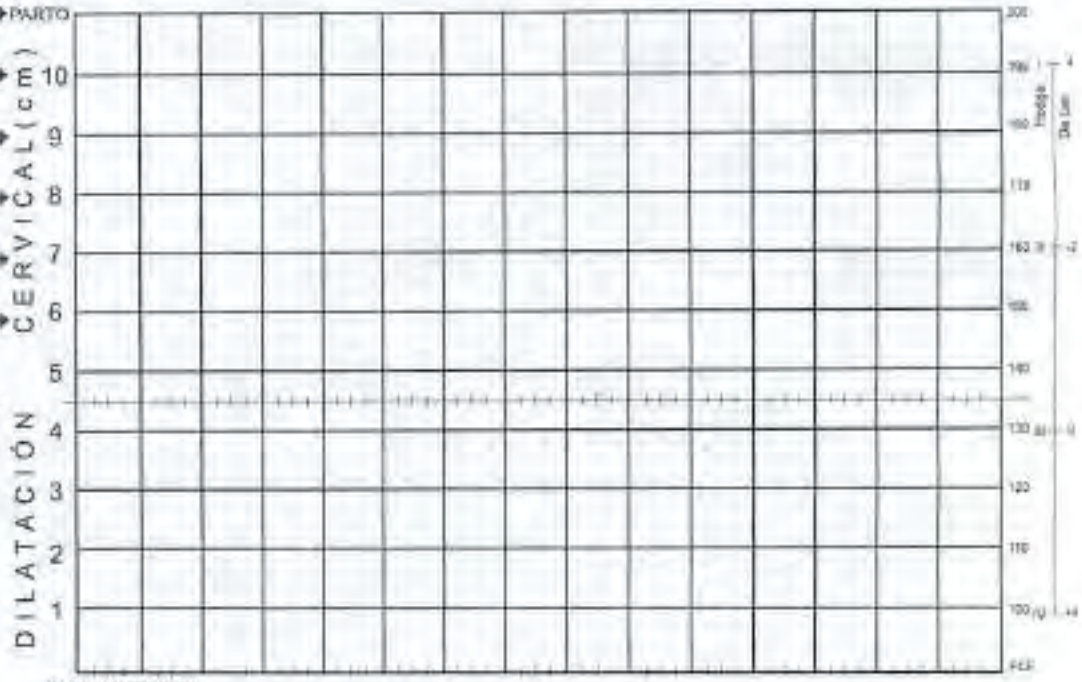
DÍA	MES	AÑO

APELLIDO PATERNO | MATERNO | NOMBRES

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL			
PARIDAD	TODAS	MULTÍPARAS		NULÍPARAS	
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS
0:15	0:15	0:05	0:30	0:20	
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35	
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50	
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05	
1:15	1:25	1:00	1:30	1:25	
2:10	2:30	2:30	3:15	2:50	

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (por horas) 0:10

LÍNEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA



REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN
DILATACIÓN CERVICAL
RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB. (REM)
RUPTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

INTENSIDAD	LOCALIZACIÓN
Fuerte +++	Sacroilíaco SI
Moderada ++	Sacro S
Débil +	Contracciones
No se percibe	Otros

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
Dips tipo I (Desaceleración precoz) I
Dips tipo II (Desaceleración tardía)
Dips variables (Desaceleración variable) V
Monótono M

POSICIÓN MATERNA
Lat. derecho LD
Lat. izquierdo LI
Dorsal D
Semisentada SS
Sentada S
Parada o caminando PC

*SCHWARCZ, R., DIAZ A.E., NIETO, F., ELAP

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR / Localiz. / Intens.																

VARIABLES IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS no ◯ si ◯

CRITERIOS CLÍNICOS/DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA			LABORATORIO			INTERVENCIONES		
Cardiovascular:	si	no	Laboratorio:	si	no	Administración continua de agentes vasoactivos	si ◯	no ◯
Shock	◯	◯	Plaquetas < 50000/ml	◯	◯	Cuáles		
Fallo cardíaco	◯	◯	Creatinina > 300 micromoles/l >1.5 mg/dl	◯	◯	Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	si	no
Respiratorio:			Bilirrubina > 100 micromol/l >6.0 mg/dl	◯	◯	días		
Colapso de vía aérea	◯	◯	pH < 7.1	◯	◯	Administración > 2 ud. de hemoderivados	si	no
Requerimiento adicional (ventilación)	◯	◯	PaO < 50% 21 kPa	◯	◯	Ingreso de UCI >7 días	◯	◯
Taquipnea severa FR > 40rpm	◯	◯	PaO2/FiO2 < 200 mmHg	◯	◯	Histerectomía	◯	◯
Bradipnea severa FR < 5rpm	◯	◯	Lactato > 5mmol/L o 45mg/dl	◯	◯	Diálisis en caso de IRA	◯	◯
Renal:	si	no				Reanimación cardio-pulmonar	◯	◯
Oliguria secundaria a fracasos sistémicos	◯	◯						
Hematológicas/coagulación:								
Alteraciones de la coagulación	◯	◯						
Neurológicas:								
Coma	◯	◯						
Convulsiones prolongadas > 12 hs	◯	◯						
Accidente Cerebro Vascular	◯	◯						
Convulsiones neurológicas/ estado de mal epiléptico	◯	◯						
Parálisis (paraplejía)	◯	◯						

RECIÉN NACIDO

SEXO: F ◯ M ◯ no definido ◯

PESO AL NACER: g <1500 g ◯ >4000 g ◯

P. CEFÁLICO cm

LONGITUD cm

EDAD GESTACIONAL: semanas / días — FUM — ECO — ESTIMADA

PESO E.G.: adec. ◯ peq. ◯ gde. ◯

APGAR (min): 1' / 5' / 10' — c/2

REANIMACIÓN: estimulac. ◯ / aspiración ◯ / mascara ◯ / bolsa ◯ / tubo endotraq. ◯ / masaje c. ◯ / medicación ◯

FALLECE en LUGAR de PARTO: no ◯ si ◯

ATENDIÓ	médico	obst.	enf.	aux.	estud.	estud.	enf.pr.	otro	Nombre
PARTO	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	
NEONATO	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	

TRASLADO: alta con mamá ◯ / alta sola ◯

Tipificación R.H.

Vitamina K: no ◯ si ◯

Profilaxis Ocular: no ◯ si ◯

MÉTODO CANGURO: Amamantamiento: Se aplica no ◯ si ◯ / Se aplica si ◯ no ◯

EXAMEN FÍSICO: NORMAL si ◯ no ◯

DEFECTOS CONGÉNITOS: no ◯ si ◯ — cuáles

ENFERMEDADES: ninguna ◯ 1 ó más ◯ — cuáles

TAMIZAJE METABÓLICO: Se realiza ◯ No se realiza ◯ c/a

TAMIZAJE AUDITIVO: Pasa OI ◯ OD ◯ / No pasa OI ◯ OD ◯ / No se hizo ◯

VACUNA Hepatitis B: Dosis ◯ / Se aplica ◯ / No se aplica ◯

ATEO. AMBULATO. si ◯ no ◯

Masaje T° piel no ◯ si ◯

Lactancia inmediata no ◯ si ◯

EGRESO RN

vivo ◯ fallece ◯ referencia ◯

Fecha / hora / día / mes / año

Nombre establecimiento

Fallece durante la referencia: no ◯ si ◯

Fallece en el lugar de la referencia: no ◯ si ◯

EDAD días completos: <1 día

ALIMENTO AL ALTA: leche materna ◯ / parcial ◯ / artificial ◯ / leche humana ◯

DESCARTE SÍFILIS: no ◯ si ◯

BCG no ◯ si ◯

PESO AL EGRESO: g

Certificado Recién Nacido: C.C. / HCU

Nombre Recién Nacido

Responsable egreso RN / nombre completo / sello

EGRESO MATERNO

fecha / mes / día / hora / año

Fallece durante la referencia: no ◯ si ◯

Fallece en el lugar de la referencia: no ◯ si ◯

días completos desde el parto

vivo ◯ fallece ◯ referencia ◯

Nombre del establecimiento

Responsable egreso materno / nombre completo / sello

ANTICONCEPCIÓN

ASESORÍA no ◯ si ◯

MÉTODO: Barrera ◯ / Oral ◯ / Inyectable ◯ / Implante ◯ / Dispositivo ◯ / Ligadura ◯

MSP/DNEAV/SDNCSS/Ener.05/ mayo/2016

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (AÑOS)

N/C: NO CONSTA

B. ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL INFORMANTE	
MOTIVO DE CONSULTA	

TIPO DE CONSULTA	PRIMERA		SUBSEC/CONTROL		FECHA DE ULTIMA CONSULTA POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR	

CARACTERÍSTICAS FÍSICO SEXUALES

DESARROLLO PUBERAL MUJER												DESARROLLO PUBERAL HOMBRE											
TELARQUIA			PUBARQUIA			MENARQUIA			VELLO AXILAR			PUBARQUIA			VELLO AXILAR			ESPERMARQUIA					
EDAD		NO	EDAD		NO	EDAD		NO	EDAD		NO	EDAD		NO	EDAD		NO	EDAD		NO			

RITMO MENSTRUAL

CICLOS								CANTIDAD								COÁGULOS			
REGULAR		IRREGULAR		DURACIÓN				ESCASO		REGULAR		ABUNDANTE		N/C		SI		NO	N/C

DOLOR MENSTRUAL														DOLOR MAMARIO			MASTODINIA			DOLOR PÉLVICO		
SI		NO		N/C		PREMENSTRUAL		MENSTRUAL		POSTMENSTRUAL		SI		NO		N/C	SI		NO		N/C	SI		NO		N/C

DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER

CERVICO UTERINO	SI		NO		N/C		FECHA				MAMARIO	SI		NO		N/C		FECHA			

OBSERVACIONES:	

SEXUALIDAD

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	SUFICIENTE		INSUFICIENTE		PAREJA ACTUAL	SI		NO		N/C		TIEMPO DE RELACIÓN	AÑOS		N/C		EDAD PAREJA		N/C		N/ PAREJAS SEXUALES		N/C
TIPO DE EXPERIENCIA SEXUAL	NO		VAGINAL		ORAL		ANAL		BSE		VIOLENCIA SEXUAL	SI		NO		N/C	EDAD AGRESOR		N/C		EDAD OCURRIÓ VIOLENCIA		N/C
TIEMPO DE VIOLENCIA		A		M		D		N/C	TRATAMIENTO PROFILÁCTICO			SI		NO		N/C	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO			SI		NO		N/C

OBSERVACIONES:	

C. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

¿TRABAJO CON USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS					HISTORIA ANTICONCEPTIVA											
SI		NO		CUAL		DESTÁGENO ORAL		DESTÁGENO DEPÓSITO		DIU		OTROS		TIEMPO DE USO		CAUSA ABANDONO

USO ACTUAL DE ALGÚN MÉTODO

SI		NO		CUAL		TIEMPO DE USO		OBSERVACIÓN	

REINICIO DEL MÉTODO						ADOPCIÓN MÉTODO ACTUAL							CRITERIO DE ELEGIBILIDAD				
MUJER EN EDAD FÉRTIL		MADRE LACTANTE		HOMBRE		DESTÁGENO ORAL		DESTÁGENO DEPÓSITO		DIU		OTROS		FECHA DE INICIO			

D. CONTROLES

		PRIMERA	SUBSECUENTE	SUBSECUENTE	SUBSECUENTE	SUBSECUENTE	SUBSECUENTE	SUBSECUENTE	SUBSECUENTE
FECHA									
PRESIÓN ARTERIAL		/	/	/	/	/	/	/	/
PESO / Kg									
SANGRE INTERMENSTRUAL									
FLUJO CERVICAL									
MAMAS (PALPACIÓN)									
ÚLTIMA MENSTRUACIÓN	FECHA								
	DURACIÓN								
	CANTIDAD								
EVOLUCIÓN DEL	FILO								
	EXPULSIÓN								
	RETIRO								
	REINSERCIÓN								
CAUSA ABANDONO MÉTODO	FALLO								
	PERSONALES								
	DESEA HIJO								
	EMBARAZO								
MOLESTIAS DE CONSEJERIA									
CAMBIO DE MÉTODO									
NOMBRE EXAMINADOR									

E. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - ITS

TIENE O HA TENIDO ALGUNA	SI		NO		CUAL		TRATAMIENTO	SI		NO		CUAL
OBSERVACIONES												

F. FECUNDIDAD

NÚMERO EMBARAZOS		NÚMERO PARTOS		NÚMERO CESÁREAS		NÚMERO ABORTOS		EMBARAZOS ECTÓPICOS		NÚMERO NACIDOS VIVOS		NÚMERO NACIDOS MUERTOS	
FECHA ÚLTIMA GESTACIÓN				LACTANCIA ANTERIOR	SI		NO		LACTANCIA ACTUAL	SI		NO		LACTANCIA MAMA EN MESES	

G. EXÁMEN FÍSICO GENITALES FEMENINOS

TANNER				EXAMEN MAMARIO				VULVA				CLITORIS				VAGINA				CUELLO UTERINO			
MAMAS		VELLO		NORMAL		ANORMAL		NORMAL		ANORMAL		NORMAL		ANORMAL		NORMAL		ANORMAL		NORMAL		ANORMAL	
OBSERVACIONES																							

H. EXÁMEN FÍSICO GENITALES MASCULINOS

TANNER				EXAMEN MAMARIO				EXAMEN PENE				GLANDE				PREPUCIO			
GENITALES		VELLO		NORMAL		ANORMAL		NORMAL		ANORMAL		NORMAL		ANORMAL		NORMAL		ANORMAL	
ESCROTO				TESTÍCULO DERECHO				TESTÍCULO IZQUIERDO											
NORMAL		ANORMAL		NORMAL		ANORMAL		NORMAL		ANORMAL									
OBSERVACIONES																			

I. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

HEMOGRAMA		GLICEMIA		PERFIL HORMONAL		ENO		TORCH		FROTIS		HIV	
REPETIDO		HPV		CITOLOGÍA VAGINAL		COLPOSCOPIA		ECO		MAMOGRAFÍA		OTROS	

J. DIAGNÓSTICO

	ACTIVO	DEF - DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

K. PLANES DE TRATAMIENTO

REGISTRAR LOS PLANES DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

CARNÉ? CUAL SI NO

OBSERVACIONES

L. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (DIA-MES-AÑO)	HORA (HH:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.052/2021 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones.

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades de planificación familiar, obteniendo de esta manera información necesaria y segura.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales médicos ginecólogos, generales, familiares y obstetrices, de establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos ginecólogos, generales y obstetrices
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 12 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del

Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en números.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. ATENCION MEDICA

Nombre del informante: registrar el nombre de la persona que brinda la información, en caso de que no sea el paciente

Motivo de la consulta

Registrar el motivo de la consulta de acuerdo a la versión del paciente o informante

Tipo de consulta

Registrar con una X, según corresponda a: primera consulta o subsecuente

Fecha de la última consulta por planificación familiar

Registrar la fecha que tuvo el paciente para su última consulta de planificación familiar, en el siguiente orden: año, mes, día. Si no recuerda la fecha exacta registrará el tiempo aproximado.

Caracteres físico-sexuales: desarrollo puberal mujer:

- Registrar la edad en la siguiente información:
- Si la respuesta es NO en algún ítem, marcar una X en el casillero correspondiente
- Telarquia
- Pubarquia
- Menarquia
- Vello axilar

Desarrollo puberal del hombre:

Registrar según corresponda la edad de:

Si la respuesta es NO en algún ítem, marcar una X en el casillero correspondiente

- Pubarquia
- Vello axilar
- Espermarquia

- **Tiempo de violencia:** registrar en caso de que la violencia sexual haya sido por algún tiempo: años, meses o días, de lo contrario registrar N/C.
- **Tratamiento profiláctico:** registrar una X en el casillero de SI o No según la información del paciente, de lo contrario N/C.
- **Tratamiento psicológico:** registrar una X en el casillero de SI o No según la información del paciente, de lo contrario N/C.

C. **METODOS ANTICONCEPTIVOS**

En este bloque necesitamos conocer todo lo relacionado a los métodos anticonceptivos utilizados por el paciente:

- **Embarazo con uso de métodos anticonceptivos:** registrar una X en el casillero correspondiente, según la indicación del paciente.
- **Historia anticonceptiva:** registrar una X en el casillero correspondiente según la indicación del paciente. En causa del abandono describir.
- **Uso actual de algún método:** registrar una X en el casillero de SI o NO, según la información del paciente y describir el método
- **Cuál:** escribir el método en caso de esté usando
- **Tiempo de uso:** registrar el tiempo en año, mes, día que se encuentra usando el último método anticonceptivo.
- **Observación:** registrar observaciones si es necesario.
- **Beneficiarios del método:** registrar una X si la paciente está en edad fértil o es madre lactante, según corresponda, o si es hombre.
- **Adopción del método actual:** registrar una X en el casillero correspondiente, según informe la paciente.
- **Fecha de inicio:** registrar la fecha de inicio del último método anticonceptivo en el siguiente orden: año, mes, día.
- **Criterio de elegibilidad:** registrar lo que la paciente indique, es decir el motivo por el que escogió ese método anticonceptivo.

D. **CONTROLES**

En este bloque tenemos un cuadro que resume todos los aspectos importantes que tenemos que controlar en una paciente que se encuentra utilizando algún método anticonceptivo. El cuadro tiene espacio para una primera consulta y siete subsecuentes. Se registrará la información correspondiente en cada casillero de acuerdo a la información del paciente.

E. **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL-ETS**

- **Tiene o ha tenido alguna:** registrar una X en el casillero correspondiente a SI o NO según indique el paciente. Preguntar cuáles y se anotará.
- **Tratamiento:** registrar una X en el casillero correspondiente a SI o NO, NA= no aplica según indique el paciente. Preguntar cuál y se anotará.
- **Observaciones:** registrar cualquier aspecto de importancia en cuanto a ETS

F. **FECUNDIDAD**

En este bloque registrar el número en cada una de las categorías, según la información brindada por la paciente.

Ritmo menstrual
En este bloque se registrará la siguiente información:

- **Ciclos:** se refiere al tiempo de duración del ciclo menstrual en días, registrar una X en el casillero correspondiente.
- **Cantidad:** registrar con una X según corresponda a: escaso, regular, abundante, N/C= No Conoce.
- **Coágulos:** registrar con una X según corresponda: SI o NO
- **Dolor menstrual:** Registrar con una X según corresponda a la respuesta del paciente: SI o NO. Si la respuesta es SI, marcar con una X según corresponda a: premenstrual, menstrual o pos menstrual y N/C si no conoce.
- **Mastodinia** registrar una X en SI o No, según corresponda o en N/C si no conoce.
- **Dolor mamario:** registrar una X en SI o No, según corresponda o en N/C si no conoce.
- **Otras molestias:** registrar una X en SI, NO o N/C, según corresponda a la información del paciente.
- **Detección Oportuna del Cáncer-DOC - cérvico uterino:** registrar una X en SI, NO o N/C, según corresponda a la información del paciente.
- **Fecha:** registrar la fecha que se realizó este examen la paciente. En el formato: año, mes, día
- **DOC mamario:** registrar con una X si la paciente SI se realizó o No, según corresponda la información de la paciente.
- **Fecha:** registrar la fecha que se realizó este examen la paciente. En el formato: año, mes, día
- **Observaciones:** Describir cualquier aspecto de importancia relacionado con el ciclo menstrual.

Sexualidad

En este bloque registrar la siguiente información, garantizando la confidencialidad:

- **Calidad de la información:** registrar una X en el casillero correspondiente de acuerdo a la respuesta del paciente la calidad de la información obtenida, sea: suficiente, insuficiente o ninguna.
- **Pareja actual:** registrar si la paciente tiene o no pareja actualmente, por lo que se marcará con una X según corresponda la información.
- **Tiempo de relación:** registrar el número de años que tiene relación con la pareja actual.
- **Edad de la pareja:** registrar el número de años cumplidos de la pareja actual.
- **Número de parejas sexuales:** registrar el número de parejas sexuales que tiene la paciente, según indique. N/C si no conoce.
- **Tipo de experiencia sexual:** registrar con una X el tipo de experiencia sexual, según indique la paciente.
- **Violencia Sexual:** registrar una X en SI o NO, según la respuesta del informante y N/C si no conoce.
- **Edad del agresor:** registrar la edad aproximada del agresor, según la información del paciente/informante, de lo contrario registrar la X en N/C.
- **Edad en que ocurrió la violencia:** registrar la edad del paciente en el momento del acto de violencia, o N/C.

- **Lactancia anterior:** se refiere a si la paciente ha dado de lactar anteriormente, por lo tanto registrar una X en el casillero que corresponda.
- **Lactancia actual:** se refiere al tiempo máximo en meses que ha dado de lactar, por lo tanto registrar una X en el casillero que corresponda.
- **Lactancia máxima en meses:** registrar el número de meses que ha dado de lactar.

G. **EXAMEN FISICO GENITALES FEMENINOS**
En este bloque registrar una X en los casilleros correspondientes sea normal o anormal, según el examen físico lo determine.

H. **EXAMEN FISICO GENITALES MASCULINOS**
En este bloque registrar una X en los casilleros correspondientes sea normal o anormal, según el examen físico lo determine.

I. **EXAMENES COMPLEMENTARIOS**
En este bloque registrar información relacionada con el pedido de exámenes complementarios, por lo que se marcará una X en el examen correspondiente.

J. **DIAGNOSTICO**
En este bloque registrar una descripción del diagnóstico según el CIE, sea definitivo o presuntivo.

K. **PLANES DE TRATAMIENTO**
Describir los planes de tratamiento que requiere la paciente, sean para diagnóstico, terapéutico y educacional.

L. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**
- **Fecha de la consulta:** registrar en año, mes y día
- **Hora:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional.
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula.
- **Sello:** marcar el sello del profesional.

Elaborado por: G.F
Aprobado por: Dirección Nacional de Normatización
Fecha: 2021

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	REFERENCIA ☐	DERIVACIÓN ☐
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	MOTIVO	
PROVINCIA / CANTÓN / PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipo en mal estado 5. Problemas de infraestructura	6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la especialidad en los centros de derivación

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	DIAGNÓSTICO	DIFT. DIFERENCIAL	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	DIAGNÓSTICO	DIFT. DIFERENCIAL	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO

SNS-MSP.HCU/form.053/2021 REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRA-REFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico, tratamiento y prescripciones.

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las referencias y contra referencias requeridas en la atención, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales de la salud: médicos, odontólogos, obstetrices, psicólogos y otros profesionales de salud, de establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud RPIS y Red Privada Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales de salud
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO

SECCIÓN - REFERENCIA

Este formulario consta de 7 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

Original: para el paciente
Copia: queda en historia clínica

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.

- **Establecimiento de Salud:** registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la referencia.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido:** registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar una X si corresponde a: Hombre, Mujer
- **Fecha de nacimiento**: registrar la fecha de nacimiento en el siguiente orden: año, mes, día.
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.
- **Número de teléfono:** registrar el número de teléfono sea fijo o celular.
- **Lugar de residencia actual:** registrar la provincia, el cantón y la parroquia donde reside el paciente.

REFERENCIA - DERIVACIÓN

Registrar una X en el casillero de Referencia o Derivación, según corresponda la condición del paciente. A continuación registrar una X en el casillero relacionado con el motivo.

Motivo:

Registrar una X en el casillero correspondiente a la razón por la cual se realiza la referencia o derivación.

B. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE O DERIVA EL PACIENTE**

- **Institución del sistema:** registrar el nombre de la Institución del Sistema de Salud que corresponda el establecimiento al que se refiere
- **Establecimiento de salud:** será registrado por el agendador
- **Servicio:** registrar el nombre del servicio al que se refiere o deriva
- **Especialidad:** registrar el nombre del servicio al que se refiere o deriva

C. **RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**

En este bloque registrar un resumen del cuadro clínico del paciente.

D. **HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

Registrar los resultados más importantes encontrados en los diferentes exámenes solicitados al paciente.

E. **DIAGNOSTICO**

Registrar máximo cuatro diagnósticos con su respectivo código CIE

F. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

- **Fecha de la referencia/derivación:** registrar en año, mes y día
- **Hora:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula
- **Sello:** marcar el sello del profesional

G. **EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN**

- **Referencia justificada:** registrar una X según corresponda
- **Derivación justificada:** registrar una X según corresponda

SECCIÓN - CRONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

Registrar una X según corresponda a contrareferencia o referencia inversa

A. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA REFERENCIA INVERSA**

En este bloque registrar la información requerida de acuerdo al bloque A, correspondiente al establecimiento que contrarefiere.

- Institución del sistema
- Establecimiento de Salud
- Tipo
- Unicódigo
- Número de Historia Clínica
- Número de Archivo

B. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL DE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA**

Esta información corresponde al establecimiento:

- Institución del sistema
- Establecimiento de Salud
- Distrito

C. **RESUMEN DE CUADRO CLINICO**

Registrar el resumen del cuadro clínico del paciente

D. **HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

Registrar los hallazgos encontrados en los exámenes realizados y los diferentes procedimientos diagnósticos.

E. **TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS**
Registrar el o los tratamientos y procedimientos que fueron realizados al paciente.

F. **DIAGNOSTICO**
Registrar el nombre de uno o dos diagnósticos, con su respectivo código CIE, sea presuntivo o definitivo.

G. **TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE**
Registrar el tratamiento que el establecimiento de salud que contrarefiere recomienda, en base a los resultados de exámenes y procedimientos diagnósticos.

H. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

Registrar la siguiente información:

- **Fecha de la contrareferencia:** registrar en año, mes y día
- **Hora:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula
- **Sello:** marcar el sello del profesional

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (AÑOS)

ACOMPAÑANTE	NO		PAREJA		MADRE		PADRE		ABUELA		PARIENTE		OTROS	

B. ATENCIÓN MÉDICA

MOTIVO DE CONSULTA (según adolescente)	MOTIVO DE CONSULTA (según acompañante)

C. ENFERMEDAD ACTUAL

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y PERSONALES

N/C: NO CONOCE

PERINATALES NORMALES			CRECIMIENTO NORMAL			DESARROLLO NORMAL			VACUNAS COMPLETAS			ENFERMEDADES CRÓNICAS			ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS			TRASTORNO PSICOLÓGICO		
SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C

USO DE MEDICINAS O SUSTANCIAS			ACCIDENTES INTOXICACIÓN			ALERGIAS			INFECCIONES RECURRENTES			CIRUGÍA / HOSPITALIZACIÓN			PRESENTA VIOLENCIA			JUDICIALES		
SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C

DESCRIBA	

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

DIABETES			OBESIDAD			ALERGIAS			CARDIO VASCULARES			CÁNCER		
SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C

INFECCIONES			ALCOHOL / DROGAS			VIOLENCIA FAMILIAR			MADRE / PADRE ADOLESCENTE			JUDICIALES		
SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C	SI	NO	N/C

DESCRIBA	

F. DATOS ENTORNO FAMILIAR

FAMILIA		
CONVIVE CON	SI	NO
MADRE		
PADRE		
MADRASTRA		
PADRASTRO		
HERMANOS		
PAREJA		
HIJOS/A		
SOLO		
OTROS		
VIVE	SI	NO
EN INSTITUCIÓN		
EN LA CALLE		
CASA		

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PADRE O SUSTITUTO	MADRE O SUSTITUTA
ANALFABETO		
PRIMARIA		
BÁSICA		
BACHILLERATO		
TÉCNICO		
TERCER NIVEL		
CUARTO NIVEL		

TRABAJO	PADRE O SUSTITUTO	MADRE O SUSTITUTA
NEGADO		
ESTABLE		
NO ESTABLE		

ESPECIFIQUE:

PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL ADOLESCENTE				
BUENA	REGULAR	MALA	NO HAY	

FAMILIOGRAMA

OBSERVACIONES:

VIVIENDA		
ENERGÍA ELÉCTRICA	SI	NO
	EN HOGAR	FUERA HOGAR
AGUA		
EXCRETAS		
NÚMERO DE CUARTOS PARA DORMIR		
NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN		
COMPARTE CASA		

OBSERVACIONES:

G. DATOS SOBRE LA EDUCACIÓN

ESTUDIA		NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA	NIVEL EN CURSO		GRADO / CURSO	PRESENTA VIOLENCIA ÁMBITO ESCOLAR		AÑOS REPETIDOS		DESERCIÓN / EXCLUSIÓN		
SI	NO		PRIMARIA	SECUNDARIA		SI	NO	CAUSAS		CAUSAS		
			CÁLCULO	TERCER AÑO								
OBSERVACIONES												

H. DATOS SOBRE EL TRABAJO

ACTIVIDAD			ESTABA EN TRABAJO	TRABAJO	HORAS DE TRABAJO			RAZÓN DEL TRABAJO			TRABAJO LEGALIZADO		TRABAJO INFORMAL	
TRABAJA		BUSCA POR PRIMERA VEZ			MAÑANA	TIEMPO COMPLETO	DOCENTE	ECONÓMICA	MI GUSTO	SI	NO	SI	NO
NO TRABAJA		DESOCUPADO	AÑOS	HORAS POR SEMANA	TARDE	TIEMPO PARCIAL	NO	AUTONOMA	NO	NO		NO	
OBSERVACIONES													

I. DATOS SOBRE VIDA SOCIAL

ACEPTADA			PAREJA	MADRE	ACEPTADA GRUPAL	DEPORTE	TELEVISIÓN	COMPUTADOR	REDES SOCIALES	VIDEJUEGOS	PERSUASIÓN	OTRAS ACTIVIDADES	
ACEPTADA		RECHAZADO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	CÁLCULO
RECHAZADO		RECONOCIDO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
HORAS POR DÍA													
OBSERVACIONES													

J. HÁBITOS

HORAS DE SUEÑO		ALIMENTACIÓN SALUDABLE		COMIDAS POR DÍA CON LA FAMILIA			TABACO			EDAD INICIO TABACO	ALCOHOL		EDAD INICIO ALCOHOL		OTRAS SUSTANCIAS				DOMINIO TRABAJO		
MENOS 8 HORAS		SI		SI		CUANTAS	SI		CUANTOS	AÑOS	SI		AÑOS		SI		CUAL		SI		CUAL
MÁS 8 HORAS		NO		NO			NO		FRECUENCIA		NO		FRECUENCIA		NO		FRECUENCIA		NO		
OBSERVACIONES																					

K. ANTECEDENTES GINECO-UROLÓGICO

MENARQUIA / ESPERMARQUIA		FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN				CICLOS REGULARES		DISMENORREA			MENOPAUSIA GENERAL			MASCULINOS DE TRANSMISIÓN SEXUAL			OTROS				
FCHA		NO CONOCE		NO CONOCE		SI		NO	SI		NO	SI		SI		EXPLICITAS	EMBARAZO		PARTO		CESÁREA
NO CONOCE		AÑO		MES		DÍA		SIN		NO		NO		NO			ABORTO		HIJOS VIVOS		HIJOS ABORTOS
OBSERVACIONES																					

L. SEXUALIDAD

MODESTIA AUTÓNOMA		TIPO RELACIONES SEXUALES			PAREJA ACTUAL		EDAD INICIO RELACIONES SEXUALES		DISFUNCIÓN SEXUAL		MÉTODO ANTICONCEPTIVO				APOYO DE PAREJA			PRESENTA VIOLENCIA SEXUAL		
SI		NO		HOMOSEXUAL	UNICA	NO	AÑOS	VOLUNTARIO		SI		SI	NO		SIEMPRE		CASI	SI		NO
NO		BISEXUAL		HETEROSEXUAL	VARIAS			SI	NO	NO		CUAL			A VECES			NO		
OBSERVACIONES																				

M. SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL

MAPA CORPORAL			ESTADO DE ÁNIMO (HALLO MENTAL)						RESPUESTA EMOCIONAL			PROYECTO DE VIDA		
DIBUJO		CAMPOS RELACIONADOS CON DIBUJO	ALEGRE		TRISTE		NORMAL		RABIA		ESTADO CAMBIANTE	TRABAJO	CLARO	INCLUSIVO
CREA PROCEDIMIENTOS			ALEGRÍA		MUY TRISTE		OTRO		PADRE		FUERA DEL HOGAR		CONFUSO	
OBSERVACIONES														

N. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

TEMPERATURA (°C)	PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	PULSO / min	FRECUENCIA RESPIRATORIA / min	PESO (Kg)	TALLA (cm)	IMC (Kg/m²)	PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)	PULSIOXIMETRÍA (%)

O. EXAMEN FÍSICO

MARQUAR CON NUMERO PRESENTE PATOLOGÍA Y DESCRIBIR

1. ASPECTO GENERAL		4. AGUDEZA AUDITIVA		7. TÓRAX Y MAMAS		10. ABDOMEN		13. MIEMBROS SUPERIORES		16. TUMORES		
2. PIEL Y FANERAS		5. OJOS Y DIENTES		8. CARDIO PULMONAR		11. GENITOURINARIO		14. MIEMBROS INFERIORES		MAMAS	GENITALES	VELLO PÚBICO
3. AGUDEZA VISUAL		6. CUELLO Y TIROIDES		9. COLUMNA VERTEBRAL		12. ANO - RECTO		15. ONICOMICOSIS				
OBSERVACIONES												

P. DIAGNÓSTICO

	PRIMERA VEZ	SEGUNDA VEZ	DX	PRE	DEF		DX	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

Q. PLAN DE TRATAMIENTO

DE ACUERDO A LAS NECESIDADES, EDUCACIÓN, ALERTA Y REFERENCIA

R. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.056/2021 ATENCIÓN ADOLESCENTES

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de la evaluación clínica del paciente adolescente, con lo cual se pretende obtener la información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por médico generales, especialistas en: ginecología, medicina familiar, medicina general, integral de los diferentes establecimientos de salud que brinden atención a pacientes adolescentes, tanto en la Red Pública Integral de Salud (RPIS) como en la Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará las siglas NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmendaduras
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 18 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta del adolescente.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.

- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en años.
- **Acompañante:** registrar una X si el adolescente acude a la consulta con acompañante: pareja, con madre, padre, con amigo/a, pariente u otros, según sea el caso. De lo contrario registrar una X en NO.

B. **ATENCION MEDICA**

- **Motivo de consulta**: (adolescente) registrar el motivo de la consulta según la versión del adolescente.
- **Motivo de consulta:** (acompañante) registrar el motivo de la consulta según la versión del acompañante.

C. **ENFERMEDAD ACTUAL**

En este bloque registrar detalladamente la enfermedad actual del adolescente.

D. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

En este bloque registrar una X en SI o NO en el casillero correspondiente a la patología, que manifieste el paciente o acompañante.
Describa: en estas líneas el profesional registrará algún comentario de importancia en relación a los antecedentes personales.

E. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

En este bloque registrar una X en SI o NO en el casillero correspondiente a la patología, que manifieste el paciente o acompañante.
Describa: en estas líneas el profesional registrará algún comentario de importancia en relación a los antecedentes familiares.

F. **DATOS DEL ENTORNO FAMILIAR**

En este bloque se recoge información relacionada con la familia del adolescente. Registrar en el casillero correspondiente a SI o No según corresponda la respuesta del paciente en las diferentes variables y categorías. Realizar el gráfico del familiograma.

G. **DATOS SOBRE EDUCACIÓN**

- **Estudia:** registrar una X en SI o NO, según la respuesta del adolescente
- **Nombre de la Institución Educativa:** registrar el nombre de la Institución donde estudia
- **Nivel en curso:** registrar una X en el casillero que corresponda la respuesta
- **Grado/Curso:** registrar el número que corresponda
- **Presunta violencia/abuso escolar:** registrar una X en SI o NO según corresponda
- **Años repetidos:** registrar el número que corresponda y las causas
- **Deserción/Exclusión:** registrar el número que corresponda y las causas

H. **DATOS SOBRE EL TRABAJO**

Registrar una X en el casillero que corresponda la respuesta del paciente.

I. **DATOS SOBRE VIDA SOCIAL**
Registrar una X en el casillero que corresponda la respuesta del paciente.

J. **HABITOS**
Registrar una X en el casillero que corresponda la respuesta del paciente.

k. **ANTECEDENTES GINECO-UROLÓGICOS**
Registrar información según corresponda

l. **SEXUALIDAD:**

- **Necesita asesoría:** registrar SI o No, según corresponda la respuesta del paciente.
- **Tipo de relaciones sexuales:** registrar según corresponda: bisexual, homosexual o heterosexual.
- **Pareja actual:** registrar una X en el casillero según corresponda, NC = No conoce.
- **Edad de inicio de relaciones sexuales:** registrar la edad. En la categoría Voluntarias, registrar una X en el casillero que corresponda la respuesta del paciente.
- **Disfunción sexual:** registrar una X en Si, No según corresponda y especificar
- **Método anticonceptivo:** registrar una X en Si, No según corresponda y especificar cuál.
- **Apoyo de pareja:** registrar SI o No, según corresponda
- **Presunta violencia sexual:** registrar SI o No, según corresponda
- **Enfermedades de transmisión sexual:** registrar SI o No, según corresponda

M. **SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL**

- **Imagen corporal**: registrar una X según corresponda: conforme, preocupado impide relación con los demás
- **Estado de ánimo**: (salud mental) registrar una X según corresponda: bueno, alegre, triste, muy tímido, nervioso, otros.
- **Referente personal**: registrar una X según corresponda la respuesta del paciente.
- **Proyecto de vida**: registrar una X según corresponda la respuesta del paciente

N. **CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA**
En este bloque registrar los valores de los resultados de las diferentes constantes vitales y antropometría tomados al paciente.

O. **EXAMEN FISICO**
En este bloque registrar una X en el casillero que corresponda a la respuesta del paciente
Describir observaciones si las hubiere.

P. **DIAGNOSTICO**
El diagnóstico es el producto del reconocimiento de la presencia y características de una enfermedad, sindrome o de un proceso fisiológico normal por sus signos y síntomas. Los

diagnósticos de morbilidad deben ajustarse a la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE. Estos pueden ser presuntivos o definitivos.

Q. PLAN DE TRATAMIENTO

Describir el plan de tratamiento que requiere el paciente.

R. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

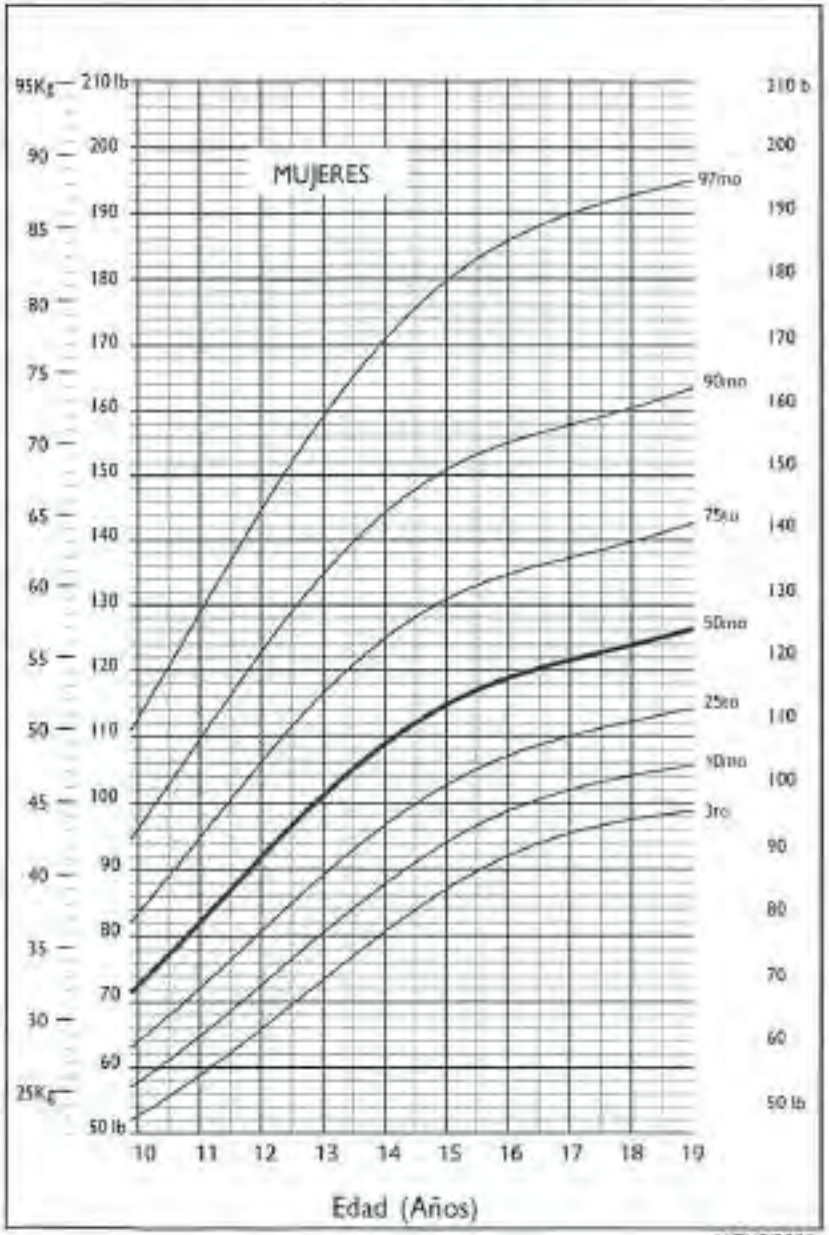
Registrar la siguiente información:

- **Fecha de consulta:** registrar en año, mes y día
- **Hora:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula.
- **Sello:** marcar el sello del profesional.

Apellidos	Paterno	Materno	Nombres	No. Historia Clínica

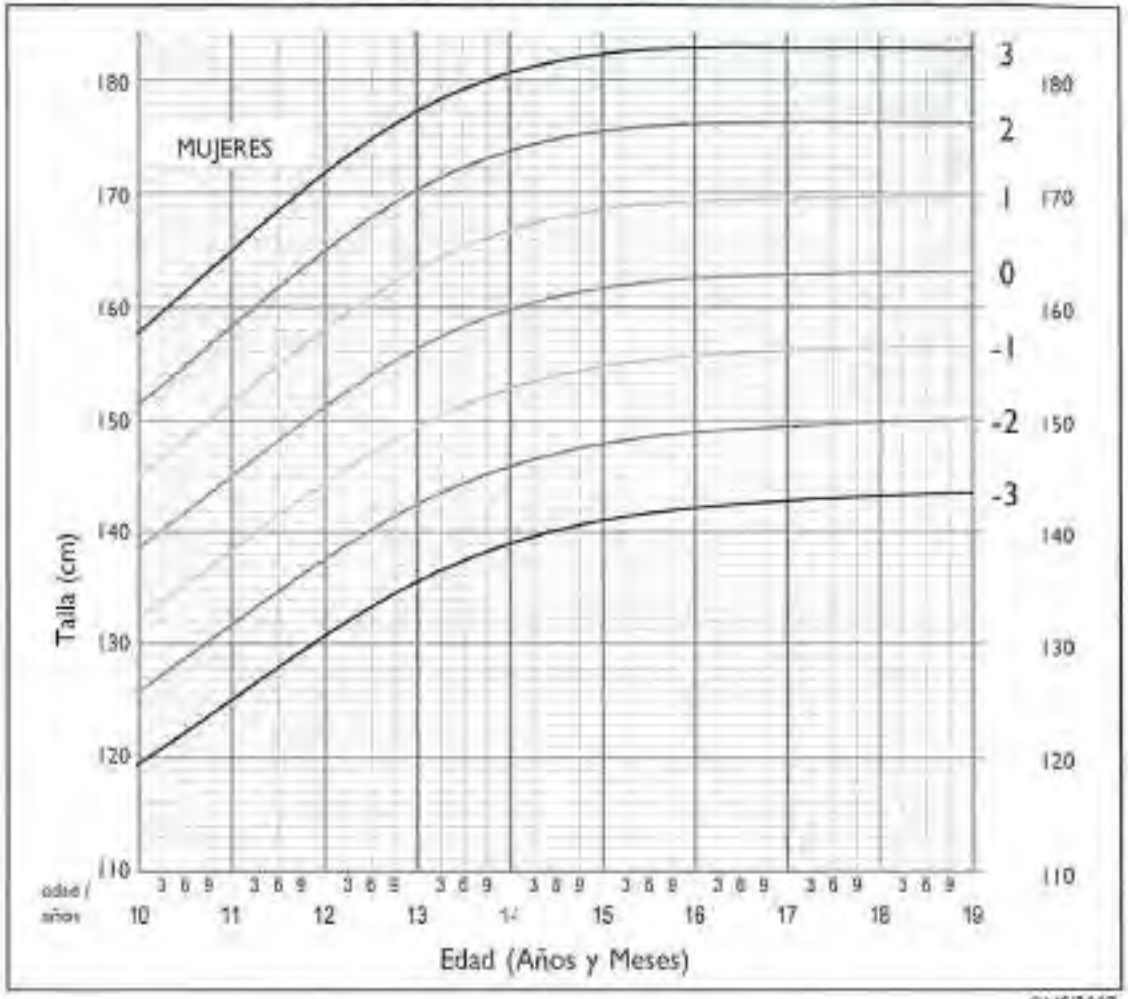
ADOLESCENTE MUJER

Peso / Edad, 10 a 19 años. Percentiles



NCHS/2000

Talla / Edad, 10 a 19 años. Desviaciones Estándar

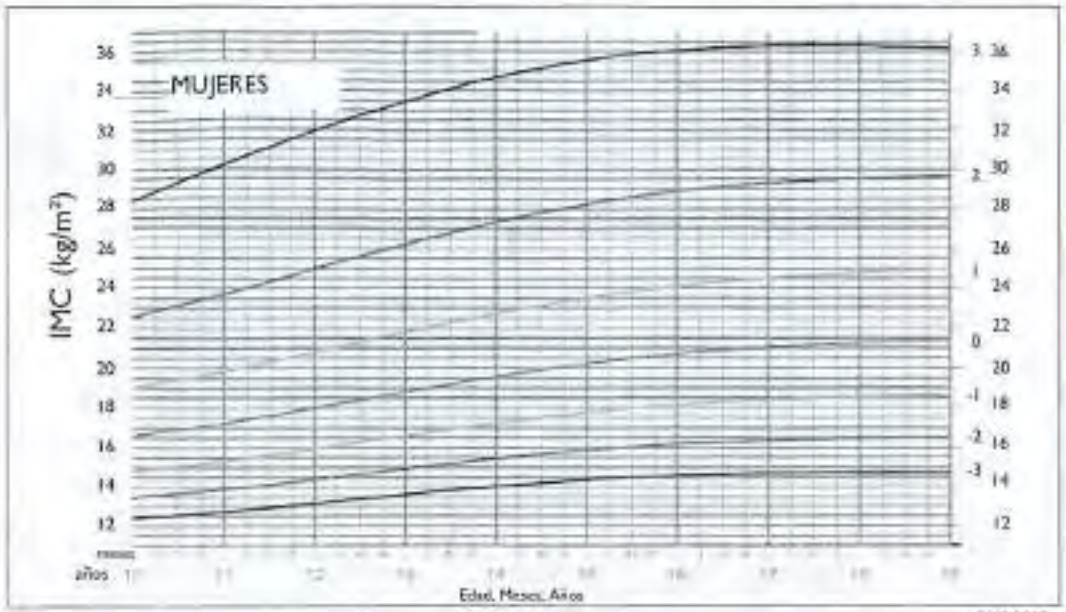


OMS/2007

INSTRUCTIVO

1. De acuerdo a la fecha de nacimiento establezca la edad en años y meses cumplidos.
2. Mida al adolescente y anote el resultado en centímetros.
Pese al adolescente y anote el resultado en Kg. y cientos de gramos. Durante el examen físico, determine el estadio del desarrollo puberal de acuerdo a las gráficas al reverso de esta página.
3. Ubique la edad del adolescente al momento de la consulta, en la línea horizontal inferior de la gráfica.
4. Señale con un punto el lugar en el cual se intersectan la edad actual, con el peso en Kg. y cientos de gramos con la talla en cm.
5. Analice la situación individual, observando la progresión del adolescente en las curvas y las diferentes interrelaciones de los parámetros evaluados.

Índice de Masa Corporal / Edad, 10 a 19 años. Desviaciones Estándar



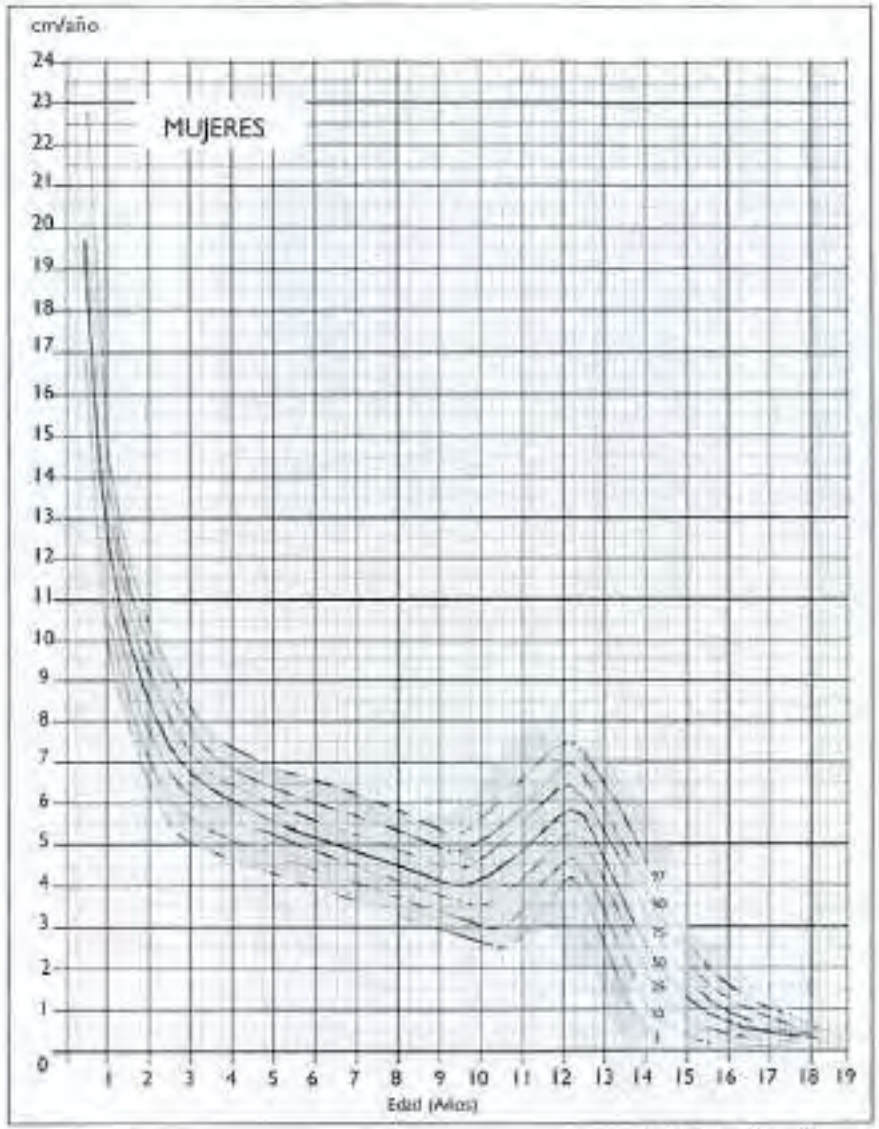
OMS 2007

INSTRUCTIVO

Luego de obtener el peso en Kg. y talla en metro y primer decimal, se divide el peso para la talla al cuadrado: P (Kg.)/ T (m²) . El valor obtenido se grafica con un punto en el sitio donde se intersecan el valor obtenido con la edad actual.

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADÍOS DE TANNER

Velocidad de Crecimiento (Talla), 10 a 18 años. Percentiles



Fund. Pediatría Cirbegoco Ezeiguirre

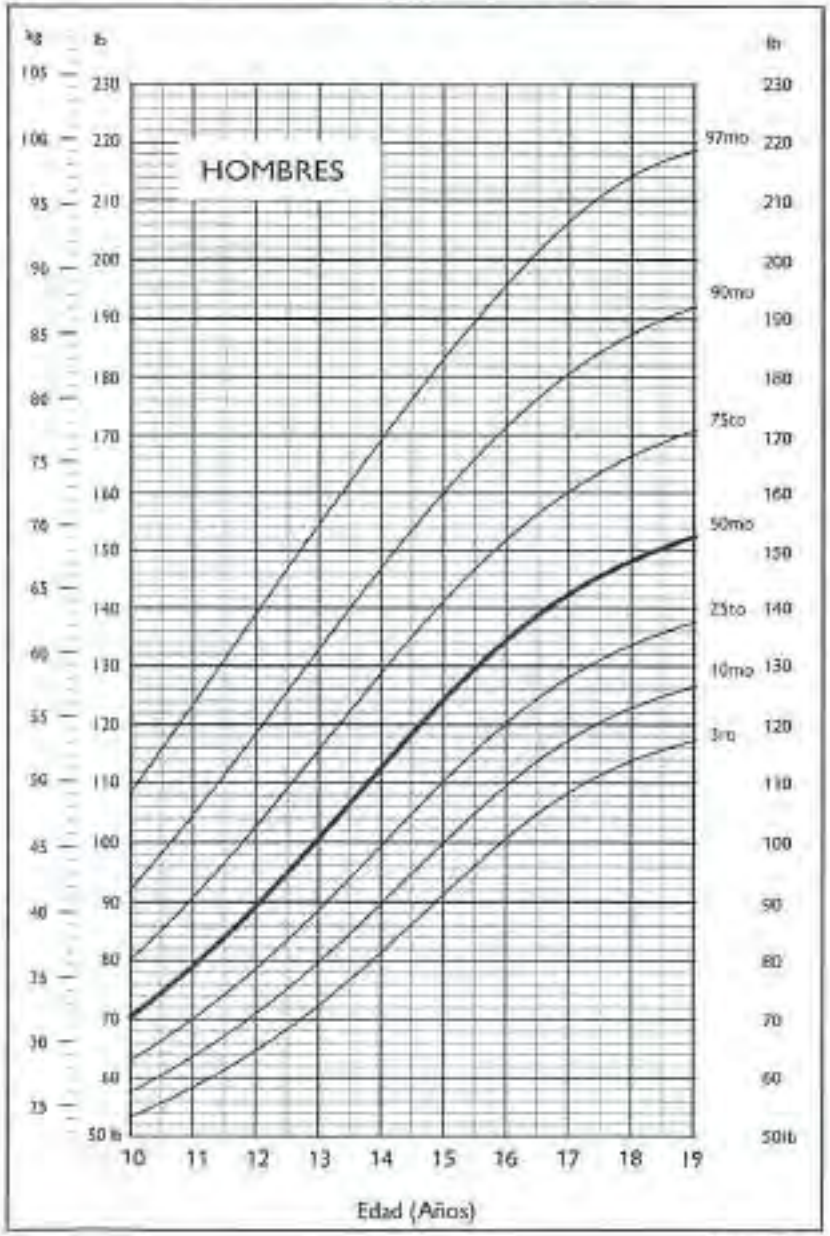
INSTRUCTIVO

Se toma la talla en dos momentos diferentes, el intervalo entre las dos mediciones no debe ser menor a 3 ni mayor a 18 meses; se obtiene la diferencia en centímetros, que se divide para el número de meses transcurrido entre ellas, y el valor obtenido luego se multiplica por doce. El resultado obtenido se grafica en la mitad entre las dos mediciones.

Apellidos	Paterno	Materno	Nombres	No. Historia Clínica

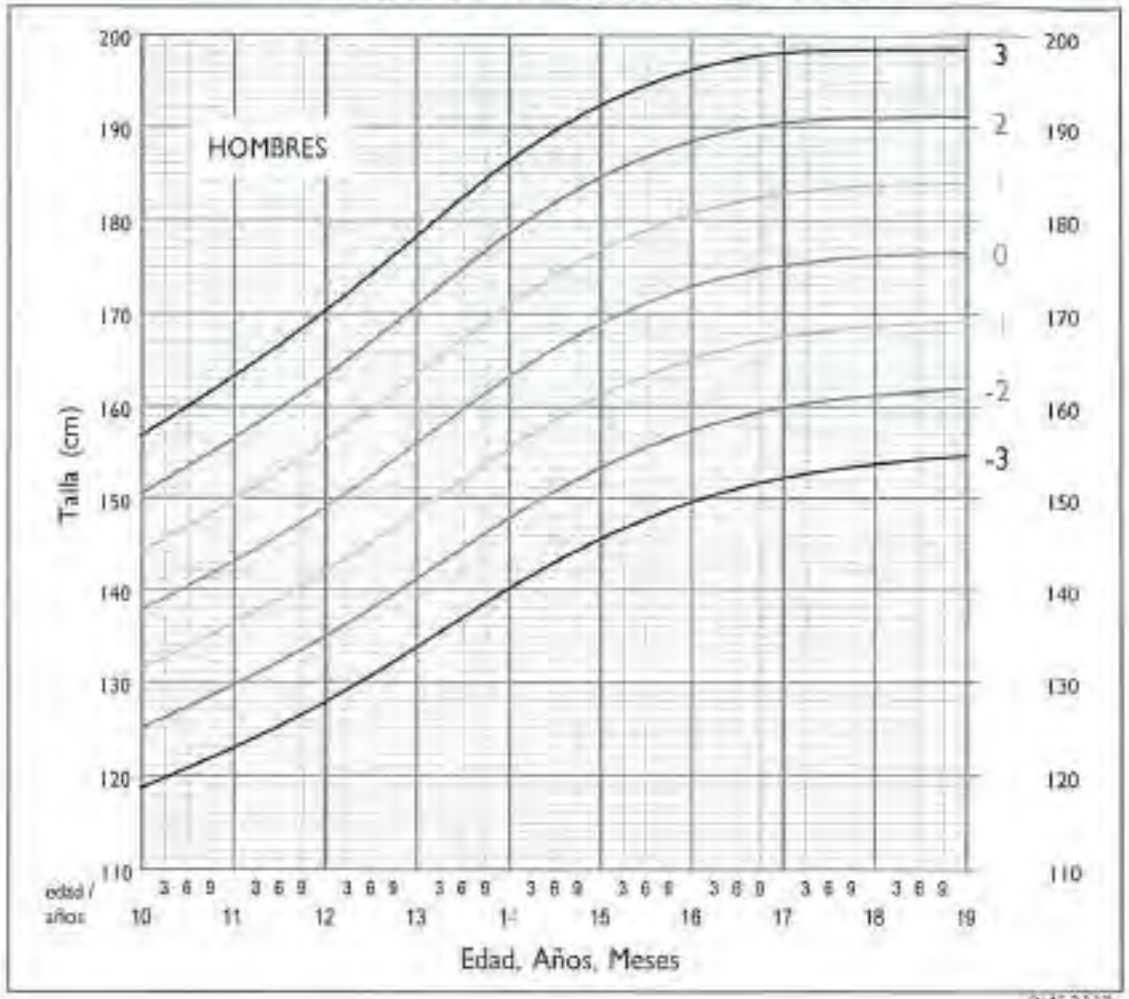
ADOLESCENTE HOMBRE

Peso / Edad, 10 a 19 años. Percentiles



NCHS/2000

Talla / Edad, 10 a 19 años. Desviaciones Estándar

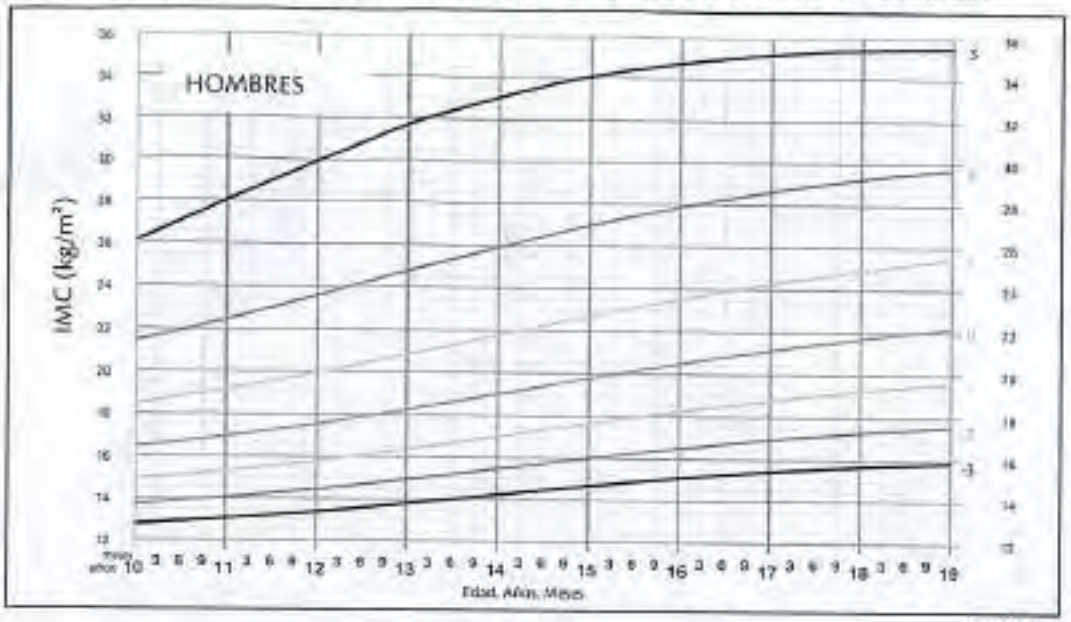


OMS 2007

INSTRUCTIVO

1. De acuerdo a la fecha de nacimiento establezca la edad en años y meses cumplidos.
2. Mida al adolescente y anote el resultado en centímetros.
Pese al adolescente y anote el resultado en Kg. y cientos de gramos. Durante el examen físico, determine el estadio del desarrollo puberal de acuerdo a las gráficas al reverso de esta página.
3. Ubique la edad del adolescente al momento de la consulta, en la línea horizontal inferior de la gráfica.
4. Señale con un punto el lugar en el cual se intersectan la edad actual, con el peso en Kg. y cientos de gramos con la talla en cm.
5. Analice la situación individual, observando la progresión del adolescente en las curvas y las diferentes interrelaciones de los parámetros evaluados.

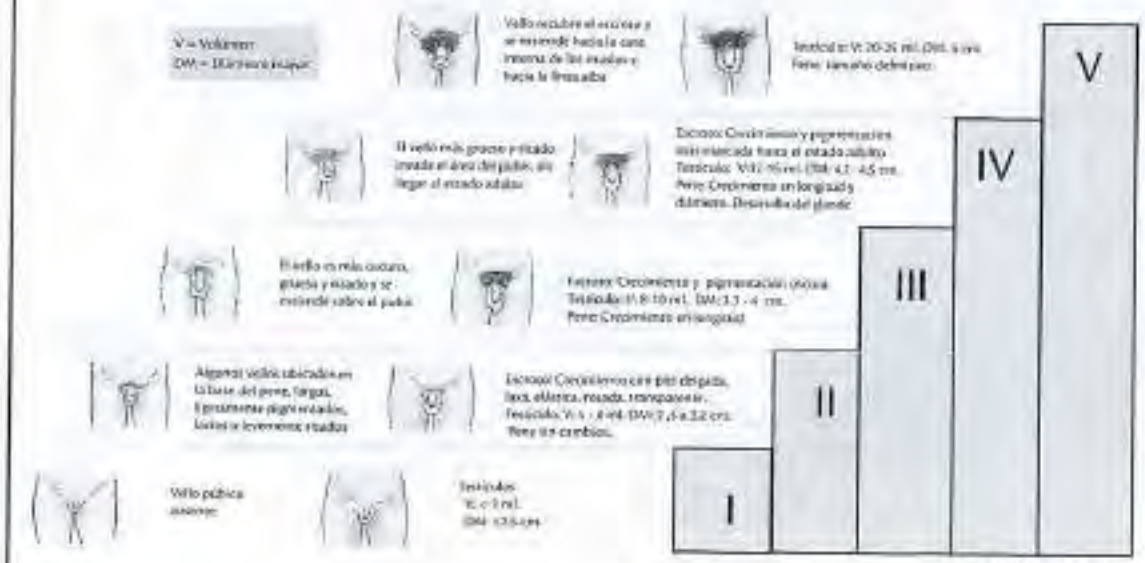
Índice de Masa Corporal / Edad, 10 a 19 años. Desviaciones Estándar



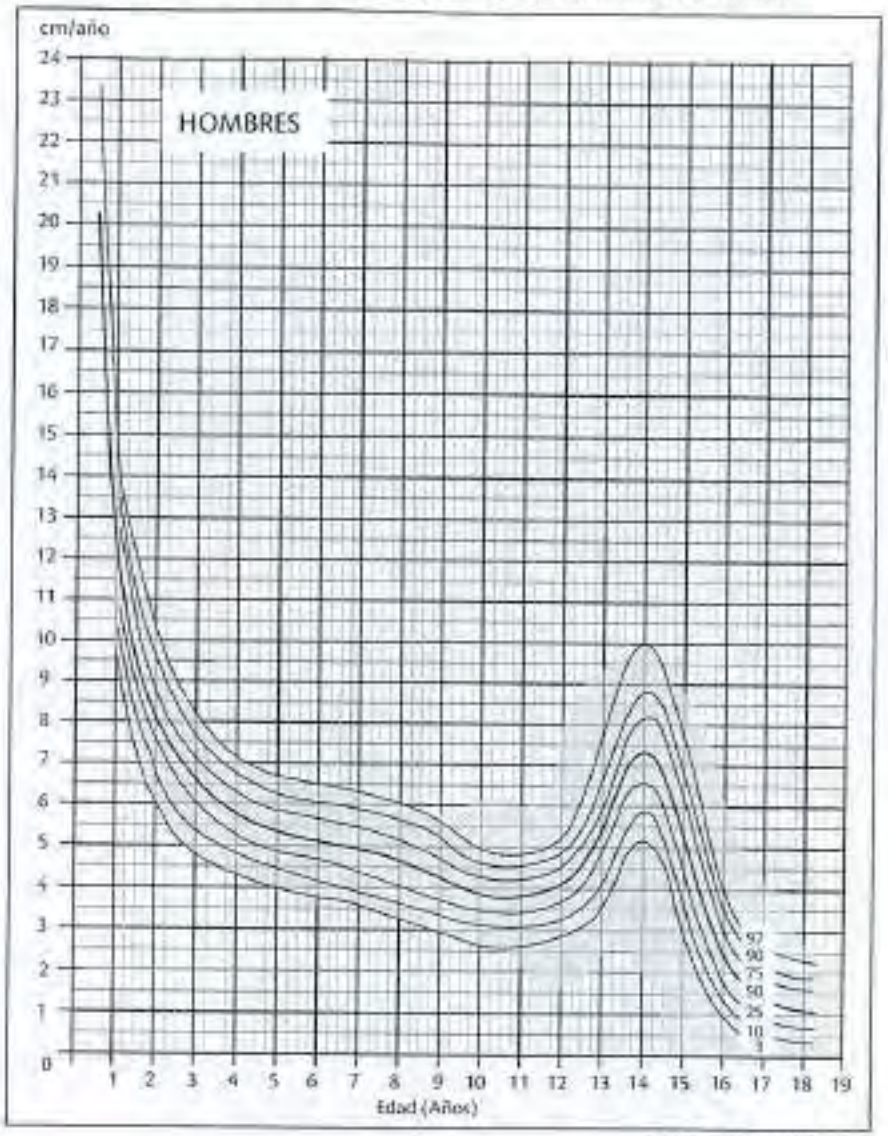
INSTRUCTIVO

Luego de obtener el peso en Kg. y talla en metro y primer decimal, se divide el peso para la talla al cuadrado: P (Kg.)/ T (m^2). El valor obtenido se grafica con un punto en el sitio donde se intersectan el valor obtenido con la edad actual.

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADÍOS DE TANNER



Velocidad de Crecimiento (Talla), 0 a 18 años. Percentiles



INSTRUCTIVO

Se toma la talla en dos momentos diferentes, el intervalo entre las dos mediciones no debe ser menor a 3 ni mayor a 18 meses; se obtiene la diferencia en centímetros, que se divide para el número de meses trascurrido entre ellas, y el valor obtenido luego se multiplica por doce. El resultado obtenido se grafica en la mitad entre las dos mediciones.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

IDENTIFICACIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (AÑOS)

B. ENTORNO SOCIAL

VIVE SOLO		VIVE HACINADAMENTE		CONYUGUE		VIVENTA FINA		N. HIJOS VIVOS	
ESTRATO SOCIAL			INSTITUCIONALIZADO		NOMBRE				
TRABAJA		JUBILADO		RECIBE BONO		OTROS INGRESOS			

C. MOTIVO DE CONSULTA

HORA		MINUTO		FECHA	

D. ENFERMEDAD ACTUAL

E. ANTECEDENTES PERSONALES

MARQUE ANTECEDENTES NEGADOS

ALERGIAS PASADO	1 NO ENCONTRADAS		2 NO ENCONTRADAS ULTIMOS AÑOS		3 DERMICAS		4 PERCEPTIBLES		5 ASTENIA		6 FISICAS MIXTAS		
	7 DESCONOCIDAS		8 GENERALIZADAS		9 PERSONAS MENOR		10 ALTERACIONES DEL SUEÑO		11 ALTERACIONES DEL SUEÑO				

DESCRIBA:

TERAPIAS	1 RADIACIONES		2 HORAS DIURNAL		3 HORAS DIAL		4 CURACIOS		5 ALIMENTACION				
	6 ACTIVIDAD RECREATIVA		7 CONTROLES DE SALUD		8 ALERGIAS		9 OTRAS						

DESCRIBA:

HABITOS NOCIVOS	1 TABAQUISMO		2 ALCOHOLISMO		3 DROGADICTOS		4 OTRO HABITO						

DESCRIBA:

CLINICA ALMUERZO	1 ALERGICA ALERGICA		2 VIRUELA		3 ENFERMO		4 CONTROLADO		5 ENDOCRINO		6 HEMOLITICA							
	7 DERMATOSIS		8 DIABETES		9 TRIPOLOGICO		10 UROLOGICO		11 HEMOLITICA		12 PROTOCOLO							
	13 PROTOCOLO		14 ALERGIAS DEL ESTOMAGO		15 PSICOPATICA		16 GINECOLOGICO		17 ALERGIA		18 HOSPITALIZACIONES QUIRURGICAS							

DESCRIBA:

CIRUGIAS HOSPITALARIAS	1 CIRUGIA RECIENTE		2 CIRUGIA ULTIMA APROXIMADA		3 CIRUGIA ULTIMA ACTUALIDAD		4 ESPERADO		5 ESTUDIO		6 CURACION		7 TERAPIA HORMONAL	

DESCRIBA:

HOSPITALIZACIONES	1 CONSULTA GINECOOBSTETRICO		2 TERAPIA HORMONAL	

DESCRIBA:

F. ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS

DESCRIBA ANTECEDENTES NEGADOS

1 ASA		2 ANALGESICOS		3 ANTI DIABETICOS		4 ANTI HIPERTENSIVOS		5 ANTIINFLAMATORIO		6 ANTICOAGULANTES		7 ANTIBIOTICOS	
8 OTRO		9 ALTERACIONES											

DESCRIBA:

G. ANTECEDENTES FAMILIARES

1 CARDIOPATIA	2 DIABETES	3 HIPERTENSION ARTERIAL		4 NEOPLASIA		5 ALZHEIMER		6 PARKINSON		7 VASCULAR		8 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	
9 ENFERMEDAD DEL CUIDADOR CANSADO				10 OTROS									

H. SITUACIÓN FUNCIONAL

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	SI	NO	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	SI	NO	ACTIVIDAD INSTRUMENTAL	SI	NO	ACTIVIDAD INSTRUMENTAL	SI	NO
SE BAÑA SOLO			CONTROLA ESFÍNTERES			USA EL TELÉFONO			PREPARA LA COMIDA		
SE VISTE Y DESVISTE SOLO			SE TRASLADA, SE ACUESTA, SE LEVANTA SOLO			USA MEDIOS DE TRANSPORTE			CONTROLA SUS MEDICAMENTOS		
CUIDA SU APARIENCIA PERSONAL SOLO			COMIDA SOLO			VA DE COMPRAS			MANEJA DINERO		
UTILIZA EL INODORO SOLO			SE ALIMENTA SOLO								

I. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

PRESIÓN ARTERIAL ACOSTADO	PRESIÓN ARTERIAL SENTADO	PULSIOXIMETRÍA	TEMPERATURA	PULSO / min	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PESO kg	TALLA cm	IMC	PERÍMETRO ABDOMINAL	PERÍMETRO BRAQUIAL	PERÍMETRO PANTORRILLA

J. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

MARCAR "X" CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA Y DESCRIBA

1. VISIÓN		3. OLFATO Y GUSTO		5. CARDIOVASCULAR		7. GENITOURINARIO		9. ENDOCRINO		11. NERVIOSO	
2. AUDICIÓN		4. RESPIRATORIO		6. DIGESTIVO		8. MÚSCULO ESQUELÉTICO		10. HEMO LINFÁTICO		12. PIEL	

K. EXAMEN FÍSICO

MARCAR "X" CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA Y DESCRIBA

1. PIEL - ANEXOS		4. OIDOS		7. CUELLO		10. ABDOMEN		13. MIEMBROS SUPERIORES	
2. CABEZA		5. BOCA		8. AXILAS - MAMAS		11. COLUMNA		14. MIEMBROS INFERIORES	
3. OJOS		6. NARIZ		9. TÓRAX		12. PELVIS		15. NEUROLÓGICO	

L. DIAGNÓSTICOS

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF	SÍNDROMES GERIÁTRICOS			
1					FRAGILIDAD		DISMOVILIDAD	
2					DEPRESIÓN		CAÍDA	
3					DELIRIUM		MAL NUTRICIÓN	
4					ÚLCERAS POR PRESIÓN		DEMENCIA	
5					INCONTINENCIA		SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO	
6					ESTREÑIMIENTO			

M. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

N. TRATAMIENTO

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA		HORA		NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL		FIRMA		SELLO Y CÓDIGO	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.057/2021 ATENCION AL ADULTO MAYOR
SNS-MSP/HCU-form.057A/2021 ESCALAS GERIATRICAS

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, la más importante es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones

INSTRUCTIVO DE REGISTRO DEL FORMULARIO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades relacionadas con la atención del paciente adulto mayor, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por profesionales médicos geriatras y generales/familiares de establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos geriatras, generales/familiares.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

INSTRUCTIVO:

Este formulario cuenta con la información de 5 escalas geriátricas

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención al paciente adulto mayor.

- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos.

B. ENTORNO SOCIAL

Se registra la información respecto a la situación socioeconómica del paciente.

C. MOTIVO DE CONSULTA

Se registrará lo que indique el paciente. Se registrará los signos y síntomas en forma cronológica.

D. ENFERMEDAD ACTUAL

Hacer una descripción de la enfermedad actual del usuario/paciente

E. ANTECEDENTES PERSONALES

Marcar una X en el casillero correspondiente al antecedente que indique el usuario/paciente. Luego en el espacio inferior registrar el número correspondiente en el antecedente y se realizará una breve descripción de la misma.

F. ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

Marcar una X en el casillero correspondiente al antecedente que indique el usuario/paciente. Luego en el espacio inferior registrar el número correspondiente en el antecedente y se realizará una breve descripción de la misma.

G. ANTECEDENTES FAMILIARES

Marcar una X en el casillero correspondiente al antecedente que indique el usuario/paciente. Luego en el espacio inferior registrar el número correspondiente en el antecedente y se realizará una breve descripción de la misma.

H. SITUACIÓN FUNCIONAL

Se deberá marcar SI o NO, según sea el desempeño en las actividades básicas de la vida diaria del paciente.

I. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

En este bloque registrar los resultados de la toma de las constantes vitales, iniciando con la fecha y hora de toma, de las siguientes variables:

- **Temperatura:** registrar en grados centígrados
- **Presión arterial:** en mmHg
- **Pulso:** registrar en minutos
- **Frecuencia respiratoria:** en minutos
- **Peso:** registrar en kilogramos
- **Talla:** registrar en centímetros
- **Índice de masa corporal IMC:** peso en kilogramos/talla en centímetros x 2
- **Perímetro abdominal:** registrar en centímetros
- **Perímetro braquial:** registrar en centímetros
- **Perímetro pantorrilla:** registrar en centímetros.

J. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

Marcar una X en el casillero correspondiente a la patología que se observe en el usuario/paciente. Luego en el espacio inferior registrar el número correspondiente a la patología y hacer una breve descripción de la misma.

K. EXAMEN FÍSICO

Para el registro de este bloque, se realizará un examen físico al paciente tanto regional como sistémico. Marcar una X en el casillero correspondiente donde se encuentre una patología, luego en la parte inferior registrar el número y hacer una breve descripción de la misma.

L. DIAGNÓSTICOS

Registrar el nombre del diagnóstico en las líneas correspondientes sea presuntivo o definitivo, con el respectivo código CIE. El espacio permite registrar 6 diagnósticos.

M. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Registrar las pruebas diagnósticas requeridas.

N. TRATAMIENTO

Realizar una descripción detallada de los planes de tratamiento, sean estos de diagnóstico, terapéutico o educacional.

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Fecha de la atención: registrar en año, mes y día
Hora de la atención: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que atendió al paciente
Firma: registrar la firma
Sello: marcar el sello del profesional

ESCALAS GERIATRICAS

En la atención del adulto mayor, se realizará una valoración de las siguientes escalas geriátricas:

1. Escala de LAWTON Y BRODY: valora las actividades instrumentales
2. Escala TIMED GET UP AND GO TEST (levántate y anda): valora el riesgo de caidas
3. Escala PFEIFER: valora el deterioro cognitivo
4. Escala YASAVAGE: valora depresión
5. Escala de BARTHEL: valora actividades básicas

1. ACTIVIDAD INSTRUMENTAL – ESCALA DE LAWTON Y BRODY

	Puntos
1. Capacidad para usar el teléfono	
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
2. Ir de compras	
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
3. Preparación de la comida *	
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
4. Cuidado de la casa *	
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
5. Lavado de la ropa *	
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
6. Uso de medios de transporte	
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
7. Responsabilidad respecto de la medicación	
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
8. Manejo de sus asuntos económicos	
[illegible]	1
[illegible]	1
[illegible]	1
TOTAL Hombres: Dependencia total 0 puntos independiente 5 puntos. Mujeres: Dependencia total 0 puntos independiente 8 puntos. * No puntúa en hombres.	

2. RIESGO DE CAIDAS – TIMED GET UP AND GO TEST

Instrucciones:
La silla debe estar de cara al paciente. Es preferible utilizar un brazo de apoyo o de apoyabrazos que no sea deslizante o que no se pueda mover.

1. El paciente debe permanecer sentado con la espalda apoyada y los brazos descansando sobre los apoyabrazos	
2. Ponga en la persona que se levanta de una silla estándar. Asiento de 45 cm de alto	
3. Pídale que la persona se levante de la silla, camine 3 metros, vuelva a la silla y se siente de nuevo	
4. Cronometrar el tiempo que tarda la persona en levantarse de la silla y terminar caminando, regresar a la silla y sentarse	
Resultados predictivos Valoración en segundos < 10 Más baja independencia < 20 Requiriendo independencia 20-29 Movilidad variable < 30 Movilidad completa	**PUNTAJE**

3. CRIBADO DEL DETERIORO COGNITIVO – TEST DE PFEIFFER

El cuadro de arriba indica los errores permitidos en el caso de personas que al menos saben leer y escribir y de 4 años para arriba que no se sitúa de acuerdo con la escala de deterioro cognitivo

ITEMS	ERRORES
¿Qué día es hoy? día, mes, año	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Qué edad tiene? ¿Cuándo nació?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? día, mes, año	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuál es el nombre de su madre?	
Restándose de 3 en 3 a partir del 20 hasta llegar a 1	
TOTAL	

4. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – TEST DE YESAVAGE

1- ¿Está en el fondo satisfecho?	0	1	NO	0
2- ¿Ha dejado muchas actividades y aficiones?	1	0	SI	1
3- ¿Siente que su vida está vacía?	0	0	NO	1
4- ¿Con frecuencia se siente aburrido?	1	1	NO	0
5- ¿Con frecuencia se siente bien de ánimo?	0	1	NO	0
6- ¿Teme que le pase algo malo?	1	0	SI	1
7- ¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?	0	1	NO	0
8- ¿Se siente a menudo desamparado?	1	0	SI	1
9- ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	1	0	SI	1
10- ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0	SI	1
11- ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	0	1	NO	0
12- ¿Le cuesta mucho iniciar nuevos proyectos?	1	0	SI	1
13- ¿Se siente lleno de energía?	0	1	NO	0
14- ¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0	SI	1
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente es mejor que usted?	1	0	SI	1
Con un puntaje igual o superior a 2 presumiblemente patológico				
TOTAL				

5. INDICE DE BARTHEL

Puntos	Ítems
10	**Independiente:** Capaz de comer por sí mismo en un tiempo razonable. La comida puede ser cortada y preparada por otra persona
5	**Necesita ayuda:** Necesita ayuda, cortar la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo
0	**Dependiente:** Necesita ser alimentado por otra persona
Puntos	Aseo
5	**Independiente:** Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño, afeitarse, asearse con toalla, peinarse, maquillarse, cuidar dientes y afeitado
0	**Dependiente:** Necesita alguna ayuda en el aseo personal
Puntos	Vestirse
10	**Independiente:** Capaz de vestirse y quitarse la ropa sin ayuda
5	**Necesita ayuda:** Realiza la mitad de las tareas de forma razonable, lleva un tiempo razonable
0	**Dependiente:** Necesita ayuda para las tareas
Puntos	Arreglarse
5	**Independiente:** Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser proporcionados por otra persona
0	**Dependiente:** Necesita alguna ayuda
Puntos	Deposición
10	**Continente:** No presenta episodios de incontinencia. Capaz de colocar un supo o dispositivo por sí mismo (orina, sonda, etc)
5	**Posible incontinencia:** Presenta un episodio en la semana en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o otros dispositivos
0	**Incontinente:** Más de un episodio en 24 horas. Incluye necesidad de manipular sondas
Puntos	Micción
10	**Independiente:** Orina y controla, es capaz de manejar la ropa sin ayuda alguna por parte de otra persona
5	**Necesita ayuda:** Capaz de mantener con independencia ayuda. Es capaz de usar el sondaje. Puede limpiarse solo
0	**Dependiente:** Incapaz de asumir una responsabilidad en ayuda mayor
Puntos	Trasladarse (cama/silla)
15	**Independiente:** No requiere ayuda para levantarse o sentarse del sillón o cama. Es capaz de la silla de la cama
10	**Mínima ayuda:** Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física
5	**Gran ayuda:** Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de sentarse sin ayuda
0	**Dependiente:** Necesita una grúa y el movimiento por dos personas. No es capaz de permanecer sentado
Puntos	Deambulación
15	**Independiente:** Puede caminar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto andador. Si utiliza prótesis, puede colocarla y quitarla solo
10	**Necesita ayuda:** Necesita supervisión o una pequeña ayuda física para andar 50 metros. Es capaz de andar sólo con ayuda a otra persona
5	**Independiente en silla de ruedas:** En 50 metros debe ser capaz de maniobrar la silla, girarla y entrar en mesas, puertas, etc.
0	**Dependiente:** En silla de ruedas, precisa ser empujado por otra
Puntos	Subir y bajar escaleras
10	**Independiente:** Capaz de subir y bajar sin ayuda ni supervisión de otra persona
5	**Necesita ayuda:** Necesita ayuda o supervisión
0	**Dependiente:** Incapacidad de salvar escalones. Necesita ascensor
	TOTAL

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UNICÓDIGO	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE / USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			
				DOCI	PAS	CARNE	S/D

ESTADO CIVIL							SEXO	No. TELÉFONO FIJO	No. TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
SOL	CAS	DIV	VIU	UNI	U-H	N/A				

FECHA NACIMIENTO (aaaa-mm-dd)	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
				H	D	M	A

RESIDENCIA HABITUAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO O SECTOR
	CALLE PRINCIPAL	CALLE SECUNDARIA	REFERENCIA	

C. DATOS DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL

NOMBRE	DIRECCIÓN	No. TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

PARENTESCO: HIJO/A | CÓNYUGE | PADRE / MADRE | NIETO | YERNO / NUERA | NO TIENE | OTRO (ESPECIFIQUE)

D. DIAGNÓSTICO DE INGRESO

	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	PATOLOGÍA POR LA QUE INGRESA A CUIDADOS PALIATIVOS	
1.				4.				ONCOLÓGICO	
2.				5.				NO ONCOLÓGICO	
3.				6.					

E. MOTIVO DE CONSULTA

F. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

G. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

1. CARDIOPATÍA	2. HIPERTENSIÓN	3. ENF. C. VASCULAR	4. ENDOCRINO METABÓLICO	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. ENF. INMUNOL.	10. OTRO	

H. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

1. ALCOHOL	2. TABACO	3. DROGAS	4. ANTIDOTOS	5. DIVERSIÓN	6. ORGÍAS	7. VIAJES	
8. ALIMENTOS	9. MEDICAMENTOS	10. SEXUAL	11. MEDICATORIO	12. ACTIVIDAD FÍSICA	13. OTROS		

I. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

EL PACIENTE												EL FAMILIAR / CUIDADOR PRINCIPAL	
CONOCE EL DIAGNÓSTICO	SI		CONOCE EL PRONÓSTICO	SI		VOLUNTAD ANTICIPADA	SI		TESTAMENTO VITAL	SI		CONOCE EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO	SI
	NO			NO			NO			NO			NO

J. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRIA

TEMPERATURA (°C)	PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	PULSO / min	FRECUENCIA RESPIRATORIA / min	PESO (Kg)	TALLA (cm)	IMC (Kg/m²)	PULSIOXIMETRIA (%)

K. EXAMEN FÍSICO

L. REGISTRO DE INTENSIDAD DE SÍNTOMAS DE 0 A 10

FECHA DE EVALUACIÓN	SÍNTOMAS									
	DOLOR	CANSANCIO	NAUSEA	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	SOMNOLENCIA	INPOREXIA	DISNEA	DIFICULTAD PARA DORMIR	ESTREÑIMIENTO

M. SISTEMA DE VALORACIÓN POR COMPONENTES

FECHA DE EVALUACIÓN	COMPONENTES									
	KPS y PPS	BARTHEL	PREPPER	DIM	GUON	ZARIT	NEC. ESPIRITUAL			
OBSERVACIONES										

N. FAMILIOGRAMA

O. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO DEFI-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

P. PLAN DE TRATAMIENTO

	DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDE POTENTE	INICIA		CONTINUA	

Q. DATOS DEL INFORMANTE

NOMBRE		PARENTESCO	

R. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.058/2021 CUIDADOS PALIATIVOS
SNS-MSP/HCU-form.058A/2021 ESCALAS DE VALORACIÓN PARA CUIDADOS PALIATIVOS

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades relacionadas con la atención del paciente adulto mayor, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales médicos geriatras y generales/familiares de establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos geriatras, generales/familiares
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO
Este formulario cuenta con la información de tres escalas de valoración para cuidados paliativos

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISSPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención al paciente adulto mayor.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.

B. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE/USUARIO

- **Primer apellido:** registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido:** registrar el segundo apellido

- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

C. DATOS DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL

Colocar la información de contacto y relación con el paciente.

D. DIAGNÓSTICO DE INGRESO

Registrar el nombre del diagnóstico de ingreso en las líneas correspondientes sea presuntivo o definitivo, con el respectivo código CIE.

E. MOTIVO DE CONSULTA

Se registrará lo que indique el paciente.

F. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Hacer una descripción de la enfermedad actual del usuario/paciente, en orden cronológico, con los signos y síntomas que manifieste.

G. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Marcar una X en el casillero correspondiente a la patología que indique el usuario/paciente. Luego en el espacio inferior registrar el número correspondiente a la patología y se realizará una breve descripción de la misma.

H. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Marcar una X en el casillero correspondiente a lo que indique el usuario/paciente. Luego en el espacio inferior registrar el número correspondiente y se realizará una breve descripción de la misma.

I. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Registrar el nivel de conocimiento del paciente sobre su diagnóstico y pronóstico.

J. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRÍA

En este bloque registrar los resultados de la toma de las constantes vitales, iniciando con la fecha y hora de toma, de las siguientes variables:

- **Temperatura:** registrar en grados centígrados
- **Presión arterial:** en mmHg
- **Pulso:** registrar en minutos
- **Frecuencia respiratoria:** en minutos
- **Peso:** registrar en kilogramos
- **Talla:** registrar en centímetros
- **Índice de masa corporal IMC:** peso en kilogramos/talla en centímetros x 2
- **Pulsioximetría:** registrar en porcentaje.

K. **EXAMEN FÍSICO**

Para el registro de este bloque, se realizará un examen físico al paciente tanto regional como sistémico. Marcar una X en el casillero correspondiente donde se encuentre una patología, luego en la parte inferior registrar el número y hacer una breve descripción de la misma.

L. **REGISTRO DE INTESIDAD DE SÍNTOMAS DE 0 A 10**

Colocar la puntuación de 1 a 10 sobre cada uno de los síntomas, siendo 0 el más leve y 10 lo más severo.

M. **SISTEMA DE VALORACIÓN POR COMPONENTES**

Colocar la puntuación obtenida en las diferentes escalas e instrumentos aplicados.

N. **FAMILIOGRAMA**

Graficar según la simbología estándar.

O. **DIAGNÓSTICOS**

Registrar los diagnósticos en las líneas correspondientes sea presuntivo o definitivo, con el respectivo código CIE.

P. **PLAN DE TRATAMIENTO**

En este bloque se colocará las intervenciones terapéuticas y recomendaciones generales para el manejo del paciente.

Q. **DATOS DEL INFORMANTE**

Colocar los nombres y apellidos así como el parentesco con el paciente.

R. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

Contiene:

- Registrar la siguiente información:
- **Fecha de la consulta:** registrar en año, mes y día
- **Hora:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula.
- **Sello:** marcar el sello del profesional.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (Años)

B. Escalas Karnofsky (KPS) y Palliative Performance Status (PPS)

% de Actividad	Definiciones de Karnofsky KPS	PPS Ambulación	Nivel de Actividad	Evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Conciencia
100	Normal, no quejas o evidencia de enfermedad	Plena	Normal	No	Total	Normal	Plena
90	Actividad normal, signos o síntomas menores de enfermedad	Plena	Normal	Alguna	Total	Normal	Plena
80	Actividad normal (con esfuerzo), algunos signos o síntomas de enfermedad	Plena	Normal con esfuerzo	Alguna	Total	Normal o reducida	Plena
70	Cuida de sí mismo, incapaz de actividades normales o trabajo normal	Reducida	Incapaz de trabajar	Alguna	Total	Normal o reducida	Plena
60	Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de muchas actividades	Reducida	Incapaz de trabajar	Significativa	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Plena o confusa
50	Requiere considerable asistencia médica y cuidado frecuente	Sillón/cama o en cama	Incapaz cualquier	Enfermedad extensa	Necesita ayuda	Normal o reducida	Plena, somnolencia o confusión
40	Incapaz, requiere cuidados especial y asistencia	Más en cama	Necesita ayuda	Enfermedad extensa	Mucha asistencia	Normal o reducida	Plena, somnolencia o confusión
30	Severamente incapacitado, hospitalización indicada aunque la muerte no sea inminente	Encamado	Requiere ayuda	Enfermedad extensa	Cuidado total	Reducida	Plena, somnolencia o confusión
20	Muy enfermo. Necesita hospitalización y tratamiento de soporte	Encamado	Requiere ayuda	Enfermedad extensa	Cuidado total	Mínimo sorbos	Plena, somnolencia o confusión
10	Moribundo, proceso fatal, que progresa rápidamente	Encamado	Requiere ayuda	Enfermedad extensa	Cuidado total	Cuidados bocal	Somnolencia o en coma
0	Muerto	Muerto					

C. Escala de Barthel

Actividad	Valoración	Fecha de realización
Comer	10 independiente	
	5 necesita ayuda	
	0 dependiente	
Lavarse	5 independiente	
	0 dependiente	
Arreglarse	5 independiente	
	0 dependiente	
Vestirse	10 independiente	
	5 necesita ayuda	
	0 dependiente	
Micción	10 continente	
	5 accidente ocasional	
	0 incontinente	
Deposición	10 continente	
	5 accidente ocasional	
	0 incontinente	
Ir al WC	10 independiente	
	5 necesita ayuda	
	0 dependiente	
Trasladarse sillón/cama	15 independiente	
	10 mínima ayuda	
	5 gran ayuda	
	0 dependiente	
Deambulación	15 independiente	
	10 necesita ayuda	
	5 independiente en silla de	
	0 dependiente	
Subir y bajar grados	10 independiente	
	5 necesita ayuda	
	0 dependiente	
	TOTAL	

Independiente	100
Dependiente leve	≥60
Dependiente moderado	55/40
Dependiente severo	35/20
Dependiente total	<20

D. Cuestionario de Pfeiffer (versión española)

A cada pregunta otorgue 1 punto por error		Fecha de realización
1. ¿Qué fecha es hoy? Día mes año	0 1	
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	0 1	
3. ¿Dónde estamos ahora?	0 1	
4. ¿Cuál es su número de teléfono?	0 1	
4 A. Preguntar solo si el paciente no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección?	0 1	
5. ¿Cuántos años tiene?	0 1	
6. ¿En que fecha nació usted? (día, mes, año)	0 1	
7. ¿Cómo se llama el presidente actual?	0 1	
8. ¿Quién era el presidente anterior?	0 1	
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	0 1	
10. Si a 20 le restamos 3 quedan... ? Y si le quitamos 3...	0 1	
	TOTAL	

Normal	
Leve deterioro cognitivo	
Moderado deterioro cognitivo	
Severo deterioro cognitivo	

C. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (Años)

B. Detección de malestar emocional (DME)

1.	¿Cómo se encuentra de ánimo, bien, regular, mal, o usted que dirá? Entre 0 "muy mal" y 10 "muy bien", ¿qué valor le daría? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Muy bien	
2.	¿Hay algo que le preocupe? SI NO En caso afirmativo le preguntamos: En ese momento, ¿qué es lo que más le preocupa? Tipo de preocupación (señala y describe): Económicos Familiares Emocionales Espirituales Somáticos Otros	Describa:
3.	¿Cómo lleva esta situación? Entre 0 "no le cuesta nada" y 10 "le cuesta mucho", ¿qué valor le daría? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No le cuesta nada Le cuesta mucho	
4.	¿Se observa signos externos de malestar? SI NO En caso afirmativo, señale cuáles: Expresión facial (tristeza, miedo, euforia, enfado...) Aislamiento (mutismo, demanda de personas bajadas, rechazo de visitas, ausencia de distracciones, incomunicación...) Demanda constante de compañía / atención (quejas constantes...) Alteraciones del comportamiento nocturno (insomnio, pesadillas, demandas de rescate no justificadas, quejas...) Otros	

OBSERVACIONES:

CRITERIOS DE CORRECCIÓN – DME: (10 – ítem 1) + ítem 3 =

Detección de malestar emocional ≥9

C. Gijón (abreviado y modificado, Barcelona)

Situación familiar	Fecha
Vive con pareja y/o familia sin contacto	1
Vive con pareja de similar edad	2
Vive con pareja y/o familia y/u otros, pero no pueden o no quieren atenderlo	3
Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades	4
Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia	5
Relaciones y contactos sociales	
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.	1
Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa	2
Sólo se relaciona con familia, sale de casa.	3
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana)	4
No sale del domicilio, ni recibe visitas (> 1 por semana).	5
Apoyos red social	
No necesita ningún apoyo	1
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos	2
Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)	3
Tiene soporte social pero es insuficiente	4
No tiene ningún soporte social y lo necesita.	5
TOTAL:	

≤ 7 puntos:	Situación social buena (bajo riesgo institucionalización)
8–9 puntos:	Situación intermedia
≥ 10 puntos:	Deterioro social severo (alto riesgo institucionalización)

C. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd/mm/aaaa)	HORA (24 horas)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN	FIRMA	SELLO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (Años)

B. TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente usted así: nunca, rara vez, algunas veces, bastante veces o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1.¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2.¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3.¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4.¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5.¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?					
6.¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7.¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8.¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9.¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10.¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11.¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12.¿Piensa que su actividad social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13.¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14.¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15.¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16.¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17.¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18.¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19.¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?					
20.¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21.¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. De forma general, ¿Con que frecuencia cree usted que cuidar a su familiar constituye una carga?					
TOTAL					

Ausencia de sobrecarga	≤46
Sobrecarga ligera	47 a 55
Sobrecarga intensa	≥56

C. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. DATOS DE LA CIRUGÍA

FECHA (aaaa-mm-dd)	PROCEDIMIENTO PROPUESTO	QUIRÓFANO

C. ENTRADA
(Antes de la inducción de la anestesia)

El paciente ha confirmado

	SI	NO
Su identidad		
Sitio quirúrgico		
El procedimiento		
Su consentimiento verbal y escrito		

Demarcación del sitio quirúrgico
SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico

	SI	NO
Equipo de intubación		
Equipo de aspiración de la vía aérea		
Sistema de ventilación		
Oxígeno		
Fármacos inhalados		
Medicación		

Pulsoximetro colocado en el paciente y funcionando
SI ☐ NO ☐

Capnógrafo colocado y funcionando
SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Tiene el paciente alergias conocidas
SI ☐ NO ☐ Cuáles _____

Vía aérea difícil / riesgo de aspiración
☐ SI, y hay instrumental y equipos disponibles
☐ NO

Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)
☐ SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.
☐ NO

Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio
SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐

D. PAUSA QUIRÚRGICA
(Antes de la incisión cutánea)

Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función

SI ☐ NO ☐

Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:

	SI	NO
Identidad del paciente		
Sitio quirúrgico		
Procedimiento (lateralidad)		

Previsión de eventos críticos

	SI	NO
El cirujano expresa:		
Duración del procedimiento		
Pérdida prevista de sangre		
El anestesiólogo expresa algún problema específico		

Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:

	SI	NO
Esterilidad (con resultado de indicadores e integradores químicos internos y externos)		
Recuento INICIAL de material blanco e instrumental quirúrgico		
Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos		

Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos
SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Dispone de imágenes diagnósticas esenciales para el procedimiento quirúrgico
SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

E. SALIDA
(Antes de que el paciente salga del quirófano)

El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:

El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) está completo:
SI ☐ NO ☐

Hubo necesidad de empaquetar al paciente
SI ☐ NO ☐

Registre el número de compresas: _____

Nombre del procedimiento realizado
_____
_____

Clasicación de la herida
Limpia ☐ Contaminada ☐
Limpia-contaminada ☐ Sucia ☐

Toma de muestras SI ☐ NO ☐

Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)
SI ☐ NO ☐

Identifique el tipo de muestra a enviar
Citoquímico ☐ No _____
Nombre: _____
Cultivos ☐ No _____
Nombre: _____
Anatomopatológico ☐ No _____
Nombre: _____
Otros:
_____
_____
_____

Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos
SI ☐ NO ☐
Cuáles:
_____
_____
_____

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente

SI ☐ NO ☐

F. DATOS DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO DEL CIRUJANO	NOMBRE COMPLETO DEL ANESTESIÓLOGO
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO

SNS-MSP/HCU-form.060/2021 LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA

Dentro de las actividades que ejecutan los profesionales de la salud, se encuentra el registro de la información de los pacientes en los formularios que forman parte de la Historia Clínica Única. La información registrada en este formulario tendrá un conjunto ordenado de variables que permiten obtener una secuencia de la cirugía correspondiente.

Este formulario será de aplicación obligatoria por profesionales de la salud de los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención que cuenten con hospitalización, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por los médicos.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.
- No dejar espacios en blanco.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Este formulario consta de 6 Bloques, los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

Institución del Sistema: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.

- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.

  Establecimiento de Salud: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.

  Número de Historia Clínica: se registrará el número de la cédula de ciudadanía, o en caso de extranjeros el número de cedula de identidad, pasaporte o carnet de refugiado. Cuando no se tiene estos documentos, estadística generará el código de 17 dígitos.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística en cada establecimiento de salud.
- **Nro. de Hoja:** registrar el número de hoja correspondiente según las consultas.
- **Primer apellido**: se debe registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará únicamente aquel con el que cuenta el paciente, como primer apellido.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido, si posee
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre.
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre.
- **Sexo**: registrar el sexo que corresponda según indique el usuario/paciente, de acuerdo a la lista de categorías: H=hombre y M=mujer
- **Edad:** registrar la edad en años cumplidos.
- **Condición de la edad:**

B. DATOS DE LA CIRUGÍA

Fecha: registrar con el formato año-mes-día
Procedimiento propuesto: registrar el nombre del procedimiento a realizarse
Quirófano: registrar el número o nombre del quirófano donde se realiza la cirugía

C. ENTRADA

Registrar la información solicitada de acuerdo al caso

D. PAUSA QUIRURGICA

Registrar la información solicitada de acuerdo al caso

E. SALIDA

Registrar la información solicitada de acuerdo al caso

F. DATOS DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES

Registrar la siguiente información:

Nombres y apellidos de la persona responsable de la lista de verificación, firma y sello
Nombres y apellidos del cirujano, firma y sello
Nombres y apellidos del anestesiólogo, firma y sello

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	NÚM. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (AÑOS)

B. ANTROPOMETRÍA

TALLA (cm)		PESO REAL (kg)		IMC (kg/m²)		PESO IDEAL (kg)		SUPERFICIE CORPORAL (m2)	

C. BITÁCORA

SERVICIO DE PROCEDENCIA:		DIAGNÓSTICOS DE INGRESO A UCI	CIE
FECHA DE INGRESO A UCI (aa-mm-dd):		1.	
FECHA ACTUAL (aa-mm-dd):		2.	
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN:		3.	
ALERGIAS:		4.	
GRUPO Y FACTOR:		5.	

HORAS	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	RESULTADOS DE LABORATORIO
CONSTANTES VITALES																									
PRESIÓN ARTERIAL MEDIA																									
GASTO CARDÍACO																									
ÍNDICE CARDÍACO																									
VOLUMEN SISTÓLICO																									
RESISTENCIA VASCULAR SISTÉMICA INDEXADA																									
PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR																									
FLUJOGRAFÍA																									
60 / 41 / 180 / 200																									
50 / 40 / 160 / 180																									
40 / 30 / 140 / 160																									
30 / 20 / 120 / 140																									
20 / 27 / 100 / 120																									
40 / 28 / 80 / 100																									
30 / 25 / 60 / 80																									
20 / 24 / 40 / 60																									
8 / 6 / 4 / 2 / 13 / 23 / 40																									AGUA EXTRACORPÓREA I
C / TB / T / D / T.A.																									TOTAL 1
INGRESOS: HIDRATACIÓN I																									
TOTAL 2																									
INGRESOS: INVASIVOS I																									
TOTAL 3																									
INGRESOS: ORAL																									
4 DIETA	HORARIO																								
	TOTAL																								TOTAL 4
EGRESOS: ORINA																									
VÓMITO																									
SONDA NASOGÁSTRICA																									
HECES																									
DRENAJES																									
IRRIGACIÓN	ENTRADA																								
	SALIDA																								TOTAL 5
SOLUNEBR	HORARIO																								
	TOTAL																								TOTAL 6
REFLEJOS BIOSÍTICOS																									INTERCEPTOS
ESCALAS: ESCALA DEL DOLOR EVA 1 AL 10																									TOTAL 1
RASS																									TOTAL 2
RIZKER																									TOTAL 3
MOTILIDAD OCULAR																									TOTAL 4
DIÁMETRO PUPILAR (M)																									SUMA
APERTURA OCULAR (N)																									RESPUESTAS
RESPUESTA MOTORA (S)																									TOTAL 5
RESPUESTA VERBAL (S)																									TOTAL 6
TOTAL GLASGOW (TG)																									SUMA
GASES: pH																									BALANCE DIARIO
PCO2																									
PO2																									
HCO3																									BALANCE TOTAL
EXCESO DE BASE																									
PO / FIO2																									
PCO2 / FIO2																									PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPONSABLE
SATO2																									
Na																									AM
K																									
																									PM
																									NO
G L U C O S A	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	

D. VENTILACIÓN MECÁNICA

No	PARÁMETROS / HORAS	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
1	MODO VENTILATORIO																								
2	PRESIÓN PICO																								
3	PRESIÓN MEDIA																								
4	PEEP																								
5	AUTO PEEP																								
6	PRESIÓN SOPORTE																								
7	VOLUMEN TIDAL ESPIRADO MÁQUINA																								
8	VOLUMEN TIDAL ESPIRADO PACIENTE																								
9	VOLUMEN MINUTO ESPIRADO MÁQUINA																								
10	VOLUMEN MINUTO ESPIRADO PACIENTE																								
11	FRECUENCIA RESPIRATORIA MÁQUINA																								
12	FRECUENCIA RESPIRATORIA ESPONTÁNEA																								
13	COMPLIANCE ESTÁTICA																								
14	RESISTENCIA INSPIRATORIA																								
15	FiO2																								
16	ETCO2																								
17	VOLUMEN FUGA																								
18	NIVEL TUBO ENDOTRAQUEAL																								
19	PRESIÓN DE BALÓN TUBO ENDOTRAQUEAL																								
20	RELACIÓN INSPIRACIÓN/ESPIRACIÓN																								
21																									
22																									
23																									
24																									

E. PROCEDIMIENTOS

	FECHA (dd/mm/aa)			
	Tipo	Inicio	Cambios	Retiro
INTERVENCIÓN TRAQUEAL				
TRAQUEOSTOMÍA				
TUBO TORÁCICO				
SONDA GÁSTRICA				
CATÉTER DE DIÁLISIS				
CATÉTER VENOSO CENTRAL				
CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO				
DRAGAPRAGIS TEMPORAL				
SUDA INTERNAL				
SONDA VESICAL				
[illegible]				

F. OBSERVACIÓN

	AM	PM	HS
[illegible]			
[illegible]			
[illegible]			
[illegible]			

G. SOLICITUD DE EXÁMENES

	HORA DE TOMA	HORA RESULTADO

H. CUIDADOS GENERALES

	DETALLE	FRECUENCIA	AM	PM	HS
1	ACUDIMIENTO				
2	BAÑO				
3	ASEO PERIOBAL				
4	REPOSO RELATIVO				
5	POSICIÓN				
6	CAMBIO DE POSICIÓN				
7	LEVANTADO				
8	CUIDADOS DE PIEL				
9	CUIDADOS DE OJOS				
10	HIGIENE BUCAL				
11	CONTROL [illegible]				
12	[illegible]				
13	[illegible]				
14	[illegible]				
15	CUIDADOS DE TUBO TRAQUEAL				
16	REPARACIÓN DE SECRECIONES				
17	CURACIÓN				
18	CONTROL DE DRENAJES				
19	CUIDADO DE DRENAJES				
20	CONTROL DE SONDA GÁSTRICA				
21	CONTROL DE SONDA VESICAL				
22	[illegible]				
23	[illegible]				
24	[illegible]				
25					
26					

I. INTERCONSULTAS

SERVICIO INTERCONSULTADO	HORA DE SOLICITUD	HORA DE RESPUESTA

J. INFORME DE ENFERMERÍA

AM:

PM:

HS:

K. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

AM	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PM	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
HS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.113/2021 BITACORA UCI ADULTO

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos-UCI para adultos, tanto por médicos como enfermeras, obteniendo de esta manera información necesaria y seguros.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales médicos intensivistas y enfermeras de establecimientos de salud que cuenten con este servicio, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos intensivistas y enfermeras
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 11 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

Este formato sera revisado por el comité de ética, se manejará en función de las necesidades de los diferentes establecimientos de salud. Comité de especialistas de acuerdo al caso a ser tratado, Acuerdo Ministerial 00072 de Mejoramiento de Calidad e Historia Clínica, conforma un comité el cual debe ver la pertinencia de las variables que se requiera. La bitácora será actualizada de acuerdo a lo establecido por el comité. En cuanto a los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema:** registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo:** registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.

- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Número de hoja:** corresponde al número de hoja y se relaciona con la cronología, solo en el anverso. Indica cuántos días está el paciente en UCI
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en números.

B. **ANTROPOMETRIA**

Registrar los resultados de la siguiente información:

- Talla en cm.
- Peso real en Kg.
- Índice de masa corporal-IMC
- Peso ideal: es cuanto el paciente debe pesar en cuanto a su talla
- Superficie corporal m2

C. **BITACORA**

En este bloque registrar la siguiente información:

- Servicio de Procedencia:
- Fecha de ingreso a UCI en formato: año, mes, día
- Fecha actual: se registrará diariamente: año, mes, día
- Días de hospitalización:
- Alergias: si, no, especificar
- Grupo sanguíneo:
- Factor Rh:
- Diagnóstico de ingreso a UCI y Código CIE
- Resultados de laboratorio

Luego, se realizarán los registros respectivos por horas durante 24 horas de toda la información registrada en el presente formulario

Constantes vitales:

- Presión venosa central

- Tensión arterial media
- Gasto cardíaco
- Volumen sistólico
- Resistencia vascular sistémica indexada
- Presión intra- abdominal
- Saturación de pulso de oxígeno

Ingresos: tenemos ingresos por medicación y por infusión, se registrará según corresponda:
Dieta: registrar la hora y luego el total.

Egresos: registrar los egresos por:
- Insensibles
- Vómito
- SNG
- Heces
- Drenajes: especificar

Irrigación: registrar diuresis horaria y total

Reflejos Miotáticos

Escalas: registrar las siguientes escalas:
- Escala del dolor del 1 al 10
- RASS
- RAMSAY
- Diámetro pupilar D/I
- Apertura ocular
- Respuesta motora
- Respuesta verbal
- Total GLSGOW

Gases: registrar de acuerdo a lo que se encuentra en el formulario

- Balances:
- Agua endógena
- Ingresos
- Egresos
- Balance diario
- Balance total
- Gasto urinario
- Glucosa

Enferemera: AM. PM. HS.

D. **Ventilación Mecánica:**
Registrar la siguiente información:

1. Modo ventilatorio
2. P. Pico
3. P. media
4. PEEP/Cpap
5. AUTO PEEP
6. P. SOPORTE
7. VT ESPIRADO MAQUINA
8. VT ESPIRADO PACIENTE
9. VM ESPIRADO MAQUINA
10. VM ESPIRADO PACIENTE
11. FR MAQUINA
12. FR ESPONTANEA
13. C ESTAT
14. R INSP
15. FI O2, dejar tres espacios para colocar lo que sea necesario
16. ETCO2
17. V FUGAS
18. NIVEL TUBO OROTRAQUEAL
19. PRESION DE BALON TUBO ORTOTRAQUEAL

E. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Registrar la fecha en caso de que el paciente trae, inicio, cambio, retiro

- Intubación traqueal
- Traqueotomia
- Tubo torácico
- Sonda gástrica
- Cateter para diálisis
- Cateter venoso central
- Cateter venoso periférico
- Marcapaso temporal
- Línea arterial
- Sonda vesical
- Punción lumbar
- Otros:

F. OXIGENACIÓN:

Registrar con una X en: AM, PM, HS

- Aire ambiente
- Cateter nasal
- Mascarilla
- Tubo en T

G. SOLICITUD DE EXÁMENES

Registrar hora de toma y hora de los resultados de los exámenes de laboratorio indicados al paciente. Registrar hora Solicitud y hora de resultado.

H. **CUIDADOS GENERALES**
Registrar la frecuencia en AM, PM, HS

1. Aislamiento: registrar el tipo de aislamiento
2. Baño
3. Aseo perineal
4. Reposo relativo
5. Posición: describir el tipo de posición
6. Cambios de posición
7. Levantarlo
8. Cuidados de piel
9. Cuidados de ojos
10. Higiene bucal
11. Control de fiebre, medios físicos
12. Rehabilitación motora
13. Nebulizaciones
14. Terapia respiratoria
15. Cuidados del tubo oro-traqueal
16. Aspiración de secreciones
17. Curación: registrar cualquier tipo de curación
18. Control de sangrado
19. Cuidado de drenajes
20. Control de sonda gástrica
21. Control de sonda vesical

I. **INTERCONSULTAS**
Servicio: registrar el servicio a donde se realiza la interconsulta y la respuesta. Registrar hora Solicitud y hora respuesta.

J. **INFORME DE ENFERMERÍA**
En este bloque quedará abierto para que sea registrada por la enfermera las diferentes novedades en los diferentes horarios. Terapia intensiva no utilizará el SOAPIER. Este bloque corresponde al informe de enfermería en horarios: AM, PM y HS

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula.
- **Sello:** marcar el sello del profesional.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD

B. CONSTANTES VITALES

C. BITÁCORA

TEMPERATURA °C

PRESIÓN ARTERIAL (mm Hg)

PULSO

FRECUENCIA RESPIRATORIA

D. MEDICACIÓN

MEDICACIÓN

E. INGESTA

INGRESOS INTRAVENOSOS

INGRESOS		SUMA		EGRESOS		SUMA	

F. OXIGENOTERAPIA Y VENTILACIÓN MECÁNICA

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
VENTILACIÓN																								

G. GASOMETRÍA Y OTROS EXÁMENES

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
GASOMETRÍA	pH																							
	pCO2																							
	pO2																							
	HCO3																							
	SaO2																							
	Exceso de Bases																							
	Lactato																							
	Sodio																							
	Potasio																							
	Cloro																							
OTROS EXÁMENES	Hemoglobina																							
	Glucosa																							
	Bilirrubinas																							
	Densidad Urinaria																							

H. PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS	FECHA DE SOLICITUD O REALIZACIÓN	FECHA DE RECHAZO	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	FECHA DE RETIRO	FECHA DE EXAMEN	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE EXAMEN O PROCEDIMIENTO
CATÉTER VENOSO CENTRAL								
CATÉTER ARTERIAL (PICC)								
CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO								
SONDA NASOGÁSTRICA								
SONDA VESICAL								
CATÉTER UMBILICAL								
VÍA ENTERAL								
EXÁMENES SIN ESTUDIO TRANSFUSIÓN								

I. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

	AM	PM	NO
ASEO			
CALENTAMIENTO FOCO DE RADIANTE			
ASEO DE ZONA NO CONTAMINADA (CAMBIO DE PAÑAL)			
ASEO DE OJOS CON SUERO			
CURACIÓN ZONA UMBILICAL			
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS			
ASEO CELULAR			
CAMBIO DE PAÑAL			
ASEO PRECOCIÓN DE ESPERMA			
CAMBIO CAMISA			
EXTRACCIÓN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO			
ALIMENTO			
ALIMENTO DE PUPILAS			
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA			
CAMBIO DE PAÑALES			
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA			
APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS			
CAPACITACIÓN A LA MADRE			
ENFERMERÍA CONTINUA			

FECHA INICIO	SOLICITUD	FECHA INICIO	SOLICITUD	FECHA INICIO	SOLICITUD	

J. SOLICITUD DE EXÁMENES

NOMBRE	FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE REALIZACIÓN	NOMBRE INTERCONSULTADO	FECHA DE RECHAZO	FECHA DE TERMINO

K. INTERCONSULTAS

L. APUNTES DE ENFERMERÍA

MAÑANA

TARDE

NOCHE

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP.HCU/form.114/2021 BITACORA UCI NEONATAL

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos-UCI de pacientes neonatales, tanto por médicos como enfermeras, obteniendo de esta manera información necesaria y segura.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales médicos intensivistas y enfermeras de los diferentes establecimientos de salud que cuenten con este servicio, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos intensivistas, neonatólogos y enfermeras.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 12 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

Este formato será revisado por el comité de ética, se manejará en función de las necesidades de los diferentes establecimientos de salud: Comité de especialistas de acuerdo al caso a ser tratado, Acuerdo Ministerial 00072 de Mejoramiento de Calidad e Historia Clínica, conforma un comité el cual debe ver la pertinencia de las variables que se requiera.

La bitácora será actualizada de acuerdo a lo establecido por el comité. En cuanto a los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.

- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Número de hoja**: registrar el número de hoja correspondiente
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste la madre
- **Edad**: registrar la edad en números.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. **ANTROPOMETRIA**

En este bloque registrar los valores obtenidos.

C. **BITACORA**

En este bloque registrar la siguiente información:

- Fecha de ingreso a UCI Neonatal, año, mes, día
- Fecha actual: registrar diariamente: año, mes, día
- Días de hospitalización: registrar el número de días que se encuentra el paciente hospitalizado
- Edad gestacional
- Grupo y factor: registrar el grupo sanguíneo y factor del neonato
- Peso diario: registrar el peso diario del neonato
- Diagnósticos: registrar los nombres de los diagnósticos con el respectivo código CIE
- Unidad neonatal: registrar una X en la unidad que corresponda: incubadora, cuna de calor radiante, termo cuna, cuna corriente

Luego, se realizarán los registros respectivos por horas durante 24 horas:

Constantes Vitales:

Registrar los valores de la siguiente información por hora durante las 24 horas

- Temperatura, registrar en grados centígrados
- Presión arterial en: registrar en mm.Hg
- Frecuencia respiratoria: registrar en r.p.m.
- Pulso: registrar en l.p.m.
- Pulsioximetría

- Perímetro abdominal

D. MEDICACIÓN

Registrar toda la medicación indicada al paciente en el transcurso de las 24 horas, al igual que las nebulizaciones y fisioterapia respiratoria.

E. INGESTA

Ingresos intravenosos: registrar la cantidad de ingresos intravenosos y de leche materna por hora. Registrar los ingresos por vía oral: succión, sonda, gastroclisis o infusión.
Dilución de medicación (ml)

Vía Oral: registrar la cantidad de ingresos por: leche materna, fórmula, por succión, por sonda, por gastroclisis o infusión continua

Pérdidas: registrar los egresos por: insensibles, drenajes, otros y extracciones. Por orina, registrar diuresis horaria

Realizar la suma de ingresos para obtener un total, igualmente en los egresos. Registrar el balance diario y balance global.

Orina: registrar diuresis

F. OXIGENOTERAPIA Y VENTILACIÓN MECÁNICA

Registrar los valores de ventilación:

- Oxígeno por
- Tipo de ventilación
- Modo
- FIO2
- Flujo
- Volumen minuto
- Volumen total
- PIP
- PEEP
- Tiempo de inspiración
- Tiempo de espiración
- Relación inspiración/respiración
- PMVA
- Amplitud
- Hertzios
- Compliance
- Resistencia
- C20/C

G. GASOMETRIA Y OTROS EXAMENES

Registrar los valores de:

- Ph
- pCO2
- pO2
- SaO2
- Exceso de base
- Lactato
- Sodio
- Potasio
- Calcio

Otros exámenes: registrar los resultados de otros exámenes como:

- Hematocrito
- Glucosa
- Bilirrubinas
- Densidad urinaria

H. PROCEDIMIENTOS

Registrar en los procedimientos descritos en el formulario

I. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Registrar los resultados de los procedimientos de enfermería descritos en el formulario

J. SOLICITUD DE EXAMENES

Registrar la siguiente información relacionada con el pedido de exámenes:

- Nombre
- Fecha de solicitud
- Fecha de realización

K. INTERCONSULTAS

En este bloque registrar:

- El nombre del servicio interconsultado
- Fecha de solicitud
- Fecha de respuesta.

L. INFORME DE ENFERMERIA

En este bloque registrar según horario el respectivo informe de enfermería.

M. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Esta información se registrará en los horarios AM, PM y HS

- **Fecha de la consulta:** registrar en año, mes y día
- **Hora:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula.
- **Sello:** marcar el sello del profesional.

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	

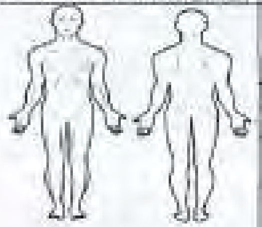
2. ANTROPOMETRÍA

Respiración

O Espontánea

Asistida

Controlada



Escala de BRADEN-BERGSTROM valoración de riesgo de úlceras por presión en pacientes pediátricos.

PUNTOS	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	FRICCIÓN Y ROCE
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Completamente inadecuada	Problema
2	Muy limitada	Con frecuencia húmeda	Silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Levemente limitada	Ocasionalmente húmeda	Camina con ayuda	Ligeramente limitada	Adecuada	Sin problema
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Camina frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

TOTAL	

INTERPRETACIÓN	
PUNTOS	RIESGO
Menor a 12	Alto riesgo
De 13 a 14	Riesgo
Mayor a 14	Bajo riesgo

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO
SNS-MSP.HCU/form.115/2021 BITACORA UCI PEDIATRICA

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos-UCI de pacientes pediátricos, tanto por médicos como enfermeras, obteniendo de esta manera información necesaria y segura.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales médicos intensivistas y enfermeras de los diferentes establecimientos de salud que cuenten con este servicio, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no puedan ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos intensivistas y enfermeras
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 4 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

Este formato será revisado por el comité de ética, se manejará en función de las necesidades de los diferentes establecimientos de salud. Comité de especialistas de acuerdo al caso a ser tratado, Acuerdo Ministerial 00072 de Mejoramiento de Calidad e Historia Clínica, conforma un comité el cual debe ver la pertinencia de las variables que se requiera.

La bitácora será actualizada de acuerdo a lo establecido por el comité. En cuanto a los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

Contiene:

- **Institución del Sistema:** registrar el nombre de la institución según corresponda el establecimiento de salud: MSP, IESS, ISSFFA, ISPOL

- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía, para pacientes extranjeros registrar el número de pasaporte o carnet de refugiado.
- **Número de Archivo**: cuando un paciente ingresa por primera vez, estadística le asigna una carpeta con un número secuencial y sirve para el archivo en cada establecimiento.
- **Primer apellido**: registrar el apellido del padre
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre, Mujer
- **Fecha de nacimiento**: registrar fecha de nacimiento en el siguiente orden: día, mes año
- **Edad**: este formulario será utilizado a partir del mes de edad para los establecimientos de salud que no cuentan con UCI pediátrica, por lo que se retira de condición de la edad horas y días.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. ANTROPOMETRIA

En este bloque registrar la siguiente información:

- Talla en cm.
- Peso real
- Índice de masa corporal-IMC
- Peso ideal: es cuanto el paciente debe pesar en cuanto a su talla
- Superficie corporal
- Número de hoja: corresponde al número de hoja y se relaciona con la cronología, solo en el anverso. Indica cuántos días está el paciente en UCI.

C. BITACORA

En este bloque registrar la siguiente información:

- Servicio de Procedencia:
- Fecha de ingreso a UCI
- Fecha actual: registrar diariamente, día, mes año
- Alergias: si, no, especificar
- Grupo sanguíneo:
- Factor:
- Porcentaje de quemadura:
- Diagnóstico de ingreso a UCI- Código CIE-10

Luego, se realizarán los registros respectivos por horas durante 24 horas:

Constantes Vitales:
Registrar la siguiente información por hora durante las 24 horas

- Presión arterial - TORR
- Frecuencia cardiaca- L.P.M.
- Frecuencia respiratoria: espontánea, asistida, controlada
- Temperatura en grados centígrados

Hemodinamia:

Registrar la siguiente información:

- Tensión arterial media
- Presión intracraneana
- Presión de perfusión cerebral
- Presión venosa central
- Gasto cardíaco
- Fracción de eyección
- Presión capilar pulmonar/aurícula izquierda

Medicación:
En este bloque registrar la medicación indicada por el médico al paciente y el horario.

Nebulización:
Registrar si el paciente requiere nebulización y el horario.

Ingresos: registrar la cantidad de ingresos por hora de:

- Medicación
- Nutrición parenteral total
- Sangre
- Plasma
- Plaquetas
- Crioprecipitados
- Dieta
- Agua endógena
- Ingreso parcial
- Ingreso total

Pérdidas: registrar los egresos por:

- Insensibles
- Vómito
- Sonda Nasogástrica
- Drenaje
- Drenaje torácico
- Drenaje T. retroexternal
- Drenaje abdominal
- Heces/colostomía

    - Diuresis/horario
    - Diuresis total
    - Diálisis
    - Pérdida parcial
- Balance total

Balances:

- Balance urinario AM
- Balance urinario PM
- Balance urinario HS
- Balance urinario 24 horas
- Total ingresos
- Total pérdidas
- Balance
- Balance acumulado
- Total sangre administrada
- Balance diálisis

Localización de las úlceras por presión o quemadura:

Registrar en el cuadro presente en el formulario el número de la escala de BRADEN que valora el riesgo de las úlceras. También se debe registrar en las figuras el sitio donde se encuentren úlceras.

Escalas de sedación:
En este cuadro, se encuentran las escalas de sedación de RAMSAY Y EVANS, en el cuadro en blanco registrar los valores encontrados.

Plan de cuidados generales:
Registrar con una X lo indicado para el paciente.

Exámenes especiales:
Registrar el o los exámenes indicados al paciente

Interconsulta:
Registrar la especialidad interconsultada y su respuesta

En el siguiente grupo de información, se debe registrar los valores encontrados en el paciente por hora de acuerdo al cuadro del formulario:

- **Ventilación de alta frecuencia:**
- **Ventilación convencional:**
- **Neurológico**
- **Laboratorio**
- **Gasometria**

En el siguiente grupo de información se marcará con una X en el casillero correspondiente de acuerdo a los resultados encontrados en el paciente

- **Evaluación del TISS 28**
- **Apoyo ventilatorio**
- **Monitoreo de aurícula izquierda**
- **Apoyo renal**
- **Apoyo neurológico**
- **Apoyo metabólico**
- **Intervenciones específicas**
- **Prevención de infecciones asociadas a la atención de salud**

Procedimientos
Registrar en los procedimientos descritos en el formulario la siguiente información:

- Trae al ingreso
- Inicio
- Cambio
- Retiro
- Días dispositivo

Escala del dolor en el paciente sedado:
Registrar el número correspondiente a la escala que corresponda al estado del paciente.

D. DATOS DEL RESPONSABLE

Este bloque corresponde al informe de enfermería en horarios: AM, PM y HS

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
						M	A

B. EVALUACIÓN PARA CALIFICACIÓN DE: DISCAPACIDAD ☐ CONDICIÓN DISCAPACITANTE ☐

C. CUADRO CLÍNICO

D. DIAGNÓSTICO

	CIE		CIE
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

E. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

TIPO DE TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO / NO FARMACOLÓGICO		
REHABILITACIÓN		
QUIRÚRGICO		

F. SECUELAS: PERMANENTES E IRREVERSIBLES ☐ TEMPORALES Y REVERSIBLES ☐

TIPO	DESCRIPCIÓN

NOTA En caso de Condición Discapacitante (secuelas temporales y reversibles): A pesar del tratamiento realizado la evolución y pronóstico es previsiblemente desfavorable en un plazo mayor de (1) año de evolución sin que llegue a ser permanente.

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.116/2021 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD/CONDICIÓN DISCAPACITANTE

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, la más importante es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en la elaboración del certificado de discapacidad.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades relacionadas con la atención del paciente que requiere un certificado de discapacidad.

Aplicación:
Este formulario será utilizado por profesionales médicos especialistas y generales de establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:
- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos especialistas, generales.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

INSTRUCTIVO:
Este formulario consta de 7 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención al paciente adulto mayor.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de

no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos.
- **Condición de la edad**: registrar una X en el casillero que corresponda la edad del paciente, horas, días, meses o años

B. EVALUACION PARA CALIFICACION DE

Discapacidad: registrar un X, si es el caso

Condición discapacitante: registrar una X si es el caso

C. CUADRO CLÍNICO

Hacer una descripción del cuadro clínico del paciente

D. DIAGNOSTICO

Registrar el o los diagnósticos con su respectivo código CIE

E. TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Contiene:

- **Tipo de tratamiento:** registrar si corresponde la fecha de inicio y realizar una breve descripción del tratamiento
- **Farmacológico-No farmacológico:** registrar si corresponde la fecha de inicio y realizar una breve descripción del tratamiento
- **Rehabilitación** registrar si corresponde la fecha de inicio y realizar una breve descripción del tratamiento
- **Quirúrgico** registrar si corresponde la fecha de inicio y realizar una breve descripción del tratamiento

F. SECUELAS

Permanentes e irreversibles: si las secuelas corresponden registrar el tipo y realizar una descripción de las mismas

Temporales y reversibles: si las secuelas corresponden registrar el tipo y realizar una descripción de las mismas

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Registrar la siguiente información:

Fecha de la consulta: registrar en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional
Firma: registrar la firma como se encuentra en la cedula.
Sello: marcar el sello del profesional.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. CERTIFICO QUE:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

FUE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE				ESPECIALIDAD	
FECHA DE ATENCIÓN:					
	AÑO	MES	DIA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS	
HORA DE ATENCIÓN:	DESDE:			HASTA:	
EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN					
FECHA DE INGRESO:					
	AÑO	MES	DIA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS	
FECHA DE ALTA:					
	AÑO	MES	DIA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS	

C. SE RECOMIENDA:

REPOSO	SI				
	NO		HORAS EN NÚMEROS	ESCRIBIR LAS HORAS EN NÚMEROS	
DESDE:					
	AÑO	MES	DIA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS	
HASTA:					
	AÑO	MES	DIA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS	

D. DIAGNÓSTICO

		CIE			CIE
1.			3.		
2.			4.		

E. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.117/2021 CERTIFICADO MÉDICO

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, la más importante es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en la elaboración del certificado de discapacidad.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de la prescripción o no de reposo a través del certificado médico.

Aplicación:
Este formulario será utilizado por profesionales médicos especialistas y generales de establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:
- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos especialistas, generales.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

INSTRUCTIVO:
Este formulario consta de 7 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención al paciente adulto mayor.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.

B. CERTIFICO QUE

- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos.
- **Condición de la edad**: registrar una X en el casillero que corresponda la edad del paciente, horas, días, meses o años

Información de la atención:

Se registra información respecto al servicio, especialidad, fecha y hora de la atención dada al paciente.

En caso de hospitalización se deberán registrar las fechas de ingreso y alta, en número y letras.

C. SE RECOMIENDA

Reposo: deberá marcar con una X si es necesario o no el reposo. No se deberá dejar en blanco este espacio.
Horas: colocar el número de horas por las que se prescribe el reposo. Debera escribirse en números y letras.
Desde y hasta: Las fechas de inicio y fin del reposo deberán escribirse en números y letras. Se considera que las fechas escritas están incluidas en el período de reposo.

D. DIAGNOSTICO

Registrar el o los diagnósticos con su respectivo código CIE.

E. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Registrar la siguiente información:

Fecha de la consulta: registrar en año, mes y día
Hora: registrar con formato de 24 horas
Nombres y apellidos del profesional: registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta.
Número de documento de identificación: registrar el número de la cédula del profesional

Firma: registrar la firma como se encuentra en la cedula.
Sello: marcar el sello del profesional.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CIE	SERVICIO						ESPECIALIDAD	SALA	CAMA
		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACIÓN				
DIAGNÓSTICO PARA TRANSFUSIÓN								CIE		

CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE				PRIORIDAD DE LA SOLICITUD			ALISTAR	
CLÍNICO		NEONATOLÓGICO			EMERGENCIA (5 min)			
QUIRÚRGICO		GINECO-OBSTÉTRICO			URGENCIA (15 min)		FECHA	
					RUTINA (45 min)		HORA	

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO (ESPECIFICAR NOMBRE Y TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN)

C. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES				TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR								REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS							
SI		NO		NO SABE		< DE 2 MESES		3-5 MESES		6-9 MESES		9-12 MESES		> 12 MESES		SI		ESPECIFIQUE		NO		NO SABE	

D. DATOS ACTUALES DE LABORATORIO

HEMOGLOBINA ____ HEMATOCRITO ____ PLAQUETAS ____ TP ____ TTP ____ GRUPO ABO/RH ____

INR ____ OTROS ____

E. TIPO Y NUMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE			CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL			PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP			CRIOPRECIPITADO	CRIO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLp			PLASMA REFRIGERADO	PR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL			SANGRE RECONSTITUIDA	SR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			OTRO			

F. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO

Yo, _____ en calidad de médico prescriptor de este paciente, quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente/emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado únicamente con la determinación de grupo ABO/Rh con el fin de mejorar la condición de salud del paciente antes mencionado.
Además solicito se completen las pruebas de compatibilidad sanguínea correspondientes y se me informen los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.

FECHA SOLICITUD PRESENTE		HORA DE SOLICITUDES DEL PRESENTE		NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL		FIRMA Y SELLO	
FECHA DE TOMA DE MUESTRA		HORA DE TOMA DE MUESTRA		NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE TOMA LA MUESTRA		FIRMA	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.118/2021 SOLICITUD DE SANGRE

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades para la solicitud de sangre, obteniendo de esta manera información necesaria y segura.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por médicos, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Alcance:

Este formulario es de aplicación obligatoria en diferentes establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema:** registrar el nombre de la institución según corresponda el establecimiento de salud: MSP, IESS, ISSFFA, ISPOL
- **Unicódigo:** registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística
- **Establecimiento de salud:** registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la admisión.

  Número de Historia Clínica: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el apellido del padre
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre, Mujer
- **Edad**: registrar la edad
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

Registrar la siguiente información según corresponda:

- Diagnóstico principal
- Servicio
- Especialidad
- Sala
- Cama
- Emergencia
- Consulta externa
- Hospitalización
- Diagnóstico para transfusión
- Categorización del paciente
- Prioridad de la solicitud
- Tratamiento terapéutico

C. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

Registrar la siguiente información según corresponda:

- Transfusiones anteriores
- Tiempo de la transfusión anterior
- Reacciones adversas transfusionales previas

D. DATOS ACTUALES DE LABORATORIO

Registrar los valores obtenidos de:

- Hemoglobina
- Hematocrito
- Plaquetas
- TP
- TTP
- Grupo ABO/Rh

E. TIPO Y NUMERO DE COMPONENTES SANGUINEOS SOLICITADOS

Registrar los componentes sanguineos requeridos en número y letras

F. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO

- Registrar el nombre y apellido del profesional médico responsable de la solicitud
- Fecha de generación de pedido
- Hora de generación de pedido
- Nombre y apellido del profesional
- Firma y sello
- Fecha de la toma de muestra
- Hora de la toma de muestra
- Nombre y apellido de la persona que toma la muestra
- Firma

A. DATOS DE LA AMBULANCIA

ENTIDAD DEL SISTEMA	BASE FÍSICA	UNICÓDIGO	Nº AMBULANCIA	TIPOLOGÍA	ZONA

B. DATOS GENERALES

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA	TIPO DE PACIENTE	TRAUMA		OBSTÉTRICA-GINECO		CLÍNICA		SALUD MENTAL	

NÚMERO HISTORIA CLÍNICA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

SEXO		EDAD		CONDICIÓN DE LA EDAD	HORAS		DÍAS		MESES		AÑOS		IGNORADO	

CONDICIÓN DEL PACIENTE	

C. DIAGNÓSTICOS

1		CIE		2		CIE	

D. DATOS DE TRANSFERENCIA

	FECHA		HORA	

MOTIVO	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS		REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA		ALTA	

MEDIO DE TRANSPORTE	TERRESTRE		AÉREO		FLUVIAL		MARÍTIMO	

ORIGEN	INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	PROVINCIA
	PROFESIONAL DE SALUD RESPONSABLE		CARGO	FIRMA		
DESTINO	INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	PROVINCIA
	PROFESIONAL DE SALUD RECIBE		CARGO	FIRMA		

E. EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS ADICIONALES PARA LA TRANSFERENCIA

BOMBA DE INFUSIÓN		CANTIDAD		MARCA		TERMOCUNA		CANTIDAD		MARCA	
MONITOR PORTATIL		CANTIDAD		MARCA				CANTIDAD		MARCA	
VENTILADOR MECÁNICO		CANTIDAD		MARCA				CANTIDAD		MARCA	
PERSONA QUE ENTREGA					CARGO					FIRMA	
PERSONA QUE RECIBE					CARGO					FIRMA	

F. CONSTANTES VITALES Y ESCALAS DE VALORACIÓN

EN CASO DE TRANSPORTE PROLONGADO SE DEBE ANEXAR EL FORMULARIO 029 PARA CONTROL DE SIGNOS VITALES

HORAS	FCC/min	TEMPERATURA °C	TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)	FR/min	PULSIOXIMETRIA	Glucosa mg/dl	ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG)				EXAMEN PUPILAR				
							OCULAR	VERBAL	MOTOR	TOTAL	REACTIVIDAD	OD	IS		NO
												OI	IS		NO
			/		%					/15	MIOSIS		ANISOCORIA		
			/		%					/15	MIOSIS		ANISOCORIA		
			/		%					/15	MIOSIS		ANISOCORIA		
			/		%					/15	MIOSIS		ANISOCORIA		
			/		%					/15	MIOSIS		ANISOCORIA		

G. PROCEDIMIENTOS DURANTE LA TRANSFERENCIA

H. DESCARGO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

COMPLETAR LOS ESPACIOS EN BLANCO

Nº	MEDICAMENTO / DISPOSITIVO	PRESENTACIÓN	CONSUMO	Nº	MEDICAMENTO / DISPOSITIVO	PRESENTACIÓN	CONSUMO	Nº	MEDICAMENTO / DISPOSITIVO	PRESENTACIÓN	CONSUMO
1				5				9			
2				6				10			
3				7				11			
4				8				12			

I. NOVEDADES

J. EQUIPO DE UNIDAD DE TRANSPORTE

CARGO	APELLIDOS	NOMBRES
Observaciones		

K. CENTRO REGULADOR DE TRANSFERENCIA

CARGO	APELLIDOS	NOMBRES
RADIO DESPACHADOR		
EVALUADOR PRE HOSPITALARIO		
Observaciones		

L. DATOS TRANSPORTE

HORA REQUERIMIENTO	HORA / KILOMETRAJE SALIDA DE BASE	HORA / KILOMETRAJE LLEGADA AL ESTABLECIMIENTO	HORA CONTACTO PACIENTE	HORA DE SALIDA DEL ESTABLECIMIENTO

HORA / KILOMETRAJE LLEGADA AL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR	HORA ENTREGA AL PACIENTE	HORA SALIDA DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR	HORA / KILOMETRAJE LLEGADA A BASE

M. TRIPULACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO AÉREO

CARGO	APELLIDOS	NOMBRES
Observaciones		

N. INFORMACIÓN DE LA AERONAVE

FUERZAS ARMADAS		POLICÍA NACIONAL		CUERPO DE BOMBEROS		EMT PRIVADA	
NOMBRE INSTITUCIÓN							
TIPO DE AERONAVE	ALA FIJA		ALA ROTATORIA		PRESURIZADA		NO PRESURIZADA
DATOS DE VUELO	ALTITUD				VELOCIDAD		
PUERTO / PUNTO SALIDA				PUERTO / PUNTO ARRIBO			
HORA SALIDA		HORA LLEGADA		RECIBE AMBULANCIA TERRESTRE	SI		NO

O. DATOS DE DESTINO DEL PACIENTE

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

PRESENCIA DE SIGNOS VITALES		AUSENCIA DE SIGNOS VITALES	

NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE RECIBE		HORA LLEGADA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		HORA DE FIRMA		FIRMA / SELLO RECIBE
DATOS QUIEN RECIBE	APELLIDOS		NOMBRES		CARGO	
						FIRMA / SELLO ENTREGA
DATOS QUIEN ENTREGA	APELLIDOS		NOMBRES		CARGO	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.119/2021 TRANSFERENCIA

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades para el transporte secundario, obteniendo de esta manera información necesaria y segura.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por paramédicos o médicos, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Alcance:

Este formulario es de aplicación obligatoria en diferentes establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos o paramédicos.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de 15 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. DATOS DE LA AMBULANCIA:

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda el establecimiento de salud: MSP, IESS, ISSFFA, ISPOL.
- **Base física**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la transferencia.
- **Unicódigo:**
- **Nro. De la ambulancia:**
- **Tipología:**
- **Zona:**

B. DATOS GENERALES

Contiene:

- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía, para pacientes extranjeros registrar el número de pasaporte o carnet de refugiado
- **Primer apellido**: registrar el apellido del padre
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre, Mujer
- **Edad**: registrar la edad
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años
- **Condición del paciente**: hacer una descripción de la condición de salud del paciente

C. DIAGNOSTICOS

- Registrar el diagnóstico, con el respectivo código CIE

D. DATOS DE TRANSFERENCIA

En este bloque registrar la información requerida en relación a:

- Motivo
- Medio de transporte
- Origen
- Destino

E. EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS ADICIONALES PARA LA TRANSFERENCIA

En este bloque se debe registrar la información correspondiente en relación a:

- Bomba de infusión
- Termocuna
- Monitor portátil
- Ventilador mecánico
- Persona que entrega
- Persona que recibe

F. CONSTANTES VITALES Y ESCALAS DE VALORACION

En este bloque se debe registrar la información correspondiente en relación a:

- **Horas**: registrar las horas en las diferentes tomas

- **Constantes vitales**: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura en grados centígrados, pulsioximetría y glucosa

- **Escala de coma de GLASGOW**
- **Examen pupilar**

G. PROCEDIMIENTOS DURANTE LA TRANSFERENCIA

En este bloque registrar todos los procedimientos que se realiza al paciente durante la movilización de la ambulancia

H. DESCARGO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

Registrar todos los medicamentos administrados al paciente y el uso de dispositivos médicos

I. NOVEDADES

Hacer una descripción de novedades en relación al paciente que se transporta, según corresponda

J. EQUIPO HUMANO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE

Registrar el cargo, los apellidos y los nombres de las personas que se encuentran en la unidad de transporte

K. CENTRO REGULADOR DE TRANSFERENCIA

Registrar la respectiva información

L. DATOS DEL TRANSPORTE

Registrar los datos que se requieren relacionados al transporte

M. TRIPULACION DEL TRANSPORTE SANITARIO AEREO

Registrar el cargo, apellidos y nombres de todos los integrantes de la tripulación aérea sanitaria

N. INFORMACION DE LA AERONAVE

Registrar la información requerida en relación a al aeroave

O. DATOS DEL DESTINO DEL PACIENTE

Registrar los datos del establecimiento a donde va el paciente, según corresponda.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A

B. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FECHA (aaaa-mm-dd)

INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE
	8			8			8			8	
	9			9			9			9	
	10			10			10			10	
	11			11			11			11	
	12			12			12			12	
	13			13			13			13	
	14			14			14			14	
	15			15			15			15	
	16			16			16			16	
	17			17			17			17	
	18			18			18			18	
	19			19			19			19	
	20			20			20			20	
	21			21			21			21	
	22			22			22			22	
	23			23			23			23	
	0			0			0			0	
	1			1			1			1	
	2			2			2			2	
	3			3			3			3	
	4			4			4			4	
	5			5			5			5	
	6			6			6			6	
	7			7			7			7	

INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE
	8			8			8			8	
	9			9			9			9	
	10			10			10			10	
	11			11			11			11	
	12			12			12			12	
	13			13			13			13	
	14			14			14			14	
	15			15			15			15	
	16			16			16			16	
	17			17			17			17	
	18			18			18			18	
	19			19			19			19	
	20			20			20			20	
	21			21			21			21	
	22			22			22			22	
	23			23			23			23	
	0			0			0			0	
	1			1			1			1	
	2			2			2			2	
	3			3			3			3	
	4			4			4			4	
	5			5			5			5	
	6			6			6			6	
	7			7			7			7	

INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE
	8			8			8			8	
	9			9			9			9	
	10			10			10			10	
	11			11			11			11	
	12			12			12			12	
	13			13			13			13	
	14			14			14			14	
	15			15			15			15	
	16			16			16			16	
	17			17			17			17	
	18			18			18			18	
	19			19			19			19	
	20			20			20			20	
	21			21			21			21	
	22			22			22			22	
	23			23			23			23	
	0			0			0			0	
	1			1			1			1	
	2			2			2			2	
	3			3			3			3	
	4			4			4			4	
	5			5			5			5	
	6			6			6			6	
	7			7			7			7	

A. DATOS DEL USUARIO / PACIENTE

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD	NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NUMERO DE ARCHIVO

B. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FECHA (aaaa-mm-dd)

INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE
	8			8			8			8	
	9			9			9			9	
	10			10			10			10	
	11			11			11			11	
	12			12			12			12	
	13			13			13			13	
	14			14			14			14	
	15			15			15			15	
	16			16			16			16	
	17			17			17			17	
	18			18			18			18	
	19			19			19			19	
	20			20			20			20	
	21			21			21			21	
	22			22			22			22	
	23			23			23			23	
	0			0			0			0	
	1			1			1			1	
	2			2			2			2	
	3			3			3			3	
	4			4			4			4	
	5			5			5			5	
	6			6			6			6	
	7			7			7			7	

INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE
	8			8			8			8	
	9			9			9			9	
	10			10			10			10	
	11			11			11			11	
	12			12			12			12	
	13			13			13			13	
	14			14			14			14	
	15			15			15			15	
	16			16			16			16	
	17			17			17			17	
	18			18			18			18	
	19			19			19			19	
	20			20			20			20	
	21			21			21			21	
	22			22			22			22	
	23			23			23			23	
	0			0			0			0	
	1			1			1			1	
	2			2			2			2	
	3			3			3			3	
	4			4			4			4	
	5			5			5			5	
	6			6			6			6	
	7			7			7			7	

INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE	INTERVENCIÓN	HORA	RESPONSABLE
	8			8			8			8	
	9			9			9			9	
	10			10			10			10	
	11			11			11			11	
	12			12			12			12	
	13			13			13			13	
	14			14			14			14	
	15			15			15			15	
	16			16			16			16	
	17			17			17			17	
	18			18			18			18	
	19			19			19			19	
	20			20			20			20	
	21			21			21			21	
	22			22			22			22	
	23			23			23			23	
	0			0			0			0	
	1			1			1			1	
	2			2			2			2	
	3			3			3			3	
	4			4			4			4	
	5			5			5			5	
	6			6			6			6	
	7			7			7			7	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.120/2021 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las intervenciones de enfermería, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por profesionales de enfermería de los diferentes establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por profesionales de enfermería
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul y como consta en la cédula de ciudadanía o pasaporte

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 2 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a la información requerida. El formulario está diseñado en anverso y reverso con la misma información, es decir tiene 2 hojas.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL .
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Nro. de hoja**: registrar el número de hoja correspondiente
- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre

- **Sexo:** registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario.
- **Edad**: registrar la edad en números.
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.

B. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Este bloque sirve para 12 diferentes intervenciones de enfermería, y es de uso diario. En el reverso consta la misma información y sirve para un segundo día. Se debe registrar:

- **Fecha:** registrar la fecha en que se realizan las intervenciones, formato: año, mes, día
- **Intervención:** registrar el nombre de cada intervención
- **Hora:** registrar la hora de la intervención
- **Responsable:** registrar el nombre y apellido del responsable de la intervención

La valoración de las necesidades fundamentales elaboradas por Virginia Henderson, se enumeran a continuación:

1. **Respirar con normalidad**

Aquí se debe observar los hábitos respiratorios incluidos los hábitos tóxicos como el tabaco, patologías y sintomatología respiratoria, etc.

2. **Comer y beber adecuadamente**

Se evaluará el estado nutricional, incluidos los líquidos. La existencia de riesgo de desnutrición, se debe identificar las características especiales de la dieta, tomando en cuenta alergias, dietas especiales, suplementos nutricionales. Tomar en cuenta problemas relacionados con la dentición, la necesidad de ayuda para alimentarse, presencia de náuseas, vómitos, etc.

3. **Eliminar los desechos del organismo**

Se valorará la eliminación urinaria (incontinencia, sondaje vesical, uso de pañales absorbentes); eliminación fecal (estreñimiento, uso de laxantes, incontinencia fecal, etc.), valorar problemas de menstruación. Capacidad de la persona para en forma autónoma eliminar orina y materia, asegurando su higiene íntima. Igualmente, saber eliminar otros desechos del funcionamiento del organismo, manteniendo la higiene corporal.

4. **Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada**

Se evaluará la capacidad funcional y actividad física, el estado de los pies y miembros inferiores. Capacidad de la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos.

5. **Descansar y dormir**

Se valorará la calidad y cantidad del sueño, si toma medicación para dormir, si utiliza alguna técnica o si es sueño natural.

6. **Seleccionar vestimenta adecuada**

Se valorará la capacidad de la persona para vestirse y desvestirse, así como para elegir y comprar su vestimenta. Igualmente, capacidad e interés para construir su propia identidad física y mental a través de la vestimenta y de las modas.

7. **Mantener la temperatura corporal**

Valorar el mantenimiento de la temperatura corporal en límites normales (37,2 °C), eventualmente actuando sobre el medio ambiente y/o sobre la propia vestimenta. Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente, y a apreciar los propios

límites en este sentido. Capacidad para abrir y cerrar ventanas según mejor convenga, y/o actuar respecto del entorno de manera conveniente.

8. **Mantener la higiene corporal**
   Se valorará la capacidad de la persona para lavarse por sí mismo y mantener su higiene personal, así como utilizar productos y utensilios para mantener la piel, cabellos, uñas, dientes, encías, orejas, etc, y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.

9. **Evitar los peligros del entorno**
   Se valorará la capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.

10. **Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones**
    Se valorará la capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura, a las palabras, y/o a un código. Igualmente, capacidad para insertarse e integrarse a un grupo social, viviendo plenamente las relaciones afectivas y la propia sexualidad.

11. **Ejercer culto a Dios, acorde con la religión**
    Se valorará la capacidad de la persona a explorar, conocer, y promover, sus propios principios, valores, y creencias. Igualmente, manejar esas cuestiones a efectos de elaborar y elucubrar el sentido que le desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad.

12. **Trabajar de forma que permita sentirse realizado**
    Se valorará la capacidad de la persona para participar e interesarse en alguna actividad creativa y/o de interés social, así reforzando su autoestima y su sentimiento de alegría y autorrealización personal. Igualmente, cumplir algún tipo de rol en una organización social, y darse a ello con interés, dedicación, y empeño.

13. **Participar en todas las formas de recreación y ocio**
    Se valorará la capacidad de la persona para distraerse, entretenerse, y cultivarse. Igualmente, interés de la persona para invertir tiempo y energía en una actividad alejada de sus problemáticas personales (por ejemplo un juego, un audiovisual, etc), obteniendo con ello algún tipo de satisfacción personal.

14. **Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud**
    Se valorará la capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento, y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adaptarse a un cambio, y tener facilidad para poder sobreponerse a periodos de dolor emocional y a situaciones adversas. Además, poder transmitir algún tipo de saber o de conocimiento. Aprender, descubrir, y satisfacer curiosidades, forma parte del desarrollo normal y de una u otra forma contribuye a la propia salud física y mental.

A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (AÑOS)

B. MOTIVO DE CONSULTA

C. DEMANDA ACTUAL / ENFERMEDAD ACTUAL

EMBARAZO	SI		NO	

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

CARDIOPATÍA		DIABETES		ENF. C. VASCULAR		ENF. ENDOCRINO METABÓLICO		ENF. RENAL		TUBERCULOSIS		ENF. MENTAL		ENF. INFECCIOSA		ENF. PERINATAL		OTRO	

E. HÁBITOS

ALCOHOL		DROGAS		TABACO		ALIMENTACIÓN		SUEÑO		OTROS	

F. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

G. GENOGRAMA

SIMBOLOGÍA

HOMBRE

MUJER

ABORTO

MATRIMONIO O UNIÓN LEGÍTIMA

SEPARACIÓN

UNIÓN CONSANGUÍNEA

DIVORCIO

HIJO ADOPTADO

HIJA ADOPTADA

HIJO BIOLÓGICO

HIJA BIOLÓGICA

INFORMANTE

RELACIONES INTERPERSONALES

Muy cercana

Muy cercana, pero conflictiva

Conflictiva

Cercana

Quiste

Distante

ABREVIATURAS

INM	INFANTIC
HTA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DM	DIABETES
CA	CÁNCER
EP	EPILEPSIA
TB	TUBERCULOSIS
AE	ASMA
TA	TABAQUISMO
AL	ALCOHOLISMO
DD	DROGO DEPENDIENTE
DC	DISCAPACIDAD
MG	MIGRAÑA
EM	EMBARAZO
A	FALLECIDO

H. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

EVALUACIÓN DE FUNCIONES BÁSICAS / PROCESOS COGNITIVOS SUPERIORES

EVALUACIÓN CLÍNICA

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS

APLICA	SI		NO	

INSTRUMENTO	RESULTADO

I. DIAGNÓSTICOS

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					3.				
2.					4.				

J. PLAN DE TRATAMIENTO

DETALLAR EL PLAN A SEGUIR, CONTIENE: TIPO, METAS Y MODALIDAD DE TRATAMIENTO

K. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:min)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.121/2021 PSICOLOGIA CLINICA

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente que requiere atención de psicología clínica. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico.

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo para la atención de salud a pacientes que requieren atención psicológica, en los establecimientos de salud, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado por psicólogos clínicos de los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro de este formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica
- Este formulario debe ser llenado por psicólogos clínicos
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul
- No dejar espacios en blanco
- No usar abreviaturas, salvo las reconocidas internacionalmente o las aprobadas por el Ministerio de Salud

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 8 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

Contiene:

- **Institución del Sistema:** registrar el nombre de la Institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la atención al paciente adulto mayor.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de Archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.

- **Primer apellido**: registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el paciente.
- **Segundo apellido**: registrar el segundo apellido
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre o Mujer, según manifieste el paciente/usuario
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos
- Este formulario tiene para registrar información de dos consultas, por esta razón se repiten todos los bloques para la primera y segunda consulta, a excepción de los bloques E Y F

B. MOTIVO DE LA CONSULTA

Registrar el motivo de la consulta del paciente.

C. DEMANDA ACTUAL/ENFERMEDAD ACTUAL

Registrar una X en embarazo SI o NO, según corresponda la condición del paciente
Luego hacer una descripción de la demanda actual del paciente.

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Registrar una X en el casillero correspondiente a la respuesta del paciente. En la parte inferior hacer una descripción breve de la patología, según su importancia.

E. HABITOS

Registrar una X en el casillero que corresponda la respuesta del paciente.

F. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Registrar una X en el casillero correspondiente a la respuesta del paciente. En la parte inferior hacer una descripción breve de la patología, según su importancia.

G. GENOGRAMA

Registrar los símbolos del genograma y luego graficar

H. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

En este bloque se registrará los hallazgos de la Evaluación de funciones básicas/Procesos cognitivos superiores, la evaluación clínica, y los resultados de los instrumentos psicológicos.

I. DIAGNÓSTICOS

Registrar el nombre del diagnóstico según sea el caso: presuntivo o diagnóstico y el código CIE respectivo.

J. PLAN DE TRATAMIENTO

Registrar en forma detallada el procedimiento terapéutico a realizar, según protocolo de atención. Registrar las indicaciones y recomendaciones generales y específicas.

K. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Se registrará la siguiente información:

- **Fecha de la consulta:** registrar en año, mes y día
- **Hora:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que solicita la interconsulta
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma como se encuentra en la cédula
- **Sello:** marcar el sello del profesional

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CIE	SERVICIO			ESPECIALIDAD	SALA	CAMA
		EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN			

DIAGNÓSTICO PARA TRANSFUSIÓN		CIE	

CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE				PRIORIDAD DE LA SOLICITUD				
CLÍNICO		NEONATOLÓGICO			EMERGENCIA (5 min)		AJUSTAR	
QUIRÚRGICO		GINECO-OBSTÉTRICO			URGENCIA (15 min)		FECHA	
					RUTINA (45 min)		HORA	

REACCIONES TRANSFUSIONALES ADVERSAS PREVIAS	SI		NO		CUALES	

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO (ESPECIFIQUE NOMBRE Y TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN)

C. COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN	T °C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO
							TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS						
							OBSERVACIONES:						

ENVIADO POR		FECHA		HORA		FIRMA	
TRANSPORTADO POR		FECHA		HORA		FIRMA	
RECIBIDO POR		FECHA		HORA		FIRMA	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Nº CATÉTER UTILIZADO	TEMPERATURA °C			TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)			FRECUENCIA CARDÍACA / min			FRECUENCIA RESPIRATORIA / min			HORA FINALIZADA	TIEMPO TOTAL	VOLUMEN ADMINISTRADO	REACCIÓN ADVERSA		CUAL
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI	NO	

C. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

DURANTE LA TRANSFUSIÓN ☐ POSTRANSFUSIÓN ☐ HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL ☐

SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA ☐	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DIFUSA ☐	FIEBRE ☐	HIPERTENSIÓN ☐	NAUSEA ☐	TAQUICARDIA ☐
DIAGNOSIS DISNEA ☐	DOLOR LUMBAR ☐	HEMOGLOBINURIA ☐	HIPOTENSIÓN ☐	SHOCK ☐	URTICARIA ☐
	EDEMA PULMONAR ☐	HEMORRAGIA ☐	ICTERICIA ☐	SEROCONVERSIÓN ☐	VÓMITO ☐

OTRO (ESPECIFICAR) ☐

IDENTIFICACIÓN REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT) - MEDICINA TRANSFUSIONAL

SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA TRANSFUSIÓN Y EL ACONTECIMIENTO DE LA RAT: INMEDIATA (menor 48 h) ☐ TARDÍA (mayor 48 h) ☐

REACCIÓN FEBRIL NO HEMOLÍTICA ☐	REACCIÓN ANAFILÁCTICA ☐	REACCIÓN HEMOLÍTICA TARDÍA ☐	INFECCIÓN BACTERIANA ☐
REACCIÓN HEMOLÍTICA AGUDA ☐	REACCIÓN ALÉRGICA ☐	PÚRPURA TRANSFUSIONAL ☐	INFECCIÓN VIRAL ☐
HEMOLISIS NO INMUNE ☐	SOBRECARGA CIRCULATORIA ☐	ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED (ECH) ☐	INFECCIÓN PARASITARIA ☐
EDEMA PULMONAR NO CARDIOGÉNICO (TRALI) ☐	SEPSIS ☐	INMUNOMODULACIÓN ☐	SOBRECARGA DE HIERRO ☐

OTRO (ESPECIFICAR) ☐

D. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

RESPONSABLE DEL SMT	RESPONSABLE INICIO TRANSFUSIÓN	RESPONSABLE FIN TRANSFUSIÓN
NOMBRE Y APELLIDO	NOMBRE Y APELLIDO	NOMBRE Y APELLIDO
FIRMA	FIRMA	FIRMA
SELLO Y CÓDIGO	SELLO Y CÓDIGO	SELLO Y CÓDIGO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-form.122/2021 TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA REGISTRO Y SEGUIMIENTO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades para la solicitud de sangre, obteniendo de esta manera información necesaria y segura.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por médicos, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Alcance:

Este formulario es de aplicación obligatoria en diferentes establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Privada y Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

INSTRUCTIVO:

Este formulario consta de dos secciones, con 3 y cuatro bloques respectivamente, los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

SECCIÓN A - REGISTRO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la institución según corresponda el establecimiento de salud: MSP, IESS, ISSFFA, ISPOL
- **Unicódigo:** registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística
- **Establecimiento de salud:** registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la admisión.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos

documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

- **Número de archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud.
- **Primer apellido**: registrar el apellido del padre
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo**: registrar con una X si corresponde a: Hombre, Mujer
- **Edad**: registrar la edad
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

Registrar la siguiente información según corresponda:

- Diagnóstico principal
- Servicio
- Especialidad
- Sala
- Cama
- Emergencia
- Consulta externa
- Hospitalización
- Diagnóstico para transfusión
- Categorización del paciente
- Prioridad de la solicitud
- Alistar

C. COMPONENTES SANGUÍENOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

Registrar la siguiente información según corresponda:

- Datos del Componente sanguíneo
- Datos pretransfusionales del paciente/receptor
- Total de componentes sanguíenos enviados

Se debe registrar los datos de responsabilidad de quien envía, transporta y recibe lo componentes solicitados.

SECCIÓN B- SEGUIMIENTO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO/PACIENTE

Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la Institución según corresponda el establecimiento de salud: MSP, IESS, ISSFFA, ISPOL

- **Unicódigo:** registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud; el mismo que será emitido por estadística
- **Establecimiento de salud:** registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la admisión.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.
- **Número de archivo**: registrar el número de archivo emitido por estadística para cada establecimiento de salud
- **Primer apellido**: registrar el apellido del padre
- **Segundo apellido**: registrar el apellido de la madre
- **Primer nombre**: registrar el primer nombre
- **Segundo nombre**: registrar el segundo nombre
- **Sexo:** registrar con una X si corresponde a: Hombre, Mujer
- **Edad**: registrar la edad
- **Condición de la edad**: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días meses, años

B. SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

Registrar la información solicitada respecto al proceso transfusional.

C. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

Registrar la información respecto al momento en que se presenta la reacción adversa transfusional, los signos y síntomas clínicos presentados y la identificación de la reacción adversa.

D. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

- Registrar el nombre y apellido del profesional responsable del Servicio de Medicina Transfusional, incluido firma, sello y código.
- Registrar el nombre y apellido del profesional responsable del Inicio de la transfusión, incluido firma, sello y código.
- Registrar el nombre y apellido del profesional responsable del Fin de la transfusión, incluido firma, sello y código.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y FAMILIA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	GEOREFERENCIA VIVIENDA			VULNERABLE	SI		NO		NÚMERO DE FICHA FAMILIAR
			LATITUD	LONGITUD	ALTITUD	NOTIFICADO AL					

DIRECCIÓN HABITUAL DE LA FAMILIA Y REFERENCIA

PARROQUIA	CANTÓN	BARRIO / SECTOR / COMUNIDAD	CALLE PRINCIPAL	CALLE SECUNDARIA	NÚMERO DE CASA

REFERENCIA DEL DOMICILIO

JEFE DE FAMILIA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	IDENTIFICACIÓN ÉTNICA	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE LLENADO

B. MIEMBROS DE LA FAMILIA

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN ÉTNICA				OCUPACIÓN	SEXO		NIVEL DE INSTRUCCIÓN	VACUNAS COMPLETAS		CONTROL SALUD BUENO		RIESGO, ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD	GRUPO DISCRESIONAL	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	VULNERABLE
				M	I	N	A		F	M		SI	NO	SI	NO				

C. EMBARAZADAS

APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN	FECHA PROBABLE PARTO	No. CONTROLES PRENATALES		SEMANAS DE GESTACIÓN	ESQUEMA VACUNACIÓN		ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS				ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS / OBSERVACIONES
			< 2010	>2010		COMPLETO	INCOMPLETO	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS	

D. MORTALIDAD FAMILIAR EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	EDAD AL FALLECER	CAUSA

E. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO

F. FAMILIOGRAMA

SIMBOLOGÍA

ABREVIATURAS

RELACIONES INTERPERSONALES

Muy cercana

Muy cercana, pero conflictiva

Conflictiva

Cercana

Distante

Distante

G. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y PUNTOS DE CONTAMINACIÓN

NORTE

H. LUGAR O INSTITUCION A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR										
GRUPO DE RIESGO Y COMPONENTE			FECHA MARCAR	DETALLE	FECHA MARCAR	DETALLE	FECHA MARCAR	DETALLE	FECHA MARCAR	DETALLE
A. RIESGO BIOLÓGICO	1	PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA								
	2	PERSONAS CON MALNUTRICIÓN								
	3	PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS								
	4	PERSONAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS / HUÉRFANAS								
	5	EMBARAZADAS CON RIESGO								
	6	PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
	7	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES								
B. RIESGO SANITARIO AMBIENTAL	8	CONSUMO DE AGUA INSEGURA								
	9	INCORRECTA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS								
	10	INCORRECTA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS								
	11	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS								
	12	ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS								
C. RIESGO SOCIO ECONÓMICO	13	DESEMPLEO DEL JEFE DE FAMILIA								
	14	ANALFABETISMO EN LA FAMILIA								
	15	DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR								
	16	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN / TABAQUISMO								
	17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA								
	18	HACINAMIENTO								
D. VULNERABLE	19	OBSERVACIONES								

J. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

RIESGO		ACTIVIDADES PROGRAMADAS		EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS					
FECHA DE ANÁLISIS	RIESGO	COMPROMISO DE LA FAMILIA	COMPROMISO DEL EQUIPO DE SALUD	FECHA DE EVALUACIÓN	SI CUMPLE	NO CUMPLE	PARCIAL	CAUSAS DEL INCUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	RESPONSABLE

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP/HCU-Anexo1/2021 FICHA FAMILIAR

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de la ficha familiar, efectuado por médicos familiares/generales y técnicos de atención primaria en salud TAPS, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación
Este formulario será utilizado en establecimientos de salud de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por médicos familiares/generales y TAPS
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul

INSTRUCTIVO
Este formulario consta de 10 Bloques los mismos que se encuentran identificados por una letra mayúscula, cada uno de ellos estructurado de acuerdo a determinada información requerida:

A. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y FAMILIA**
Contiene:

- **Institución del Sistema**: registrar el nombre de la institución según corresponda: Ministerio de Salud Pública-MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFFA, Instituto de Seguridad de la Policía- ISPOL.
- **Unicódigo**: registrar el unicódigo correspondiente al establecimiento de salud, el mismo que será emitido por estadística.
- **Establecimiento de Salud**: registrar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la consulta.
- **Georeferencia de la vivienda**: registrar la información sobre latitud, longitud y altitud de acuerdo a la georeferenciación del área donde se realiza la ficha familiar.
- **Vulnerable**: registrar una X en SI o NO, según corresponda la situación de la familia.
- **Notificado a**: se registrará el nombre del profesional a quién se notifica.
- **Número de Ficha Familiar**: registrar el número de la ficha familiar que corresponda en cada establecimiento de salud.

Dirección habitual de la familia y referencia:

- **Parroquia**: registrar el nombre de la parroquia donde reside la familia
- **Cantón**: registrar el nombre del cantón correspondiente
- **Barrio, sector o comunidad**: registrar los nombres respectivos

- **Calle principal**: registrar la dirección exacta donde reside la familia encuestada, se colocará referencias para guiar su ubicación.
- **Calle secundaria**: registrar el nombre de la calle secundaria, en caso de existir
- **Número de casa**: registrar el número de casa. En caso de no tener se registrará una referencia.
- **Referencia del domicilio:** registrar las referencias que sean necesarias para ubicar la dirección del domicilio de la familia.
- **Jefe de familia:**
- **Primer apellido:** registrar el primer apellido del paciente. En caso de no contar con dos apellidos, se registrará como primero el único con el que cuenta el jefe de familia, es decir el que aporta, el que mantiene el hogar.
- **Segundo apellido:** registrar el segundo apellido del jefe de la familia.
- **Primer nombre:** registrar el primer nombre del jefe de familia.
- **Segundo nombre:** registrar el segundo nombre del jefe de familia.
- **Identificación étnica:** registrar la información dada por el responsable o jefe de familia sobre su condición étnica.
- **Número de teléfono**: registrar el número telefónico del jefe de familia, sea fijo o celular.
- **Fecha de llenado**: registrar la fecha, en el orden año, mes, día, en que se hace la encuesta.
- **Número de Historia Clínica**: registrar el número de la cédula de ciudadanía del usuario/paciente, en el caso de extranjeros, cédula de identidad, el número del Pasaporte o del Carné de Refugiado. En caso de no tener ninguno de estos documentos, registrar el código de 17 dígitos temporales que será emitido por el servicio de estadística.

B. **MIEMBROS DE LA FAMILIA**

En este bloque registrar información concerniente a cada uno de los miembros de la familia encuestada, deberá ser llenada en forma ascendente, desde el más pequeño al más grande, en el siguiente orden:

- **Apellidos y nombres:** registrar el apellido y el nombre de cada miembro
- **Parentesco:** registrar el parentesco en relación al jefe de familia
- **Fecha de nacimiento:** registrar la fecha de nacimiento de cada uno de los miembros de familia
- **Edad**: registrar la edad en años cumplidos de todos los miembros de la familia
- **Condición de la edad:** registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días, meses, años.
- **Ocupación:** registrar la ocupación de los miembros de la familia que se encuentren trabajando.
- **Sexo:** registrar el sexo de todos los miembros de la familia, según corresponda a hombre o mujer, según la información brindada.
- **Nivel de instrucción:** registrar el nivel de educación de cada uno: inicial, básica, bachillerato, superior, postgrado.
- **Vacunas:** registrar una X en el casillero correspondiente a SI o NO tiene las vacunas completas para cada edad.
- **Control de Salud Bucal:** registrar una X en el casillero que corresponde a que si el miembro de la familia ha tenido o no control de salud bucal en los últimos 6 meses.
- **Riesgo, enfermedad, discapacidad:** registrar el tipo de discapacidad, si es que algún miembro de la familia tiene o no.
- **Grupo dispensarial:** registrar 1= sano, 2= riesgo, 3= enfermo, 4= discapacitado
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de historia clínica de cada miembro de la familia.

- **Vulnerable:** registrar una X si algún miembro de la familia pertenece al grupo vulnerable.

C. **EMBARAZADAS**

Si dentro de la familia existen mujeres embarazadas, serán registradas en este bloque con la siguiente información:

- Apellidos y nombres
- Fecha de la última menstruación
- Fecha probable de parto
- Número de controles prenatales
- Semanas de gestación
- Esquema de vacunación
- Antecedentes gineco-obstétricos: registrar número de gestas, partos, abortos y cesáreas, según el caso.
- Antecedentes patológicos obstétricos: registrar lo indicado por la embarazada

D. **MORTALIDAD FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**

En este bloque, registrar a los miembros de la familia que hayan fallecido en los últimos 5 años, con la siguiente información:

- Apellidos y nombres
- Parentesco
- Edad al fallecer
- Causa, describir

E. **DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

- **Fecha de la visita a la familia:** registrar en año, mes y día
- **Hora en que se realiza la visita:** registrar con formato de 24 horas
- **Nombres y apellidos del profesional:** registrar con letra clara los dos nombres y dos apellidos (si los tiene) del profesional que realiza el informe de imagen.
- **Número de documento de identificación:** registrar el número de la cédula del profesional
- **Firma:** registrar la firma como consta en la cedula.
- **Sello:** marcar el sello del profesional.

F. **FAMILIOGRAMA**

Registrar el familiograma de acuerdo a la norma establecida

G. **UBICACIÓN DE LA VIVENDA Y PUNTOS DE CONTAMINACIÓN**

En este bloque registrar la dirección completa de la vivienda y un croquis de su ubicación, indicando puntos de posible contaminación ambiental.

H. **LUGAR O INSTITUCIÓN A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO**

En este bloque registrar el nombre del establecimiento de salud al que acuden para la atención de

salud los miembros de familia.

I. EVALUACION DEL RIESGO FAMILIAR

Este bloque registrar información importante de la familia, la misma que nos permitirá evaluar su riesgo tanto biomédico, sanitario-ambiental, socio-económico y su vulnerabilidad, para lo cual se requiere registrar la siguiente información:

a) **Riesgo Biomédico:** registrar

- Número de personas con vacunación incompleta
- Número de personas con malnutrición, sea sobrepeso o desnutrición
- Número de personas con enfermedades crónicas, como la diabetes e hipertensión
- Número de personas con enfermedades catastróficas o huérfanas, como el cáncer
- Número de embarazadas con riesgo
- Número de personas con discapacidad
- Número de personas con problemas mentales

b) **Riesgo Sanitario-ambiental:** registrar

- Consumo de agua segura, registrar SI o NO, explicar el tipo de agua que consume
- Incorrecta eliminación de basura y excretas, registrar Si o NO y explicar el tipo de eliminación
- Incorrecta eliminación de desechos líquidos, registrar SI o NO, y explicar
- Impacto ecológico por industrias, registrar SI o NO, según corresponda
- Animales intra-domiciliarios, registrar SI o No y explicar que animales

c) **Riesgo Socio-económico:** registrar

- Desempleo del jefe de familia, registrar SI o No
- Analfabetismo en la familia, registrar SI o NO
- Desestructuración familiar, registrar SI o NO, según corresponda
- Violencia, alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, registrar SI o No
- Malas condiciones de la vivienda, registrar SI o No
- Hacinamiento, cuando existen más de 4 personas por habitación, registrar Si o NO
- Observaciones

d) Vulnerable: registrar observaciones

J. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

En este bloque se debe registrar el tipo de riesgo familiar, las actividades programadas y la evaluación del cumplimiento de los compromisos adquiridos por el equipo de salud en apoyo al grupo familiar.

Registrar:

- La fecha de análisis

- Calificación del riesgo familiar
- Compromiso de la familia: describir los compromisos adquiridos por el grupo familiar para su mejoramiento de salud
- Compromiso del equipo de salud, describir los compromisos

Evaluación del cumplimiento de los compromisos:

Registrar:

- Fecha de evaluación
- Cumplimiento: SI o NO o parcialmente
- Causas del incumplimiento y observaciones
- Responsable del seguimiento

A. DATOS DE LA AMBULANCIA

ENTIDAD DEL SISTEMA	BASE FÍSICA	UNICÓDIGO	Nº AMBULANCIA	TIPOLOGÍA	ZONA

B. DATOS GENERALES

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

TRAUMA		OBSTÉTRICO		CLÍNICA		SALUD MENTAL	

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CÉDULA		PASAPORTE		CARNET DE REFUGIADO		SIN IDENTIFICACIÓN		NUMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

SEXO		EDAD		CONDICIÓN DE LA EDAD	HORAS		DÍAS		MESES		AÑOS		CONDADO	

FECHA DESPACHO	HORA DESPACHO	DIRECCIÓN DEL EVENTO	ESCENARIO DEL EVENTO	FECHA ATENCIÓN	HORA ATENCIÓN

TIPO DE SEGURO												SISTEMA PÚBLICO PARA PAGO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO		
ISSFA		ISSPOL		IESS		NINGUNO		SEGURO PRIVADO		DESCONOCIDO		SPPAT		POLIZA VEHICULO

C. INTERROGATORIO

ANTECEDENTES DEL EVENTO, CINEMÁTICA, MATERIAL, MEDICAMENTOS QUE PRESENTA, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES, ADICIONES

ALÉRGICAS			DISCAPACIDAD	AUDITIVA		VISUAL		FÍSICA		INTELECTUAL		PSICOSOCIAL	

D. CONSTANTES VITALES

HORA	FC/min	TEMPERATURA °C	TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)	FR/min	SPO2	GLUCOSA mg/dl	ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG)				ESCALA REVISADA DE TRAUMA (RTS)				EXAMEN PUPILAR				
							OCULAR	VERBAL	MOTOR	TOTAL	GCG	TAS	FR	TOTAL	REACTIVIDAD	OD	I		NO
			/		%					/15				/12		OI	D		NO
			/		%					/15				/12	ISOCORIA		ANISOCORIA		
			/		%					/15				/12	MIDRIASIS		MIOSIS		

E. EXAMEN FÍSICO

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA DESCRIBIR EN EL ESPACIO EN BLANCO

1. CARA		2. CRÁNEO		3. CUELLO		4. TORAX		5. ABDOMEN		6. PELVIS REGIÓN PERINE		7. COLUMNA		8. EXTREMIDADES SUPERIORES		9. EXTREMIDADES INFERIORES		10. SIN PATOLOGÍA APARENTE	

F. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

1.		CIE-10	
2.		CIE-10	

G. PROCEDIMIENTOS

VÍA AÉREA	MANUAL		CÁNULA O.F.		CÁNULA N.F.		DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO		INTUBACIÓN ORO/NAQUEAL		FUNCIÓN CRICOTIROIDEA	
V.T.P.	VENTILACIÓN MANUAL		CÁNULA NASAL		MASCARILLA		BVM	O_2	30mm		VENTILACIÓN MECÁNICA	

MODO VENTILATORIO	AMBIENTE		SIMPLEMENTE		PEEP		VOLUMEN TOTAL		FR		FiO2	

CONTROL DE HEMORRAGIA	PRESIÓN DIRECTA		VENDAJE COMPRESIVO		CANALIZACIÓN DE VÍAS	VENA YUGULAR		INTRA ÓSEO	
	TORNIQUETE		HORA DE APLICACIÓN			CATÉTER Nº			

INMOVILIZACIÓN	COLLAR CERVICAL		FÉRULAS BOTAS		F.L.C.	CAMILLA DE EVACUACIÓN		FERULA DE TRACCIÓN			
DESCOMPRESIÓN TORÁCICA		VENDAJE VENOSO		LAVADO GASTRICO		GAS					
OTROS PROCEDIMIENTOS											

MEDICACIÓN OBSERVACIÓN Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN				
AUTORIZADO POR	MEDICACIÓN	DOSIS	VÍA DE ADMIN.	HORA

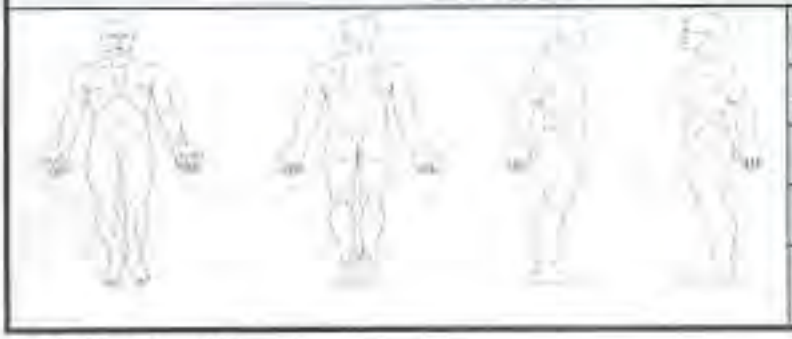
H. TRAUMA

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

VIOLENCIA		ACCIDENTE		AUTO AGRESIÓN	

ACCIDENTES DE TRANSITO												OTROS			
ACCIDENTE VEHICULAR		ACCIDENTE MOTO		ACCIDENTE BICICLETA		OTRO				VICTIMA CONDUCTOR		AGRESIÓN FÍSICA	AGRESIÓN INTRAFAMILIAR	AGRESIÓN SEXUAL	CUERPO EXTRAÑO
VICTIMA PASAJERO		IMPACTO DELANTERO		IMPACTO TRASERO		EYECTADO DEL VEHÍCULO		CAÍDO DEL VEHÍCULO		VICTIMA PEATÓN		ATROPELLO	SUMERSIÓN	EXPLOSIÓN	ATRAPAMIENTO	ELECTROCUCIÓN
IMPACTO LATERAL		IMPACTO FRONTAL		IMPACTO POSTERIOR		VOLCAMIENTO		ATRAPADO		TIEMPO DE RESCATE	mm	ARMA DE FUEGO	ARMA CORTANTE	ARMA PUNZANTE	AMPUTACIÓN
AIRBAG ACTIVADO		CINTURÓN COLOCADO		CINTURÓN DESCOLOCADO		CHOQUE FRONTAL		HORA PROPELENTÓN				OTROS ESPECIFIQUE		CAÍDA (ALTURA APROX.)	

LOCALIZACIÓN



SEÑALAR EL NÚMERO DE LA LESIÓN SOBRE LA ZONA AFECTADA

1	HERIDA PENETRANTE	6	FRACTURA CERRADA	11	MORDEDURA
2	HERIDA NO PENETRANTE	7	FRACTURA CERRADA	12	CUERPO EXTRAÑO
3	HERIDA CONTUSA	8	HEMATOMA	13	DESMAYO
4	ABRASIÓN	9	AMPUTACIÓN	14	CONTUSIÓN
5	LUXACIÓN	10	OBJETO EMPALADO	15	DOLOR

I. EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICA Y NEONATAL

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDEN ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

PARTO		ABORTO																					
FUR		SEMANAS DE GESTACIÓN		GESTAS		PARTOS		ABORTOS		CESAREAS		EMPLAZAMIENTO											
MEMBRANAS INTEGRAS		MEMBRANAS ROTAS		TIEMPO DE RUPTURA		MOVIMIENTO FETAL	SI	NO	FRECUENCIA CARDIACA FETAL		SOCIO MAMA	CONTRACCIONES UTERINAS	HORA	DURACIÓN	FRECUENCIA								
PRESENTACIÓN		DILATACIÓN		BORRAMIENTO		PLANO		ALTURA UTERINA															
FECHA NACIMIENTO		HORA DEL NACIMIENTO		APGAR	1 MINUTO	ITO	5 MINUTOS	ITO	SEXO R.N.														

J. PARO CARDIO RESPIRATORIO

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

PRESENCIADO		NO PRESENCIADO		RCP POR PERSONAL ENTRENADO		RCP POR LEGO		RCP EN VÍA PÚBLICA		RCP EN AMBULANCIA		TERAPIA ELÉCTRICA		MEDICACIÓN					
TIEMPO APROXIMADO DE RCP PREVIO ARRIBO PERSONAL SANITARIO		HORA INICIO RCP		HORA FINAL RCP		RCP BÁSICO		RCP AVANZADO											
OBSERVACIONES																			

K. ESTABILIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

NOMBRE ESTABLECIMIENTO				SERVICIO		FECHA		HORA			
DATOS DE QUIEN ESTABILIZA	APELLIDOS		NOMBRES		CARGO		FIRMA / SELLO				
CAUSA											

L. CUSTODIA DE PERTENENCIAS

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

DATOS DE QUIEN ENTREGA	APELLIDOS		NOMBRES		CARGO		FIRMA
DATOS DE QUIEN RECIBE	NOMBRES		APELLIDOS		CARGO / PARENTESCO		FIRMA
DESCRIPCIÓN							

M. DESCARGO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

COMPLETAR LOS ESPACIOS BLANCOS

Nº	MEDICAMENTO / DISPOSITIVO	PRESENTACIÓN	CONSUMO	Nº	MEDICAMENTO / DISPOSITIVO	PRESENTACIÓN	CONSUMO	Nº	MEDICAMENTO / DISPOSITIVO	PRESENTACIÓN	CONSUMO
1				5				9			
2				6				10			
3				7				11			
4				8				12			

N. OBSERVACIONES

O. DATOS FAMILIARES / ACOMPAÑANTES

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CÉDULA		PASAPORTE		CARNET DE REFUGIADO		SIN IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO						

P. EQUIPO DE RESPUESTA DE LA UNIDAD

CARGO	APELLIDOS	NOMBRES
OPERADOR V. EMERGENCIA		
PROFESIONAL DE SALUD 1		
PROFESIONAL DE SALUD 2		
PROFESIONAL DE SALUD 3		

Q. RADIO DESPACHO

CARGO	APELLIDOS	NOMBRES	
RADIO DESPACHADOR			
EVALUADOR PREHOSPITALAR			
DATOS DE LA UNIDAD	SALIDA DE BASE	LLEGADA A BASE	HORA EN BASE / CLAVE
KILOMETRAJE			

R. DATOS DE DESTINO DEL PACIENTE

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS QUE CORRESPONDA ESPACIOS BLANCOS COMPLETAR

PRESENCIA DE SIGNOS VITALES		AUSENCIA DE SIGNOS VITALES											
ATENDIDO EN EL LUGAR		AMERITA TRASLADO	SI		NO		TRASLADO A ESTABLECIMIENTO DE SALUD						FIRMA / SELLO RECIBE
NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE RECIBE							HORA LLEGADA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		HORA DE FIRMA				
DATOS DE QUIEN RECIBE	APELLIDOS		NOMBRES		CARGO								
													FIRMA / SELLO ENTREGA
DATOS QUIEN ENTREGA	APELLIDOS		NOMBRES		CARGO								

S. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

REHUSA ATENCIÓN		REHUSA TRASLADO		REHUSA TRATAMIENTO			FIRMA
APELLIDOS		NOMBRES		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
OBSERVACIONES							

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO
SNS-MSP.HCU/form. Anexo 2/2021 ATENCION PREHOSPITALARIA

Dentro de las actividades ejecutadas por los profesionales de la salud, una de ellas, la más importante es el registro de formularios que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente. La información registrada, tendrá un conjunto ordenado de métodos y procedimientos para obtener una secuencia en el proceso diagnóstico y prescripciones

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

El presente instructivo ha sido elaborado con la finalidad de facilitar el registro ordenado y completo de las actividades de atención pre hospitalario, obteniendo de esta manera información necesaria y fidedigna.

Aplicación:

Este formulario será utilizado por profesionales médicos, paramédicos y enfermeras de los diferentes establecimientos de salud, de la Red Pública Integral de Salud-RPIS y Red Complementaria.

Consideraciones generales para el registro del presente formulario:

- La información que requiere este formulario es de registro obligatorio.
- En caso de que existan variables que no pueden ser llenadas, se colocará NA = no aplica.
- Este formulario debe ser llenado por profesionales médicos, paramédicos y enfermeras.
- Se registrará con letra clara, legible y sin enmiendas.
- Todas las firmas se realizarán con esferográfico color azul.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Contiene:

Institución del Sistema: registrar el nombre de la institución según corresponda: MSP, IESS, ISSFFA, ISPOL
Base física:
Unicódigo: registrar el número de unicódigo del establecimiento de salud donde llega el paciente.
Número de ambulancia: registrar el número de la ambulancia que transporta al paciente.
Tipología de la ambulancia: registrar la tipología de la ambulancia.
Zona: registrar el número de la coordinación zonal de salud a la que pertenece.

B. DATOS GENERALES

Registrar una X en el casillero correspondiente a la atención: trauma, obstétrico, clínico o de salud mental, según el caso del paciente.

Tipo de documento de identificación: registrar una X en el casillero correspondiente, según el caso: cédula de ciudadanía, cedula de identidad, pasaporte, carnet de refugiado, sin identificación.
Número de identificación: registrar el número correspondiente al documento de identificación del paciente.
Primer apellido: registrar el apellido del padre
Segundo apellido: registrar el apellido de la madre
Primer nombre: registrar el primer nombre
Segundo nombre: registrar el segundo nombre
Sexo: registrar M si es mujer o H si es hombre, según indique el paciente
Edad: registrar la edad: año, mes, día
Condición de la edad: registrar con una X, según corresponda la edad: horas, días meses, años.
Ignorado: registrar ignorado si no sabe la edad
Fecha de despacho: registrar la fecha de despacho de la ambulancia
Hora de despacho: registrar la hora de despacho de la ambulancia hacia el evento
Dirección del evento: registrar la dirección exacta del evento
Escenario del evento: registrar el lugar o escenario donde ocurrió el evento
Fecha de atención: registrar la fecha de atención en el establecimiento de salud
Hora de atención: registrar la hora de atención en el establecimiento de salud
Tipo de seguro: registrar el tipo de seguro que tenga el paciente: ISSFA, ISSPOL, IESS, No aporta, seguro privado, describa el tipo
Sistema Público para pago de accidentes de tránsito: registrar una X según corresponda: SI o No y el número de la placa del vehículo.

C. INTERROGATORIO

En este bloque registrar todo lo referente a los antecedentes del evento como síntomas, medicamentos administrados, antecedentes patológicos familiares, personales, algún tipo de adicción. Es importante registrar una X en el casillero correspondiente a si tiene o no alergias y anotar a qué tiene. Si posee o no discapacidad y si ésta es auditiva, visual, física, intelectual, psicosocial.

D. CONSTANTES VITALES

Registrar el resultado de la valoración de los signos vitales que se encuentran descritos en el formulario.

E. EXAMEN FISICO

Registrar una X en el sitio que corresponde al examen físico, luego hacer una descripción de los resultados del examen.

F. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Registrar el nombre del diagnóstico presuntivo y la codificación CIE, hay espacio para dos diagnósticos presuntivos.

G. PROCEDIMIENTOS

En este bloque, registrar una X en cada uno de los procedimientos realizados al paciente que se encuentran descritos en el formulario.

Registrar el nombre de la medicación, la dosis, vía de administración, hora y el nombre de la persona que autorizó esta medicación.

Registrar si es necesario la realización de otros procedimientos.

H. TRAUMA

Registrar una X si el trauma se debe a violencia, accidente o autoagresión

Este bloque se refiere a los traumas ocasionados en los pacientes y sus posibles causas. Registrar una X según el caso

En cuanto a la localización del trauma registrar el número que corresponda en el gráfico.

I. EMERGENCIA GINECO OBSTÉTRICA Y NEONATAL

En este bloque registrar fechas, números, nombres y una X según corresponda la información del paciente en relación a la información registrada en el formulario.

J. PARO CARDIACO-RESPIRATORIO

Registrar una X en los casilleros de acuerdo a la información brindada por el paciente o familiar/acompañante.

K. ESTABILIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Registrar todos los items que se encuentran en el formulario. En las líneas inferiores registrar la causa de la estabilización del paciente en dicho establecimiento de salud. A continuación registrar la firma y el sello del profesional responsable.

L. CUSTODIA DE PERTENENCIAS

En este bloque registrar la información que se requiere para tener conocimiento sobre la custodia de pertenencias del paciente en caso que se requiera.

M. DESCARGO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

En este bloque registrar el listado de medicamentos administrados al paciente durante el traslado, de acuerdo a lo descrito en el formulario.

En este bloque registrar el listado de dispositivos médicos utilizados en el paciente durante el traslado, de acuerdo a lo descrito en el formulario.

N. OBSERVACIONES

En este bloque registrar cualquier información relevante en relación a la situación del paciente.

O. DATOS DE FAMILIAR/ACOMPAÑANTE

Registrar en este bloque información relacionada con el familiar o acompañante del paciente, de acuerdo a lo descrito en el formulario.

P. EQUIPO DE RESPUESTA DE LA UNIDAD

Registrar la información que describe el formulario en relación al equipo de respuesta de la ambulancia.

Q. RADIO DESPACHO

Registrar la información que describe el formulario en relación a radio despacho en el momento del traslado del paciente.

R. DATOS DE DESTINO DE PACIENTE

Registra la información respecto al establecimiento destino del paciente, así como los responsables de su entrega y recepción.

S. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La información presente en este bloque se refiere a los descargos de responsabilidad ante la negativa al traslado, atención y/o tratamiento.

No. 00115-2021

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, numeral 1, ordena que es deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;

Que, la citada Constitución de la República, dispone: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."*;

Que, el artículo 361 de la Constitución de la República determina que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será la responsable de formular la política nacional de salud y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, establece: *"La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias."*;

Que, el artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud preceptúa entre las atribuciones del Ministerio de Salud Pública: *"(...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario. (...)"*;

Que, el artículo 7 de la Ley Ibídem señala los derechos que tienen las personas con relación a la salud siendo, entre otros, el siguiente: *"(...) f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como*

la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis; (...).";

Que, el Código Orgánico Integral Penal en el artículo 179 establece: *"Revelación de secreto. La persona que, teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año";*

Que, el Código Orgánico Administrativo, estipula: *"Art. 130.- Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. (...).";*

Que, la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, en el articulo 4 respecto al derecho a la confidencialidad prevé: *"Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.";*

Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 1018 expedido el 21 de marzo de 2020, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 195 de 4 de mayo de 2020, el Presidente Constitucional de la República designó al doctor Juan Carlos Zevallos López como Ministro de Salud Pública;

Que, el *"Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud"*, expedido con Acuerdo Ministerial No. 5216 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 427 de 29 de enero de 2015, dispone: *"Art. 7.- Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales. El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados. La autorización para el uso de estos documentos antes señalados, es potestad privativa del/a usuario/a o representante legal. En caso de investigaciones realizadas por autoridades públicas competentes sobre violaciones a derechos de las personas, no podrá invocarse reserva de accesibilidad a la información contenida en los documentos que contienen información de salud.";*

Que, mediante Acuerdo Ministerial No. 0000116 expedido el 6 de marzo de 2007, se dispuso publicar en detalle los productos enunciados en el Acuerdo Ministerial No. 000620 de 12 de enero de 2007;

Que, a través de Acuerdo Ministerial No. 138 de 1 de abril de 2008, publicado en el Registro Oficial No. 316 de 15 de abril del mismo año, se aprobaron los formularios básicos actualizados de la historia clínica única de acuerdo a la numeración y nomenclatura establecida;

Que, con Acuerdo Ministerial No. 9 de 21 de febrero de 2017, publicado en el Registro Oficial No. 968 de 2 de marzo de 2017, se expidió el *"Reglamento para el manejo de la Historia Clínica Electrónica"*, mismo que tiene por objeto disponer la implementación de la Historia Clínica Electrónica, así como definir los lineamientos de su aplicación, en los establecimientos prestadores de servicios de salud, en todo el territorio nacional;

Que, es necesario que los profesionales de la salud cuenten con una herramienta estandarizada de la historia clínica única para la mejor atención de los usuarios/pacientes en el Sistema Nacional de Salud;

Que, el informe técnico de 18 de septiembre de 2020, elaborado por la Dirección Nacional de Normatización y aprobado por la Directora Nacional de esa instancia administrativa, concluye que se ha procedido con la revisión, elaboración y actualización de 51 formularios de historia clínica única, mismos que constituyen el anexo al Reglamento que con este instrumento se expide;

Que, con memorando No. MSP-VGVS-2020-1246-M de 21 de octubre de 2020, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud remitió el antes citado Informe Técnico y solicitó al Coordinador General de Asesoría Jurídica se realicen los trámites necesarios para expedir el presente Acuerdo Ministerial; y,

Que, a través de memorando No. MSP-CGAJ-2020-1788-M de 27 de octubre de 2020 dirigido al Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, la Coordinación General de Asesoría Jurídica remitió observaciones respecto al *"Reglamento para el Manejo de la Historia Clínica Única"*, mismas que fueron subsanadas con memorando No. MSP-VGVS-2020-1288-M de 30 de octubre de 2020.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

EXPEDIR EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA UNICA

CAPÍTULO I
DEL OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Art. 1.- El presente Reglamento tiene por objeto regular el contenido de la historia clínica única (HCU) y los requisitos para su aplicación por parte de los profesionales de la salud, en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

Art. 2.- Las disposiciones del presente Reglamento son de cumplimiento obligatorio por todos los profesionales de la salud que brindan atención de salud en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO II
DE LAS DEFINICIONES

Art. 3.- Para la aplicación del presente Reglamento, se considerarán las siguientes definiciones:

Admisión: actividad de recopilación sistemática de datos de los usuarios/pacientes que demandan atención en los servicios de salud, registrados en el formulario 001-Admisión.

Albergues creados por eventos adversos: lugares donde se aloja de manera ocasional a personas afectadas por eventos adversos, a fin de brindarles atención en salud.

Alta médica: egreso o salida de un usuario/paciente del establecimiento de salud por las siguientes circunstancias: a) alta médica definitiva; b) alta médica transitoria; y, c) retiro voluntario, fuga o indisciplina.

Anamnesis: registro sistemático de las respuestas del usuario/paciente a preguntas estructuradas sobre su salud actual y los antecedentes personales y familiares.

Archivo activo: es el archivo permanente en el que se conservan las historias clínicas en forma ordenada y accesible.

Archivo clínico fisico central de historias clínicas: es el lugar donde se ubican las historias clínicas, de manera ordenada y accesible. Debe ser centralizado y está dividido en archivo activo y archivo pasivo, tomando en cuenta la última atención al usuario/paciente. Este lugar o ambiente deberá contar con las condiciones mínimas requeridas según las normas en materia de salud que garanticen una adecuada organización y fácil recuperación de este documento.

Archivo digital central de historias clínicas: es el lugar en donde se almacenan las historias clínicas electrónicas de manera ordenada, digital y accesible electrónicamente.

Archivo pasivo: es el archivo permanente ordenado en el que se conservan las historias clínicas de usuarios/pacientes que no han acudido al establecimiento de salud y que no registran ninguna atención de salud por más de cinco (5) años.

Atención curativa: conjunto de medidas terapéuticas aplicadas para la recuperación de la salud de un usuario/paciente, dentro o fuera de un establecimiento de salud.

Atenciones de salud: son acciones sanitarias de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, que pueden brindarse en forma ambulatoria, domiciliaria, prehospitalaria, o a través de internamiento; son realizadas por profesionales de la salud y que se registran en la HCU.

Atención domiciliaria: se refiere a la atención sanitaria de promoción, protección, curación y rehabilitación que brindan los profesionales de la salud y TAPS en el domicilio del usuario/paciente.

Atención en centros educativos: cuando la atención de salud es brindada en un establecimiento educativo, sea éste público o privado.

Atención en el establecimiento: es cuando la consulta o atención al usuario/paciente es brindada en un establecimiento de salud.

Atención preventiva: conjunto de medidas sanitarias empleadas para la prevención de la salud de un usuario/paciente.

Atención primaria de la salud: se considera a la atención en salud basada en métodos prácticos, científicamente respaldados y socialmente aceptados, que estará al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad.

CIE-10: clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud-CIE décima revisión, versión 2018.

Consentimiento informado: documento suscrito por el usuario/paciente 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 o terapéuticos propuestos por el profesional de la salud responsable. Se registra en el formulario específico oficial en la HCU.

Consulta de morbilidad: es la consulta realizada por un profesional (médico, odontólogo, psicólogo u obstetra) al usuario/paciente con relación a un cuadro

patológico dado, ingresado por demanda espontánea o programada en la consulta externa de un establecimiento de salud.

Consulta externa: es un espacio del establecimiento de salud destinado a la atención ambulatoria de usuarios/pacientes dentro de cada especialidad médica, odontológica, psicológica, u obstétrica, incluyendo el espacio para las acciones de prevención.

Consulta médica de primera vez: es la consulta médica realizada por primera vez a un usuario/paciente, por una patología o acción de salud, en un establecimiento de salud. En el caso de que el usuario/paciente concurra al mismo servicio o a otro por otra patología o acción de salud, se registrará como consulta de primera vez.

Consulta médica subsecuente: es la consulta médica realizada a un usuario/paciente por segunda ocasión, en relación al mismo episodio de la enfermedad o acción de salud.

Consulta médica: son las acciones brindadas por el médico, odontólogo, psicólogo u obstetra a un usuario/paciente ambulatorio. Si un usuario/paciente recibe varias atenciones en un mismo día, ya sea en la misma sala o servicio, deberá registrarse tantas consultas como atenciones médicas recibidas.

Contrarreferencia: es la orden de envío de un usuario/paciente al establecimiento de menor complejidad que realizó la referencia, para continuar con el tratamiento o para su control por consulta externa. Se registra en el formulario específico oficial en la HCU.

Datos clínicos: son registros de datos que tienen relación directa con la situación del usuario/paciente al momento de la atención. Esta información es diferente a la que corresponde a la identificación personal de dicho usuario/paciente. Todos los datos clínicos se registran en el formulario específico oficial de la Historia Clínica Única - HCL.

Derivación: es la acción de envío de un usuario/paciente con un diagnóstico definitivo, para que reciba tratamiento en un establecimiento de salud de diferente complejidad, perteneciente a otro subsistema de salud. Se registra en el formulario específico oficial en la HCU.

Diagnóstico definitivo: es el 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. Se registra en formulario específico oficial en la HCU.

Diagnóstico presuntivo: es el reconocimiento inicial o provisional de las características de una enfermedad por sus signos y síntomas específicos, que requiere confirmación a través de pruebas realizadas en los servicios de apoyo. Se registra en el formulario específico oficial en la HCU.

Documento digital: se refiere a la representación digital de un documento impreso físico, cumpliendo con las propiedades que lo califica como físico: autoridad, legalidad, contenido entre otras.

Egreso: es la salida de un usuario/paciente hospitalizado sea por alta médica o por defunción, que implica la conclusión del período de internamiento y la desocupación de una cama hospitalaria. Se registra en el formulario específico oficial en la HCU.

Epicrisis: es el resumen clínico elaborado en un formato oficial donde se especifica diagnósticos, procedimientos realizados y conducta terapéutica a seguir una vez que el usuario/paciente es dado de alta de un servicio de salud hospitalario. Se llena en el formulario 006 de la HCU.

Estado de salud: son las condiciones de funcionamiento orgánico y mental en las que se encuentra un usuario/paciente para apoyar la formulación del diagnóstico o para evaluar la evolución de la enfermedad. Se registra en el formulario específico oficial en la HCU.

Eventos adversos: se consideran los incendios, terremotos, tsunamis, inundaciones, erupciones volcánicas, tornados, huracanes, avalanchas, aludes, derrumbes, deslizamientos de tierra, accidentes, tormentas cataclísmicas, lluvias torrenciales, marejadas causadas por tormentas, olas de calor, granizadas, sequías, pandemias.

Examen físico: es el conjunto de hallazgos clínicos obtenidos en la ejecución de maniobras clínicas realizadas por el profesional de la salud al usuario/paciente para apoyar la formulación del diagnóstico o para evaluar la evolución de la enfermedad. Se registra en el formulario específico oficial de la HCU.

Historia clínica física: es un documento en formato físico; contiene información confidencial y veraz del usuario/paciente, generado obligatoriamente por el personal de salud en cada uno de los procesos asistenciales en forma sistemática con los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento.

Historia clínica única electrónica: es la plataforma de interoperabilidad en salud co infraestructura tecnológica y de servicios que permite la conectividad de los diferen sistemas de información del conjunto de instituciones con competencias legales en mate de salud, públicas y privadas, con el objetivo de intercambiar información clínica.

Historia clínica electrónica: es el conjunto integral de datos clínicos, sociales y económic referidos a la salud de una persona, desde su nacimiento hasta su muerte procesada a tra de medios electrónicos, siendo el equivalente funcional de la historia clínica papel.

Informe de resultados: documento oficial de la Historia Clínica Única (HCU) que contiene la información enviada por el servicio de apoyo, en respuesta a una solicitud de exámenes o estudios (laboratorio clínico, imagenología e 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 en un mismo establecimiento de salud, por medio del uso de un formulario oficial de la HCU.

Mediciones: medidas registradas tomadas al usuario/paciente en cuanto a peso, talla y perímetros o espesores corporales varios, incluye las mediciones radiológicas, en imagenología, procedimientos complejos cardiovasculares y otros de apoyo diagnóstico que se registran en la HCU.

Paciente ambulatorio: es la persona que utiliza los servicios de diagnóstico y/o tratamiento de un establecimiento de salud, desde la consulta externa, emergencia u observación, pero que no es ingresado para que ocupe una cama hospitalaria censable.

Posconsulta: conjunto de actividades de educomunicación y de control de la prescripción realizado por el personal de enfermería, luego de la consulta externa o consulta ambulatoria.

Preparación: conjunto de actividades de enfermería realizadas antes de la consulta, para la atención de salud necesaria. La información se registra en la HCU.

Protección de datos: es el proceso de proteger los datos de la Historia Clínica Única (HCU) de la corrupción, acceso indebido y/o pérdida. El término protección de datos se utiliza para describir tanto el respaldo operativo de datos, como la preservación de la confidencialidad de los datos.

Referencia: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envian a los usuarios/pacientes de un establecimiento de salud de menor complejidad a uno de mayor complejidad o del mismo nivel de atención o de complejidad, cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud que tiene el usuario/paciente, dentro del mismo subsistema de salud. Se registra en un formato específico oficial de la HCU.

Respaldos de información: es una copia automatizada de los datos originales de la HCU que se realiza con el fin de disponer de un medio de recuperarlos en caso de pérdida. Las copias de seguridad son útiles ante distintos eventos y usos: recuperar los sistemas informáticos y los datos de una catástrofe informática, natural o ataque.

Signos vitales: señales detectadas en el usuario/paciente sobre frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial, mismas que se registran en la HCU.

Solicitud de exámenes: documento oficial de la Historia Clínica Única (HCU) que registra los pedidos de determinaciones o estudios a los servicios de apoyo (laboratorio, imagenología, histopatología)

Tratamiento: aplicación de un conjunto de actividades o procedimientos planificados y ejecutados por el equipo de salud, encaminados a mitigar o eliminar un problema de salud en el usuario/paciente. Se registra en la HCU.

CAPÍTULO III
DE LAS CONSIDERACIONES GENERALES

Art. 4.- La historia clínica única (HCU) será elaborada en idioma castellano, sin perjuicio de la utilización de estándares de terminología clínica que se requieran para su emisión, misma que puede ser en formato físico, digital o electrónico.

La HCU es de apertura obligatoria antes de iniciar la atención de salud al usuario/paciente. Es el sustento disponible para las posteriores atenciones de salud; facilitándose su acceso y disponibilidad al usuario/paciente o su representante legal, en los casos legalmente contemplados.

Todo profesional de salud que intervenga en la atención del usuario/paciente, debe hacer constar en el formulario su identificación, esto es nombres y apellidos, número de cédula de forma legible si es documento físico, o con firma autógrafa o electrónica, si se trata de un sistema informático.

La HCU en su formato electrónico, se regirá por la normativa específica emitida para el efecto por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 5.- Las características de la historia clínica única son:

a. Ser el soporte biográfico de la prestación de salud brindada al usuario/ paciente cuyos datos deben estar protegidos por el principio de confidencialidad.

b. Identificar al usuario/paciente, así como a los profesionales de salud que intervienen a lo largo del proceso de atención.

c. Ser exclusiva para cada usuario/paciente.

d. Contener información completa sobre las acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de la enfermedad del usuario/paciente.

e. Mantener un orden cronológico de las prestaciones de salud.

f. Contener datos elaborados con criterios objetivos, científicos y veraces.

g. Ser llenada de forma simultánea a la atención de salud brindada al usuario/paciente, cuando sea posible.

h. Contener datos suficientes y sintetizados sobre el estado de salud del usuario/paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médicas que comprende un acto clínico.

CAPÍTULO IV
DE LA ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA UNICA

Art. 6.- La historia clínica única estará organizada en bloques de información, de acuerdo a la secuencia de actividades de cada uno de los procesos de la atención de salud, en donde se registrará la información mínima respecto al usuario/paciente y al profesional de salud responsable de la atención.

Cada bloque contendrá información de acuerdo a la especialidad o servicio en la que se disponga la atención del usuario/paciente, bloque que contará con información general y específica para la identificación de datos como: identificación del establecimiento de salud y del usuario/paciente, motivo de consulta, antecedentes personales, patológicos, familiares, enfermedad o problema actual, constantes vitales y antropometría, revisión de órganos y sistemas, examen físico regional, diagnóstico, plan de tratamiento, según la necesidad de registro de la prestación.

Art. 7.- La HCU en su formato físico estará compuesta por formularios básicos de especialidad y de hospitalización, de uso ambulatorio y hospitalario; que se utilizarán según las necesidades de registro de los profesionales de la salud, contenidos en el Anexo 1 de este Reglamento. (Anexo 1)

Art. 8.- La HCU en su formato digital o electrónico estará compuesta por:

a. Registro de personal de salud.
b. Registro Administrativo.
c. Integración Semántica.
d. Registro Clínico Electrónico.
e. Seguridad.
f. Vigilancia Epidemiológica.

g. Toma de Decisiones.
h. Terminología Clínica.
i. Otros sistemas de información clínicos.

CAPÍTULO V
DE LA APERTURA DE LA HISTORIA CLINICA UNICA

Art. 9.- Los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud que no cuenten con un sistema informático o no tengan disponibilidad del mismo, realizarán la apertura de la historia clínica única en su formato físico, a todo usuario/paciente que asista por primera vez a solicitar atención de salud; y, en la atención subsecuente se utilizará la misma historia clínica única.

Art. 10.- La historia clínica única se identificará con el número de cédula de identidad, pasaporte o carnet de refugiado o 17 dígitos temporales de acuerdo con lo manifestado en el Acuerdo Ministerial Nro. 4934 – Uso de un solo código de Historia Clínica.

Art. 11.- La apertura de la historia clínica única en formato físico, digital o electrónico la realizará el personal de Gestión de Admisiones o de la instancia que haga sus veces, en la primera visita del usuario/paciente al establecimiento de salud.

En el formato físico de la HCU, los formularios que contienen la información se archivarán en una carpeta individual, claramente numerada y rotulada con los apellidos y nombres del usuario/ paciente. En los establecimientos de salud que no cuenten con el responsable de Gestión de Admisiones, la apertura y manejo de las historias clínicas lo realizará el personal de salud disponible.

Al formato digital o electrónico de la HCU tendrá acceso únicamente el personal autorizado; sus credenciales deberán ser entregadas por el área o ente regulador del establecimiento de salud.

El usuario/paciente podrá ser admitido al sistema informático a través de las siguientes vías:

1. Apertura de la historia clínica electrónica en el establecimiento de salud, entrada por el área de admisiones.
2. Registro del paciente en la historia clínica electrónica desde cualquier lugar, a través de un portal web.
3. Mediante intercambio de información entre sistemas informáticos de diferentes establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, asociados a eventos de apoyo asistencial como derivación, referencia e interconsulta.

Art. 12.- La asignación del número de archivo de la historia clínica única en su formato físico, para las carpetas que contienen información del usuario/paciente en los

establecimientos de salud, se realizará mediante un sistema dígito-terminal simple (cinco dígitos) y compuesto (seis dígitos), de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud y/o numeración correlativa (orden ascendente).

CAPÍTULO VI
DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES EN CASO DE EXPOSICIÓN A EVENTOS ADVERSOS

Art. 13.- En caso de eventos adversos se debe aplicar el plan de contingencia que cada institución del Sistema Nacional de Salud – SNS disponga para el efecto, en coordinación con los Comités de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, y Técnico de Seguridad del Paciente de los establecimientos de salud.

Para ejecutar el plan de contingencia se activarán los Comités de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, y Técnico de Seguridad del Paciente de los establecimientos de salud.

Art. 14.- Los Comités de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, y Técnico de Seguridad del Paciente de cada establecimiento de salud determinará los respectivos procesos de digitalización de los expedientes del archivo físico de la historia clínica para disponer de esa información a través de mecanismos electrónicos, a fin de contener cualquier acontecimiento que ponga en riesgo la información clínica de los usuarios/pacientes.

Art. 15.- El establecimiento de salud, a través de la Gestión de Admisiones o quien haga sus veces, coordinará con los niveles correspondientes la provisión de la HCU en su formato físico (formularios) si no cuentan con un sistema informático de historia clínica única electrónica, para que los afectados por el evento adverso reinicien el registro de los datos de la atención de salud. Caso contrario, será la unidad de tecnología de cada institución del Sistema Nacional de Salud la encargada de velar por la disponibilidad de los sistemas y que la historia clínica única electrónica se encuentre operativa.

Art. 16.- Ante un evento adverso, de existir la autorización de ingreso al archivo físico central de historias clínicas, se procederá a levantar el diagnóstico del estado actual de expedientes de las historias clínicas del establecimiento de salud, clasificándolas de acuerdo a su estado de preservación y/o deterioro.

Los expedientes que se encuentren en buenas condiciones se ubicarán en un archivo denominado, archivo recuperado, el cual deberá ser ordenado de forma correlativa.

Art. 17.- En el caso de un evento adverso, corresponde a la unidad de tecnología la definición, aprobación e implementación de un plan de contingencia que describa las acciones a tomarse en una emergencia o la suspensión en el procesamiento de la

información por problemas en los equipos, programas o personal relacionado. Todos los establecimientos de salud que cuenten con historias clínicas únicas electrónicas deberán considerar lo dispuesto en las Normas de Control Interno de la Contraloría General del Estado, respecto al Plan de Contingencias (410-11).

Art. 18.- La numeración del archivo de las historias clínicas posterior al evento adverso, en el caso de que el archivo se haya eliminado en su totalidad, será a partir de la serie 000000 si el establecimiento maneja únicamente el formato físico; de lo contrario, los sistemas informáticos de HCU en formato electrónico, deberán continuar con su operatividad desde el estado en el que se detuvieron.

Art. 19.- El número de archivo de las historias clínicas posterior al evento adverso en el caso de que en el archivo central se haya recuperado parcialmente las historias clínicas, se iniciará a partir de un número aproximado siguiente al último número asignado antes del evento adverso. Los formularios de las historias clínicas del archivo recuperado se incluirán en la historia clínica aperturada con el nuevo número correspondiente si el establecimiento maneja únicamente formato físico; de lo contrario, los sistemas informáticos de Historia Clínica Única Electrónica deberán continuar con su operatividad desde el estado en el que se detuvieron.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- En el término máximo de ciento veinte (120) días, contados a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial, la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud o quien haga sus veces, con el apoyo de los Comités de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, y Técnico de Seguridad del Paciente, elaborarán la normativa para el archivo, depuración, conservación y eliminación de la historia clínica única y los instructivos necesarios para la aplicación de este Reglamento.

SEGUNDA.- En el término máximo de ciento veinte (120) días contados a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial, las Direcciones Nacionales de Gestión de Riesgos, Estadística y Análisis de la Información y Tecnología de la Información y la Comunicación, elaborarán el plan de contingencia para el Ministerio de Salud Pública, previsto en el artículo 13 de este Reglamento.

TERCERA.- En el término de ciento ochenta (180) días, contados a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial, los establecimientos de salud que actualmente cuenten con un archivo físico de historia clínica, deberán realizar los respectivos planes para la digitalización en coordinación con la Dirección de Tecnologías de la Información y la Comunicación y Secretaría General a fin de disponer de esa información a través de mecanismos electrónicos y prevenirse ante cualquier evento que ponga en riesgo las información clínica de los usuarios/pacientes, en base a su capacidad de talento humano, presupuestaria y tecnológica.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA.- Deróguense todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan al presente instrumento, expresamente los Acuerdos Ministeriales No. 0000116 de 6 de marzo de 2007 y No. 0138 expedido el 1 de abril de 2008.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública a través de las Direcciones Nacionales de Primer Nivel de Atención en Salud y de Hospitales.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 10 ENE. 2021

JUAN CARLOS
ZEVALLOS
LOPEZ

Dr. Juan Carlos Zevallos
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Anexo 1

FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1	SNS-MSP/HCU-form.001/2020	ADMISIÓN-ALTA-EGRESO
2	SNS-MSP/HCU-form.002/2020	CONSULTA EXTERNA-ANAMNESIS-EXAMEN FÍSICO
3	SNS-MSP/HCU-form.003/2020	ANAMNESIS-EXAMEN FÍSICO-HOSPITALIZACION
4	SNS-MSP/HCU-form.005/2020	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES
5	SNS-MSP/HCU-form.006/2020	EPICRISIS
6	SNS-MSP/HCU-form.007/2020	INTERCONSULTA SOLICITUDANVERSO/INTERCONSULTA INFORME: REVERSO
7	SNS-MSP/HCU-form.008/2020	EMERGENCIA
8	SNS-MSP/HCU-form.010A/2020	LABORATORIO CLÍNICO SOLICITUD
9	SNS-MSP/HCU-form. 010B/2020	LABORATORIO CLÍNICO INFORME
10	SNS-MSP/HCU-Form.012 A- B/2020	IMAGENOLOGÍA SOLICITUD
11	SNS-MSP/HCU-form.012B/2020	IMAGENOLOGÍA INFORME
12	SNS-MSP/HCU-form.013A/2020	ANATOMIA PATOLOGICA SOLICITUD
13	SNS-MSP/HCU-form.013B/2020	ANATOMIA PATOLOGICA INFORME
14	SNS-MSP/HCU-form.016/2020	ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO

15	MSP-HCU-Form. 017/2020	PREANESTESICO
16	MSP-HCU-Form. 018/2020	PROTOCOLO QUIRURGICO
17	MSP-HCU-Form. 018A/2020	TRANSANESTESICO
18	MSP-HCU-Form. 019/2020	POS-ANESTESICO
19	SNS-MSP/HCU-form.020/2020	CONSTANTES VITALES
20	SNS-MSP/HCU-form.022/2020	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
21	SNS-MSP/HCU-form.120/2020	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
22	SNS-MSP/HCU-form.024/2020	CONSENTIMIENTO INFORMADO
23	SNS-MSP/HCU-form.028A/2020	ATENCIÓN AL NIÑO-NIÑA MENOR DE 2 MESES
24	SNS-MSP/HCU-form.028A1/2020	CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑA MENOR DE 5 AÑOS: PESO/EDAD-TALLA/EDAD: ANVERSO PERÍMETRO CEFÁLICO (MENOR DE 2 AÑOS)/ÍNDICE DE MASA CORPORAL (NIÑA MENOR DE 5 AÑOS): REVERSO
25	SNS-MSP/HCU-form.028A2/2020	CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS: PESO/EDAD-TALLA/EDAD: ANVERSO PERÍMETRO CEFÁLICO (MENOR DE 2 AÑOS)/ÍNDICE DE MASA CORPORAL (NIÑO MENOR DE 5 AÑOS): REVERSO
26	SNS-MSP/HCU-form.028A3/2020	CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑA DE 5 - 9 AÑOS/PESO/EDAD-TALLA/EDAD: ANVERSO ÍNDICE DE MASA CORPORAL (NIÑA DE 5 A 9 AÑOS): REVERSO
27	SNS-MSP/HCU-form.028A4/2020	CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO DE 5 A 9 AÑOS/PESO/EDAD-TALLA/EDAD: ANVERSO ÍNDICE DE MASA CORPORAL (NIÑO DE 5 A 9 AÑOS): REVERSO

28	SNS-MSP/HCU-form.028B/2020	ATENCIÓN AL NIÑO-NIÑA MENOR DE 2 MESES: ANVERSO/REVERSO ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA: AIEPI
29	SNS-MSP/HCU -	ATENCIÓN A NIÑOS/NIÑAS DE 2 MESES A 9 AÑOS
30	SNS-MSP/HCU-form.028D/2020	ATENCIÓN NIÑOS-NIÑAS DE 2 MESES A 9 AÑOS: ANVERSO/REVERSO ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA: AIEPI
31	SNS-MSP/HCU-form.033/2020	ODONTOLOGÍA
32	SNS-MSP/HCU-form.038/2020	TRABAJO SOCIAL- EVOLUCIÓN
33	MSP/HCU-form-051/2020	HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL
34	SNS-MSP/HCU-	CURVAS DE GANANCIA DE PESO DE LA MUJER GESTANTE
35	SNS/MSP/Form. 053//2020	FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRA-REFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA
36	SNS-MSP/HCU-form.056/2020	ATENCIÓN ADOLESCENTES: ANVERSO/REVERSO
37	SNS-MSP/HCU-form.056A MUJERES/2020	ATENCIÓN ADOLESCENTES: ADOLESCENTE MUJER (CURVA DE CRECIMIENTO, TANNER)
38	SNS-MSP/HCU-Form.056B HOMBRES/2020	ATENCIÓN ADOLESCENTES: ADOLESCENTE HOMBRE (CURVA DE CRECIMIENTO, TANNER)
39	SNS-MSP/HCU-form.057/2020	ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR
40	SNS-MSP/HCU-formu.057A/2020	ESCALAS GERIÁTRICAS
41	SNS-MSP/HCU- Form. 060/2020 CIRUGIA SEGURA	CIRUGIA SEGURA
42	SNS-MSP/HCU-formu.116/2020	CERTIFICADO DE DISCAPACIDADES

43	SNS-MSP/117/HCU-formu./2020	CERTIFICADO MEDICO
44	SNS-MSP/HCU-Formu. 118/2020	SOLICITUD DE SANGRE
45	SNS-MSP/HCU-Formu. 122/2020	TRANSFUSION SANGUINEA
46	SNS-MSP/HCU-Formu. 119/2020	TRANSPORTE SECUNDARIO
47	SNS-MSP/HCU-Formu. 114/2020	UCI NEONATAL
48	SNS-MSP/HCU-Formu. 115/2020	UCI PEDIATRICO
49	SNS-MSP/HCU-Formu. 116/2020	UCI ADULTO
50	SNS-MSP/HCU-formu.121/2020	PSICOLOGIA CLINICA
51	SNS-MSP/HCU-form. 060/2020	CIRUGIA SEGURA

Dictó y firmo el Acuerdo Ministerial, que antecede el señor Dr. Juan Carlos Zevallos, **Ministro de Salud Pública**, el 10 de enero de 2021.

Lo certifico.-

Firmado electrónicamente por:
LENIN PATRICIO ALDAZ BARRENO

Ing. Lenin Patricio Aldaz Barreno, MSc.
DIRECTOR NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA