



Manual de Procedimientos de Admisión Integral

en establecimientos
del primer nivel de atención



Manual de Procedimientos de Admisión Integral

en establecimientos
del primer nivel de atención

Ministerio de Salud

Supervisión:

Dra. Donatila Ávila Chávez
Dr. Luis Vergara Fernández
Dr. Mario Abelardo Márquez Zorrilla Amarillo
Dra. Luz Chan Caccire
Lic. Lidia Mendoza Lara

Proyecto Salud y Nutrición Básica

Coordinador General:

Alvaro Gaillour Ferradas

Elaboración:

Dr. Carlos Bardález del Águila
Dr. Nicolás Velarde Gonzales
Dr. Braulio Cuba Corrido
Dr. Pedro Guerrero Romero

Corrección de Estilo:

Miguel Calderón Rivera

Diagramación e Impresión:

Stickcom S.A.

Coordinación de Edición:

María Teresa Guzmán Cáceres

Lima, Enero 2001

ISBN:

9972-878-06-6

Hecho el Depósito Legal B.N.P. 1501052001-0230

PROYECTO SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA - MINISTERIO DE SALUD

Av. Salaverry cuadra 8 s/n. Jesús María, Lima-Perú

Reservados todos los derechos

Impreso en el Perú

Printed in Perú

1000 Ejemplares

Indice

Indice

Introducción	1
Capítulo I: El proceso de admisión integral	2
1.1 El proceso general de atención	2
1.2 El proceso de atención integral intramural	4
1.2.1 Fase de admisión integral	5
1.2.2 Fase de atención	8
1.2.3 Fase de salida y seguimiento	10
1.3 Características de la Admisión	11
1.3.1 El trato a los usuarios	11
1.3.2 El proceso de admisión integral	14
1.3.3 Recepción y acceso al establecimiento de salud	15
1.3.4 Información y educación a los usuarios	17
1.3.5 Identificación de capacidad de pago de los usuarios y exoneración	17
1.4 Organización de la Unidad de Admisión	18
1.4.1 Organización de la infraestructura	18
1.4.2 Organización del personal	20
1.4.3 Insumos y equipos necesarios	23
1.5 Anexos	23
Capítulo II: Procedimientos de atención en Admisión	32
2.1 Procedimientos de atención a los usuarios en la Unidad de Admisión	33
2.1.1 Recepción de los usuarios	35
2.1.2 Detección de una emergencia	36
2.1.3 Registro de la atención de Admisión	37
2.1.4 Selección del consultorio donde debe ser atendido el usuario	38
2.1.5 Identificación de las necesidades de salud familiar	40
2.1.6 Información y orientación al usuario	40
2.1.7 Otorgamiento de citas	41
2.2 Procedimientos en la lista de chequeo de signos de alarma	43
2.2.1 Procedimientos a usar en la lista de chequeo del niño	43
2.2.2 Procedimientos a usar en la lista de chequeo de la mujer y del adulto (varón)	45
2.3 Bibliografía	46
2.4 Anexos	46

Capítulo III: Procedimientos de identificación y registro	58
3.1 Documentos de registro de atención	58
3.1.1 Historia clínica y carpeta del hogar	59
3.1.2 Documentos y registros de identificación de los usuarios	61
3.1.3 Padrón de usuarios, población residente y registros de seguimiento	63
3.1.4 Registros de atenciones	65
3.2 Procedimientos de apertura, búsqueda y ordenamiento de la historia clínica y la carpeta del hogar	66
3.2.1 Procedimiento de apertura de la carpeta del hogar y la historia clínica individual	66
3.2.2 Procedimiento de búsqueda de la carpeta del hogar o de la historia clínica individual	68
3.2.3 Ordenamiento de la historia clínica individual	70
3.2.4 Procedimientos de actualización de las tarjetas índice	70
3.3 Construcción del padrón de usuarios y de población residente y manejo de registros en la Unidad de Admisión	71
3.3.1 Modalidades de construcción del padrón de usuarios y de población residente	71
3.3.2 Procedimientos de la Unidad de Admisión respecto a la construcción del padrón de usuarios y al manejo de los registros de atención	72
3.4 Anexos	73
 Capítulo IV: Procedimientos de archivo	 108
4.1 Procedimientos de organización, conservación y custodia de historias clínicas	109
4.1.1 Numeración de las historias clínicas	109
4.1.2 Organización del archivo de historias clínicas	111
4.1.3 Depuración de las historias clínicas	112
4.2 Distribución, recolección y seguimiento de historias clínicas	113
4.2.1 Distribución de historias clínicas a los consultorios y emergencia	114
4.2.2 Distribución de historias clínicas a los servicios de internamiento	115
4.2.3 Préstamo individual de historias clínicas	116
4.3 Almacenamiento de resultados de exámenes auxiliares	117
4.4 Anexos	118

Introducción

El presente documento es un Manual de Procedimientos de Admisión Integral para los establecimientos del nivel primario (Centros de Salud y Puestos de Salud). Pretende ser una herramienta que contribuya a mejorar la organización de los establecimientos de salud para que puedan brindar una **atención integral** de la salud, en el marco de una Atención Integral provista por una **Red de Servicios**. Con este enfoque se busca brindar atención de salud a toda la población de la jurisdicción de los establecimientos de salud, promoviendo que todos reciban una atención integral básica y la atención de sus principales enfermedades.

El papel que deben cumplir las Unidades de Admisión y Triage de los establecimientos de salud es crucial para lograr estos objetivos. El presente manual describe los procedimientos que debe ejecutar esta unidad para poder realizar una **admisión integral**, que promueva una atención integral y de calidad en los establecimientos de salud. Este manual ha sido diseñado para ser aplicado tanto en Puestos como en Centros de Salud, con distinta capacidad resolutive; para ello se requiere efectuar las adaptaciones necesarias, para lo cual también se da algunas recomendaciones generales.

En el primer capítulo de este manual se describe el marco, las características y las fases que debe tener la atención de salud que brindan los establecimientos y los diversos procesos involucrados en la admisión integral. En los capítulos II (*Procedimientos de Atención de Admisión*), III (*Procedimientos de Identificación y Registro*) y IV (*Procedimientos de Archivo*) se detalla los procedimientos que se deben realizar en la Unidad de Admisión.

Capítulo I

El Proceso de Admisión Integral

OBJETIVOS DEL PRESENTE CAPÍTULO:

- Describir el proceso general de atención, dentro de un modelo de atención integral
- Describir el proceso de atención integral intramural y el papel de la Admisión
- Detallar las características principales de la Admisión
- Dar algunas recomendaciones para la adecuada organización de la Unidad de Admisión

1.1 EL PROCESO GENERAL DE ATENCIÓN:

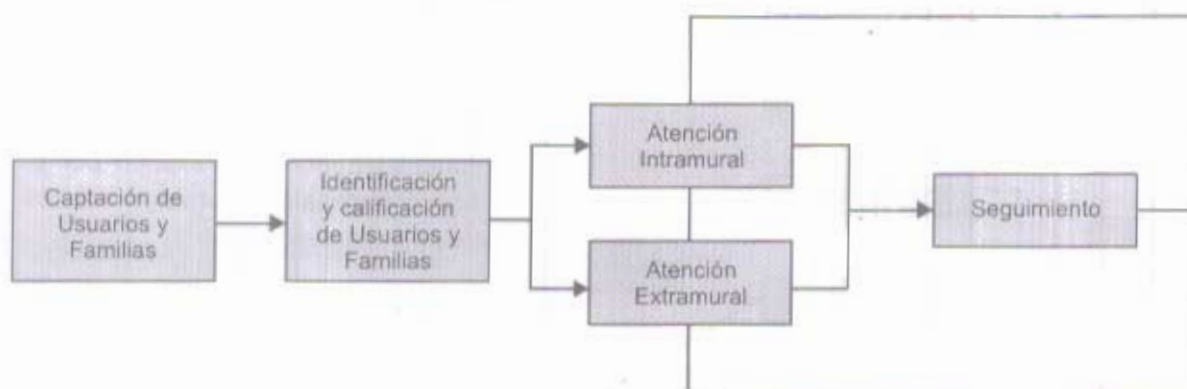
El proceso de modernización del Ministerio de Salud pasa por la revisión de los enfoques en salud y los modelos predominantes en la atención. El modelo de atención es el marco conceptual que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que garantizan la atención a los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales percibidas o no por la población).

Entre las características más importantes de un modelo de atención integral se encuentran:

- Atención integral del individuos, familias y comunidades.
- Intervención sobre los daños o enfermedades, los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, y los factores de riesgo.
- Captación, identificación, calificación y seguimiento de los individuos, familias y comunidades del ámbito de responsabilidad.
- Provisión de un Paquete Preventivo Integral, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables y de mayor riesgo.

Es por ello, que el proceso general de atención se estructura de la siguiente manera:

Gráfico 1: El Proceso de Admisión Integral



Captación, identificación y calificación de usuarios

Es importante tener en cuenta que el establecimiento de salud y su personal tienen la responsabilidad de la salud de toda la población de su jurisdicción, por lo que se debe buscar la captación de todas las familias para mejorar las coberturas de atención. Es importante que ningún individuo de los grupos prioritarios (niños y mujeres) deje de recibir el Paquete Preventivo Integral que le corresponda. La captación tiene como objetivo la identificación y calificación de la población (individuos y familias) del ámbito de responsabilidad.

Óptimamente se debería tener el empadronamiento de todos los niños y mujeres de la comunidad, identificando también a las familias de riesgo, para poder realizar un adecuado seguimiento de su población. Para ello, los establecimientos pueden realizar las estrategias más adecuadas, entre las que se puede mencionar:

- Empadronamiento de toda la población.
- Empadronamiento circunscrito a las zonas de riesgo.
- Llenado de las fichas familiares durante las vistas domiciliarias.
- Llenado de la ficha familiar (filiación) a los usuarios que acudan al establecimiento para atención intramural.
- Captación mediante actividades conjuntas con agentes comunitarios, organizaciones comunales, y otras instituciones, realizando diversas acciones de extensión comunitaria.

En la atención intramural, el usuario puede llegar al establecimiento de salud de diversas maneras. Estas formas son las siguientes:

- Como paciente o consultante, solo o acompañado de un familiar.
- Como acompañante de un paciente que solicita atención personal.



- Referido por promotoras de salud, parteras tradicionales, por Organizaciones No Gubernamentales u otra institución, o por personas de la comunidad. También puede ser referido por el personal de salud y establecimientos de menor complejidad.

Estas oportunidades de contacto con los usuarios en el servicio de admisión deben servir para captar a los familiares y acompañantes de las familias del ámbito de responsabilidad.

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL INTRAMURAL:

La atención integral del usuario en el establecimiento (atención intramural) es un proceso por el cual se busca satisfacer sus necesidades de salud y expectativas. Para ello, él y su acompañante tienen contacto con diversos trabajadores de salud, pasando por varios ambientes del establecimiento, en donde se les aplica una serie ordenada de procedimientos técnicos y administrativos. Una atención requiere la máxima calidad en cada una de las fases de este proceso de atención, de allí que en cada una de ellas se debe buscar el mejor desempeño del personal de salud.

Para fines descriptivos, el proceso de atención integral intramural se ha dividido en tres fases:

- Fase de Admisión Integral
- Fase de Atención, que puede tener los siguientes tipos:
 - Atención de Emergencia
 - Atención del Paciente con Morbilidad No Grave
 - Atención para brindar el Paquete Preventivo Integral
- Fase de Salida

Flujos de Atención:

En el Anexo N° 1 se desarrolla con mayor detalle los flujos de atención de acuerdo a los diversos tipos de necesidades de los usuarios. Los principales flujos de atención son: atención de emergencias, atención ambulatoria, farmacia y laboratorio. Estos flujos corresponden a un Centro de Salud de mediana complejidad y requieren adaptaciones para otros tipos de establecimientos. En



los Centros de Salud de con servicios de radiología se debe elaborar los flujos correspondientes. En los Puestos de Salud se debe adaptar los flujos de atención al tipo de ambientes involucrados en el proceso de admisión; éstos pueden ser:

- Unidad de Admisión, Unidad de Caja y ambiente de Farmacia en los Puestos de Salud urbanos y de gran demanda.
- Unidad de Admisión y Unidad de Caja Farmacia, en Puestos de Salud con menor demanda.
- Unidad de Admisión, Caja y Farmacia, en Puestos de Salud con poca demanda

1.2.1 Fase de Admisión Integral:

La admisión integral se refiere a aquella que promueve la atención integral; siendo un concepto que se traduce en procedimientos y actividades, diseñados para ofrecer y orientar al usuario y su familia sobre las intervenciones y atenciones del Paquete Básico de Servicios, así como los establecimientos y servicios de la Red de Servicios de Salud que las brindan.

Por ello, la admisión integral debe aplicarse cuando el usuario ingresa a cualquier establecimiento de la red; es decir, incluye tanto la admisión de los usuarios a los servicios que se prestan dentro del mismo establecimiento u otro de la Red, como aquellos servicios que se brindan por fuera del establecimiento (servicios extramurales, trabajo comunitario, etc.). El servicio de Admisión representa el punto de enlace entre la atención intramural y la extramural, y entre los establecimientos de la Red, jugando un papel esencial dentro del sistema de identificación y seguimiento de usuarios.

Esta fase tiene la finalidad de reconocer las necesidades de los usuarios y brindarles información y orientación. Los procesos de esta fase son los siguientes: ingreso de los usuarios; recepción de los usuarios; triaje (detección de emergencias y determinar el tipo de atención); identificación y registro de los usuarios; identificación de sus necesidades de salud familiar (atenciones del Paquete Preventivo Integral que requieran los acompañantes y familiares) e información y orientación de los servicios que provee el establecimiento de salud o la red de servicios.

PROCESOS DE LA FASE DE ADMISIÓN:

- Ingreso de los usuarios
- Recepción
- Triage
- Identificación y registro de los usuarios
- Identificación de las necesidades de salud familiar
- Información y orientación a los usuarios

Estos procesos son interdependientes y algunos son secuenciales: en cada uno de ellos se puede orientar permanentemente sobre la importancia y las ventajas de la atención integral. En este capítulo se desarrollará el ingreso de los usuarios, así como la información y educación a los usuarios. En el capítulo 2 se hará lo propio con respecto a la recepción, triaje y la identificación de las necesidades de salud familiar, mientras que en el capítulo 3 lo referido a la identificación y registro de los usuarios; por último, el capítulo 4 desarrollará los procedimientos de archivo.

Después de ser atendido en la Unidad de Admisión, el usuario debe pasar por la Unidad de Caja, para cancelar el derecho de la atención que recibirá inmediatamente después.

Ingreso de los usuarios:

El primer contacto con los pacientes es importante puesto que va a definir el camino a seguir para la atención del motivo de la consulta que trae al usuario al establecimiento de salud. Además, representa la primera percepción que tienen los usuarios acerca de la calidad de los servicios. Por esta razón, el personal de salud debe estar preparado adecuadamente para esa responsabilidad. Es conveniente que se tenga claro los propósitos, metas y pasos que se debe observar durante esta etapa, los cuales se detallan en el acápite 1.3.3.

Recepción:

La recepción incluye el saludo a los usuarios y acompañantes y la determinación si es usuario nuevo, continuador o reingreso.

Triage:

El triaje implica la selección de la atención que requiere cada usuario en función a sus necesidades. Para ello, se debe determinar si se trata de una emergencia y determinar el tipo de atención.

Determinar si se trata de una emergencia:

La búsqueda de signos de alarma o gravedad se debe realizar desde el primer contacto del usuario con el establecimiento de salud (vigilantes, porteros, anfitriones y en la Unidad de Admisión), incluso durante la misma atención en los consultorios. Si el estado del paciente se considera grave, debe ser atendido de emergencia por el personal con mayor experiencia y una vez recibido el tratamiento quedar en condiciones de alta o, si fuese necesario, estabilizado y referido al establecimiento con el nivel de complejidad que necesite. Para definir si se trata de una condición de emergencia, es necesario hacer preguntas a los acompañantes del paciente y observar algunos signos de alarma. En el capítulo 2 se hace un listado de las preguntas y observaciones mínimas para cumplir con este paso.

Determinar el tipo de atención:

Si el usuario no es considerado grave o portador de una emergencia, y si tiene una enfermedad o patología, debe ser enviado al Consultorio Médico para:

- Resolver el motivo de la consulta.
- Darle los servicios del Paquete Preventivo Integral que le corresponda.
- Dar las indicaciones pertinentes y la cita para su seguimiento y control.

Si los usuarios no tienen alguna enfermedad, se les brindará en la atención el Paquete Preventivo Integral del Niño, del Adolescente o Adulto (mujer o varón) correspondiente. Ocasionalmente, luego de dar las atenciones básicas, se puede detectar que el usuario tenga alguna enfermedad o sea una emergencia, en cuyo caso deben ser enviados al Consultorio Médico o a Emergencia para recibir atención inmediata.

Identificación y registro de los usuarios:

La atención integral y personalizada, y la satisfacción de las necesidades individuales de los usuarios, debe constituir el marco de la atención. Por ello, es importante la identificación y calificación de los usuarios, así como la

revisión de su carpeta del hogar, para lo cual se deberá buscar su historia clínica respectiva

Identificación de las necesidades de salud familiar:

Se debe identificar los servicios del Paquete Preventivo Integral que requieran todos los acompañantes y familiares del usuario, para lo cual se verificará la lista de chequeo del niño, de la mujer y del adulto, para de esta manera aumentar la cobertura de atención en la población, incentivando la atención inmediata de los acompañantes. En el caso de los acompañantes que no dispongan de tiempo para recibir ese día las atenciones básicas, se les brindará información sobre la importancia de que las reciban en otra oportunidad, realizándose su captación y si es posible dándole la cita respectiva. Para el caso de los acompañantes de pacientes con enfermedad grave que han acudido a Emergencia, casi siempre se requiere postergar las atenciones básicas para otro día, ya que los familiares estarán más preocupados de resolver el problema del paciente.

Información y orientación a los usuarios:

Es importante orientar a los usuarios sobre la ubicación de los diversos servicios dentro del establecimiento, o de otros establecimientos de la Red. La promoción de todos los servicios es una tarea de que deben realizar todos los trabajadores del establecimiento. Por ello, el personal de la Unidad de Admisión informará de los diversos servicios que brinda el establecimiento de Salud o la red de servicios; asimismo, indagará sobre las necesidades, las expectativas y las opiniones de los usuarios, para luego brindar una adecuada orientación al usuario y su familia.

1.2.2 Fase de Atención:

Como su nombre lo indica, ésta es la fase central del proceso de atención y puede darse en diversos servicios, dependiendo de la gravedad del paciente y de la complejidad requerida para resolver sus problemas, pudiendo ser de emergencia, de internamiento, de atención de morbilidad no grave y de atención integral básica. En términos generales, en todos estos casos el proceso de atención es similar y consta de las siguientes etapas:

- Evaluar integralmente el estado del paciente, que implica realizar un interrogatorio y un examen físico. Busca recolectar información sobre diversos signos y síntomas. Además, pueden ser necesarios los procedimientos auxiliares de diagnóstico.
- Clasificar el estado del paciente, ordenando la información obtenida y contrastándola con categorías previamente definidas, para de esta manera establecer una jerarquía de diagnósticos.

- Identificar la terapia requerida, indicando el tratamiento integral.
- Dar consejería a los usuarios y brindar el Paquete Preventivo Integral.

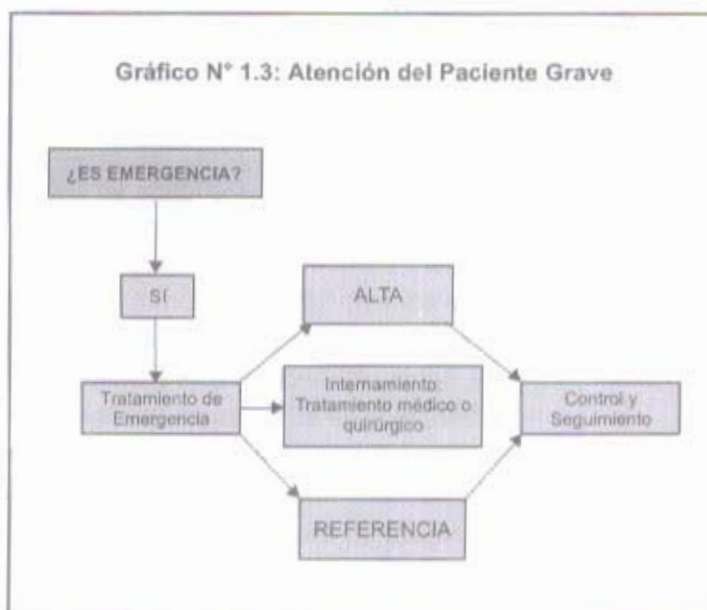
OBJETIVOS DE LA FASE DE ATENCIÓN:

- Evaluar integralmente al usuario
- Clasificar su estado de salud
- Brindar la terapia requerida.
- Brindar el Paquete Preventivo Integral

Atención de Emergencia del paciente grave:

Un paciente grave requiere una atención de urgencia, debiendo ser trasladado inmediatamente al servicio de Emergencia. Allí será evaluado por el profesional encargado o de guardia. Una vez definido el estado de gravedad del paciente, se procede al manejo del síndrome, con ayuda de los exámenes o procedimientos auxiliares que se le pueda ofrecer al paciente, según el nivel de complejidad del establecimiento. Si el trabajador puede resolver el problema, se dará el

tratamiento respectivo; si no fuera posible, el paciente deberá ser estabilizado y referido al establecimiento con el nivel de complejidad que necesite.



Atención del paciente con morbilidad no grave:

El paciente que acude al Consultorio Médico debe ser evaluado y manejado integralmente, buscando descartar otras enfermedades que no hayan sido motivo de consulta, de acuerdo a los procedimientos de atención del manual correspondiente. Luego se aplicará el resto del Paquete Preventivo Integral. En caso de que el personal no esté en capacidad de atender la enfermedad del paciente, entonces se le proporcionará el Paquete Preventivo Integral, para luego ser referido al establecimiento de salud con el nivel de complejidad necesario para resolver el problema.

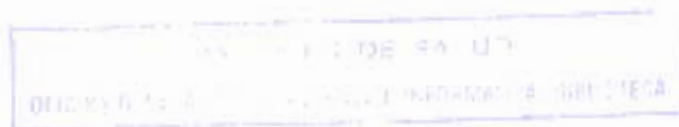


Atención para brindar el Paquete Preventivo Integral:

Si el usuario no es portador de alguna enfermedad, se le administrará el Paquete Preventivo Integral que le corresponda, proporcionándole la atención requerida según las normas de los programas y brindándole cita para control. Esta atención contiene los procedimientos para el descarte y el manejo de las enfermedades más frecuentes; si el usuario presentara alguna de éstas, entonces deberá recibir la atención respectiva de acuerdo a los protocolos de atención y a la capacidad resolutive de manejo del profesional de enfermería u obstetricia. En el caso de que el personal responsable de brindar el Paquete Preventivo Integral no pueda resolver el problema, solicitará la atención del médico y en forma consecutiva se brindará el Paquete Preventivo Integral.

1.2.3 Fase de Salida y Seguimiento:

En caso que el paciente, por su estado de gravedad, requiera ser referido a otro establecimiento de mayor complejidad, deberá recibir los cuidados previos y se seguirá los procedimientos correspondientes para la referencia. Los pacientes que hayan presentado morbilidad no grave y que requieran un seguimiento para observar su evolución, deberán ser citados de acuerdo a los procedimientos correspondientes. Los pacientes a los que se les ha resuelto la patología por la que consulta o dados de alta de internamiento, deberán ser citados para control en el establecimiento o por el promotor o la partera de la comunidad. Todo usuario sano que reciba el Paquete Preventivo Integral deberá ser citado para su control posterior en el establecimiento de salud, o por el promotor de salud o la partera de la comunidad donde pertenece.



OBJETIVOS DE LA FASE DE SALIDA:

- Referencia
- Alta
- Control
- Seguimiento



1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ADMISIÓN

La misión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención es mejorar los niveles de salud de su población de responsabilidad, a través de acciones preventivas, promocionales y recuperativas, dirigidas a los individuos, familias, comunidades y al medio en que viven. Estas acciones forman parte de un Paquete de Atenciones, que debe brindarse en algún nivel de la Red de Servicios de Salud. Es decir, que los Centros y Puestos de Salud no pueden limitarse a la atención de los enfermos que llegan espontáneamente a sus servicios, sino que deben cubrir la atención integral de salud de toda la población de su ámbito jurisdiccional. Por ello, la organización y funcionamiento de los establecimientos de salud deben estar en función de su misión institucional.

En esta perspectiva, los establecimientos de salud deben conocer cuantitativa y cualitativamente a su población y discriminar sus intervenciones en función de las características, necesidades, problemas y riesgos de estas familias e individuos que conforman la población del ámbito. La organización y funcionamiento de la Unidad de Admisión debe facilitar el cumplimiento de la misión institucional y de estas tareas.

1.3.1 El Trato a los Usuarios:

La Unidad de Admisión constituye el primer contacto con el establecimiento y juega un papel importante en la percepción que tienen los usuarios acerca de la calidad de los servicios. Por esta razón, el personal que labora en ella debe brindar un trato muy cordial, personalizado y de calidad, buscando responder a las necesidades individuales de los usuarios y resolver sus dudas e inquietudes. El personal debe tener una actitud positiva y de servicio a los usuarios, mostrando interés en su situación y diligencia en el trabajo. El perfil del personal de este servicio debe ser el adecuado, debiéndose asignar a los trabajadores más competentes y de mejor trato interpersonal.

En este marco, el personal del servicio debe tener pleno conocimiento de los derechos y responsabilidades de los usuarios y de sus acompañantes, ya que muchos de ellos dependen de la atención que se brinde en la Unidad de Admisión. Ello permitirá tener criterios explícitos para lograr la satisfacción

de los usuarios, así como efectuar el monitoreo de la calidad de la atención de los servicios. Estos derechos, aplicados al proceso de Admisión son:

- **Acceso al tratamiento**

Toda persona tiene derecho al libre acceso a prestaciones de salud, a recibir atención de emergencia cuando la necesite y a no ser discriminado por su raza, creencia, sexo, nacionalidad, padecimiento que le afectare o por la procedencia del pago de la atención.

- **Respeto y dignidad**

El paciente tiene el derecho de recibir el tratamiento respetuoso en todo momento y bajo todas circunstancias, como reconocimiento de su dignidad personal.

- **Certificación del estado de salud**

El paciente tiene derecho a recibir una certificación que señale el diagnóstico, tratamiento y estado de su salud, cuando lo considere conveniente. Ello implica la gratuidad de los certificados de salud. Por otro lado, ninguna autoridad pública puede exigir a las personas la certificación de su estado de salud, carné sanitario, carné de salud o documento similar, como condición para el ejercicio de actividades profesionales, de producción, comercio o afines.

- **Privacidad y confidencialidad**

El paciente tiene derecho, a su privacidad personal y la confidencialidad de la información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

- El derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar un aislamiento visual y auditivo razonable durante la atención. El personal de la Unidad de Admisión deberá evitar que lo conversado con el usuario sea escuchado por otros
- El derecho a esperar que toda mención de su caso sea hecha discretamente, no se divulgue los diagnósticos de los pacientes y que no haya personas presentes que no estén directamente involucradas en su tratamiento, sin su consentimiento.
- El derecho a que su historia clínica sea leída solamente por aquellos directamente involucrados en su tratamiento, o los encargados de supervisar la calidad de éste; en otros casos, sólo con autorización previa, suya o de sus familiares.
- A esperar que toda comunicación y registros relacionados a su tratamiento, incluyendo la procedencia del pago o la exoneración, sean tratados confidencialmente.

- **Seguridad personal**

El paciente tiene el derecho a esperar una seguridad razonable, en la medida que las prácticas y las instalaciones del establecimiento lo permitan.

- **Identidad**

El paciente tiene el derecho a conocer la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén prestando servicios, así como el derecho a saber qué médico o profesional de la salud está principalmente a cargo de su tratamiento. Esto incluye el derecho del paciente a saber si existe alguna relación profesional entre los individuos que lo están tratando, así como la relación con otras instituciones de salud o educativas involucradas en su tratamiento. El personal de la Unidad de Admisión deberá llevar puesto un distintivo de identificación y deberá brindar información relacionada a la identidad del personal que atiende a los usuarios.

- **Información**

El paciente tiene el derecho a obtener del profesional responsable de su tratamiento, la información completa y actualizada del diagnóstico, tratamiento, pronóstico, e informe de alta; así mismo tiene derecho a la información sobre las características del servicio, a las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio. Dicha información deberá comunicarse al paciente o a la persona autorizada, de manera que se pueda esperar la comprensión de éste. Al finalizar su estancia en el establecimiento de salud, y si lo solicitan, los usuarios podrán obtener copia de la epicrisis y de su historia clínica, cubriendo los costos que ello represente.

- **Comunicación**

Cuando el paciente no hable, ni entienda el idioma predominante del personal de salud, deberá tener acceso a un intérprete. En los ámbitos en que dichas barreras idiomáticas sean un problema continuo, el personal de Admisión deberá dominar el idioma local.

Asimismo, los usuarios también tienen responsabilidades que cumplir; éstas son:

- **Suministro de información**

El paciente tiene la responsabilidad de brindar, bajo su mejor entendimiento, información precisa y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.

- **Cumplimiento con las instrucciones**

El paciente es responsable de cumplir con sus citas y, cuando esto no sea posible por cualquier razón, de notificar al establecimiento.

- **Reglamentos y estatutos del establecimiento de salud**

El paciente es responsable de cumplir con los reglamentos y los estatutos del establecimiento.

- **Respeto y consideración**

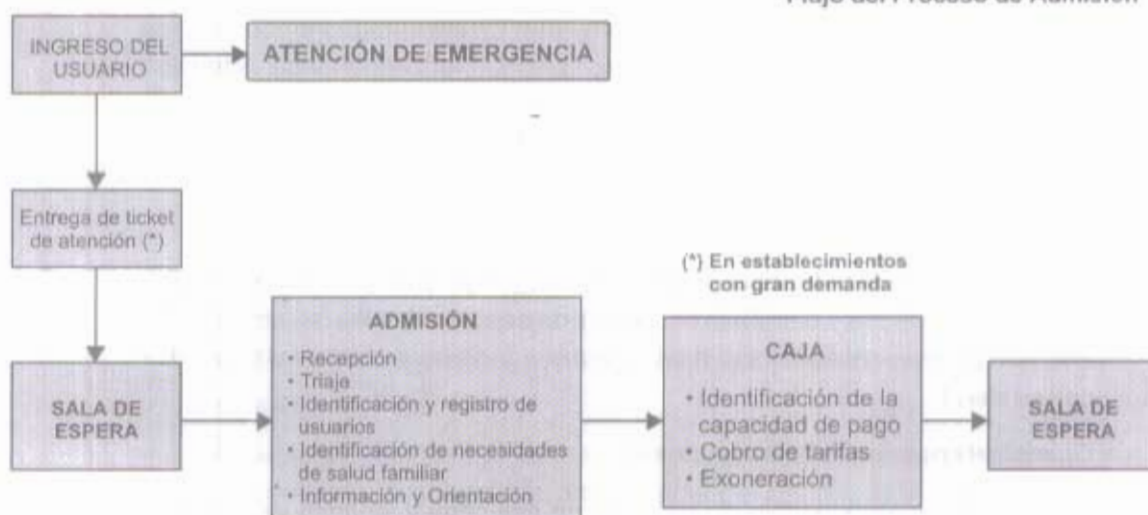
El paciente es responsable de respetar los derechos de los demás pacientes y personal del establecimiento, y de ayudar en el control del ruido, el humo y del número de visitantes. El paciente y sus familiares son responsables de ser respetuosos de la propiedad de otras personas y del establecimiento.

1.3.2 El Proceso de Admisión Integral:

Los flujos de admisión dependen del nivel de complejidad de los establecimientos. En términos generales, el flujo básico de admisión de un usuario en un Centro de Salud de mediana y gran demanda es el que se muestra en el gráfico siguiente. Este flujo básico requiere adaptaciones en establecimientos de gran demanda, así como simplificaciones en Centros de Salud con escasa demanda o en Puestos de Salud, que pueden consistir en la eliminación de la entrega de ticket de atención o en la integración de la Admisión y la Unidad de Caja en los Puestos de Salud.

La Unidad de Admisión es responsable del control y del orden de los siguientes ambientes: la zona de acceso al establecimiento, ambiente de admisión, la sala de espera y los servicios higiénicos del público. Ello implica también mantener la disposición adecuada del mobiliario, así como la limpieza, ventilación e iluminación de estos ambientes, indicando las tareas de limpieza al personal encargado en el momento que se requiera.

Gráfico N° 1.5:
Flujo del Proceso de Admisión



1.3.3 Acceso e Ingreso de los Usuarios al Establecimiento de Salud:

Cuando el usuario ingresa al establecimiento, se deberá cumplir con determinados procedimientos para informar a los usuarios, así como organizar y controlar el flujo y el orden de los mismos en el establecimiento, evitando de esta manera las aglomeraciones, la espera prolongada en el servicio y la insatisfacción de los usuarios. Ello implica las siguientes tareas:

- Control del ingreso al establecimiento de los usuarios (por ejemplo, se debe evitar el ingreso de personas en estado de ebriedad, así como de animales)
- Control del flujo de usuarios hacia la Unidad de Admisión (se debe asegurar que los usuarios sean atendidos por orden de llegada al establecimiento, evitando así, las aglomeraciones en la sala de espera).
- Control del flujo de usuarios hacia los servicios (se debe asegurar que los usuarios sean atendidos en los respectivos servicios en el orden que se atendieron en la Unidad de Admisión o siguiendo el orden de las citas).
- Control del ruido.
- Vigilancia de la limpieza de la sala de espera y los servicios higiénicos para el público, indicando su limpieza por los operarios de limpieza y mantenimiento.

La forma de realizar estas tareas dependerá del nivel de complejidad del establecimiento, de la demanda de usuarios y del personal disponible. Por ejemplo:

- En los **establecimientos con escasa demanda**, todas estas tareas pueden ser encargadas al responsable de Admisión.
- En los **establecimientos de mayor demanda** puede necesitarse un vigilante, un portero o un(a) anfitrión(a) a cargo de estas tareas, que coordine con el personal de la Unidad de Admisión y reciba las indicaciones pertinentes para estas tareas específicas.
- En los **establecimientos con alta demanda** puede ser necesario establecer sistemas de control de flujos de usuarios y turnos de espera (colas), mediante la entrega de *tickets* numerados; los pasos a seguir son:
 - El vigilante o un anfitrión debe ser el encargado de velar por el orden en la fila (cola), cuando el público ingresa al establecimiento. Para ello entregará a cada uno de los usuarios un *ticket* numerado de acuerdo al orden de llegada.
 - Los *tickets* serán entregados a los pacientes hasta que el número de atenciones programadas por turno en los consultorios no sea sobrepasado por la demanda. El número de *tickets* que será repartido por

turno y por consultorio debe ser de acuerdo a los turnos asignados a cada profesional.

- El personal de admisión será el encargado de dar las indicaciones respectivas al vigilante de turno o recepcionista, para facilitar el control del orden y el flujo de los usuarios.
- El usuario que reciba un *ticket* numerado de atención, o lo obtenga de un dispensador, se ubicará en la sala de espera hasta ser llamado para su atención por el servicio de admisión.

Es importante resaltar la necesidad de identificar rápidamente y facilitar el acceso físico de los pacientes que tengan una emergencia evidente, ayudando a su movilización adecuada y rápida, con la utilización de camillas o sillas de ruedas y trasladándolos al tópico de Emergencia. Ésta debe ser una de las preocupaciones permanentes del personal de la Unidad de Admisión. En los establecimientos con gran demanda también deben tener cierta participación en esta tarea los vigilantes, porteros o anfitriones (un mayor detalle se menciona en el capítulo de procedimientos de triaje).

A los establecimientos de salud llegan diversos tipos de usuarios, pero no todos requieren atención de salud. En el Cuadro 1.1 se muestra el destino que deben tener los diversos tipos de usuarios. Esta información debe ser brindada por el personal de la Unidad de Admisión, así como los vigilantes, porteros o anfitriones.

Tipo de Usuario	Unidad de destino	Acciones a realizar
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes en búsqueda de atención - Personas sanas para su control - Acompañantes de personas 	Admisión	Aplicación de triaje
Pacientes con emergencia evidente	Emergencia	Conducir a Emergencia y contactar con el profesional responsable
Usuarios del servicio del tópico	Tópico	Informar a Admisión Brindar servicio requerido (inyectables, curaciones)
Pacientes para el control en programas de salud	Programas	Pasa directamente al Programa
Personas en búsqueda de Servicios Auxiliares	Farmacia Laboratorio Radiología	Brindar servicio requerido si tiene orden o receta
	Programas	Aplicación de triaje si no tiene orden o receta
Usuarios de servicios de salud ambiental	Salud Ambiental	Recoger resultados
Visitantes de pacientes internados	Servicios de internamiento	Pasa directamente a los servicios de internamiento
Asistentes a reuniones	Sala de Reuniones	Pasa directamente para reuniones previamente informadas
Solicitantes de coordinaciones	Admisión	Anunciar a la persona y el motivo de coordinación en el servicio solicitado

Cuadro 1.1: Destino de los Usuarios

1.3.4 Información y Educación a los Usuarios:

Información básica del usuario

Una de las funciones principales en la admisión de los usuarios es brindarles la información necesaria para facilitar un flujo apropiado de atención según sus necesidades. Para ello se seguirá las indicaciones que figuran en el Cuadro 1.1 (Destino de los Usuarios) y los flujos de atención descritos en el Anexo N° 1. La información a brindar estará referida a la secuencia del flujo que le corresponda a cada usuario, la ubicación física de los servicios de salud y servicios higiénicos, de las funciones que cumple la Unidad de Admisión, de los procedimientos de control del flujo de usuarios hacia esta unidad, los servicios del establecimiento y horarios de atención, de los servicios de referencia en otros establecimientos de la Red, etc.

Información y educación de salud a los usuarios

La sala de espera constituye un espacio importante de información y educación de salud a los usuarios. Para ello, la Unidad de Admisión tiene la responsabilidad de los equipos de televisión y video y de su proyección, coordinando la programación de las sesiones que han de transmitirse en forma diaria con los responsables de las Áreas Técnicas del establecimiento. Los videos cumplen con el objetivo de brindar información de salud, y los responsables de las áreas deben desarrollar los procesos educativo comunicacionales necesarios para alcanzar los objetivos educativos. Es importante también considerar que otra finalidad de los videos es el entretenimiento, para hacer más llevadero los tiempos de espera.

Para elaborar la programación de las actividades educativas audiovisuales, los responsables de las Áreas Técnicas deben tener en consideración las prioridades de salud locales, especificar los objetivos educativos que se pretende alcanzar para cada sesión, así como las actividades educativas de reforzamiento para lograrlos. Se debe incidir en la importancia de la atención integral de salud y los beneficios que ésta brinda a la comunidad, así como el fomento de las actividades preventivo-promocionales.

1.3.5 Identificación de Capacidad de Pago de los Usuarios y Exoneración:

Es importante recordar que la misión principal de los servicios de salud públicos es brindar las atenciones básicas a la población, dando prioridad a las poblaciones pobres, con la finalidad de mejorar sus niveles de salud y disminuir así las grandes desigualdades existentes en nuestro país. La ley general de salud establece que el Estado interviene en servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad y que el financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos,

que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado.

Es por ello, que se debe promover la atención de estas poblaciones, eliminando todas las barreras que limiten su acceso a los servicios de salud. Dentro de estas barreras, una de las más importantes es su escasa capacidad adquisitiva; por lo que todos los establecimientos de salud deben contar con procedimientos bien definidos, rápidos y basados en criterios objetivos para identificar la capacidad de pago y calificar a las familias usuarias y, de esta manera, definir la exoneración de pago por los servicios. Se debe recalcar que estos usuarios no siempre hacen explícita su condición por vergüenza o temor a sufrir discriminación, y en muchos casos prefieren no adquirir los medicamentos o realizarse las pruebas de laboratorio. Por ello, es esencial mantener la confidencialidad de estos procedimientos y evitar cualquier discriminación en el trato, además de incentivar a que expresen su condición en privado.

Lo ideal para realizar la calificación de las familias es comprobar las condiciones del hogar durante el empadronamiento de la población y así tener la base de datos o la lista de las familias exoneradas total o parcialmente del pago. En el caso de que ello no sea posible, se debe definir un encargado para aplicar la ficha de filiación familiar (descrita en el capítulo 3) a los usuarios que acudan a los servicios y que soliciten exoneración. El responsable de la Unidad de Admisión será el encargado de aplicar estos criterios y aprobar la exoneración. Cada cierto tiempo se puede evaluar los resultados de estos procedimientos, inclusive con visitas domiciliarias de verificación (ello dependerá del costo-beneficio de realizarlas).

1.4 ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN

1.4.1 Organización de la infraestructura

La infraestructura y la señalización del establecimiento deben facilitar el rápido acceso y el cumplimiento de determinados procedimientos de admisión. La admisión constituye el primer contacto con los usuarios; de las características de este contacto dependerá en gran parte la imagen institucional, lo que contribuirá a mejorar el uso de los servicios que preste el establecimiento. Es por ello esencial mantener el orden, higiene, ambientación y señalización de las instalaciones. En la organización de la infraestructura, entre los aspectos a tener en cuenta están:

Acceso

- La puerta principal debe ser amplia, permitiendo el fácil ingreso de los usuarios al establecimiento.

- Se debe contar con veredas y rampas de acceso para facilitar el tránsito de camillas o sillas de ruedas.

Señalización

- El establecimiento debe contar con un letrero en la puerta de ingreso, indicando en forma clara el horario de atención al público.
- Todos los ambientes del establecimiento deberán estar debidamente señalizados para orientar al usuario, mediante letreros e imágenes fácilmente comprensibles por los usuarios. Es importante anotar que el sistema de señalizaciones debe ser coherente con el contexto cultural donde se ubica el establecimiento.

Unidad de Admisión

- La Unidad de Admisión debe encontrarse muy próxima al punto de ingreso de los usuarios.
- Su infraestructura y mobiliario tiene que permitir una fácil y adecuada comunicación con el usuario, así como garantizar privacidad y confidencialidad entre el personal de admisión y los usuarios (sobretudo en enfermedades con una mala connotación social, planificación familiar, etc., o cuando se necesite examinar a los usuarios para buscar signos de alarma). En establecimientos con cierta demanda de atención se necesita varios módulos de atención a los usuarios; para los procedimientos definidos en el presente manual se estima un módulo por cada 50 a 60 personas (un mayor detalle se puede observar en el plano del Anexo N° 2). En establecimientos en los que se requiera más de un módulo de atención, se debe habilitar un área privada para atención personalizada.
- Su infraestructura debe ser lo suficientemente amplia para instalar la estantería del sistema de archivo de Carpetas del Hogar, Historias Clínicas y el sistema de citas.

Sala de espera

- Debe reunir condiciones mínimas de iluminación, ventilación, comodidad y medios de apoyo audiovisual. Debe contar con el número suficiente de bancas para evitar que los pacientes permanezcan de pie.
- Deberá contar con paneles de información para la salud.
- En establecimientos con gran demanda se puede necesitar señalar las áreas para las filas de espera (colas) y áreas restringidas en las ventanillas de atención para asegurar la privacidad de atención.
- Se debe contar con servicios higiénicos en buen estado de higiene y mantenimiento, provistos de agua para los usuarios.

A continuación se muestra un organigrama funcional de un Centro de Salud de mediana demanda, que establece la óptima relación entre todos estos ambientes, y debe ser tomado como un elemento de referencia para adecuar la infraestructura del establecimiento de salud.



La Unidad de Admisión es la responsable de mantener la disposición adecuada del mobiliario y de la limpieza, la ventilación y la iluminación de los ambientes de la zona de acceso al establecimiento, la sala de espera, los servicios higiénicos públicos y del ambiente de admisión, indicando las tareas de limpieza al personal encargado en el momento que se requiera.

1.4.2 Organización del personal

La organización adecuada del personal y la asignación de funciones son elementos críticos para el buen funcionamiento del proceso de admisión integral, ya que uno de los principales problemas de calidad de atención que tienen los establecimientos de salud es precisamente el trato recibido por los usuarios durante el proceso de admisión, el desorden y los tiempos de espera prolongados. Es por ello que este tema debe constituir una de las principales preocupaciones del jefe del establecimiento y de su equipo de gestión.

Perfil y funciones del Responsable del Área de Admisión

Se debe designar un responsable del Área de Admisión que tenga los conocimientos básicos de los procesos de atención y de admisión integral, capacidad de organización y gestión de servicios, liderazgo, trabajo en equipo y conducción de personal, así como alta disposición al trabajo, orden y colaboración. Sus funciones básicas, referidas al proceso de admisión, son:

- Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la gestión técnica y administrativa del Área.
- Formular, proponer, coordinar, controlar y evaluar las actividades del Plan de Producción de Servicios y el Plan de Gestión correspondientes al Área.
- Controlar el desempeño del personal a su cargo y organizar la capacitación en función de las necesidades identificadas.
- Velar por el cumplimiento de los procedimientos técnicos y administrativos de las tareas de Admisión y Archivo, supervisando la calidad de los procedimientos del personal y organizar la capacitación en función de las necesidades identificadas.
- Procurar el abastecimiento oportuno de material e insumos y la conservación de la infraestructura del Área, en coordinación con el responsable de logística.
- Efectuar el mantenimiento preventivo primario de los equipos y coordinar la provisión oportuna del servicio de mantenimiento preventivo secundario y recuperativo.
- Participar en la ejecución de investigaciones sobre comportamiento y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, en coordinación con los responsables de las diversas Áreas Técnicas.
- Incentivar la participación del personal para formular y ejecutar acciones de gestión de la calidad en sus respectivos servicios.
- Participar en la programación de actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) y mercadeo de los servicios.

Perfil y funciones del Técnico de Admisión

La asignación de personal dependerá del nivel de complejidad, de la demanda y del número de turnos de atención del establecimiento. El número de técnicos de admisión se estima en uno por cada 50 usuarios y por turno de atención. Es conveniente que su perfil sea de técnico de enfermería, con conocimientos de los procedimientos de admisión, triaje y archivo de registros, del sistema de registros médicos, de los derechos de los usuarios y de los aspectos culturales de relevancia local en la atención, con alta disposición al trabajo, orden, colaboración, trabajo en equipo y comunicación con los usuarios.

Sus funciones básicas son:

- Brindar atención de admisión y triaje a los usuarios que acuden al establecimiento de salud para atención ambulatoria y de internamiento, según los procedimientos existentes.
- Organizar el archivo de historias clínicas y registros médicos, en

coordinación con el responsable del Área, lo que incluye:

Cumplir con la preparación, conservación, custodia, seguimiento y depuración de las historias clínicas y registros médicos.

Archivar documentos médicos legales y mantener la confidencialidad de los archivos con información médica.

- Otorgar y controlar las citas de los usuarios, de acuerdo a los procedimientos establecidos.
- Efectuar el control de ingreso, del orden y flujo de los usuarios del establecimiento.
- Trasladar a los pacientes con signos de alarma al servicio de emergencia
- Brindar información a los usuarios sobre los servicios del establecimiento y de la Red.
- Brindar información de salud a los usuarios de sala de espera a través de videos educativos, según la programación realizada con los responsables de las diferentes Áreas Técnicas.
- Realizar los procedimientos administrativos y de comunicación para las referencias y contra referencias, según los procedimientos establecidos
- Aplicar los procedimientos para el registro, control y seguimiento durante la prestación de servicios y procedimientos.
- Identificar los requerimientos de material e insumos del servicio y coordinar su provisión con el responsable del Área.
- Asegurar el cumplimiento de los derechos de los usuarios.
- Velar por la limpieza del servicio de Admisión, de la Sala de Espera, servicios higiénicos del público y de la zona de ingreso del establecimiento.
- Participar en las actividades de capacitación y de gestión de la calidad del Área.

Otro personal

Es recomendable que en los Centros de Salud con una gran demanda de usuarios, una persona sea encargada de facilitar el acceso y el ingreso; esta persona puede ser el portero, el vigilante o una anfitriona. En otros casos, se requerirá un personal técnico que realice un triaje rápido, orientado a detectar emergencias. En los establecimientos con menor demanda y que cuenten con menos personal, estas funciones deberán ser asumidas por el personal de la Unidad de Admisión.

Por otro lado, es recomendable separar las funciones de Admisión de las de Caja: en los establecimientos con gran demanda se debe asignar un técnico para la Unidad de Admisión y otro para la Unidad de Caja; de no ser posible ello, se puede asignar la responsabilidad de Caja al encargado de la farmacia, por la similitud de funciones que cumple. En los establecimientos que tienen

muy poca demanda de usuarios (como algunos Puestos de Salud), las funciones de caja pueden ser encargadas al técnico de Admisión.

1.4.3 Insumos y equipos necesarios

En el Anexo N° 3 se presenta los requerimientos de recursos para el cumplimiento de los procedimientos de admisión, en los siguientes rubros por cada ambiente:

- Recursos humanos
- Relaciones funcionales
- Requerimientos funcionales
- Instalaciones eléctricas
- Iluminación
- Climatización
- Equipamiento
- Insumos materiales
- Formatos

Los ambientes o unidades son los siguientes:

- Sala de Espera
- Unidad de Admisión
- Unidad de Admisión, Caja y Farmacia

1.5 ANEXOS

- Anexo 1: Principales Flujos en el Establecimiento de Salud
- Anexo 2: Plano de una Unidad de Admisión de un Centro de Salud de Gran Demanda
- Anexo 3: Requerimientos de Recursos en los Ambientes

coordinación con el responsable del Área, lo que incluye:

Cumplir con la preparación, conservación, custodia, seguimiento y depuración de las historias clínicas y registros médicos.

Archivar documentos médicos legales y mantener la confidencialidad de los archivos con información médica.

- Otorgar y controlar las citas de los usuarios, de acuerdo a los procedimientos establecidos.
- Efectuar el control de ingreso, del orden y flujo de los usuarios del establecimiento.
- Trasladar a los pacientes con signos de alarma al servicio de emergencia
- Brindar información a los usuarios sobre los servicios del establecimiento y de la Red.
- Brindar información de salud a los usuarios de sala de espera a través de videos educativos, según la programación realizada con los responsables de las diferentes Áreas Técnicas.
- Realizar los procedimientos administrativos y de comunicación para las referencias y contra referencias, según los procedimientos establecidos.
- Aplicar los procedimientos para el registro, control y seguimiento durante la prestación de servicios y procedimientos.
- Identificar los requerimientos de material e insumos del servicio y coordinar su provisión con el responsable del Área.
- Asegurar el cumplimiento de los derechos de los usuarios.
- Velar por la limpieza del servicio de Admisión, de la Sala de Espera, servicios higiénicos del público y de la zona de ingreso del establecimiento.
- Participar en las actividades de capacitación y de gestión de la calidad del Área.

Otro personal

Es recomendable que en los Centros de Salud con una gran demanda de usuarios, una persona sea encargada de facilitar el acceso y el ingreso; esta persona puede ser el portero, el vigilante o una anfitriona. En otros casos, se requerirá un personal técnico que realice un triaje rápido, orientado a detectar emergencias. En los establecimientos con menor demanda y que cuenten con menos personal, estas funciones deberán ser asumidas por el personal de la Unidad de Admisión.

Por otro lado, es recomendable separar las funciones de Admisión de las de Caja: en los establecimientos con gran demanda se debe asignar un técnico para la Unidad de Admisión y otro para la Unidad de Caja; de no ser posible ello, se puede asignar la responsabilidad de Caja al encargado de la farmacia, por la similitud de funciones que cumple. En los establecimientos que tienen

muy poca demanda de usuarios (como algunos Puestos de Salud), las funciones de caja pueden ser encargadas al técnico de Admisión.

1.4.3 Insumos y equipos necesarios

En el Anexo N° 3 se presenta los requerimientos de recursos para el cumplimiento de los procedimientos de admisión, en los siguientes rubros por cada ambiente:

- Recursos humanos
- Relaciones funcionales
- Requerimientos funcionales
- Instalaciones eléctricas
- Iluminación
- Climatización
- Equipamiento
- Insumos materiales
- Formatos

Los ambientes o unidades son los siguientes:

- Sala de Espera
- Unidad de Admisión
- Unidad de Admisión, Caja y Farmacia

1.5 ANEXOS

- Anexo 1: Principales Flujos en el Establecimiento de Salud
- Anexo 2: Plano de una Unidad de Admisión de un Centro de Salud de Gran Demanda
- Anexo 3: Requerimientos de Recursos en los Ambientes

ANEXO 1

Principales Flujos en el Establecimiento de Salud

Gráfico 1.7: Ruta de una Emergencia Evidente

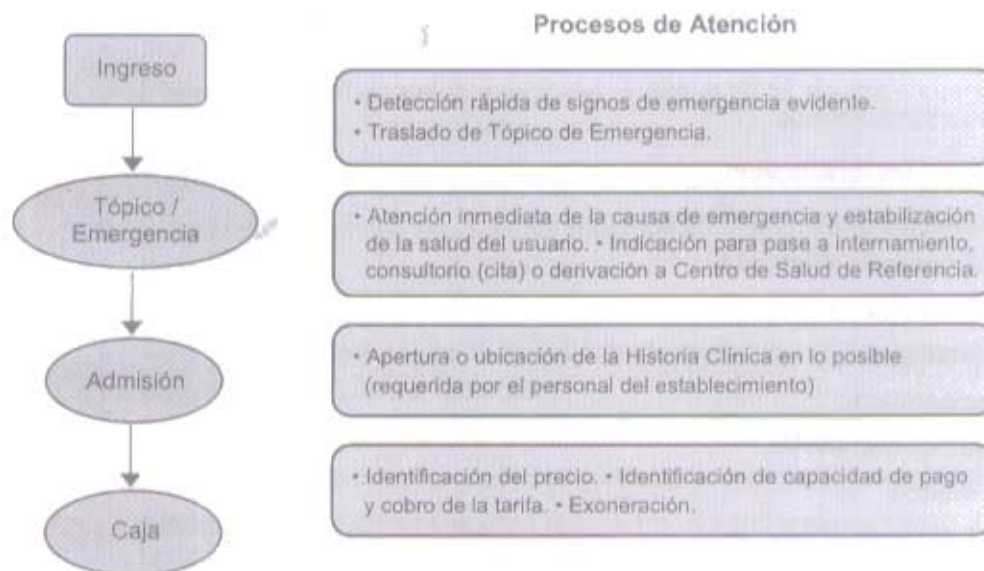
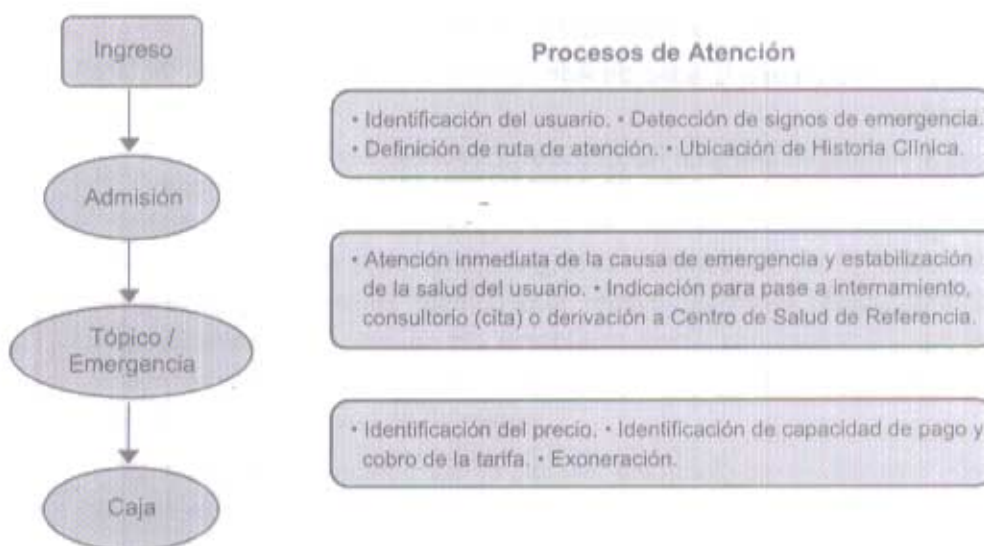


Gráfico 1.8: Ruta de una Emergencia No Evidente



Principales Flujos en el Establecimiento de Salud

Gráfico 1.9: Ruta de Atención de Consulta Ambulatoria (Consulta Médica)

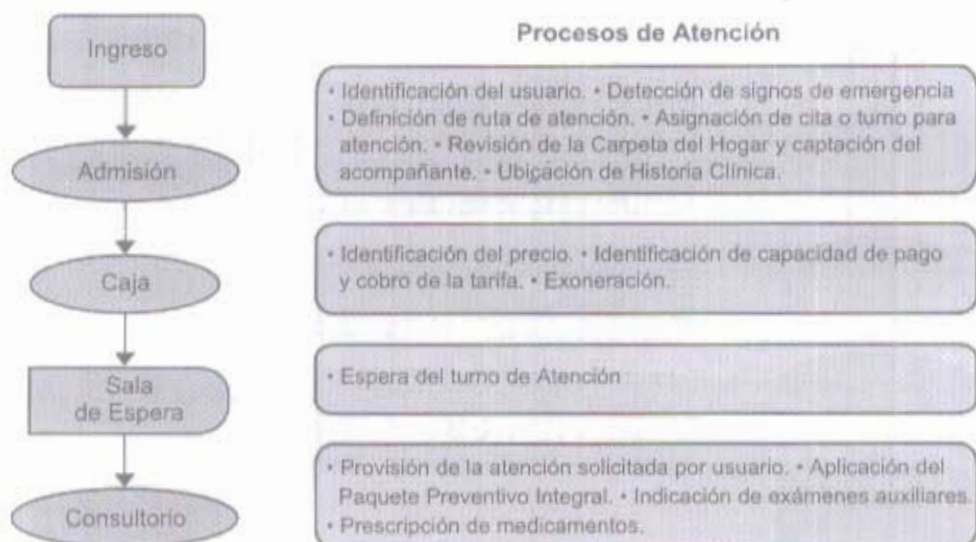
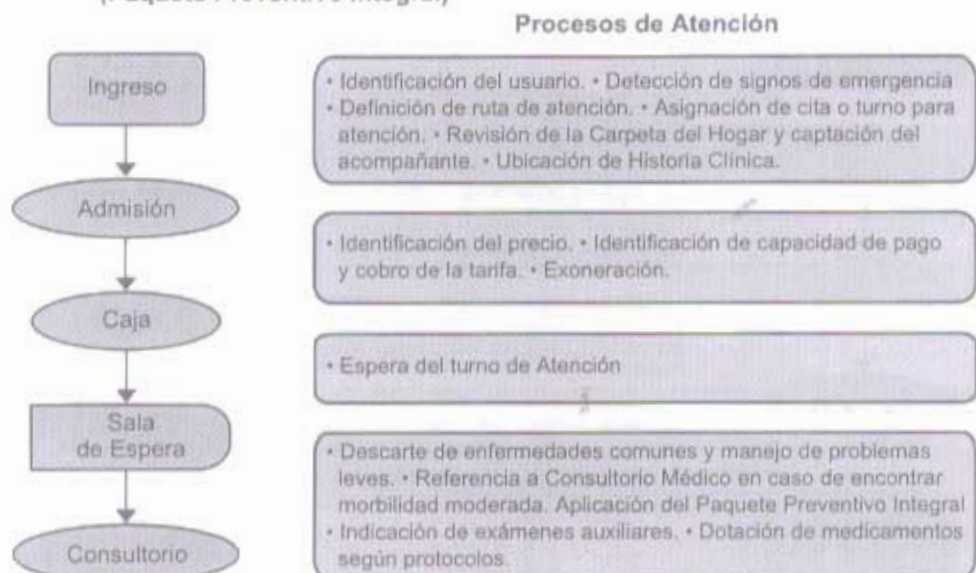


Gráfico 1.10: Ruta de Atención de Consulta Ambulatoria (Paquete Preventivo Integral)



Principales Flujos en el Establecimiento de Salud

Gráfico 1.11: Ruta de Atención en Farmacia (Usuario Interno)

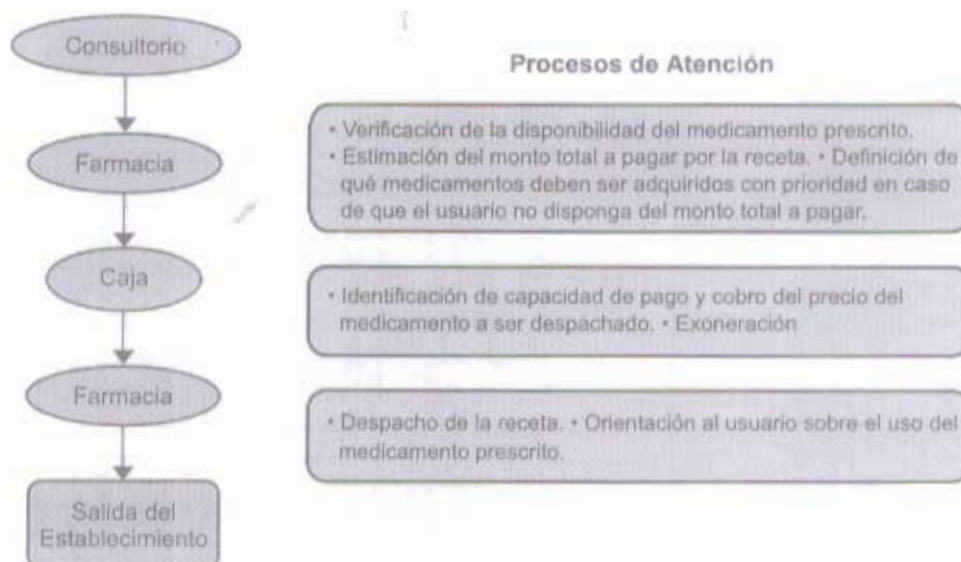
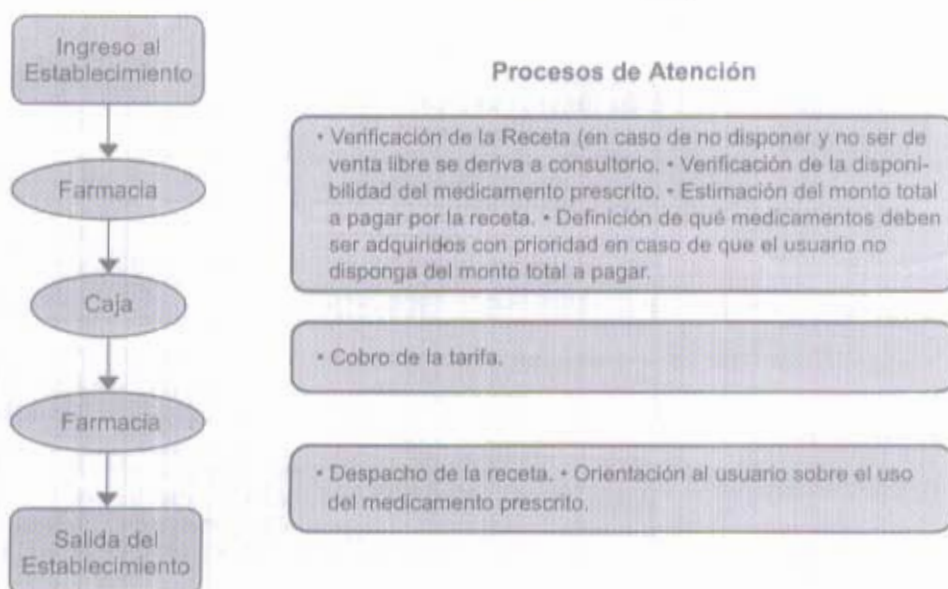


Gráfico 1.12: Ruta de Atención en Farmacia (Usuario de la Calle)



Principales Flujos en el Establecimiento de Salud

Gráfico 1.13: Ruta de Atención en Laboratorio (Usuario Interno)

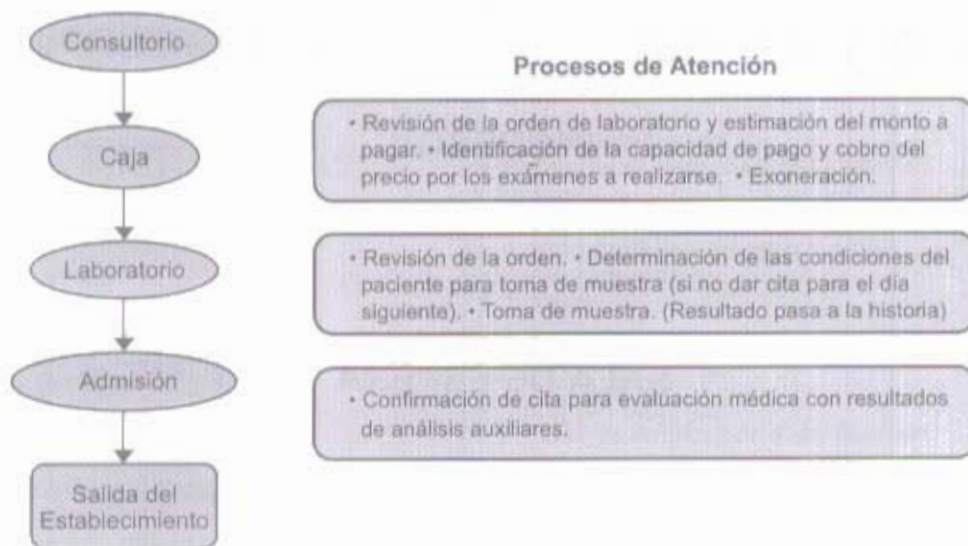
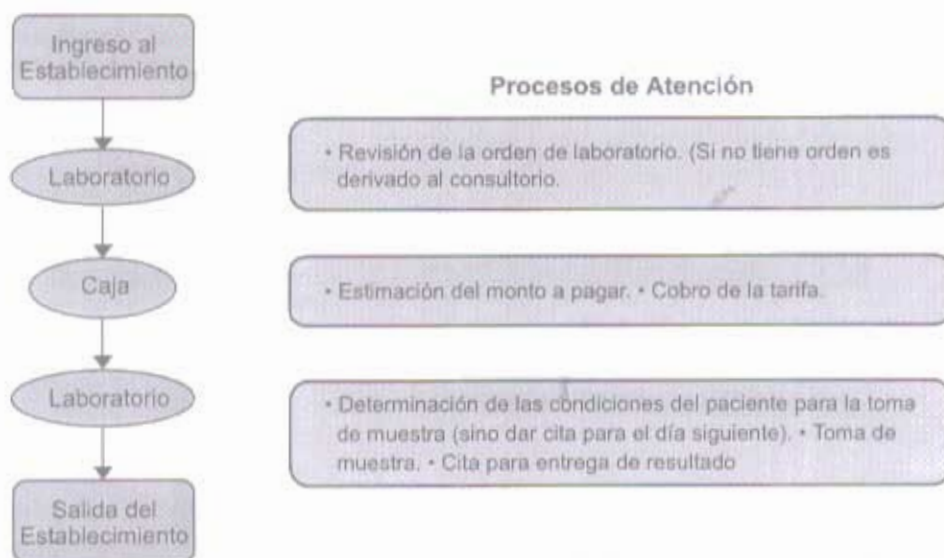


Gráfico 1.14: Ruta de Atención en Laboratorio (Usuario de la Calle)



ANEXO 2

Plano de una Unidad de Admisión de un Centro de Salud de Gran Demanda



ANEXO 3

Requerimientos de Recursos en los Ambientes

ESPACIO / AREA NOMBRE: SALA DE ESPERA ESTABLECIMIENTO: PUESTOS Y CENTROS DE SALUD	
<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Técnico de Salud (de Admisión) • 1 Vigilante o Portero (*) • 1 Anfitriona (*) <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso de usuarios. • Espera de pacientes. • Exposición y distribución de materiales de educación de salud. <p>Relaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directa con el ingreso exterior • Directa con los consultorios y el Tópico de Emergencia • Directa con la Unidad de Admisión • Directa con la Unidad de Caja • Directa con Farmacia y Laboratorio • Directa con los servicios higiénicos públicos <p>Requerimientos funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendable sectorizar el área de manera que a cada consultorio le corresponda un sector de la Sala. • Se cuidará el buen aspecto y se deberá tener una comunicación visual con un patio o jardín. • Deberá tener todas las señalizaciones <p>Instalaciones eléctricas y sanitarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El ambiente deberá contar con tomacorrientes dobles de 10 amperios, interruptores dobles y artefactos de lámparas fluorescentes, en número suficiente en función del tamaño del ambiente <p>Iluminación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Natural y artificial imprescindible. <p>Climatización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilación natural. 	<p>Equipamiento básico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bancas en número adecuado según la demanda • Papeleras • 1 bidón de 20 litros de agua potable • 1 mesa para bidón • 1 pizarra • 1 televisor (**) • 1 soporte para TV / VHS (**) • 1 equipo de video (**) • 1 reloj con segundero • Paneles de señalización e identificación • Paneles para información al público • Buzón de sugerencias y quejas de usuarios <p>Se podrá incrementar el número de equipos de acuerdo a la necesidad.</p> <p>Insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vasitos descartables • Cloro en tabletas o solución madre • Insumos para limpieza

(*)En los establecimientos de salud con gran demanda de pacientes

(**)Sólo en los Centros de Salud

Requerimientos de Recursos en los Ambientes

ESPACIO / AREA NOMBRE: UNIDAD DE ADMISIÓN ESTABLECIMIENTO: PUESTOS(*) Y CENTROS DE SALUD	
<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Técnico de Salud / 50 usuarios / turno <p>Actividades: Constituye el primer punto de encuentro entre el paciente y el servicio. Cumple las siguientes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la lista de chequeo para detectar problemas de salud. • Información, recepción, administración, admisión y triaje de usuarios. • Archivo, manejo, distribución, control de Historias Clínicas. <p>Relaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directa con la Sala de Espera. <p>Requerimientos funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe tener un frente abierto con un mueble mostrador hacia la Sala de Espera de tipo modular, para atención directa al público y un área para atención personalizada. <p>Instalaciones eléctricas y sanitarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El ambiente deberá contar con tomacorrientes dobles de 10 amperios, interruptores dobles y artefactos de lámparas fluorescentes, en número suficiente en función del tamaño del ambiente. <p>Iluminación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Natural y artificial imprescindible <p>Climatización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilación natural imprescindible 	<p>Equipamiento Básico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armarios de ángulos ranurados en número adecuado según población de la jurisdicción • 1 escritorio • Separadores de historias clínicas • 1 máquina de escribir o computadora • 1 silla / técnico • 1 archivador • Papeleras • 1 archivador metálico (kárdex) • 1 ordenador para guardar formatos • 1 engrapador / técnico • 1 perforador / técnico • 1 cinta métrica / técnico • 1 biombo de 3 cuerpos • 3 termómetros orales • 3 termómetros rectales • 1 reloj con segundero • 1 tensiómetro • 1 estetoscopio <p>Se podrá incrementar el número de equipos de acuerdo a la necesidad.</p> <p>Insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fíles con tapa (de acuerdo a la demanda) • Útiles de escritorio <p>Formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Listas de chequeo de signos de alarma del niño, del adolescente o del adulto (mujer y varón) • Lista de chequeo del Paquete Preventivo Integral del niño menor de 5 años, niño de 5 a 11 años, del adolescente, la mujer adulta y del varón adulto • Fichas Familiares • Fichas de Atención del niño, de la mujer, del adulto y de la gestante (Historia Perinatal) • Tarjetas índices • Formatos de seguimiento de historias clínicas • Formatos de entrega de historias clínicas entre servicios • Registro mensual de pacientes internados • Formato de registro de citas • Cuaderno de cargo para préstamo de historias clínicas • Listado de identificación de usuarios • Formatos de referencia y contrarreferencia

(*)Puestos de Salud con gran demanda de pacientes

Requerimientos de Recursos en los Ambientes

ESPACIO / AREA NOMBRE: UNIDAD DE ADMISIÓN / CAJA / FARMACIA ESTABLECIMIENTO: PUESTOS DE SALUD	
Recursos Humanos: • 1 Técnico de Salud	• 1 máquina de escribir manual • 1 ordenador para guardar formatos • 1 archivador • 1 papelería • 1 archivador metálico (kárdex) • 1 vitrina • 1 engrapador • 1 perforador • 1 cinta métrica • 2 termómetros orales • 2 termómetros rectales • 1 reloj con segundero • 1 tensiómetro • 1 estetoscopio Se podrá incrementar el número de equipos de acuerdo a la necesidad.
Actividades: Constituye el primer punto de encuentro entre el paciente y el servicio. Cumple las siguientes funciones: • Aplicación de la lista de chequeo para detectar problemas de salud. • Información, recepción, administración, admisión de usuarios. • Archivo, manejo, distribución, control de Historias Clínicas. • Actividad de caja, en el cobro de las tarifas, control de ingresos, egresos, etc. • Expendio y control de medicamentos	Insumos: • 1 juego de <i>files</i> con tapa (de acuerdo a la demanda) • Útiles de escritorio
Relaciones: • Directa con la Sala de Espera / Uso Múltiple (puede ser un área de ésta)	Formatos: • Listas de chequeo de signos de alarma del niño, del adolescente o del adulto (mujer y varón) • Lista de chequeo del Paquete Preventivo Integral del niño menor de 5 años, niño de 5 a 11 años, del adolescente, la mujer adulta y del varón adulto • Fichas Familiares • Fichas de Atención del niño, de la mujer, del adulto y de la gestante (Historia Perinatal) • Tarjetas Índices • Formatos de seguimiento de historias clínicas • Formato de registro de citas • Cuaderno de cargo para préstamo de historias clínicas • Listado de identificación de usuarios • Comprobantes de pago • Registro diario de ingresos y exoneraciones por servicio y de Farmacia • Registro diario de ingresos y exoneraciones por actividad en Consultorios • Informe mensual de ingresos y exoneraciones por servicio • Informe mensual de ingresos y exoneraciones por actividad en Consultorios • Registro de egresos • Formato de arqueo diario de caja chica • Informe de conciliación mensual • Formatos de referencia y contrarreferencia
Requerimientos funcionales: • Debe tener un frente abierto con un mueble mostrador hacia la sala de uso múltiple, para atención directa al público y un área para atención personalizada.	
Instalaciones eléctricas y sanitarias: El ambiente deberá contar con tomacorrientes dobles de 10 amperios, interruptores dobles y artefactos de lámparas fluorescentes, en número suficiente en función del tamaño del ambiente.	
Iluminación: • Natural y artificial.	
Climatización: • Ventilación natural.	
Equipamiento Básico: • 1 armario de ángulos ranurados o armario con puerta • Separadores de historias • 1 armario con puerta para medicamentos • 1 escritorio • 3 sillas • 1 máquina calculadora con wincha • 1 mesa para las máquinas • 1 caja fuerte pequeña	

Capítulo II

Procedimientos de Atención de Admisión

OBJETIVOS DEL PRESENTE CAPÍTULO:

- Describir los procedimientos de atención a los usuarios que debe realizar la Unidad de Admisión
- Describir en detalle los procedimientos técnicos más relevantes en la búsqueda de signos de alarma por el personal de la Unidad de Admisión

Los procesos de la fase de Admisión son:

- Ingreso de los usuarios
- Recepción
- Triage
- Identificación y registro de los usuarios
- Identificación de las necesidades de salud familiar
- Información y orientación a los usuarios

Uno de los más importantes dentro de ellos es el triaje, cuya finalidad es determinar qué tipo de atención necesita el usuario que viene al establecimiento de salud. Por lo tanto, se debe estar en capacidad de detectar los problemas de salud que necesiten atención de Emergencia o de Consultorio Médico, o dirigir al usuario para que reciba el Paquete Preventivo Integral en el consultorio correspondiente, si es que no tiene alguna enfermedad.

Es importante aclarar que la función principal del triaje es identificar qué servicio requiere cada usuario y no tomar las funciones vitales (peso, talla, temperatura, frecuencia cardíaca, etc.), las que son parte inherente de la evaluación que debe realizar el profesional de salud responsable de la atención de los pacientes en los consultorios. Así, la medición de funciones vitales en la Unidad de Admisión debe estar circunscrita únicamente a aquellas que van a definir el servicio donde va a ser atendido (por ejemplo medir la temperatura en pacientes que refieren fiebre).

o tomar la frecuencia respiratoria en aquellos que refieren dificultad respiratoria), y debe ser aplicada a cada caso particular, no siendo una función de rutina del triaje.

2.1 PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN:

En el siguiente cuadro, se muestra los procedimientos fundamentales que debe realizar el personal de la Unidad de Admisión durante la atención de usuarios. También son mostrados en el Gráfico N° 2.1_a manera de una secuencia de procedimientos de tipo flujograma.

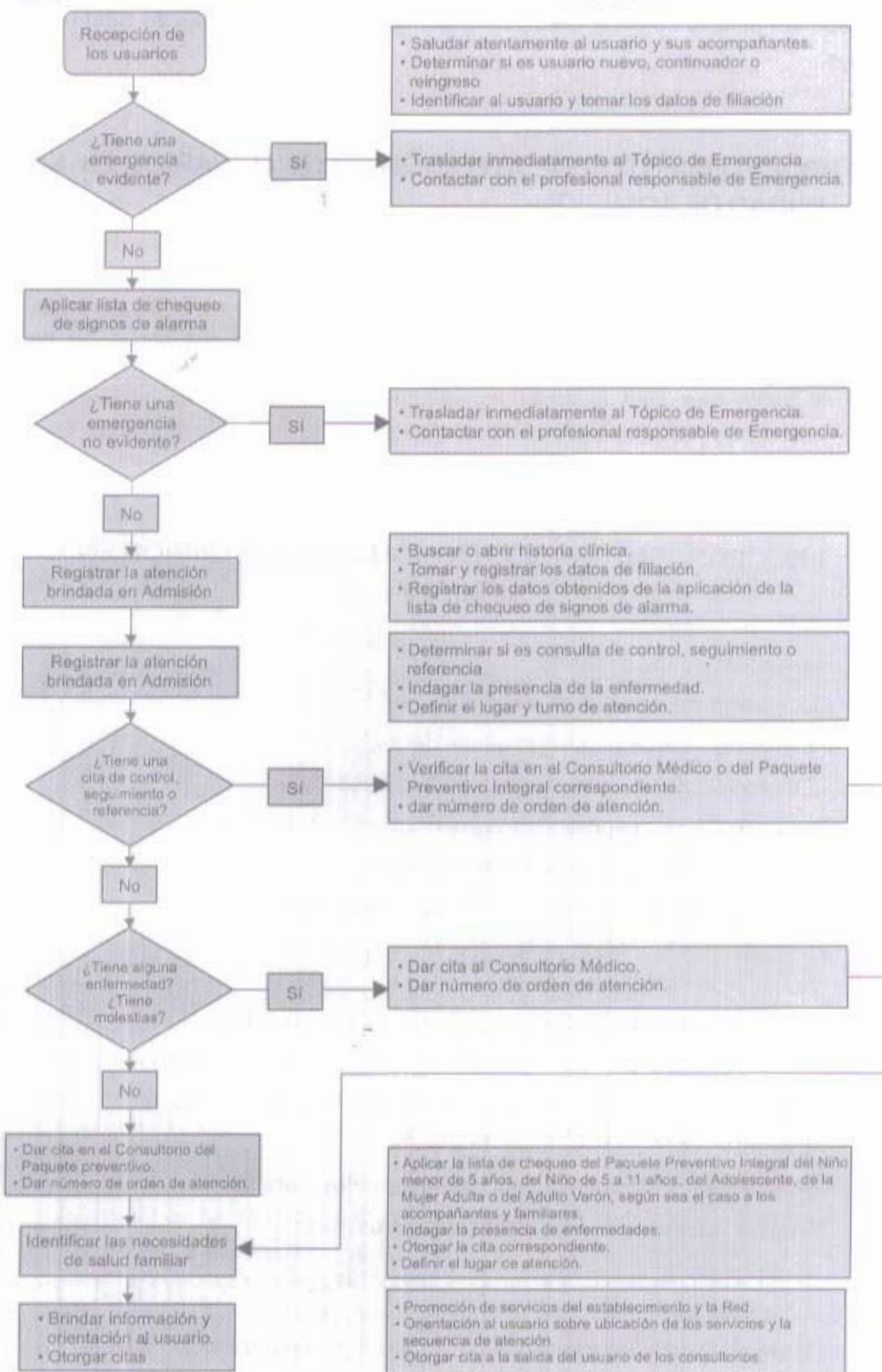
PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN ADMISIÓN:

- Recepción de los usuarios
- **Detección de una emergencia:**
 - Detección de una emergencia evidente
 - Detección de una emergencia no evidente
- **Registro de la atención de admisión**
 - Búsqueda o apertura de historia clínica
 - Toma y registro de datos de filiación de la historia clínica
 - Registro de los datos obtenidos de la aplicación de la lista de chequeo de signos de alarma.
- **Selección del Consultorio donde debe ser atendido el usuario**
 - Determinación de consulta para control, seguimiento o referencia
 - Indagación de la presencia o ausencia de alguna enfermedad
 - Definición del lugar y turno de atención
- **Identificación de las necesidades de salud familiar**
- **Brindar información y orientación al usuario**
 - Promoción de servicios
 - Orientación al usuario
- **Otorgamiento de citas**

Gráfico N° 2.1: Procedimientos de atención al Usuario en la Unidad de Admisión

FLUJO DE PROCEDIMIENTOS

ACCIONES



A continuación se menciona algunas sugerencias para establecer una buena relación entre el proveedor y los usuarios:

- **Escuchar con atención todo lo que el paciente o los familiares le dicen.** *Esto les demostrará que se tiene mucho interés en su caso.*
- **Usar un lenguaje sencillo que sea entendido por los usuarios.** Si ellos no comprenden las interrogantes, no podrán proporcionar la información que se necesita para evaluar y clasificar en forma correcta el tipo de atención que necesita el paciente. En el caso que ellos hablen un idioma autóctono (quechua, etc.), se tratará de contar con un intérprete.
- **Darles tiempo para responder las interrogantes.** Por ejemplo, ellos pueden necesitar tiempo para decidir si el síntoma o el signo por el que se pregunta estuvo presente.
- **Repreguntar o usar preguntas complementarias si es que ellos no están seguros de su respuesta.** Cuando se averigüe por un síntoma importante o por signos relacionados y ellos no estén seguros de su presencia, se debe hacer preguntas adicionales para ayudarlos a dar respuestas más claras y precisas.
- **Se debe asegurar la privacidad de lo tratado.** Para lo cual es necesario conservar un orden entre las personas que esperan ser atendidas en Admisión, evitando que se aglomeren cerca a la recepción. Se requiere especial cuidado con los adultos o adolescentes que buscan atención en salud reproductiva, enfermedades transmisibles, entre otras.

2.1.1 Recepción de los Usuarios:

Es el primer paso y es obligatorio en el proceso de atención. En éste se inicia la relación entre el usuario y sus familiares con el personal del establecimiento, por lo que debe ser hecho correctamente. En todo momento el personal de salud debe brindar un trato amable y cortés, así como buscar constantemente la satisfacción de los usuarios.

Saludar atentamente:

Es necesario establecer un clima agradable de confianza y simpatía entre los usuarios y el personal de salud, desde el primer contacto. Cuando éstos lleguen, se debe mostrar mucha cortesía, saludarlos atentamente y felicitarlos por haber acudido al establecimiento. A continuación se lista algunas sugerencias para establecer una buena relación entre el proveedor del servicio de salud y los usuarios:

Determinar si es paciente nuevo, continuador o reingreso:

A continuación se preguntará a los usuarios si han recibido atención anteriormente en el establecimiento (paciente continuador o reingreso).

Este paso y los siguientes se pospondrán si el paciente luce con una emergencia evidente. Se llama paciente **nuevo** a todo aquel que acude por primera vez en su vida al establecimiento. Se denomina paciente **continuator** si es que ha venido antes, por lo menos una vez durante el presente año al establecimiento. Se llama **reingreso** al que viene por primera vez en el año, pero que ya ha venido a consultar en años anteriores.

Identificación del usuario y toma de los datos de filiación:

El siguiente paso es identificar a los usuarios, preguntando los nombres y apellidos del usuario y del jefe de familia.

2.1.2 Detección de una Emergencia:

Detección de una emergencia evidente:

Es de vital importancia que un paciente considerado como grave reciba una atención de emergencia en forma inmediata si evidentemente la necesita. En este caso, no se debe esperar terminar con toda la atención de Triage y la lista de chequeo de signos de alarma; se deberá iniciar la atención de emergencia colocando al paciente en la posición adecuada, avisando inmediatamente al médico y trasladando al paciente hacia el lugar donde se atenderá la emergencia. Estas emergencias evidentes pueden ser: accidentes graves, quemaduras extensas, heridas o fracturas recientes, sangrados abundantes, dolor intenso, compromiso del estado de conciencia, convulsiones, envenenamientos, intoxicaciones severas, entre otras. Se debe calmar al paciente y sus acompañantes para que puedan colaborar con la atención que necesita, mencionándoles que se hará todo lo posible para solucionar el problema; demostrándoles constantemente esa misma actitud.

Detección de una emergencia no evidente:

La detección de emergencias evidentes debe realizarse desde el primer contacto del usuario con el establecimiento de salud (Portería, Admisión, etc.). La demora en dar la atención de emergencia correspondiente, a quien la necesite, puede significar el agravamiento del mal o la muerte del paciente. Para ello, se busca signos de alarma o gravedad, aplicando la Lista de Chequeo de los Signos de Alarma correspondiente del Niño (niños hasta los 11 años), del Adolescente o Adulto (hombres y mujeres de 12 años o más) o de la Gestante (que es una lista complementaria que se aplica a las gestantes) (Anexo N° 1). Estas listas deben estar disponibles en el ambiente de la Unidad de Admisión y ser de manejo cotidiano del personal. En la lista del niño no se ha consignado *Malaria grave complicada* ni *Dengue con lesiones hemorrágicas*, por ser enfermedades de distribución regional; éstas deben agregarse en las zonas endémicas de estas enfermedades. No se aplicará las listas de chequeo a los pacientes que lucen con una emergencia

evidente, ya que deberán ser atendidos de urgencia en el Tópico de Emergencia.

Estas listas de chequeo se basan en una serie de preguntas a realizar a los pacientes o sus acompañantes y a la búsqueda de algunos signos mediante la observación del paciente. Las preguntas propuestas deberán ser adaptadas a las necesidades regionales de lenguaje y si fuese necesario a los modismos populares para asegurar el buen entendimiento de los usuarios. Se debe hacer las preguntas en forma ordenada, comenzando con averiguar el motivo de consulta y realizando las preguntas correspondientes a éste, para luego proceder ordenadamente por cada signo de alarma, para asegurarse de no omitir alguna pregunta que pueda proporcionar información importante. Para realizar las preguntas primero se procede con las preguntas en negrilla; si la respuesta fuese positiva, se deberá completar las preguntas y las observaciones de ese signo, con detenimiento ya que se podría estar frente a un problema que requiera un tratamiento de emergencia.

**Si el paciente presenta Signos de Alarma,
Determinar la inmediata atención de Emergencia**

2.1.3 Registro de la Atención de Admisión:

Búsqueda o apertura de la historia clínica:

A los **pacientes continuadores** o de reingreso se les solicitará su carné de atención, para identificar su número de historia clínica. Si el paciente lo tiene, se buscará la historia clínica en el archivo. En caso de que el paciente no lo traiga consigo, se procederá a buscar en el Listado de Identificación de Usuarios o en el Kárdex de Identificación el nombre del jefe de familia, ubicando así el número de historia clínica, para posteriormente sacarla del archivo. Posteriormente se debe ordenar las hojas y formatos necesarios para la atención (ver Capítulo III), ya que ello es una condición básica para dar una atención de calidad para el usuario.

A los **pacientes nuevos** se les abrirá una historia clínica individual y una carpeta del hogar si corresponde. Es conveniente solicitar a los usuarios nuevos un documento de identificación personal (partida de nacimiento, boleta de inscripción militar, libreta electoral, carné de identidad, etc.) para verificar su identidad y llenar correctamente los datos de la historia clínica. En caso que dicho paciente no cuente con dichos documentos igualmente deberá ser atendido, pero se le indicará que traiga sus documentos personales para la próxima cita. También es importante revisar el Kárdex de Identificación y el Listado de Identificación de Usuarios, para verificar si

realmente es un paciente nuevo, evitando abrir innecesariamente otra historia clínica. Luego de llenar la historia clínica de los pacientes nuevos, se procederá a abrir la Tarjeta Índice, que debe consignarse en un kárdex clasificado por orden alfabético, si es que la familia aún no la tiene. Se entregará al usuario la tarjeta índice para que verifique si está correctamente inscrito. En los casos de que el usuario sea analfabeto, el personal de admisión le leerá los datos para su verificación.

Si hubo algún **paciente con una emergencia evidente** que fue trasladado de urgencia al Tópico de Emergencia, una vez que esté siendo atendido, se solicitará a un acompañante o al técnico del Tópico los datos de filiación, para buscar la historia clínica y ser entregada al responsable de ese servicio. En el caso de pacientes nuevos, se abrirá una historia clínica, que es llevada al servicio, donde se adjunta al formato de atención de emergencia con la información correspondiente.

Para el caso de los **pacientes que hayan estado internados**, adicionar a la historia clínica el respectivo Informe de Alta y ordenar adecuadamente las hojas de la historia clínica, antes de ser archivadas.

Es importante recalcar, que la misión principal del servicio y el interés de los usuarios es resolver los problemas o satisfacer algunas necesidades de salud de estos últimos. No es interés inmediato de los usuarios tener un número de historia clínica, una tarjeta de atención, una historia clínica, etc.; todos ellos constituyen sólo instrumentos de apoyo para la atención y no deben reemplazar la misión principal del servicio de salud.

Toma y registro de los datos de filiación de la historia clínica:

En los pacientes nuevos se abrirá una historia clínica y se llenará todos los datos de filiación de la Hoja de Identificación de Usuarios y los correspondientes a la sección Datos Generales, con letra clara, legible y con lapicero.

Registro de los datos obtenidos de la aplicación de la lista de chequeo de signos de alarma:

Registrar la fecha y edad de los usuarios en la sección Triage de la Ficha de Atención del Niño, del Escolar, de la Mujer o del Adulto, de la atención correspondiente a ese día. Así mismo, consignar los datos obtenidos de la aplicación de la lista de chequeo de signos de alarma de la misma sección.

2.1.4 Selección del Consultorio donde debe ser Atendido el Usuario:

La determinación acertada sobre el destino del usuario asegura una atención eficiente y de calidad. Si el usuario no tiene signos de alarma o de gravedad, se debe determinar a qué consultorio le corresponde acudir, para lo cual se seguirá los siguientes pasos:

Determinar si es consulta para control, seguimiento o referencia:

Si el usuario acude para su cita de control o seguimiento y no presenta molestias adicionales, debe pasar al consultorio donde esté citado, sea el Médico, el de Salud del Niño o el de Salud de la Mujer, sin esperar terminar todo el proceso de triaje pues el usuario ya lo pasó en la primera consulta, y ya tiene historia clínica y carné, descongestionándose así el ambiente donde se brinda la atención de triaje.

Si el usuario viene con una nota de referencia o contrarreferencia de otro establecimiento de salud, igualmente debe pasar al consultorio donde esté citado. En cambio, si viene con una nota de referencia de un promotor o una partera de la comunidad, debe aplicarse el triaje. En caso que el paciente venga con una nota de referencia para Emergencia, debe pasar inmediatamente al Tópico. Si el usuario viene transferido a los servicios de Laboratorio o Rayos X, debe pasar inmediatamente al lugar correspondiente para ser atendido.

Se llama **consulta de control**, cuando el usuario no presenta enfermedad o patología y ya ha tenido evaluaciones previas por el mismo motivo; por ejemplo: la consulta de control del niño, control de gestantes, etc. La **consulta de seguimiento** es cuando el paciente ya ha sido visto antes por la misma enfermedad; por ejemplo: la segunda consulta por un cuadro de neumonía aguda, infección urinaria, etc. La **consulta de referencia** es cuando el paciente ha sido evaluado en un establecimiento de menor complejidad y ha sido enviado para una consulta más especializada. La **consulta de contrarreferencia** es cuando el paciente ha sido evaluado en un establecimiento de mayor complejidad y ha sido enviado para su control o seguimiento.

Indagación de presencia o ausencia de alguna enfermedad:

Para determinar las necesidades de atención del usuario, se debe averiguar si tiene signos o síntomas de alguna enfermedad, o si por el contrario se encuentra aparentemente sano y sin percibir síntomas. Para ello, se realiza las siguientes preguntas: ¿tiene alguna enfermedad?, ¿tiene molestias? o alguna adaptación coloquial local de éstas.

Definición del lugar y turno de atención:

Si el usuario tiene algún signo o síntoma de enfermedad, se le deberá enviar al Consultorio Médico. Si se encuentra "asintomático", se hará lo propio con el Consultorio donde se brinde el Paquete Preventivo Integral del Niño, de la Mujer o del Adulto, según corresponda y dependiendo de cada establecimiento. Luego de definir el lugar atención, se buscará los turnos de atención disponibles en el consultorio correspondiente y se procederá a

asignarle un número de orden de atención, indicándole al usuario la hora probable en que ésta se realizará.

El técnico de admisión entregará al usuario una guía donde se indique el servicio y la hora donde se le va a atender; posteriormente consignará todos estos datos, colocando el número de historia clínica en el espacio respectivo del Formato de Seguimiento de Historias Clínicas - Admisión, para posteriormente pasar dicho documento al consultorio respectivo en el momento más apropiado.

2.1.5 Identificación de las necesidades de salud familiar:

El establecimiento de salud debe promover las atenciones del Paquete Preventivo Integral para toda la población de su responsabilidad, en especial con los grupos más pobres y vulnerables, aumentando así su cobertura en la población. Para ello, se debe identificar las atenciones del Paquete Preventivo Integral que requieran todos los acompañantes y familiares de los pacientes residentes, para lo cual se verificará la lista de chequeo respectiva del niño menor de 5 años, del niño de 5 a 11 años, del adolescente (de 12 a 18 años), de la mujer adulta y del adulto varón (Anexo N° 2). Primero se procederá a aplicar la lista con los acompañantes, para luego hacerlo con el resto de la familia. En el caso de faltar alguna atención, se les deberá enviar para su atención al Consultorio donde se brinde el Paquete Preventivo Integral que le corresponda; en caso de tener alguna enfermedad se le enviará al Consultorio Médico. Se promoverá que los acompañantes se atiendan ese mismo día; en caso contrario se les dará una cita, poniéndose de acuerdo con ellos y entregándoseles una constancia de la cita. Para el caso de los acompañantes de pacientes con enfermedad grave que han acudido a Emergencia, casi siempre se requiere postergar la atención para otro día, ya que los familiares estarán más preocupados por resolver el problema del paciente. Igualmente se promoverá la atención del resto de la familia, otorgándoles la cita correspondiente.

Ocasionalmente, se puede detectar que algún acompañante tenga alguna emergencia, si esto fuera así, deberán ser enviados a la Emergencia para recibir atención inmediata.

2.1.6 Información y orientación al usuario:

Promoción de servicios y atenciones básicas a la familia:

El técnico de la Unidad de Admisión debe promover la atención integral y todos los servicios del Paquete Preventivo Integral. Para ello, el trabajador de salud informará sobre los diversos servicios y horarios de atención que brinda el establecimiento de salud o de los servicios de referencia en otros establecimientos de la red de servicios; asimismo, indagará sobre las

necesidades, expectativas y opiniones de los usuarios, para luego brindar una adecuada orientación al usuario y su familia.

El técnico de admisión explicará al usuario el nuevo sistema de registro, para que él a su vez informe a todos los miembros integrantes de su familia sobre el número que tiene el nuevo documento (Carpeta del Hogar). Se debe hacer énfasis en la facilidad de su manejo y en las ventajas para la atención integral de todos los miembros de su familia, con la sola presencia de uno de sus integrantes en el establecimiento de salud.

Orientación al usuario:

Es importante brindar a los usuarios la información referida a la ubicación física de los servicios de salud y los servicios higiénicos, así como la hora probable de su atención, indicándole la necesidad de que esté pendiente del llamado desde 15 minutos antes.

Así mismo, le informará sobre la secuencia del flujo que le corresponda a cada uno, indicándole que luego de pasar por la Unidad de Admisión, deberá pasar por la Unidad de Caja, señalándole su ubicación. El usuario con el documento emitido en la Unidad de Admisión procede a la cancelación en Caja, donde el cajero emite una boleta de venta como documento que acredita que ha cancelado o que deja constancia de su exoneración. Con dicho documento el paciente pasa a la sala de espera hasta ser llamado para su atención.

2.1.7 Otorgamiento de citas:

Un sistema de citas constituye un proceso importante en el funcionamiento de un establecimiento, siendo necesario para brindar una atención personalizada al usuario, un mejor seguimiento, disminuir el tiempo de espera, la distribución equitativa de las atenciones por cada profesional de salud y mejorar el rendimiento y la eficiencia de cada servicio. La programación de citas de pacientes se traduce en una mejor atención a los usuarios. El sistema de citas es más necesario cuanto mayor sea la demanda de atención en un establecimiento.

El responsable de dicha actividad es el técnico de la Unidad de Admisión y debe centralizar los requerimientos de citas de los diversos consultorios y servicios de apoyo, mediante un procedimiento único para que se establezca una relación adecuada entre los diferentes servicios, y así lograr implementar un sistema de citas dentro de un enfoque de eficiencia y eficacia de los servicios.

Las citas se otorgan a:

- Acompañantes de usuarios que no dispongan de tiempo ese día.

- El resto de familiares de los usuarios.
- Los usuarios que hayan sido atendidos en los consultorios ese día y que hayan sido citados para seguimiento o control por el profesional que los atendió.
- Aquellos usuarios que no alcanzaron turno ese día en el consultorio que les correspondía.
- Los usuarios que sacaron cita por teléfono, en aquellos establecimientos que cuenten con una línea telefónica y en los cuales se ha establecido este procedimiento, cuando el sistema funciona bien.

Para los usuarios atendidos ese día, el profesional de salud del consultorio deberá anotar en su registro de Estadística Diaria, la fecha y hora de la cita, de acuerdo a la urgencia del paciente. No es conveniente otorgar citas para consultas de control periódico ni de pacientes con enfermedades leves que vivan en comunidades muy alejadas.

OBJETIVO DE LAS CITAS

- Atención personalizada
- Mejor seguimiento de los usuarios
- Disminuir el tiempo en la línea de espera para el usuario
- Distribución equitativa de las atenciones por cada profesional de salud
- Búsqueda del rendimiento y la eficiencia por cada servicio

Los pasos a seguir para el buen funcionamiento del sistema son los siguientes.

- El jefe del establecimiento tiene la función de determinar el tiempo estándar por consulta y por tipo de paciente (nuevo, continuador), de acuerdo a las normas específicas; y dar la información a la Unidad de Admisión, para que ésta pueda programar las citas por turno en base a estos tiempos. El número de citas programadas debe estar en función de la demanda de atención y la oferta disponible por cada consultorio.
- Se llevará el Formato de Registro de Citas por cada turno, donde se colocará el nombre del usuario, el número de historia clínica, el tipo de paciente (nuevo o continuador), la hora de la cita en el servicio correspondiente.
- Para otorgar las citas, el profesional de salud deberá entregar a los usuarios el carné de atención (ver Anexo N° 3) con la fecha sugerida y el servicio donde debe ser atendido (escritos con lápiz) y si es necesario una hoja de indicaciones médicas con el nombre del usuario, el rango de días

permitido para la próxima cita (en función del estado de gravedad del usuario) y si requiere visita domiciliaria en caso de no acudir, además se debe anotar el nombre y la firma del profesional.

- El usuario se aproximará a la Unidad de Admisión para solicitar la cita. El técnico de admisión, en base al número de pacientes inscritos por día y teniendo en cuenta la urgencia del caso, estaría dando la cita en el rango de tiempo establecido por el profesional, registrando la misma en el *Formato de Registro de Citas Admisión* (ver Anexo N° 4).
- Una vez verificada la cita, se anotará con lapicero en el carné de atención del usuario o en una hoja de indicaciones: la fecha, hora, servicio o consultorio y profesional donde será atendido.
- Luego el técnico deberá instruir al usuario para que acuda al establecimiento el día de su cita 30 minutos antes de la hora fijada y que deberá informar en la Unidad de Admisión que tiene una cita en el servicio respectivo.
- El responsable de admisión en coordinación con los responsables de sector, mantendrá un adecuado seguimiento de casos que no asisten a sus citas.

2.2 PROCEDIMIENTOS EN LA LISTA DE CHEQUEO DE SIGNOS DE ALARMA:

2.2.1 Procedimientos a usar en la Lista de Chequeo del Niño:

Procedimiento para medir la temperatura:

¿Cómo se mide la temperatura del niño?	
Temperatura axilar	Temperatura rectal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar el termómetro por el lado opuesto de la bombilla y sacudirlo hasta que la línea de mercurio marque 35°C. 2. Colocar el termómetro en contacto con la piel y no con la ropa. 3. Esperar cinco minutos, contar el tiempo con el reloj. 4. Leer y anotar la temperatura. 5. Limpiar el termómetro con alcohol o agua jabonosa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar el termómetro por el lado opuesto de la bombilla y sacudirlo hasta que la línea de mercurio marque 35°C. 2. Solicitar a la madre que retire los pañales o la ropa interior. 3. Colocar al niño boca abajo sobre la falda de la madre o en la camilla. 4. Separar las nalgas con el dedo índice y pulgar. 5. Introducir toda la parte más ancha del termómetro impregnado previamente con lubricante. 6. Indicar a la madre que presione juntando las nalgas y sujetando el termómetro para evitar que éste se mueva. 7. Esperar tres minutos antes de leer y anotar la temperatura. 8. Limpiar el termómetro con algodón seco sin frotar.
Se considera fiebre si la temperatura es mayor de 37°C axilar o mayor de 38°C rectal	

Procedimiento para evaluar el signo del pliegue:

¿Cómo evaluar el signo del pliegue?

1. Solicitar a la madre que recueste al niño en sus piernas.
2. Descubrir el abdomen después de verificar que los brazos y las piernas se encuentren estirados.
3. Localizar la zona del abdomen, entre el ombligo y cualquiera de los lados.
4. Usar los dedos pulgar e índice para pellizcar la piel, asegurándose de coger todas las capas y el tejido subcutáneo.
5. Pellizcar la piel del abdomen de manera que el pliegue esté en línea con el largo del cuerpo y no a través.
6. Pellizcar la piel durante un segundo y luego soltarla.
7. Observar y verificar el tiempo que toma la piel para retornar a la normalidad.

Se considera signo de pliegue positivo si la piel demora más de dos segundos en volver a su lugar.

El signo del pliegue no debe ser utilizado para el caso de los niños con desnutrición severa: en el marasmo (niño demasiado flaco) o en el Kwashiorkor con edema.

Procedimiento para medir la frecuencia respiratoria:

¿Cómo se mide la frecuencia respiratoria en el niño?

1. Solicitar a la madre que exponga el tórax del niño, evitando que se agite.
2. Observar la parte inferior del tórax o abdomen.
3. Si no es posible observarlos claramente, solicitar a la madre que saque la camisa del niño.
4. Si el niño llora, pedirle a la madre que lo calme antes de que usted mida la frecuencia respiratoria.
5. Contar el número de respiraciones durante un minuto, con un reloj.

Procedimiento para examinar el tiraje subcostal:

¿Cómo se examina el tiraje subcostal en el niño?

1. Examinar simultáneamente con la medición de la frecuencia respiratoria.
2. Observar la parte inferior del tórax (últimas costillas) durante la inspiración, es decir cuando el niño "toma aire".
3. Lo normal es que todo el tórax y el abdomen se expandan y se eleven cuando el niño toma aire.

El tiraje subcostal es la retracción de la parte inferior del tórax cuando el niño toma aire.

4. Para considerar que el niño presenta tiraje, esta retracción debe ser constante y claramente visible.
5. La retracción entre las costillas no se considera tiraje subcostal.

2.2.2 Procedimientos a usar en la Lista de Chequeo de la mujer y del Adulto (Varón)

Procedimiento para medir la temperatura:

¿Cómo se mide la temperatura del niño?	
Temperatura axilar	Temperatura oral
<ol style="list-style-type: none">1. Tomar el termómetro por el lado opuesto de la bombilla y sacudirlo hasta que la línea de mercurio marque 35°C.2. Colocar el termómetro en contacto con la piel y no con la ropa.3. Esperar cinco minutos, contar el tiempo con el reloj.4. Leer y anotar la temperatura.5. Limpiar el termómetro con alcohol o agua jabonosa.	<ol style="list-style-type: none">1. Tomar el termómetro por el lado opuesto de la bombilla y sacudirlo hasta que la línea de mercurio marque 35°C.2. Solicitar al paciente que abra la boca y levante la lengua.3. Introducir toda la parte del termómetro con el mercurio debajo de la lengua del paciente, indicándole luego que la baje y que cierre la boca.4. Esperar tres minutos antes de leer y anotar la temperatura.5. Limpiar el termómetro con algodón seco sin frotar.6. Desinfectar el termómetro.
Se considera fiebre si la temperatura es mayor de 37°C axilar o mayor de 37.5°C oral	

Procedimiento para medir la frecuencia respiratoria en el adulto varón o mujer:

Contar el número de respiraciones que tiene el usuario en 60 segundos, obteniendo así el número de respiraciones por minuto, y observar la regularidad del patrón respiratorio. Una respiración comprende al movimiento de inspiración y al de espiración juntos. La frecuencia respiratoria normal oscila entre 16 y 20 respiraciones por minuto, la frecuencia respiratoria por debajo de 16 por minuto tiene como nombre bradipnea, y a la que está por encima de 20 por minuto se le llama taquipnea. Si el resultado es anormal, se debe tranquilizar al paciente y repetir el procedimiento.

Procedimiento para medir la presión arterial:

Colocar al paciente en una posición cómoda, aplicar el brazalete del tensiómetro alrededor del antebrazo, quedando su borde inferior a 2 cm (o a dos traveses de dedo) por encima de la flexura del codo; buscar por palpación el latido arterial en el lado interno de la flexura del codo, donde se va a aplicar el estetoscopio, sin aprisionarlo con el brazalete. Inflar el brazalete hasta que el manómetro o la columna de mercurio marquen 200 mm Hg y luego abrir lentamente la válvula, haciendo descender suavemente la presión en el brazalete. Anotar la presión a la que se comienzan a escuchar los latidos (presión arterial sistólica o máxima) y anotar la presión a la que se dejan de escuchar o atenúan los latidos (presión arterial diastólica o mínima). El valor normal de la presión sistólica es entre 90 y 140 mm Hg y el de la presión

diastólica es entre 60 y 90 mm Hg. Cuando los valores de la presión arterial están por encima de lo normal se llama hipertensión y cuando están por debajo de lo normal, hipotensión. Si el resultado es anormal, tranquilizar al paciente y repetir el procedimiento.

Procedimiento para medir el pulso en el adulto varón o mujer:

Tomar la muñeca de uno de los brazos del paciente, buscar el latido de la arteria radial con los dedos índice, medio y anular de la mano más hábil que se tenga; una vez ubicada, contar el número de pulsaciones que se detecten en un periodo de tiempo de 60 segundos, la cifra así encontrada es el número de latidos o pulsaciones por minuto. El valor normal oscila entre 60 y 100 por minuto. La frecuencia por debajo de 60 por minuto se llama bradicardia y la que está por encima de 100 por minuto se llama taquicardia. Si el resultado es anormal, tranquilizar al paciente y repetir el procedimiento.

2.3 BIBLIOGRAFÍA:

- GUBLER D: Vigilancia activa del dengue y de la fiebre hemorrágica del dengue. Boletín de la Oficina Panamericana 107 (1), 1989.
- MINSA / Atención Mujer - Niño: Programa Salud Básica para todos. Documento de Trabajo. Febrero, 1996.
- MINSA / Salud Básica para Todos: Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú. Lima, Diciembre de 1995.
- MINSA / Sub-Programa de Control de Enfermedades Diarreicas y el Cólera: Manual de Normas Técnicas para el Manejo, Prevención y Control de la Enfermedad Diarreica Aguda y el Cólera. Lima, Perú, 1996.
- VALLADARES G: Fiebre: ¿Qué es? ¿Debe tratarse? ¿Cómo tratarse? Guía de Servicios Médicos. Proyecto de Revitalización de los Servicios Periféricos de Salud con Participación Comunitaria. UNICEF-MINSA, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION and UNICEF, Management of Childhood Illness: Management of the sick young infant age 1 week up to 2 months, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION and UNICEF: Management of Childhood Illness: Assess and Classify the Sick Child Age 2 Months Up to 5 Years. 1995.8)
- MINSA / Dirección General de Salud de las Personas: Atención Integral en Establecimientos del Primer Nivel. Lima, octubre de 1994. Documento de Trabajo.

ANEXOS:

- **Anexo 1:** Listas de chequeo de signos de Alarma
- **Anexo 2:** Listas de chequeo para identificar necesidades de salud familiar
- **Anexo 3:** Carné de atención - Tarjeta de citas del usuario
- **Anexo 4:** Formato de registro de citas - Admisión

ANEXO 1

Listas de Chequeo de Signos de Alarma

Listas de Chequeo de Signos de Alarma del Niño menor de 12 años en Admisión:

Averiguar el motivo de la consulta:

SIGNOS DE ALARMA	PREGUNTAS A LA MADRE	OBSERVACIÓN, VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DADA POR LA MADRE Y MANEJO INMEDIATO
1. Fiebre	¿Tiene Fiebre? En el recién nacido: ¿Tiene enfriamiento?	Tomar la temperatura axilar o rectal. • Si la temperatura es mayor a 38°C axilar ó 37°C rectal y si luce en mal estado general, o si la temperatura es mayor a 39°C axilar ó 40°C rectal, derivarlo a Emergencia. • Si el niño menor de dos meses tiene temperatura menor de 35.5°C axilar ó 36 °C rectal, también se considera un signo de alarma.
2. Vómitos persistentes	¿Tiene vómitos persistentes ó por más de 24 horas? ¿El niño es capaz de lactar o beber líquidos? ¿Está vomitando todo lo que coma o come?	Si no es capaz de lactar o beber o vomita todo lo que toma, referirlo al Tópico de Emergencia . Si el niño no presenta vómitos de forma inmediata, enviarlo al Consultorio Médico .
3. Convulsiones	¿Presentó convulsiones? (Ataques o espasmos)	Observar si el niño presenta convulsiones o averiguar si convulsionó ese día. Asegurarse que la madre entienda el significado de convulsión, ataque o espasmo. Si el niño presenta o ha presentado convulsiones ese día, debe ser derivado a Emergencia .
4. Inconsciencia o letargia	¿Presenta mucho sueño? ¿Continúa durmiendo cuando usted intenta despertarlo? En el menor de dos meses: ¿Tiene llanto débil?	Evaluar si el niño está letárgico (luce con sueño) o inconsciente, verificar si el niño no se despierta al llamado de la madre ni a los aplausos o movimientos que usted pueda realizar para despertarlo. Para el caso del niño menor de dos meses: considerar que está letárgico o inconsciente si está flácido, relajado, no lacta normalmente y presenta llanto débil. Si el niño se encuentra letárgico o inconsciente, llevarlo al Tópico de emergencia . Si el niño despierta al estímulo y no hay evidencia de otro signo de alarma derivarlo al Consultorio Médico .
5. Deshidratación	¿Tiene diarrea?	Observar y verificar: (*) Signo de alarma clave • Letargia o inconsciencia (*) • Sed o irritabilidad • Ojos hundidos • No es capaz de beber (*) • Signo de pliegue marcado (piel demora en regresar mas de dos segundos *) • Boca y lenguas muy secas • Lágrimas ausentes. Si el niño presenta alguno de los signos anteriores, entonces se debe derivarlo inmediatamente a Emergencia . Si el niño sólo presenta diarrea sin deshidratación, enviarlo al Consultorio Médico para la evaluación y tratamiento.
6. Tos con dificultad respiratoria	¿Tiene Tos? ¿Luce agitado? ¿Tiene frecuencia respiratoria aumentada? ¿Tiene tiraje subcostal persistente (se hunde la parte inferior del tórax por debajo de las últimas costillas)?	Evaluar la frecuencia respiratoria por minuto: • Si el niño es menor de 2 meses: ¿tiene FR mayor o igual a 60 x minuto? • Si el niño tiene de 2 - 11 meses: ¿tiene FR mayor o igual a 50 x minuto? • Si el niño es de 1 - 4 años: ¿tiene FR mayor o igual a 40 x minuto? Evaluar si hay tiraje subcostal. Ante la presencia de por lo menos uno de estos Signos de Alarma el niño debe ser derivado a Emergencia . Si el niño sólo tiene tos sin ningún signo de dificultad respiratoria, enviarlo al Consultorio Médico .

Averiguar el motivo de la consulta:

SIGNOS DE ALARMA	PREGUNTAS A LA MADRE	OBSERVACIÓN, VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DADA POR LA MADRE Y MANEJO INMEDIATO
7. Lesiones recientes de traumatismos graves, quemaduras o mordeduras	<p>¿Ha sufrido un accidente?</p> <p>¿Hay compromiso del estado de conciencia?</p> <p>¿Presentó vómitos o convulsiones?</p> <p>¿Tiene fractura o luxación?</p> <p>¿Tiene alguna herida sangrante?</p> <p>¿Sufrió quemadura?</p> <p>¿Sufrió mordedura de perro?</p>	<p>Observar y verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Luce con sueño o es difícil de despertar? • ¿Vomitó o convulsionó después del trauma? • Observar si tiene deformación (luxación o fractura) • Observar si tiene alguna herida importante que esté sangrando • ¿Tiene quemadura? • ¿Le mordió el perro hoy día? <p>Derivar al niño al Tópico de Emergencia para que reciba atención inmediata ante la confirmación de cualquiera de las observaciones.</p>
8. Envenenamiento	<p>¿Tomó algún veneno?</p> <p>¿Se sabe qué veneno tomó?</p> <p>¿Hace cuantas horas lo tomó?</p> <p>¿Presentó vómitos después?</p> <p>¿Existe compromiso del estado general?</p>	<p>Si el niño sufrió un envenenamiento accidental, constituye una urgencia y debe ser evaluado inmediatamente en Emergencia por un profesional médico.</p>
9. Dolor abdominal agudo	<p>¿Tiene dolor abdominal intenso?</p> <p>¿Cuál es la intensidad del dolor?</p> <p>¿Cuanto tiempo tiene con el dolor abdominal?</p> <p>¿El dolor se asoció a vómitos y fiebre?</p>	<p>Averiguar sobre la intensidad del dolor. Observar si el niño mayor tiene encorvamiento al caminar por el dolor abdominal de intensidad creciente asociado a vómitos y fiebre, puede tratarse de un cuadro de Abdomen agudo (apendicitis) o neumonía basal, y debe ser atendido en Emergencia por un médico.</p> <p>Si se trata de un dolor abdominal leve, sin otros síntomas asociados, entonces el niño debe ser referido a Consultorio Médico.</p>
EN ZONAS ENDÉMICAS DE MALARIA O DENGUE		
10. Malaria grave complicada	<p>¿Tiene fiebre y procede de zona con riesgo de malaria?</p> <p>¿Tiene anemia severa?</p> <p>¿Tiene alteración del nivel de conciencia?</p>	<p>Preguntar si la fiebre se presenta todos los días y se asocia con malestar general, escalofríos y dolor de cabeza.</p> <p>Evaluar el riesgo de malaria</p> <p>Observar si existe palidez marcada de la piel y mucosas (labios, conjuntivas, lechos ungueales).</p> <p>Evaluar el estado de conciencia</p> <p>Si el niño tiene fiebre, anemia severa, alteración del nivel de conciencia y procede de zona con riesgo de malaria, entonces se trata de malaria grave complicada, derivarlo a Emergencia para que sea evaluado y se decida su Internamiento.</p> <p>Si el niño tiene sólo fiebre y riesgo de malaria, derivarlo al Consultorio Médico para que inicie su tratamiento.</p>
11. Dengue con lesiones hemorrágicas	<p>¿Tiene fiebre con lesiones hemorrágicas?</p> <p>¿Tiene erupciones o manchas en la piel?</p> <p>¿Le sangran las encías?</p> <p>¿Sangró por la nariz?</p> <p>¿Tuvo vómito de sangre?</p> <p>¿Hizo deposiciones con sangre?</p>	<p>Si el niño tiene temperatura mayor de 38.5°C y alguna de estas formas de sangrado espontáneo (verificar):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntos rojos en la piel, equimosis o hematomas (moretones sin antecedente de traumatismo previo) • Sangrado de encías • Sangrado por la nariz • Vómito de sangre fresca • Deposiciones con sangre <p>Se debe sospechar la posibilidad de dengue con lesiones hemorrágicas y dependiendo del grado de compromiso del estado general se derivará el caso a Emergencia o a Consultorio Médico.</p>

Listas de Chequeo de Signos de Alarma del Adolescente o Adulto (Varón y Mujer) en Admisión:

Averiguar el motivo de la consulta:

SIGNOS DE ALARMA	PREGUNTAS AL (A LA) PACIENTE	OBSERVACIÓN, VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DADA POR EL PACIENTE Y MANEJO INMEDIATO
1. Dificultad respiratoria o dolor en el pecho	<p>¿Tiene sensación de falta de aire o de ahogo?</p> <p>¿Tiene dolor en el pecho?</p> <p>¿Tiene respiración agitada?</p> <p>¿Le "silba el pecho"?</p>	<p>Tomar la frecuencia respiratoria y el pulso.</p> <p>Observar: sibilancias o estridor o cianosis.</p> <p>Debe recibir inmediata atención en Emergencia: sentar al (a la) paciente, desajustar la ropa; el traslado del paciente debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sentado(a) si hay dificultad respiratoria. • echado(a) si hay dolor intenso en el pecho y no tiene dificultad respiratoria. <p>Debe ir al Consultorio Médico si es que no presenta alteraciones en la observación ni en las funciones vitales.</p>
2. Presión arterial baja	<p>¿Tiene sensación de desvanecimiento, decaimiento marcado?</p> <p>¿Se ha desmayado? ¿Está Desorientado(a)?</p>	<p>Tomar la presión arterial y el pulso.</p> <p>Observar si el (la) paciente está pálido(a), sudoroso(a).</p> <p>Debe recibir inmediata atención en Emergencia si está pálido(a), sudoroso(a). Acostar al (a la) paciente con las piernas en alto, el transporte debe ser echado.</p> <p>Los (las) demás pacientes deben pasar a Consultorio Médico.</p>
3. Hemoptisis, sangrado rectal o nasal, o vómitos de sangre	<p>¿Tiene algún tipo de sangrado?</p> <p>¿Sangró por la nariz?</p> <p>¿Hizo deposiciones con sangre o deposiciones muy negras?</p> <p>¿Tuvo sangrado con la tos?</p> <p>¿Tuvo vómito de sangre?</p> <p>¿Ha sangrado más de una taza?</p>	<p>Debe recibir inmediatamente atención en Emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si está pálido(a), sudoroso(a) o con presión baja. • Si el sangrado es abundante. <p>Si no tiene ninguna de estas condiciones, derivarlo(la) al Consultorio Médico.</p>
4. Vómitos persistentes	<p>¿Tiene vómitos persistentes o por más de 24 horas?</p> <p>¿Es capaz de beber líquidos?</p> <p>¿Está vomitando todo lo que toma o come?</p>	<p>Si no es capaz de beber o vomita todo lo que come, referirlo al Tópico de Emergencia.</p> <p>Si el paciente no presenta vómitos en forma inmediata, enviarlo al Consultorio Médico.</p>
5. Deshidratación	<p>¿Tiene diarrea abundante o vómitos intensos?</p> <p>¿Hace más de ocho horas que no orina? ¿Desea hacerlo ahora?</p> <p>¿Tiene ahora mucha sed?</p>	<p>Tomar la presión arterial y el pulso.</p> <p>Debe recibir inmediata atención en Emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si no orina hace más de 8 horas y no desea hacerlo ahora. • Si la mucosa oral está seca, los ojos hundidos y con pérdida de brillo, sed o decaimiento. • Si hay hipotensión arterial y pulso rápido. <p>Si no tiene ninguna de estas condiciones, derivarlo(la) al Consultorio Médico.</p>
6. Compromiso del sensorio	<p>¿Ha perdido el conocimiento?</p> <p>¿Se ha desmayado? ¿Está Desorientado(a)?</p>	<p>Observar el estado de conciencia del (de la) paciente.</p> <p>Debe recibir inmediatamente atención en Emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si hay historia de pérdida de conciencia. • Si presenta alteración de la conciencia.
7. Alteraciones del comportamiento	<p>¿Hay comportamiento anormal?</p>	<p>Observar el comportamiento del (de la) paciente.</p> <p>Debe recibir inmediatamente atención en Emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si hay alteración de la marcha o del lenguaje. • Si existe conducta agresiva o excitación. • Si presenta desorientación.
8. Lesiones recientes de traumatismos graves, heridas, quemaduras o mordeduras	<p>¿Ha tenido algún accidente, herida, fractura, quemadura o mordedura?</p> <p>¿Se ha caído, se ha golpeado?</p> <p>¿Ha convulsionado?</p> <p>¿Hay somnolencia?</p> <p>¿Le han puesto torniquetes?</p>	<p>Observar si la herida es muy sangrante, si la quemadura es extensa, si las lesiones son graves.</p> <p>Debe recibir inmediata atención en Emergencia, si las lesiones son extensas, recientes o graves.</p> <p>El (la) paciente podrá ir al Tópico para su curación si las lesiones no son graves, ni recientes, ni extensas.</p>

Averiguar el motivo de la consulta:

SIGNOS DE ALARMA	PREGUNTAS AL (A LA) PACIENTE	OBSERVACIÓN, VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DADA POR EL PACIENTE Y MANEJO INMEDIATO
9. Dolor abdominal agudo	¿Tiene dolor intenso en la barriga o en la zona lumbar? ¿Aumenta el dolor al toser, al saltar, al empujarse y dejarse caer sobre los talones, al respirar profundamente?	Debe recibir inmediatamente atención en Emergencia en caso de haber dolor intenso.
10. Intoxicación o envenenamiento	¿Consulta por intoxicación o envenenamiento? ¿Que ha tomado? ¿Hace cuánto tiempo? ¿Vomitó, tomó algún antídoto?	Observar el estado de consciencia del (de la) paciente. Debe recibir inmediata atención en Emergencia , si hay antecedente reciente de intoxicación.
APLICAR A LOS VARONES		
11. Fiebre	¿Tiene fiebre? ¿Tiene escalofríos? ¿Ha tomado algo para bajar la temperatura?	Tomar la Temperatura. El paciente debe recibir inmediata atención de Emergencia si la temperatura es mayor a 38.5°C oral o 38°C axilar, de lo contrario debe ir al Consultorio Médico .
12. Cefalea, escotomas o presión arterial alta	¿Tiene dolor de cabeza intenso? ¿Ve lucecitas o estrellitas, ve borroso? ¿Tiene zumbido de oídos?	Tomar la presión arterial. Debe recibir inmediatamente atención en Emergencia : • Si la presión sistólica es mayor que 160 mm Hg o la diastólica es mayor que 110 mm Hg. • Si ha convulsionado. Los demás pacientes deben ir al Consultorio Médico .
13. Convulsiones	¿Presentó convulsiones? (Ataques o espasmos)	Observar si el paciente presenta convulsiones o averiguar si convulsionó ese día. Asegurarse que el paciente entienda el significado de convulsión=ataque o espasmo. Si el paciente presenta o ha presentado convulsiones ese día debe ser derivado a Emergencia .
14. Retención urinaria (sólo en varones mayores de 45 años)	¿Presenta dificultades al orinar? ¿No puede orinar?	Observar si el paciente presenta globo vesical en el bajo vientre y retención urinaria. Si el paciente presenta retención urinaria debe ser derivado a Emergencia .
APLICAR SÓLO A LAS MUJERES		
Gestación	¿Está gestando?	Aplicar la lista de chequeo de signo de Alarma de la Gestante.
11. Sangrado vaginal	¿Tiene sangrado vaginal? ¿Es el doble o más que su menstruación? ¿Llena o moja un paño o una toalla higiénica más rápido que durante su menstruación? ¿Ha sangrado más de una taza? ¿Corría o chorreaba la sangre por las piernas?	Debe recibir inmediatamente atención en Emergencia : • Si está pálida, sudorosa o está gestando. • Si el sangrado es abundante. Si no tiene ninguna de estas condiciones, derivarla al Consultorio Médico .
12. Fiebre alta Mujer no gestante	¿Tiene fiebre? ¿Tiene escalofríos? ¿Ha tomado algo para bajar la temperatura?	Tomar la temperatura. La mujer no gestante debe recibir inmediata atención en Emergencia si la temperatura es mayor que 38.5°C. De lo contrario debe ir al Consultorio Médico .
Fiebre Mujer gestante	¿Tiene secreción vaginal?	La gestante debe recibir inmediata atención de Emergencia si la temperatura axilar es mayor que 37.5°C o la oral es mayor que 38°C. Las demás pacientes deben ir al Consultorio Médico .

Listas de Chequeo de Signos de Alarma de la Gestante en Admisión:

Averiguar el motivo de la consulta:

SIGNOS DE ALARMA	PREGUNTAS AL (A LA) PACIENTE	OBSERVACIÓN, VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DADA POR EL PACIENTE Y MANEJO INMEDIATO
13.Cefalea, escotomas o presión arterial alta o Convulsiones	<p>¿Tiene dolor de cabeza intenso?</p> <p>¿Ve lucitas o estrellitas, ve borroso?</p> <p>¿Ha convulsionado?</p> <p>¿Tiene dolor intenso en la "boca del estómago"?</p> <p>¿Se le han hinchado las manos o la cara?</p>	<p>Tomar la presión arterial.</p> <p>Debe recibir inmediata atención en Emergencia si:</p> <ul style="list-style-type: none"> En gestantes si la presión sistólica es mayor que 140 mm Hg o la diastólica es mayor que 90 mm Hg. En no gestantes si la presión sistólica es mayor que 160 mm Hg o la diastólica es mayor que 110 mm Hg. Si ha convulsionado. <p>Las demás pacientes deben ir al Consultorio Médico.</p>
APLICAR SÓLO EN GESTANTES		
14.Ausencia de movimientos fetales (en gestantes de más de siete meses)	<p>¿Se mueve su bebé?</p> <p>¿Desde cuándo no se mueve?</p> <p>¿Tiene fiebre o está perdiendo líquido?</p>	<p>Debe recibir inmediata atención en Emergencia, si la ausencia de movimientos tiene menos de 24 horas.</p> <p>Las demás pacientes deben ir a Consultorio de Salud de la Mujer si tienen bajo riesgo o al Consultorio Médico si tienen alto riesgo.</p>
15.Edema de miembros inferiores	<p>¿Se le han hinchado las piernas?</p>	<p>Tomar la presión arterial.</p> <p>Debe recibir inmediata atención de Emergencia si:</p> <ul style="list-style-type: none"> La presión sistólica es mayor que 140 mm Hg o la diastólica es mayor que 90 mm Hg. Si ha convulsionado. <p>Las demás pacientes deben ir a Consultorio de Salud de la Mujer si tienen bajo riesgo o al Consultorio Médico si tienen alto riesgo.</p>
16.Ruptura de membranas	<p>¿Le está saliendo mucho líquido por la vagina?</p> <p>¿Chorrea o resbala por las piernas?</p> <p>¿Desde cuándo pierde líquido, hace cuánto tiempo?</p> <p>¿Huele a lejía el líquido?</p>	<p>Debe recibir inmediatamente atención en Emergencia si las respuestas son afirmativas.</p> <p>Las demás pacientes deben ir al Consultorio de la Salud de la Mujer si tienen bajo riesgo o al Consultorio Médico si tienen alto riesgo.</p>
17.Trabajo de parto o aborto	<p>¿Tiene dolores o contracciones cada 10 minutos o más frecuentes?</p> <p>¿Ha perdido moco o líquido la vagina?</p>	<p>Debe recibir inmediata atención en Emergencia si las respuestas son afirmativas.</p> <p>Las demás pacientes deben ir a Consultorio de Salud de la Mujer si tienen bajo riesgo o al Consultorio Médico si tienen alto riesgo.</p>
18.Protapso de cordón umbilical	<p>¿Se ha salido el cordón umbilical por la vagina?</p>	<p>Si hay salida del cordón, se debe colocar inmediatamente a la paciente arrodillada y echada de frente, con el pecho en contacto con la camilla, y llamar inmediatamente al médico.</p>

ANEXO 2

Listas de Chequeo para Identificar Necesidades de Salud Familiar

Usar la Lista de Chequeo respectiva para tratar de identificar las necesidades de los acompañantes y familiares, haciendo las preguntas indicadas en **Preguntas a realizar**. Estas preguntas requieren una adaptación al lenguaje local, para asegurar la comprensión de los usuarios. En caso de encontrar respuestas positivas, se debe sugerir la necesidad de que la persona reciba dicha atención, según lo indicado en **Conducta a seguir** del formato. Si el usuario desea recibir la atención ese día y hay turnos disponibles, se debe recoger la historia clínica y marcar con lápiz el casillero correspondiente (☐) en la sección **Atención Integral** en el espacio para la Consulta respectiva en la historia clínica. Si no existiera disponibilidad de consultas, hacerle una cita para otro día.

LISTA DE CHEQUEO DEL PAQUETE PREVENTIVO INTEGRAL DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS- ADMISIÓN

PROBLEMAS DETECTADOS	PREGUNTAS A REALIZAR	CONDUCTA A SEGUIR
1. Descarte de enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> • Descarte de enferm. Comunes: <ul style="list-style-type: none"> - Descartar EDA <input type="checkbox"/> - Descartar IRA <input type="checkbox"/> - Descartar dermatopatía <input type="checkbox"/> - Descartar parasitosis <input type="checkbox"/> - Descartar anemia y desnt. <input type="checkbox"/> - Descartar infecciones urogenitales <input type="checkbox"/> • Descarte de enfermedades transmisibles locales (malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartonelosis, etc.) <input type="checkbox"/> • Descarte de maltrato <input type="checkbox"/> • Descarte de alteraciones del aparato locomotor <input type="checkbox"/> 	<p>¿Su niño tiene alguna enfermedad o molestia?</p> <p>¿Tiene diarrea o deposiciones sueltas?</p> <p>¿Tiene tos, resfrió? ¿Está mal de los bronquios?</p> <p>¿Tiene alguna lesión o enfermedad en la piel?</p> <p>¿Tiene dolor abdominal? ¿Ha eliminado gusanos?</p> <p>¿Tiene escozor nocturno en el ano?</p> <p>¿Está adelgazado? Observar palidez en mucosa ocular. ¿Tiene ardor o molestias para orinar?</p> <p>En función de las zonas endémicas:</p> <p>Tuberculosis: ¿Tiene tos por más de dos semanas?</p> <p>Malaria: ¿Tiene fiebre?</p> <p>¿Alguna vez algún miembro de la familia ha insultado o golpeado al niño? ¿Usted lo castiga con frecuencia?</p> <p>¿Su niño tiene dificultades para caminar? ¿Tiene alguna alteración en los pies, piernas o en el tronco?</p>	<p>Si tiene alguna Enfermedad, enviar al Consultorio Médico</p>
2. Cumplimiento de actividades preventivas: <ul style="list-style-type: none"> • Control nutricional y evaluación del niño <input type="checkbox"/> • Consejería en alimentación <input type="checkbox"/> • Suplementación de hierro y Vitamina A (*) <input type="checkbox"/> • Control del desarrollo <input type="checkbox"/> • Control de salud mental <input type="checkbox"/> • Control de inmunizaciones <input type="checkbox"/> • Control de salud bucal <input type="checkbox"/> • Desparasitación masiva (mayores de 2 años) (*) <input type="checkbox"/> • Consejería: prevención promoción de la salud (higiene, crianza, cuidados generales y alimentación del niño, estimulación temprana, relaciones familiares, resiliencia, reconocimiento y prevención de enfermedades, y prevención de accidentes) <input type="checkbox"/> <p>(*) En establecimientos que lo dispongan</p>	<p>¿Tiene control en los últimos tres meses? ¿Tiene algún problema de crecimiento o con el peso?</p> <p>¿Han visto que no tenga problemas en la vista o en la audición?</p> <p>¿Ha recibido consejos sobre la alimentación de su niño? ¿Ha recibido hierro o vitamina A?</p> <p>¿Le han controlado su desarrollo?</p> <p>¿Le han controlado su salud mental o emocional?</p> <p>¿Tiene sus vacunas completas? Revisar el carné</p> <p>¿Tiene caries? ¿Ha recibido consejos sobre cepillado e higiene dental?</p> <p>¿Ha recibido un antiparasitario?</p> <p>¿Ha recibido consejos sobre higiene, crianza, cuidados generales y alimentación del niño, estimulación temprana, relaciones familiares, habilidades del niño para superar situaciones adversas (resiliencia), reconocimiento y prevención de enfermedades, y prevención de accidentes?</p>	<p>Revisar el carné y verificar que tenga control de crecimiento y desarrollo, y sus vacunas completas. En el caso de faltar alguna atención básica, enviar al:</p> <p>Consultorio Salud Del Niño</p> <p>En caso de caries dental, derivar al odontólogo</p>

LISTA DE CHEQUEO DEL PAQUETE PREVENTIVO INTEGRAL DEL NIÑO DE 5 a 11 AÑOS - ADMISIÓN

PROBLEMAS DETECTADOS	PREGUNTAS A REALIZAR	CONDUCTA A SEGUIR
1 Descarte de enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> Descarte de enferm. Comunes: <ul style="list-style-type: none"> Descartar EDA <input type="checkbox"/> Descartar IRA <input type="checkbox"/> Descartar dermatopatía <input type="checkbox"/> Descartar parasitosis <input type="checkbox"/> Descartar anemia y desnt. <input type="checkbox"/> Descarte de enfermedades transmisibles locales(malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartonelosis, etc.) <input type="checkbox"/> Descarte de maltrato <input type="checkbox"/> Descarte de alteraciones del aparato locomotor <input type="checkbox"/> 	<p>¿Su niño tiene alguna enfermedad o molestia?</p> <p>¿Tiene diarrea o deposiciones sueltas?</p> <p>¿Tiene tos, resfrió?, ¿Está mal de los bronquios?</p> <p>¿Tiene alguna lesión o enfermedad en la piel?</p> <p>¿Tiene dolor abdominal?, ¿Ha eliminado gusanos?</p> <p>¿Tiene escozor nocturno en el ano?</p> <p>¿Está adelgazado? Observar palidez en mucosa ocular</p> <p>En función de las zonas endémicas:</p> <p>Tuberculosis: ¿Tiene tos por más de dos semanas?</p> <p>Malaria: ¿Tiene fiebre?</p> <p>¿Alguna vez algún miembro de la familia ha insultado o golpeado al niño? ¿Usted lo castiga con frecuencia?</p> <p>¿Su niño tiene dificultades para caminar?, ¿Tiene alguna alteración en los pies, piernas o en el tronco?</p>	<p>Si tiene alguna Enfermedad, enviar al: Consultorio Médico.</p>
2 Cumplimiento de actividades Preventivas: <ul style="list-style-type: none"> Examen físico y control nutricional <input type="checkbox"/> Evaluación visual <input type="checkbox"/> Descarte de deficiencia auditiva <input type="checkbox"/> Consejería en alimentación <input type="checkbox"/> Control del desarrollo <input type="checkbox"/> Control de salud mental y del aprendizaje <input type="checkbox"/> Control de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Control de salud bucal, topificaciones, enjuagatorios de fluor y aplicaciones <input type="checkbox"/> Desparasitación masiva (de 5 a 11 años) (*) <input type="checkbox"/> Consejería: prevención y promoción de la salud (higiene, crianza, cuidados generales y alimentación del niño, resiliencia, prevención de enfermedades y de accidentes) <input type="checkbox"/> <p>(*) En establecimientos que lo disponga</p>	<p>¿Tiene control en el último año?, ¿Tiene algún problema de crecimiento o con el peso?</p> <p>¿Le han controlado su vista?</p> <p>¿Le han descartado problemas de audición?</p> <p>¿Ha recibido consejos sobre la alimentación del niño?</p> <p>¿Le han controlado su desarrollo?</p> <p>¿Le han controlado su salud mental o emocional?</p> <p>En zonas riesgo de fiebre amarilla: ¿Tiene sus vacunas completas? Revisar el carné</p> <p>¿Tiene caries?, ¿Ha recibido consejos sobre cepillado, higiene dental?, ¿Ha recibido topificaciones (5 años), enjuagatorios de fluor (entre 6 y 11 años) y aplicaciones de viridlo (a los 6 años)?</p> <p>¿Ha recibido un antiparasitario?</p> <p>¿Ha recibido consejos sobre higiene, crianza, cuidados generales y alimentación del niño, habilidades del niño para superar situaciones adversas (resiliencia), prevención de enfermedades y de accidentes?</p>	<p>Revisar el carné y verificar que tenga control de crecimiento y desarrollo, y sus vacunas completas. En el caso de faltar alguna atención básica, enviar al Consultorio Salud Del Niño</p> <p>En caso de caries dental, derivar al odontólogo</p>

LISTA DE CHEQUEO DEL PAQUETE PREVENTIVO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (DE 12 a 18 AÑOS) - ADMISIÓN

PROBLEMAS DETECTADOS	PREGUNTAS A REALIZAR	CONDUCTA A SEGUIR
1 Descarte de enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> Descarte de enferm. Comunes: <ul style="list-style-type: none"> Descartar EDA <input type="checkbox"/> Descartar IRA <input type="checkbox"/> Descartar dermatopatía <input type="checkbox"/> Descartar parasitosis <input type="checkbox"/> Descartar anemia y desnt. <input type="checkbox"/> Descartar infección urinaria en mujeres <input type="checkbox"/> Descartar enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Descarte de enfermedades transmisibles locales(malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartonelosis, etc.) <input type="checkbox"/> Descarte de maltrato <input type="checkbox"/> Descarte de alteraciones del aparato locomotor <input type="checkbox"/> 	<p>¿Tiene alguna enfermedad o molestia? ¿Tiene fiebre?</p> <p>¿Tiene diarrea o deposiciones sueltas?</p> <p>¿Tiene tos, resfrió?, ¿Está mal de los bronquios?</p> <p>¿Tiene alguna lesión o enfermedad en la piel?</p> <p>¿Tiene dolor abdominal?, ¿Ha eliminado gusanos?</p> <p>¿Tiene escozor nocturno en el ano?</p> <p>¿Está adelgazado? Observar palidez en mucosa ocular</p> <p>¿Tiene ardor o molestias para orinar? (en mujeres)</p> <p>En mujeres mayores de 15 años: ¿Tiene "descensos"?</p> <p>¿Tiene dolor en el "bajo vientre"?</p> <p>En varones mayores de 15 años: ¿Tiene llagas, granitos o verrugas en los genitales?, ¿Tiene alguna enfermedad venérea?</p> <p>En función de las zonas endémicas:</p> <p>Tuberculosis: ¿Tiene tos por más de dos semanas?</p> <p>Malaria: ¿Tiene fiebre?</p> <p>¿Alguna vez algún miembro de la familia ha insultado o golpeado al niño? ¿Usted lo castiga con frecuencia?</p> <p>¿Su niño tiene dificultades para caminar?, ¿Tiene alguna alteración en los pies, piernas o en el tronco?</p>	<p>Si tiene alguna Enfermedad, enviar al: Consultorio Médico</p>

PROBLEMAS DETECTADOS	PREGUNTAS A REALIZAR	CONDUCTA A SEGUIR
2. Cumplimiento de actividades preventivas: <ul style="list-style-type: none"> Examen físico y control nutricional <input type="checkbox"/> Agudeza visual <input type="checkbox"/> Descarte de deficiencia auditiva <input type="checkbox"/> Control de salud mental <input type="checkbox"/> Control de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Control del desarrollo <input type="checkbox"/> Control de salud bucal, profilaxis y enjuagatorios de flúor <input type="checkbox"/> Desparasitación masiva (de 12 a 14 años) (*) <input type="checkbox"/> Descarte de embarazo y control prenatal en mujeres mayores de 15 años <input type="checkbox"/> Orientación en Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Consejería: prevención y promoción de la salud (higiene, crianza, cuidados generales y alimentación del niño, resiliencia, prevención de enfermedades y de accidentes) <input type="checkbox"/> <p>(*) En establecimientos que lo disponga</p>	<p>¿Tiene control en el último año? ¿Tiene algún problema de crecimiento o con el peso?</p> <p>¿Le han controlado su vista?</p> <p>¿Le han descartado problemas de audición?</p> <p>¿Le han controlado su salud emocional?</p> <p>En mujeres: ¿Tiene vacunación antitetánica completa?</p> <p>En zonas de riesgo (varones y mujeres): contra fiebre amarilla. Revisar el carné ¿Tiene caries? ¿Ha recibido consejos sobre cepillado, higiene dental? ¿Ha recibido enjuagatorios de flúor (a los 12 años)?</p> <p>¿Ha recibido un antiparasitario? (Niños de 12 a 14 años)</p> <p>En mujeres mayores de 16: ¿Tiene algún compromiso? ¿Está gestando? ¿Se controla el embarazo?</p> <p>En mujeres y varones mayores de 16: ¿desea usar algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Ha recibido consejos sobre salud reproductiva y prevención del embarazo, prevención del tabaquismo y del abuso de alcohol y drogas, estilos de vida saludables, alimentación y deporte?</p>	<p>Revisar el carné y verificar que tenga control de crecimiento y desarrollo, y sus vacunas completas. En el caso de faltar alguna atención básica, enviar al:</p> <p>Consultorio de Salud de la Mujer (mujeres de 16) o Consultorio Médico (varones mayores de 16) o Consultorio de Salud del niño (niños hasta 15 años)</p> <p>En caso de caries dental, derivar al odontólogo</p>

LISTA DE CHEQUEO DEL PAQUETE PREVENTIVO INTEGRAL DE LA MUJER ADULTA - ADMISIÓN

PROBLEMAS DETECTADOS	PREGUNTAS A REALIZAR	CONDUCTA A SEGUIR
1. Descarte de enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> Descarte de enferm. comunes <input type="checkbox"/> Descartar problemas ginecológicos <input type="checkbox"/> Descartar infección urinaria <input type="checkbox"/> Descartar enfermedades de Transmisión sexual <input type="checkbox"/> Descartar EDA <input type="checkbox"/> Descartar IRA <input type="checkbox"/> Descartar IRA <input type="checkbox"/> Descartar anemia <input type="checkbox"/> Descartar problemas del embarazo <input type="checkbox"/> Descarte de enfermedades transmisibles locales (malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartonelosis, etc.) <input type="checkbox"/> Descarte de enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes, obesidad, artropatías y osteoporosis) <input type="checkbox"/> Descarte de maltrato y violencia familiar <input type="checkbox"/> 	<p>¿Tiene alguna enfermedad o molestia? ¿Tiene fiebre?</p> <p>¿Tiene "descensos"? ¿Tiene dolor en el "bajo vientre"? ¿Tiene ardor o molestias para orinar?</p> <p>¿Tiene llagas, granitos o verrugas en genitales?</p> <p>¿Ha tenido alguna enfermedad venérea?</p> <p>¿Tiene diarrea o deposiciones sueñas?</p> <p>¿Tiene tos, resfrió? ¿Está mal de los bronquios?</p> <p>Observar palidez en mucosa ocular.</p> <p>En embarazadas: ¿Hay algún problema con su embarazo?</p> <p>En función de las zonas endémicas:</p> <p>Tuberculosis: ¿Tiene tos por más de dos semanas?</p> <p>Malaria: ¿Tiene fiebre?</p> <p>¿Sufre de la presión arterial? ¿Tiene diabetes? ¿Sufre de las articulaciones o de dolores en los huesos?</p> <p>Observar si hay sobrepeso.</p> <p>¿Alguna vez algún miembro de la familia la ha insultado, golpeado o chantajeado? ¿Usted castiga a sus niños con frecuencia?</p>	<p>Si tiene alguna enfermedad, enviar al Consultorio Médico</p>
2. Cumplimiento de actividades preventivas: <ul style="list-style-type: none"> Examen físico general y ginecológico <input type="checkbox"/> Control de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Evaluación y orientación nutricional <input type="checkbox"/> Control de presión / glucosa <input type="checkbox"/> Detección de cáncer de mama y de cérvix <input type="checkbox"/> Evaluación y orientación en salud mental <input type="checkbox"/> 	<p>¿Tiene control en el último año? ¿Tiene algún problema con el peso?</p> <p>¿Tiene vacunación antitetánica completa? En zonas de riesgo: contra fiebre amarilla. Revisar el carné.</p> <p>¿Le han controlado su peso? ¿Ha recibido consejos sobre alimentación?</p> <p>¿Le han controlado su presión o su azúcar en sangre? ¿Cuándo fue su último examen de mamas? (¿Hace más de un año?, desde los 30 años en MEF y desde los 25 en gestantes) ¿Cuándo fue su último Papanicolaou? (¿Hace más de tres años? desde los 30 años en MEF y desde los 25 en gestantes)</p> <p>¿Le han controlado su salud mental o emocional?</p>	<p>Revisar el carné y verificar que tenga control de crecimiento y desarrollo, y sus vacunas completas. En el caso de faltar alguna atención básica, enviar al:</p> <p>Consultorio de Salud de la Mujer</p> <p>En caso de caries dental, derivar al Odontólogo</p>

PROBLEMAS DETECTADOS	PREGUNTAS A REALIZAR	CONDUCTA A SEGUIR
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación en planificación familiar <input type="checkbox"/> • Consejería en estilos de vida saludables (higiene personal, higiene sexual y prevención de ETS, salud reproductiva, autoexamen de mamas, prevención de alcohol y drogas, alimentación familiar y actividad física) <input type="checkbox"/> EN GESTANTES: • Control y cuidado prenatal <input type="checkbox"/> • Batería de exám. Auxiliares <input type="checkbox"/> • Suplementación de hierro <input type="checkbox"/> • Suplementación de vitamina A (*) <input type="checkbox"/> • Psicoprofilaxis <input type="checkbox"/> • Descartar violencia familiar <input type="checkbox"/> • Control de salud bucal y profilaxis <input type="checkbox"/> • Consejería prenatal y en nutrición de la gestante <input type="checkbox"/> • Control de puerperio <input type="checkbox"/> <p>(*) Sólo en púerperas y en establecimientos que lo dispongan</p>	<p>¿Desea tener más hijos?, ¿Desea usar algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Ha recibido consejos sobre higiene personal, higiene sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual, salud reproductiva, autoexamen de mamas, prevención de abuso de alcohol y drogas, alimentación familiar y actividad física?</p> <p>¿Está gestando?, ¿Se controla el embarazo?</p> <p>¿Le han tomado los análisis o exámenes del embarazo? ¿Ha recibido hierro?</p> <p>En mujeres púerperas: ¿Ha recibido vitamina A?</p> <p>¿Ha recibido sesiones de preparación para el parto?</p> <p>¿Alguna vez algún miembro de la familia la ha insultado golpeado o chantajeado?</p> <p>¿Tiene caries?, ¿Cuándo fue su último control dental? (¿Hace más de un año?), ¿Ha recibido consejos sobre cepillado e higiene dental?</p> <p>¿Ha recibido consejos sobre su embarazo y sobre su alimentación?</p> <p>¿Ha recibido sus 2 controles de puerperio?</p>	

LISTA DE CHEQUEO DEL PAQUETE PREVENTIVO INTEGRAL DEL ADULTO VARÓN - ADMISIÓN

PROBLEMAS DETECTADOS	PREGUNTAS A REALIZAR	CONDUCTA A SEGUIR
1. Descarte de enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> • Descarte de enferm. Comunes: Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> • Descartar EDA <input type="checkbox"/> • Descartar IRA <input type="checkbox"/> • Descartar anemia <input type="checkbox"/> • Descartar enfermedades de la próstata <input type="checkbox"/> • Descarte de enfermedades transmisibles locales (malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartonelosis, etc.) <input type="checkbox"/> • Descarte de enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes, osteoporosis, obesidad y artropatías) <input type="checkbox"/> • Descarte de maltrato y violencia familiar <input type="checkbox"/> • Descarte de alcoholismo y tabaquismo <input type="checkbox"/> 	<p>¿Tiene alguna enfermedad o molestia?, ¿Tiene fiebre?</p> <p>¿Tiene ardor o molestias para orinar?</p> <p>¿Tiene llagas, granitos o verrugas en genitales?</p> <p>¿Ha tenido alguna enfermedad venérea?</p> <p>¿Tiene diarrea o deposiciones sueltas?</p> <p>¿Tiene tos, resfrió?, ¿Está mal de los bronquios?</p> <p>Observar palidez en mucosa ocular.</p> <p>¿Tiene dificultades para orinar?, ¿No puede orinar?</p> <p>En función de las zonas endémicas:</p> <p>Tuberculosis: ¿Tiene tos por más de dos semanas?</p> <p>Malaria: ¿Tiene fiebre?</p> <p>¿Sufre de la presión arterial?, ¿Tiene diabetes?, ¿Sufre de las articulaciones o de dolores en los huesos?</p> <p>Observar si hay sobrepeso</p> <p>¿Alguna vez algún miembro de la familia lo ha insultado, golpeado o chantajeado? ¿Usted castiga a algún familiar con frecuencia?</p> <p>¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado licor?, ¿Ha tenido problemas a causa de la bebida?</p> <p>¿Fuma demasiado?</p>	<p>Si tiene alguna Enfermedad, enviar al Consultorio Médico</p>
2. Cumplimiento de actividades Preventivas: <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico general <input type="checkbox"/> • Control de inmunizaciones <input type="checkbox"/> • Evaluación y orientación nutricional <input type="checkbox"/> • Control de presión / glucosa <input type="checkbox"/> • Evaluación y orientación en salud mental <input type="checkbox"/> • Orientación en planificación familiar <input type="checkbox"/> • Control de salud bucal <input type="checkbox"/> • Detección del cáncer de próstata y colon <input type="checkbox"/> • Consejería en estilos de vida saludables: (higiene personal e higiene sexual, prevención de abuso de alcohol y drogas, alimentación familiar y actividad física) <input type="checkbox"/> 	<p>¿Tiene control en el último año?, ¿Tiene algún problema con el peso?</p> <p>En zonas de riesgo: ¿Tiene vacunación contra la fiebre amarilla. Revisar el carné.</p> <p>¿Le han controlado su peso?, ¿Ha recibido consejos sobre alimentación?, ¿Está pálido?</p> <p>¿Le han controlado su presión o su azúcar en sangre? ¿Le han controlado su salud emocional?</p> <p>¿Desea tener más hijos?, ¿Desea usar algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Tiene caries?, ¿Cuándo fue su último control dental? (¿Hace más de un año?), ¿Ha recibido consejos sobre cepillado e higiene dental?</p> <p>En mayores de 45 años: ¿Cuándo fue su examen de descarte de cáncer?</p> <p>¿Ha recibido consejos sobre higiene personal e higiene sexual, prevención de abuso de alcohol y drogas, alimentación familiar y actividad física?</p>	<p>En el caso de faltar alguna atención básica, enviar al Consultorio Médico</p> <p>En caso de caries dental, derivar al odontólogo</p>

ANEXO 3
Carné de Atención y de Citas del Usuario

(Páginas 4 y 1)

INSTRUCCIONES AL USUARIO

1. Este documento es su Carné de Atención y su Tarjeta de Citas en el establecimiento de Salud del Ministerio de Salud.
2. Cuide su Carné de Atención con esmero. La pérdida o deterioro es de su responsabilidad; evítelo.
3. Su Carné de Atención nos permite identificarlo como usuario de nuestro establecimiento. Traigalo siempre que venga al establecimiento, para atención ambulatoria, de emergencia o de internamiento. Debe traer también su carné de identidad.
4. Las citas son otorgadas en la Unidad de Admisión. Cuando desee una cita acérquese a Admisión, al ingresar al establecimiento de salud o después de ser atendido en algún consultorio.
5. El día de su cita venga al establecimiento de salud 30 minutos antes de la hora fijada. Acérquese a Admisión e informe de su cita.
6. La fecha y hora fijada en sus citas ha sido separada para Usted. Sea puntual y no falte a ella. En caso no pueda acudir, le rogamos informamos con anterioridad (al teléfono _____).
7. Este servicio es de todos, ayúdenos a mejorarlo con sus sugerencias,

CARNÉ DE ATENCIÓN Y DE CITAS

Establecimiento de Salud - Micro Red

N° Carpeta del Hogar

N° Historia Clínica

N° Autogenerado

Apellidos Paterno y Materno

Nombre
Domicilio Actual

Nombre de la calle, Av., Pasaje, Paradero

Número

Int

Manz

Lote

Comité

Grupo

Etapas

Sector

Centro Poblado (Urb., Anexo, Caserio, Asoc., AAHH)

Departamento

Provincia

Distrito

(Páginas 2 y 3)

[illegible]

ANEXO 4 Formato de Registro de Citas - Admisión

Fecha: / /		Turno:		Nombre del Técnico Responsable									
Nombre y Apellidos	Número de Historia Cl.	A (*)	Tipo Usuario	Tópico	Consultorio Médico	Consultorio Salud del Niño	Consultorio Salud de la Mujer	Servicio Dental	Laboratorio	Servicio			
1			N C R										
2			N C R										
3			N C R										
4			N C R										
5			N C R										
6			N C R										
7			N C R										
8			N C R										
9			N C R										
10			N C R										
11			N C R										
12			N C R										
13			N C R										
14			N C R										
15			N C R										
16			N C R										
17			N C R										
18			N C R										
19			N C R										
20			N C R										
21			N C R										
22			N C R										
23			N C R										
24			N C R										
25			N C R										
26			N C R										
Total de Citas													
Cumplimiento de citas													

Colocar las horas de cita en el servicio que corresponda
 (*) A = Asistencia a su cita. Verificar con un visto bueno en la fila de los usuarios que acudieron a su cita.

Capítulo III

Procedimientos de Identificación y Registro

OBJETIVOS DEL PRESENTE CAPÍTULO:

- Indicar cuáles son los principales registros administrados desde la Unidad de Admisión y que forman parte de sus archivos.
- Describir los procedimientos de búsqueda, apertura y ordenamiento de la historia clínica individual y de la carpeta del hogar.
- Desarrollar los aspectos de la construcción del padrón de usuarios de la Micro Red y del manejo de los registros de atención del establecimiento que le corresponden a la Unidad de Admisión.

3.1 DOCUMENTOS DE REGISTRO DE ATENCIÓN:

La Unidad de Admisión tiene entre sus funciones el recojo permanente de información general de los usuarios y de las atenciones brindadas en los diferentes ambientes del establecimiento y el archivo de los documentos que la contienen.

La información recogida es crítica para identificar necesidades de atención recuperativa y preventiva de cada usuario, sus familiares y acompañantes; y para la aplicación de los procedimientos de seguimiento con los cuales es posible la realización eficiente de las visitas domiciliarias.

La Unidad de Admisión tiene a su cargo el llenado o archivo de los siguientes grupos de documentos:

- a) **Archivo de Historias Clínicas y Carpetas del Hogar**, en el que se almacena la información sobre el estado de salud y las atenciones recibidas por individuos u hogares por parte del establecimiento. Está conformado por:
 - Historias clínicas individuales
 - Carpetas del hogar
- b) **Documentos y registros de identificación de los usuarios**, que contienen la información sobre la identidad y ubicación de los usuarios o los hogares del ámbito del establecimiento, y la numeración de sus historias clínicas y carpetas del hogar. Están conformado por:

- Carné de atención y de citas.
 - Registro de identificación o índice de pacientes (kárdex de identificación, listados de identificación o base de datos de usuarios y hogares).
- c) **Padrón de Usuarios, Población Residente y registros de seguimiento**, que contienen la información sobre filiación, ubicación y calificación de los usuarios o los hogares del ámbito de salud del establecimiento.
- d) **Archivo de los registros de atenciones** que tiene la información global sobre atenciones realizadas por cada personal a todo usuario que acude al establecimiento; sirve para la obtención de estadísticas, la realización de consultas sobre atenciones realizadas. Dentro de ellos se encuentran:
- Las hojas de registro diario de atención y actividades de salud, llenadas por cada trabajador de salud.
 - El registro para citas (formato de registro de citas) - Admisión.
 - Los registros de movimiento de las historias clínicas; (ver capítulo IV).

3.1.1 Historia Clínica y Carpeta del Hogar

La **Historia Clínica (HC)** es un documento médico - legal, único e individualizado (a cada usuario le corresponde una historia clínica), donde se registra de manera ordenada los datos relativos a su identificación (en su ficha de filiación individual), a su estado de salud o enfermedad, a las aproximaciones diagnósticas, a la evolución y a la conducta terapéutica desarrollada. La historia clínica es de propiedad física del establecimiento y se encuentra en custodia en la Unidad de Admisión, la que es responsable de su organización, conservación y depuración.

La historia clínica para la atención ambulatoria está conformada, en términos generales, por los siguientes formatos:

- Ficha de filiación individual (Anexo N° 1).
- Ficha de atención general según el caso (niño, mujer, etc.).
- Historia clínica materno perinatal (por cada gestación).
- Listas de chequeo de signos de alarma (triaje) y de atención integral, que pueden estar incorporadas al formato anterior (Anexo N° 2).
- Ficha de evaluación del estado nutricional (por cada grupo etáreo) (Para mujer y adulto, ver Anexo N° 2).
- Ficha de evaluación del desarrollo o de salud mental (por cada grupo etáreo).
- Ficha odontológica.

Cuando se trate de pacientes internados, la Historia Clínica tiene una conformación diferente, con los siguientes documentos:

- Hoja de filiación de pacientes (en caso de ingreso por emergencia).
- Informe de alta.
- Epicrisis.
- Hoja de signos vitales.
- Hoja de anamnesis y examen físico.
- Hoja de evolución.
- Indicaciones médicas.
- Hoja de observaciones de enfermería.
- Informe de interconsultas, de ser el caso.
- Informes de laboratorio; radiología; anestesia; etc.; de ser el caso.
- Hoja de autorización de ingreso.
- Consentimiento informado; para la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas, de ser el caso.
- Hoja de alta voluntaria, de ser el caso.

Por razones de carácter legal, toda atención brindada a un usuario debe tener claramente registrados el nombre, profesión, número de la colegiatura y firma del profesional que dio la atención.

La **ficha de filiación individual**, que forma parte de la Historia Clínica (ver anexo N°1), es el documento que recoge la información básica de todo usuario que acude a solicitar atención, con el fin de inscribirlo en el padrón de usuarios del establecimiento y de la Micro Red. Los datos generales y aquellos relacionados a la identificación del usuario son los siguientes:

- Fecha de apertura de la hoja de filiación.
- Número de historia clínica, autogenerado y de carpeta del hogar.
- Nombre(s) y apellidos completos.
- Sexo, fecha de nacimiento, grado de instrucción, ocupación y estado civil.
- N° Libreta electoral (L.E.); ó Documento nacional de identidad (DNI), cuando corresponda.
- Domicilio actual: dirección (Jirón, Calle, Avenida, Número, Manzana, Lote, Localidad, Centro Poblado), distrito y departamento, con referencia de ubicación precisa si es necesario.
- Informante (que puede ser el mismo usuario, el padre u otro familiar o amigo).

La **Carpeta del Hogar** es el expediente completo de la atención recibida por los miembros (familiares o no) que conforman un hogar y de las intervenciones preventivas realizadas al ambiente del hogar. La carpeta está compuesta por:

- Carpeta física o folder (anexo N° 3).
- Ficha de empadronamiento del hogar (anexo N° 3).
- Ficha de seguimiento del hogar (anexo N° 3).
- Historias clínicas individuales de todos los integrantes del hogar.

La carpeta del hogar contiene, por lo tanto, toda la información relevante para la identificación, ubicación y calificación de los hogares y de sus miembros del ámbito de responsabilidad del establecimiento o la Micro Red (considerados como residentes del ámbito para el establecimiento). Toda persona que acuda al establecimiento pero cuyo domicilio no corresponda al ámbito de salud del establecimiento, solo contará con historia clínica individual.

La **ficha de empadronamiento del hogar** (ver anexo N° 3) proporciona para todos los miembros del hogar sus datos de filiación individual e información adicional sobre la vivienda. La información permite la identificación, ubicación y calificación de los usuarios (calificación de riesgo sanitario y nivel de pobreza), lo que es útil para determinar las tarifas que le correspondan en la atención y para establecer la prioridad en la atención extramural como parte del seguimiento.

Definición de Familia y Hogar

La familia es el conjunto de personas emparentadas entre sí, que viven en una misma vivienda bajo la autoridad del jefe o cabeza de familia.

El hogar^(*) es el conjunto de personas que viven bajo un mismo techo y cuyos miembros comparten alimentación, es decir se alimentan de la misma olla. Según esto, en una vivienda podrían existir uno o más hogares, si una parte de las personas llevan alimentación separada.

3.1.2 Documentos y Registros de Identificación de los Usuarios

El **carne de atención y de citas** (Anexo N°3 del Capítulo II) es el documento de identificación de los usuarios y certifica la inscripción de la persona en el establecimiento o la Micro Red. También se usa para las citas del usuario en la Micro Red.

Existen otros documentos complementarios que registran información crítica

(*) El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) ha establecido esta definición para los Censos Nacionales de Población y Vivienda.

sobre las atenciones recibidas, de manera que el usuario pueda controlar la atención de su salud. Entre éstos se encuentran:

- Carné de Salud del Niño
- Carné de la Gestante

Los **registros de identificación o índice de pacientes** se generan cuando una persona acude por primera vez al establecimiento. Contienen los datos principales para identificar al usuario y ubicar su número de historia clínica individual, su código autogenerado, y el número de su carpeta del hogar (en caso de residentes), así como su dirección. Éstos permiten obtener el número de historia clínica (en caso el usuario no contara con su carné), a fin de ubicar las historias con facilidad en el archivo de la Unidad de Admisión.

Clasificación de los Usuarios

Tomando en consideración si cuentan con domicilio en el ámbito y el tiempo en que permanecen en el ámbito, los usuarios se pueden clasificar en:

- **Residentes.** - Con domicilio en el ámbito de salud, pudiendo ser:
 - Residentes permanentes. - Que permanecerán más de 6 meses.
 - Residentes temporales. - Que permanecerán menos de 6 meses.
- **En tránsito.** - Aquellas personas con domicilio fuera del ámbito de salud, pero que de manera eventual o regular se encuentran en el ámbito. Dentro de este grupo se puede diferenciar:
 - En tránsito regular. - Escolares o trabajadores con centro de estudio o labores en el ámbito de salud.
 - En tránsito eventual. - Viajeros, turistas, trabajadores eventuales y las personas que acuden ocasionalmente a ferias, mercados y encuentros.

Dependiendo del tamaño de población del ámbito asignado, del nivel de complejidad del establecimiento y de la disponibilidad de equipos, los registros pueden ser de tres tipos: **kárdex de identificación**, **listado de identificación** o la **base de datos de usuarios y hogares**.

a) **Kárdex de Identificación o Archivo de Tarjetas Índices.** - La Unidad de Admisión debe contar con un archivador en el cual se guarde todas las *Tarjetas Índices*, sea de hogares (residentes del ámbito) o individuales (no residentes), con la información básica del jefe del hogar (residentes) o del usuario (no residentes) (Anexo N° 5). La organización del kárdex es por orden alfabético.

b) Listado de Identificación de Usuarios. - Sirve para ubicar rápidamente el número de las historias clínicas almacenadas en el archivo (se organiza como instrumento complementario al kárdex de identificación: no lo reemplaza pero facilita una búsqueda ágil). Es útil en establecimientos que en su jurisdicción tienen pocos centros poblados; también puede elaborarse de una base de datos. El listado se organizará por orden alfabético del apellido y se consignará los apellidos y nombres completos, así como el número de carpeta de los jefes de los hogares del ámbito o el número de la historia clínica de los usuarios no residentes. El listado de identificación de usuarios tiene la siguiente estructura en cada una de sus páginas:

Apellidos y Nombres del jefe del hogar o del usuario no residente	N° de Carpeta del Hogar o de Historia Clínica

c) Base de Datos de Usuarios. - En los establecimientos en los que se disponga de computadora en la Unidad de Admisión, la mejor opción es construir los archivos como parte de una base de datos, en la que se haga el ingreso y la consulta de la información de los usuarios, utilizando una aplicación (software) proporcionado por el Ministerio de Salud. La base de datos no debe eliminar los kárdex físicos (ya que de esta forma la atención a los usuarios estaría supeditada al funcionamiento del sistema de información), sino que constituye sólo una herramienta para la ubicación rápida de los datos. Las tarjetas índices y los listados de identificación pueden ser impresos usando las bases de datos.

3.1.3 Padrón de Usuarios, Población Residente y Registros de Seguimiento

El **Padrón de Usuarios** (residentes o transeúntes) es la base de datos con los individuos que han hecho uso de los servicios en alguna oportunidad y, por lo tanto, disponen de una historia clínica individual. Este padrón se construye de la ficha de filiación individual y permite conocer el nivel de uso de los servicios por parte de estas personas. Combinada con la base de datos de la población residente permite conocer su grado de uso de los servicios.

El **Padrón de Población Residente** es la nómina o registro de los individuos y hogares del ámbito territorial asignado al establecimiento o a la Micro Red (Centro de Salud con sus correspondientes Puestos), que contiene información relevante para su identificación, ubicación y calificación por los servicios de salud (a diferencia del kárdex, que sólo tiene como propósito ayudar en la búsqueda del número de la carpeta del hogar y de la historia

clínica). El padrón de población residente es el elemento indispensable para su seguimiento (ver capítulo I, Proceso General de la Atención de Salud). Sin embargo, por la información que contiene, contribuye adicionalmente a la calificación del nivel de pobreza (para establecer el riesgo en salud y focalizar la asignación del subsidio a través de tarifas).

El padrón se alimenta de la información obtenida de la aplicación de la ficha de empadronamiento: página 1 como parte de la atención de admisión o las páginas 1 y 2 como parte del empadronamiento de hogares (durante el trabajo extramural o en censos organizados por el establecimiento). La información de ambos tipos de formularios es procesada de manera que se obtenga dos bases de datos:

- **Base de datos de residentes.**- Se trata de un archivo (o un listado obtenido a partir del mismo) con la información general de cada individuo. En el se consigna los datos de filiación (nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil y grado de instrucción), datos de identificación para los servicios de salud y cualquier información útil sobre su nivel de riesgo en salud (Anexo N° 3). Este registro se encuentra relacionado con el Registro de hogares, de manera que es posible identificar a los miembros de un mismo hogar.
- **Base de datos de hogares.**- Se trata de un archivo (o un listado obtenido a partir del mismo) con información útil sobre la ubicación del hogar, características de la vivienda y cualquier otra pertinente para la calificación de riesgo (Anexo N° 3).

Los **Registros de Seguimiento** son los listados de los residentes del ámbito con el registro de sus atenciones, para efectuar el seguimiento y asegurar el cumplimiento de la provisión completa del paquete de intervenciones preventivas, de verificación de la finalización del tratamiento y la vigilancia de complicaciones de los daños, al conjunto de individuos y hogares de mayor riesgo que pertenecen a un ámbito de salud. Esta verificación se efectúa con listas de chequeo obtenidas del sistema de información de salud o de padrones de seguimiento manuales:

- **Listados de cotejo.**- Son informes en los que se observa el número de intervenciones preventivas que corresponden a cada individuo o al hogar, con información de identificación y calificación. Éstos son de dos tipos:

De los Paquetes de Intervención Preventiva Primaria o Integral
(Anexo N° 4).

De los Paquetes de Intervención Preventiva Secundaria.

- **Listados de ausencia.**- Son informes en los que se detalla las personas citadas para la provisión de intervenciones preventivas o de manejo de una enfermedad, que no acudieron luego de un tiempo de espera:

De 24 a 48 horas, cuando se trata de una enfermedad aguda con riesgo potencial de complicación.

De 1 ó 2 semanas si se trata de una enfermedad crónica o de la aplicación de intervenciones preventivas primarias.

3.1.4 Registros de Atenciones

La Unidad de Admisión centraliza el control, la custodia y archivo del conjunto de documentos relacionados al movimiento integral de usuarios en el establecimiento. La información obtenida de estos documentos permite realizar consultas (para poder establecer en qué consultorios fue atendido el usuario y ubicar las historias clínicas en función a las atenciones producidas en una fecha determinada); la obtención de estadísticas manuales (por ejemplo, número de atenciones por día, número de atenciones por turno, número de atenciones por área o consultorio).

El *registro diario de atención y actividades de salud (SES 2,000)*, (Anexo N° 6) forma parte del Sistema de Información de Salud (SIS) y contiene la información de las actividades realizadas por cada trabajador. El encargado de admisión realiza el acopio diario de las hojas de cada trabajador del establecimiento, revisa el llenado completo de sus campos, remite semanalmente los lotes de hojas para el procesamiento y recoge los lotes remitidos para su archivo final.

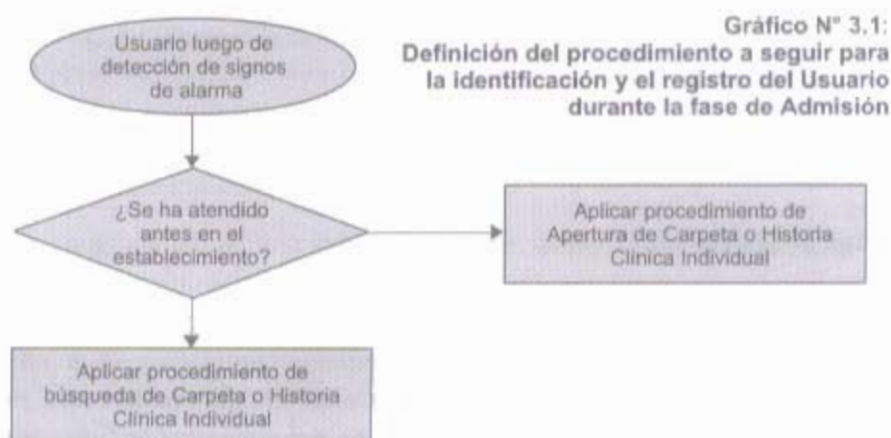
El *registro para citas (formato de registro de citas) - Admisión* (Anexo N° 4 del Capítulo II) permite la administración de las citas por el encargado de admisión (ver numeral 2.1.7 del capítulo II). El modelo presentado debe ajustarse en caso de existir más de tres consultorios en el establecimiento.

Los *registros de movimiento de las historias clínicas*; (ver capítulo IV) son críticos para garantizar la custodia de las historias clínicas y evitar la pérdida de las mismas. Están constituidos por 3 tipos de formatos:

- Formato de Seguimiento de Historias Clínicas Admisión.
- Registro Mensual de Pacientes Internados Admisión.
- Cuaderno de Cargo para Préstamo de Historias Clínicas Admisión.

3.2 PROCEDIMIENTOS DE APERTURA, BÚSQUEDA Y ORDENAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LA CARPETA DEL HOGAR

En el siguiente gráfico se muestra el proceso general de apertura y búsqueda de la historia clínica o de la carpeta del hogar:



3.2.1 Procedimiento de Apertura de la Carpeta del Hogar y la Historia Clínica Individual

Si el paciente acude por primera vez al establecimiento, se requerirá abrir una carpeta del hogar o una historia clínica individual nueva, dependiendo del caso. Los pasos a seguir son los siguientes (Gráfico N° 3.2):

1. Se establece si a la persona le corresponde una carpeta del hogar o una historia clínica individual y cuántos documentos se debe abrir, como consecuencia de indagar la condición de residente o transeúnte de los usuarios y si los primeros ya disponen de carpeta del hogar o tarjeta índice, en caso que algún miembro del hogar ya se haya atendido o el hogar haya sido empadronado previamente (ver las preguntas: "¿tiene domicilio en el ámbito?", "¿otro miembro del hogar se ha atendido antes?"). En función de ello, se define cuantos documentos es necesario abrir;
 - Residentes: historia clínica individual, carpeta del hogar y tarjeta índice del jefe del hogar.
 - Transeúntes: solamente historia clínica individual y tarjeta índice individual del usuario.
2. Se abre la historia clínica individual.- Es necesario tener en consideración el número de la carpeta del hogar para el caso de residentes.
3. Se abre la carpeta del hogar.- en caso de necesitarse, enumerándola con los criterios que se encuentran en el capítulo IV, organizándola y llenando los datos de los miembros del hogar en la página 1 de la ficha de empadronamiento del hogar (esto último puede efectuarlo el propio técnico de Admisión, si hay disponibilidad de tiempo, o puede ser llenada por el propio usuario).
4. Se abre la tarjeta índice, en caso de necesitarse.
5. Se separa la tarjeta índice del hogar del kárdex, a fin de elaborar un listado para el responsable del área de trabajo extramural para completar la información de la página 2 de la ficha de empadronamiento del hogar en visitas domiciliarias programadas (ver numeral 3.3.1).

6. Se ordena la historia clínica individual, utilizando los formularios correspondientes (en el orden señalado en la Tabla N° 1).
7. Se abre una ficha de filiación o se actualiza los datos de la ficha de empadronamiento, a fin de inscribir al usuario e incorporarlo al seguimiento de la atención. Puede aprovecharse para revisar o actualizar con el usuario la información contenida en la ficha de empadronamiento.
8. Se abre un nuevo carné de atención.- Debe consignarse el nuevo número de historia clínica y explicarse su uso y la importancia de portarlo cada vez que acuda al establecimiento o sea visitado en su domicilio por el personal de salud, mencionando que con el carné la atención será más rápida, pero que la falta de carné no perjudicará su derecho a recibir una atención de calidad. El número autogenerado se escribirá después de que el sistema de información haya generado dicho código.

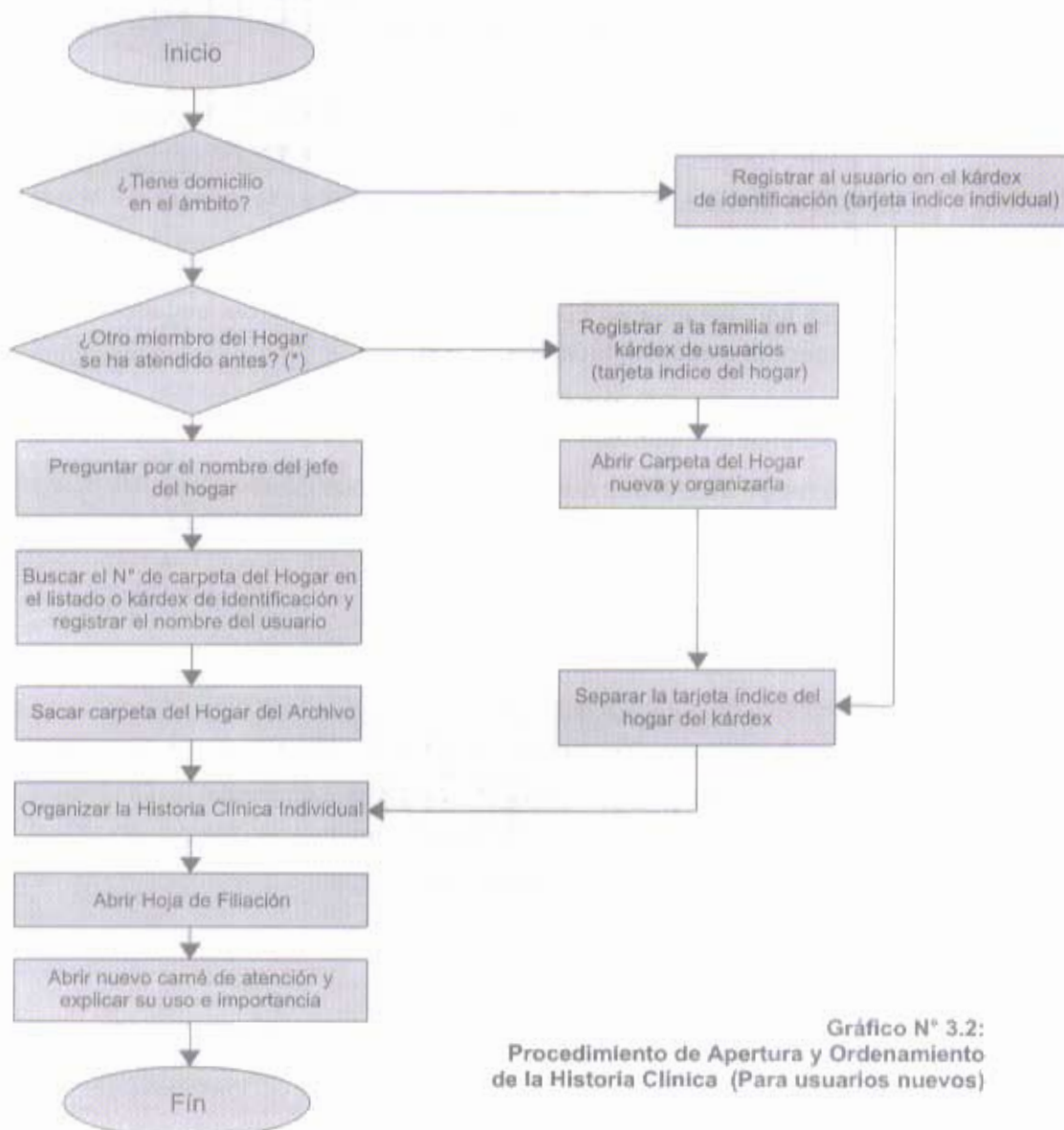


Gráfico N° 3.2:
Procedimiento de Apertura y Ordenamiento
de la Historia Clínica (Para usuarios nuevos)

3.2.1 Procedimiento de Búsqueda de la Carpeta del Hogar o de la Historia Clínica Individual (Gráfico N° 3.3)

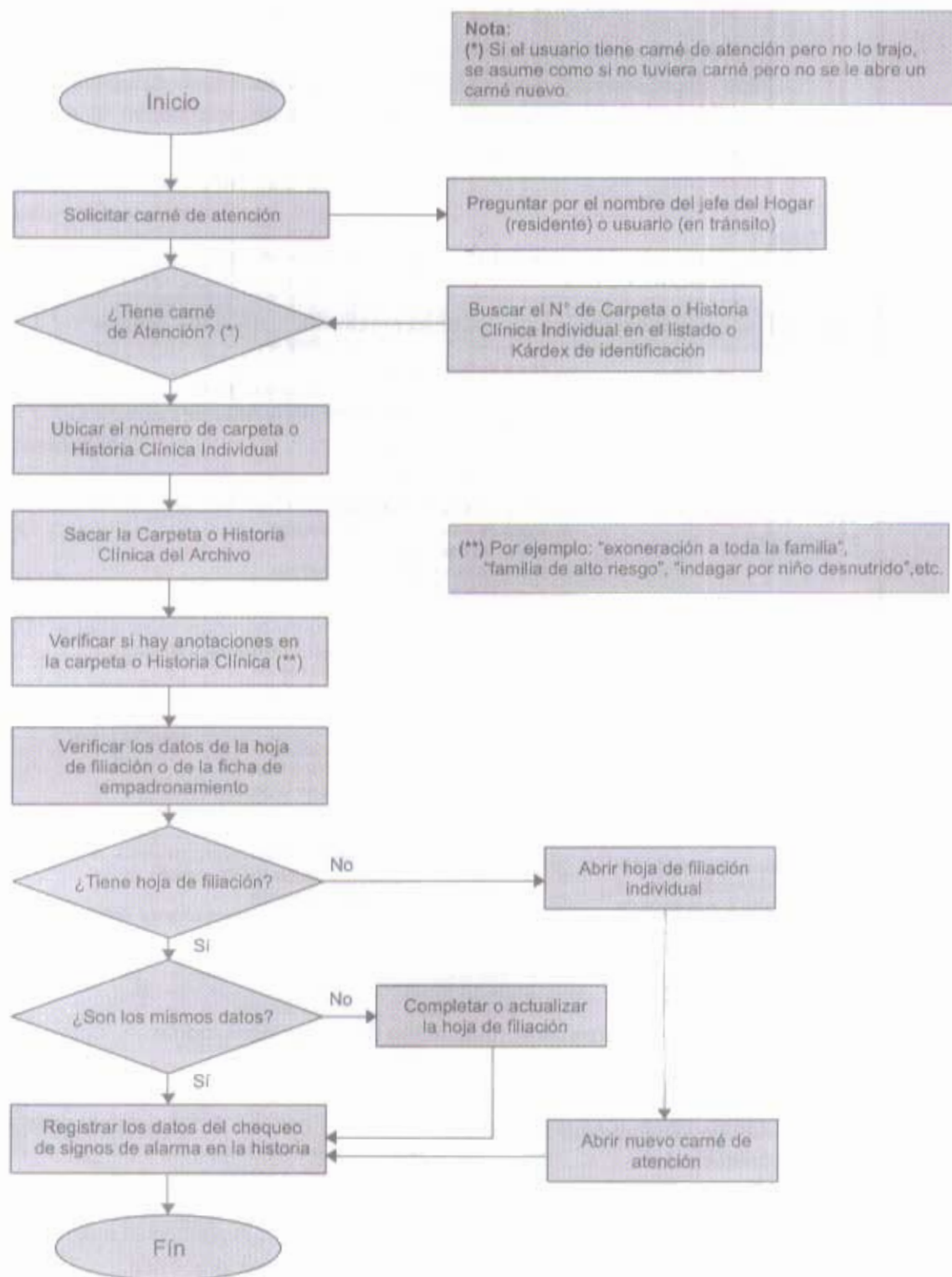
1. *Se indaga sobre la información con la cual se puede ubicar la carpeta o historia clínica en el archivo.*- Se espera que el usuario lleve su carné de atención al establecimiento cada vez que se atiende; en éste se ubica la información sobre el número de carpeta del hogar (residentes) o de historia clínica individual (no residentes). De no contarse con el carné de atención, se preguntará al usuario residente por el nombre del jefe del hogar, a fin de buscar su número de carpeta del hogar o por el apellido del usuario transeúnte, para buscar su número de historia clínica individual en el listado o kárdex de identificación (ver pregunta "¿Tiene carné de atención?").

En el caso que el usuario cuente con carné, pero no lo haya llevado a consulta, es necesario recordarle la importancia de portarlo siempre que acuda al establecimiento.

2. *Se ubica la carpeta del hogar o la historia clínica individual y se extrae del archivo* (el procedimiento de archivo se encuentra en el capítulo IV).
3. *Se verifica si existen anotaciones relevantes en la carpeta del hogar y en la historia clínica individual.*- Es posible que, como parte de la atención ambulatoria o la visita domiciliaria, se haya dejado anotaciones especiales, para ser tomadas en cuenta por el responsable del seguimiento de dicho hogar o el responsable de la admisión.
4. *Se abre la ficha de filiación, en caso de no tenerla, o se actualiza sus datos y la ficha de empadronamiento, si ya la tiene.*
5. *Se registra los datos del chequeo de signos de alarma en la historia clínica individual.*

La ejecución adecuada de los procedimientos de búsqueda y apertura de carpeta del hogar y de historia clínica permite ordenar adecuadamente la posibilidad de que una persona cuente con varios de historias clínicas.

Gráfico N° 3.3: Procedimiento de Búsqueda y Ordenamiento de la Historia Clínica
(Para usuario Continuator)



3.2.3 Ordenamiento de la Historia Clínica Individual

La historia clínica individual de consulta ambulatoria está compuesta por un conjunto de formatos diseñados para facilitar el registro ordenado de la atención, que contienen listas de chequeo y gráficos que facilitan el control integral en función a los paquetes de atención definidos por el Ministerio de Salud. El ordenamiento de la historia clínica consiste en la agrupación de los formularios correspondientes a cada tipo de usuario según el esquema presentado en la Tabla N° 01.

Tabla N° 1
Ordenamiento de las Historias Clínicas según el tipo de usuario

Grupos de Usuarios	Conformación de la Historia Clínica
Niños menores de 5 años de edad:	a). Ficha de filiación individual b). Ficha de atención del niño menor de 5 años c). Ficha de Registro y protocolo del test de desarrollo (Test Abreviado, Anexo N° 2) d). Curva de crecimiento e). Ficha odontológica
Niños menores de 5 a 11 años de edad:	a). Ficha de filiación individual b). Ficha de atención del niño escolar c). Curva de crecimiento d). Ficha de evaluación del desarrollo e). Ficha odontológica
Mujeres adolescentes (de 12 a 18 años de edad) y mujeres adultas (de 19 a más años de edad):	a). Ficha de filiación individual b). Ficha de atención de la mujer adolescente o adulta c). Ficha de evaluación de salud mental c). Nomograma para obtener índice de masa corporal (IMC) a partir de talla y peso (Anexo N° 2) e). Ficha odontológica En las mujeres gestantes se adicionará: f). Historia Clínica Perinatal (SIP 2,000) g). Curva de ganancia de peso de la gestante (Anexo N° 2) h). Curva de incremento de altura uterina (Anexo N° 2)
Varones adolescentes (de 12 a 18 años de edad) y varones adultos (de 19 a más años de edad):	a). Ficha de filiación individual b). Ficha de atención del varón adolescente o adulto c). Ficha de evaluación de salud mental c). Nomograma para obtener índice de masa corporal (IMC) a partir de talla y peso (Anexo N° 2) e). Ficha odontológica

3.2.4 Procedimientos de actualización de las tarjetas índice

Si uno de los miembros abandona la familia o forma otro hogar, la tarjeta del kárdex original será reemplazada por otra con los datos actualizados y se procederá a:

- Abrir una nueva tarjeta índice con los datos del nuevo hogar (en caso de mantenerse como residente dentro del ámbito), indicando al nuevo jefe de familia y usando su apellido para guardarla en orden alfabético.

- Abrir una tarjeta índice con los datos de la persona (en caso de ya no ser residente) y archivarla usando su apellido para el orden alfabético.
- Si la persona regresara al hogar original, se procederá a incorporarla nuevamente, si comparte la alimentación; si no la comparte, se abrirá otra carpeta y tarjeta índice.

Es necesario tener en cuenta que existen personas con más de un hogar. En este caso, la historia clínica individual de la persona se guardará sólo en una de las carpetas y la otra llevará una anotación al respecto; también deberá tener dos tarjetas índices. Es importante mantener la confidencialidad de esta información.

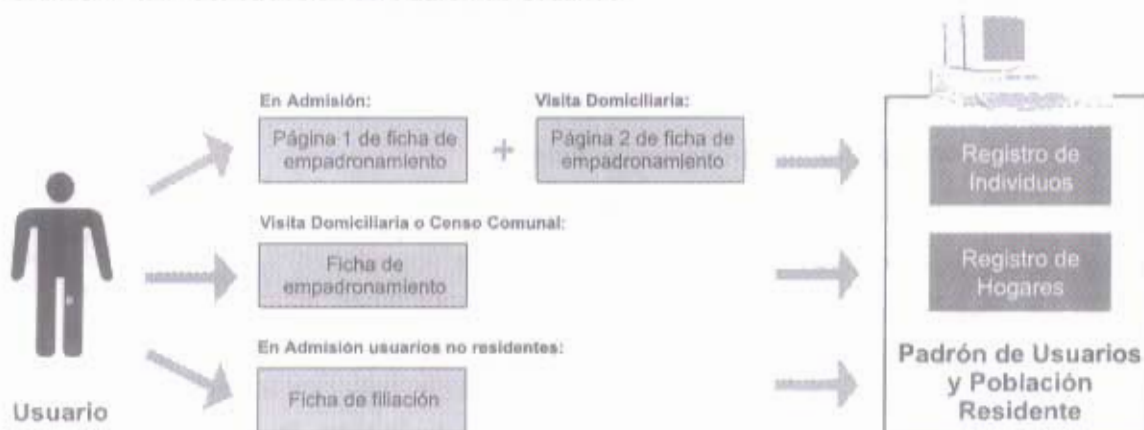
3.3 CONSTRUCCIÓN DEL PADRÓN DE USUARIOS Y DE POBLACIÓN RESIDENTE Y MANEJO DE REGISTROS EN LA UNIDAD DE ADMISION

3.3.1 Modalidades de construcción del padrón de usuarios y de población residente

El padrón de usuarios se construye a través de tres procedimientos (Gráfico N° 3.4):

- Llenado de la ficha de filiación individual a usuarios del servicio.
- Llenado de la ficha de empadronamiento (página 1 realizada en la unidad de admisión y página 2 por medio de una visita domiciliar programada).
- Empadronamiento como parte del trabajo extramural regular o como censo comunal de un sector o de todo el ámbito de salud.

Gráfico N° 3.4: Construcción del Padrón de Usuarios



3.3.2 Procedimientos de la Unidad de Admisión respecto a la construcción del padrón de usuarios y al manejo de los registros de atención

Las tareas regulares que deben ser implementadas respecto al manejo de los registros de atención del establecimiento en la Unidad de Admisión son las siguientes:

- El llenado y actualización de las hojas de filiación y la 1ª página de la ficha de empadronamiento durante la admisión general.
- El llenado y actualización de las tarjetas índice del kárdex o del listado de identificación.
- El control inicial de la calidad del registro de atenciones del personal de salud (en las hojas del sistema de información).
- El envío de lotes de formularios a ser digitados al nodo de procesamiento de información que le corresponda (en el mismo establecimiento o en el centro de salud sede de la Micro Red).
- El archivo de los lotes procesados.

Las dos primeras tareas ya han sido mencionadas en los procedimientos de búsqueda y apertura de historias clínicas (ver numerales 3.2.1 y 3.2.2).

El procedimiento de control inicial de la calidad del registro de las atenciones se aplica diariamente al final de cada turno de atención y sigue estos pasos:

1. Se recoge las hojas de filiación nuevas o las modificadas y las hojas de registro de atención diaria de todo el personal del establecimiento.
2. Se revisa todas las hojas recolectadas y se detecta:
 - Que se haya registrado todas las atenciones en cada consultorio, comparando los números de las historias clínicas, el formato de seguimiento de historias clínicas y las hojas de registro de atenciones.
 - Que el número de Historia Clínica coincida con el anotado en la hoja de registro de atenciones.
 - Que todos los campos están llenados.
 - Que todos los códigos necesarios hayan sido consignados.
3. Se completa o corrige con el personal que hizo el registro, los vacíos o errores encontrados en las hojas de registro de atención diaria.
4. Se almacena las hojas de filiación nuevas y las hojas de registro de atenciones en un folder hasta que finalice el día (para los establecimientos que tienen computadora) o hasta que finalice la semana (para los establecimientos que deben remitir su información a un nodo de procesamiento).

El procedimiento de envío de los lotes de formularios para su digitación se aplica semanalmente y sigue estos pasos:

1. Se prepara el "lote" con los formularios llenados durante el(los) día(s) anterior(es) o durante la semana, dependiendo si el establecimiento respectivamente tiene o no computadora (puede contener hojas de filiación, hojas de registro diario de atenciones, recetas y órdenes):
 - Se llena la ficha de ruta con los datos básicos del lote organizado.
 - Se registra el lote en un cuaderno de control de procesamiento, para llevar la cuenta de los lotes enviados, digitados y recuperados (Anexo N°7).
2. Se remite al nodo de procesamiento el lote de registro organizado, consignando en el cuaderno de control del procesamiento la fecha de envío. Al momento de entregar el lote, se hace firmar un cargo en el cuaderno de control de procesamiento y se recoge los lotes procesados que fueron enviados la semana anterior y los reportes básicos obtenidos con la información procesada hasta el momento.
3. El lote recogido se archiva en la Unidad de Admisión.
4. Se entrega al encargado del establecimiento y al personal los listados o informes obtenidos luego del procesamiento de los lotes.

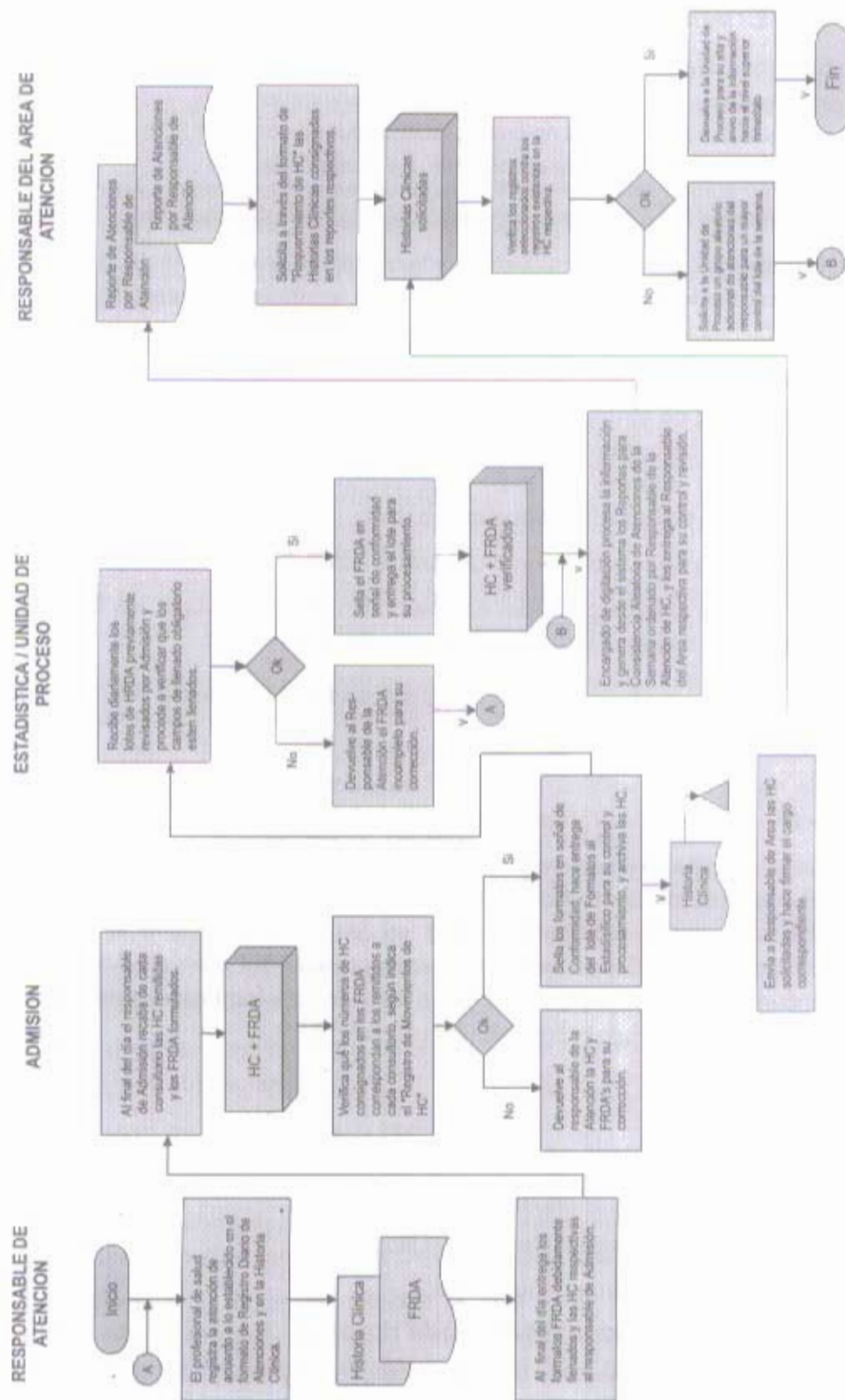
En cuanto al **archivo de los lotes procesados**, los pasos a seguir son los siguientes:

1. Se revisa en el cuaderno de control de procesamiento que todos los datos sobre el lote se encuentren llenados.
2. Se guarda el lote en un archivador, siguiendo el orden cronológico descrito en el cuaderno de control de procesamiento. Los procedimientos señalados varían para los centros de salud en los cuales funciona el nodo de procesamiento. En estos casos, el responsable del Área de Admisión se encarga de realizar el control de calidad de la información y se sigue de manera diaria el flujo indicado en el gráfico N° 3.5.

3.3 ANEXOS:

- Anexo 1: Ficha de Filiación
- Anexo 2: Formatos de las Historias Clínicas
- Anexo 3: Formatos de la Carpeta del Hogar
- Anexo 4: Registros de Seguimiento
- Anexo 5: Tarjeta Índice Individual o del Hogar
- Anexo 6: Hoja de Registro de Atenciones
- Anexo 7: Esquema del Cuaderno de Control de Procesamiento

Gráfico N° 3.5:
Procedimiento de Control de Calidad de la Información en un Establecimiento con Capacidad de Procesamiento



ANEXO N° 1

FICHA DE FILIACIÓN

- Ficha de Filiación Individual de las Historias Clínicas
- Instructivo de la Ficha de Filiación



ESTABLECIMIENTO: _____

FICHA DE FILIACIÓN

FECHA DE REGISTRO: _____

ZONIFICACIÓN: _____

I. DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE USUARIO	N° HISTORIA CLÍNICA	N° CARPETA DEL HOGAR	N° HISTORIA CLÍNICA ANTERIOR
APELLIDO PATERNO			
APELLIDO MATERNO			
PRIMER NOMBRE			
SEGUNDO NOMBRE			
ÚLTIMO NOMBRE			
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (LE 6 DNI)	
	A M D		
SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	
M F	CY C V D SE S NA SI	CY: PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR ESPECIAL SUP. PROF. NA SI	
		Nombre de Institución:	
DOMICILIO ACTUAL			
NOMBRE DE LA CALLE, AV., JR., PASAJE		NUMERO	INTERIOR PISO MANZANA LOTE REFERENCIA
SECTOR	GRUPO	ETAPA	COMITÉ
NOMBRE DEL CENTRO POBLADO			TIPO CENTRO POBLADO
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	
TELÉFONO	TELÉFONO		

II. DATOS DEL INFORMANTE / REFERENCIA PARA EMERGENCIA / NOMBRE DE LOS PADRES

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
TELÉFONO	TELÉFONO	PARENTESCO

III. OBSERVACIONES

TIPO DE USUARIO:

RP = Residente Permanente: habita por un periodo mayor e igual a 6 meses

RT = Residente Temporal: habita por un periodo menor a 6 meses

TR = En Tránsito Regular: persona con domicilio fuera de ámbito

TO = En tránsito Ocasional: persona que asiste eventualmente

- [illegible]

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE FILIACIÓN

El presente instructivo desarrolla de manera sencilla y clara el correcto llenado de cada uno de las variables de la Ficha de Filiación. La Ficha de Filiación contiene los datos necesarios para la identificación y ubicación del individuo y es empleada cuando éste se acerca por primera vez al establecimiento a hacer uso de algún servicio de salud, ya sea en el servicio de Admisión o de Emergencia. Este formato de filiación se divide en tres partes:

- La primera parte, corresponde a los **DATOS DEL PACIENTE**, donde se registran todos los datos necesarios para identificar y ubicar al usuario.
- La segunda parte, está relacionada a los **DATOS DEL INFORMANTE**, donde se registran los datos de la persona que acompaña al usuario.
- La tercera parte, **OBSERVACIONES**, donde se registra algún dato adicional que el responsable crea necesario.

Una vez registradas las fichas, éstas son procesadas para así contar con una base de datos de usuarios del establecimiento, por ello es recomendable que sea llenada con letra de imprenta, para que en el proceso de digitación no se presente problemas de letra ilegible y así pueda existir veracidad en los datos.

I. DESCRIPCION Y REGISTRO

ESTABLECIMIENTO: Escribir el nombre del establecimiento. Este puede venir pre-impresso o con un sello. *Ejemplo:*

ESTABLECIMIENTO:	H.M.I SAN JOSE
------------------	----------------

FECHA DE REGISTRO: Escribir el día, mes y año de la inscripción o filiación del usuario al establecimiento de salud. *Ejemplo:*

FECHA:	24 / 03 / 2000
--------	----------------

ZONIFICACION: Escribir el nombre de la zona a la cual pertenece el afiliado, de acuerdo a la clasificación del ámbito establecida por el jefe del establecimiento de salud, para fines de poder realizar el seguimiento al usuario. *Ejemplo:*

ZONIFICACION	ZONA A
--------------	--------

I. DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE USUARIO: En este campo se escribe la sigla del tipo de Grupo de Población al cual pertenece el usuario, que puede ser: -

- **RP: Residente Permanente:** Es aquel individuo que habita en el ámbito de salud por un periodo mayor e igual a seis meses.
- **RT: Residente Temporal:** Es aquel individuo que habita en el ámbito de salud por un periodo menor a los seis meses.
- **TR: En Tránsito Regular:** Es el escolar o persona con domicilio fuera del ámbito de salud, pero cuyo centro educativo y centro laboral respectivamente se ubica en el ámbito.
- **TO: En Tránsito Ocasional:** Son los viajeros, turistas y personas que acuden eventualmente al establecimiento.

Ejemplo: Un usuario se acerca al servicio de admisión y al preguntársele por el tiempo que viene residiendo en el ámbito, señala que tiene aproximadamente cuatro (4) meses, entonces se escribirá RT, ya que es un poblador de tipo residente temporal.

TIPO DE USUARIO:
RT

Nº. HISTORIA CLINICA: Se registra cada número de la Historia Clínica del usuario, en cada uno de los casilleros de este campo.

- Si el establecimiento de salud maneja Carpetas del Hogar, se deberá identificar al integrante de la familia que solicita atención, escribiendo el número de la Carpeta del Hogar seguido de un guión y su número correlativo de identificación.
- Esta numeración que se aplica al individuo corresponde a un número de orden familiar que tiene relación con el jefe de su hogar, de acuerdo a lo señalado en el Manual de Admisión:

- 00: Titular o jefe del Hogar
- 01: Esposa o conviviente del titular
- 02 al 09: Hijos en orden cronológico de sus edades
- 10: Padre del titular
- 11: Madre del titular
- 12 al 20: Otros miembros de la familia (se puede incluir sobrino/a, tío/a, etc.)

- Si el paciente ingresa por Emergencia y no tiene historia clínica, se le deberá abrir la historia clínica y su ficha de filiación.

Nº CARPETA DEL HOGAR: Si el establecimiento de salud maneja Carpetas del Hogar, se escribirá cada número en cada uno de los casilleros.

Ejemplo: Un usuario es considerado transeúnte, entonces solamente se registrará el número de su historia clínica.

Nº HISTORIA CLINICA						
6	6	9	5	1		

Ejemplo: El usuario tiene Carpeta del Hogar y es el segundo hijo del titular, entonces se registrará de la siguiente manera:

Nº HISTORIA CLINICA						
1	4	6	8	9	-	0 3

Nº CARPETA DEL HOGAR				
1	4	6	8	9

Nº. HISTORIA CLINICA ANTERIOR: Este número corresponde al número historia con el que se identificaba al usuario hasta el momento que se realizó el cambio de numeración para trabajar con carpetas del hogar. Se registra cada número de la Historia Clínica Anterior del usuario, en cada uno de los casilleros de este campo.

Nº HISTORIA CLINICA				
4	6	9	1	

APELLIDO PATERNO: Se escribe cada letra del apellido paterno del usuario en cada uno de los casilleros.

APELLIDO MATERNO: Se escribe cada letra del apellido materno del usuario en cada uno de los casilleros.

PRIMER NOMBRE: Se escribe cada letra del primer nombre del usuario en cada uno de los casilleros.

SEGUNDO NOMBRE: Se escribe cada letra del segundo nombre del usuario en cada uno de los casilleros.

ULTIMO NOMBRE: Se escribe cada letra del último nombre del usuario en cada uno de los casilleros.

- Si el primer nombre del usuario es compuesto (por ejemplo, María del Pilar), éste se registrará en el campo *Primer Nombre*.
- Si la paciente es de sexo femenino y estado civil casada, se escriben sus apellidos de soltera.

Ejemplo: El Registro de la usuaria Delia Leonisia Castro Quinto será (en la pag. Sgte.)

APELLIDO PATERNO														
C	A	S	T	R	O									
APELLIDO PATERNO														
Q	U	I	N	T	O									
PRIMER NOMBRE														
D	E	L	I	A										
SEGUNDO NOMBRE														
L	E	O	N	I	S	I	A							
ULTIMO NOMBRE														
.														

FECHA DE NACIMIENTO: Se escribe en cada uno de los casilleros el día, el mes y el año de nacimiento del usuario.

Para el mes y el día considerar dos dígitos.

Para el año se debe considerar los cuatro dígitos.

Ejemplo: El usuario señala que nació el 18 de Enero de 1997. Se escribe en el primer casillero el número 18, en el segundo el 01 y en el tercer casillero el número 1970.

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)		
18	01	1970

EDAD: Se escribe en cada casillero la edad cumplida del paciente y se marca con un aspa (X) la letra correspondiente si está referida a días (D), meses (M) o años (A).

Ejemplo 01: El usuario tiene 30 años. Se escribe en el primer casillero el 3, en el segundo el 0 y se marca con el aspa la letra A.

EDAD				
3	0	X	M	D

Ejemplo 02: El usuario tiene 03 meses de edad. Se escribe en el primer casillero el 0, en el segundo el 3 y se marca con el aspa la letra M.

EDAD				
0	3	A	X	D

- Es recomendable completar estos dos campos fecha de nacimiento y edad. Pero es obligatorio que vaya al menos uno de ellos, para fines de generación del número autogenerated del usuario.

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: Se escribe en cada casillero el número de la Libreta Electoral o el Documento Nacional de Identidad (DNI) que tuviere el usuario.

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (LE ó DNI)									
3	5	4	3	4	8	8	0		

SEXO: Se marca un aspa (X) el sexo del usuario, según corresponda.

M = Masculino

F = Femenino

Ejemplo: Si el usuario es del sexo femenino, se marcará un aspa en la letra F.

SEXO	
M	X

ESTADO CIVIL: Se marca un aspa (X) cualquiera de las letras señaladas según el estado civil que manifieste el usuario:

CV	= Conviviente
C	= Casado
V	= Viudo
D	= Divorciado
SE	= Separado
S	= Soltero
NA	= No Aplica
S/I	= Sin Información

- Esta variable será utilizada solamente cuando el usuario es mayor e igual a 14 años.
- **NA**, son aquellos usuarios propios de su edad (menores e iguales a 13 años), que no caen aún en este estado.
- **S/I**, es para aquellos casos en que el usuario no sabe o no desea dar este dato.

Ejemplo: Un usuario de 18 años manifiesta ser soltero, se marcará con un aspa el casillero S.

ESTADO CIVIL							
CV	C	V	D	SE	X	NA	S/I

GRADO DE INSTRUCCIÓN: En este campo se registra un aspa (X), según sea el grado de educación del usuario:

INICIAL	= Inicial
PRIMARIA C	= Primaria Completa
PRIMARIA I	= Primaria Incompleta
SECUNDARIA C	= Secundaria Completa
SECUNDARIA I	= Secundaria Incompleta
SUPERIOR UC	= Superior Universitaria Completa
SUPERIOR UI	= Superior Universitaria Incompleta
SUPERIOR TC	= Superior Técnica Completa
SUPERIOR TI	= Superior Técnica Incompleta
ESPECIAL	= Educación Especial
SIN INST.	= Sin Instrucción (no sabe leer ni escribir)
NA	= No Aplica
S/I	= Sin Información

La **Educación Especial** es el tipo de educación que reciben las personas o niños que presentan alguna minusvalía.

NA, son aquellos usuarios menores e iguales a 01 año.

S/I, es para aquellos casos en que el usuario no sabe o no desea dar este dato.

Ejemplo: El usuario manifiesta haber concluido una carrera técnica, entonces se marcará SUPERIOR TC

GRADO DE INSTRUCCIÓN												
INICIAL	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR				ESPECIAL	SIN INST.	NA	SI
	C	I	C	I	UC	UR	X	TI				

NOMBRE DE INSTITUCION

En este campo se registra el nombre del colegio, instituto o universidad a la que pertenece el usuario. Si señala que cuenta con secundaria o Superior completa, no se escribe nada.

Nombre de Institución:	
------------------------	--

DOMICILIO ACTUAL: Se escribe el domicilio donde reside el paciente en el momento de la atención

- En el campo Referencia, se escribe alguna información adicional para ubicar la dirección, tal como paradero, etc.
- En Tipo de Centro Poblado, se escribe la categoría que corresponde según la clasificación legal: Pueblo Joven, Anexo, Caserio, Urbanización, Asociación de Viviendas, etc.

Ejemplo: La usuaria vive en la Avenida José Carlos Mariátegui número 1530 de la 3ra. etapa Comité 2 en el distrito de Villa El Salvador.

DOMICILIO ACTUAL												
NOMBRE DE LA CALLE, AV., JR., PASADIZO		NÚMERO	INTERIOR	PISO	MANZANA	LOTE	REFERENCIA					
AV. JOSE CARLOS MARIATEGUI		1530										
SECTOR	GRUPO		ETAPA				COMITÉ					
			3ra.				2					
NOMBRE DEL CENTRO POBLADO							TIPO CENTRO POBLADO					
DISTRITO		PROVINCIA				DEPARTAMENTO						
VILLA EL SALVADOR		LIMA				LIMA						

TELÉFONO: Existen dos campos para registrar uno o dos teléfonos donde puede ser ubicado el usuario mientras esté haciendo uso de los servicios de salud del establecimiento. En estos campos se registran los siete dígitos del teléfono de referencia. Si no cuenta con teléfono se escribe una raya (—). **Ejemplo:**

TELÉFONO
2920687

TELÉFONO
—

II. DATOS DEL INFORMANTE / REFERENCIA PARA EMERGENCIA / NOMBRE DE LOS PADRES

En este recuadro se registrarán los datos de la persona que acompaña al usuario en el establecimiento, ya sea por Consulta Externa o por Emergencia.

APELLIDO PATERNO: Se escribe el apellido paterno del informante.

APELLIDO MATERNO: Se escribe el apellido materno del informante.

NOMBRE: Se escribe el nombre del informante.

Ejemplo:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
SERAS	CERNA	CECILIA

TELÉFONO: Existen dos campos para registrar uno o dos teléfonos donde puede ser ubicado el informante. En estos campos se registran los siete dígitos del teléfono de referencia. Si no cuenta con teléfono se escribe una raya (—). **Ejemplo:**

TELÉFONO
—

TELÉFONO
—

PARENTESCO: Se escribe el tipo de relación existente entre el informante y el usuario, que pueden ser de tipo familiar o no familiar.

- En el caso que no señalen el dato se escribirá *Sin Información*. **Ejemplo:**

PARENTESCO
VECINO

III. OBSERVACIONES

El responsable podrá escribir cualquier referencia que crea conveniente resaltar durante el proceso de admisión.

Modelo de Registro de Ficha de Filiación



ESTABLECIMIENTO: **HMI - SAN JOSE**
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

FICHA DE FILIACION

FECHA DE REGISTRO: **24/03/2000** ZONIFICACION: **ZONA "A"**

I. DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE USUARIO RT	Nº HISTORIA CLINICA 14689-03	Nº CARPETA DEL HOGAR 14689	Nº HISTORIA CLINICA ANTERIOR 4691						
APELLIDO PATERNO CASTRO									
APELLIDO MATERNO QUINTO									
PRIMER NOMBRE DELIA									
SEGUNDO NOMBRE LEONISIA									
ULTIMO NOMBRE -									
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) 18/01/1970	EDAD 30 <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (D.E. Y DNI) 35434380							
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> SI	GRADO DE INSTRUCCION <table border="1"> <tr> <td>PRIMARIA</td> <td>SECUNDARIA</td> <td>SUPERIOR</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I</td> <td><input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> N</td> <td><input type="checkbox"/> E</td> </tr> </table>		PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> E
PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR							
<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> E							
Nombre de Institución:									
DOMICILIO ACTUAL									
NOMBRE DE LA CALLE, AV., JR., PSJE Av. José Carlos Mariátegui		NUMERO INTERIOR 1530	MANZANA						
SECTOR	GRUPO	ETAPA	COMITE						
		309	2						
NOMBRE DEL CENTRO POBLADO			TIPO CENTRO POBLADO						
DISTRITO VILLA EL SALVADOR			PROVINCIA LIMA						
			DEPARTAMENTO LIMA						
TELEFONO 2920687	TELEFONO -								

II. DATOS DEL INFORMANTE / REFERENCIA PARA EMERGENCIA / NOMBRE DE LOS PADRES

APELLIDO PATERNO SERAS	APELLIDO MATERNO CERNA	NOMBRE CECILIA
TELEFONO	TELEFONO	PARENTESCO VECINA

III. OBSERVACIONES

TIPO DE USUARIO:

RP=Residente Permanente: habita por un período mayor e igual a 6 meses

RT=Residente Temporal: habita por un período menor a 6 meses

TR=En Tránsito Regular: persona con domicilio fuera del ámbito

TO=En Tránsito Ocasional: persona que acude eventualmente

ANEXO N° 2:

FORMATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

- Listas de Chequeo de Signos de Alarma y del Paquete Preventivo Integral
- Ficha de Registro y Protocolo del Test Abreviado
- Curvas de Ganancia de Peso y de Altura Uterina de la Gestante
- Nomograma para Obtener el Índice de Masa Corporal (IMC)

LISTAS DE CHEQUE DE SIGNOS DE ALARMA Y DEL PAQUETE PREVENTIVO INTEGRAL

I. NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

TRIAJE		
Fecha:		
Edad:		
DESCARTE DE SIGNOS DE ALARMA	SI	NO
(Marcar NO, si hizo el control respectivo; y SI si tiene el signo de alarma)		
Vómitos persistentes		
No es capaz de beber o lactar		
Convulsiones		
Letargia o inconsciencia		
Diarrea con deshidratación (sed, irritabilidad)		
Tos y dificultad respiratoria		
Lesiones recientes de traumatismos o quemaduras		
Envenenamiento		
Dolor Abdominal		
ATENCIÓN INTEGRAL		
DESCARTE DE ENFERMEDADES	SI	NO
(Marcar SI, si tiene alguna enfermedad)		
Descarte de enfermedades comunes		
- Descartar EDA		
- Descartar IRA		
- Descartar dermatopatía		
- Descartar parasitosis		
- Descartar anemia y desnutrición		
- Descartar infecciones urogenitales		
Descarte de enfermedades transmisibles locales (malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartolosis, etc.)		
Descarte de alteraciones del aparato locomotor		
CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS	SI	NO
(Marcar SI, si hizo el control respectivo)		
Examen físico y control nutricional		
Evaluación visual y descarte de deficiencia auditiva		
Orientación y manejo de la alimentación		
Suplementación de hierro y Vitamina A (*)		
Control del desarrollo		
Control de salud mental		
Control de inmunizaciones		
Control de salud bucal		
Desparasitación masiva (mayores de 2 años) (*)		
Consejería: Prevención y promoción de la salud (higiene, crianza cuidados generales y alimentación del niño, estimulación temprana, relaciones familiares, resiliencia, reconocimiento y prevención de enfermedades, y prevención de accidentes)		
(*) En establecimientos que lo dispongan		

II. NIÑO DE 5 A 11 AÑOS

TRIAJE		
Fecha:		
Edad:		
DESCARTE DE SIGNOS DE ALARMA	SI	NO
(Marcar NO, si hizo el control respectivo; y SI si tiene el signo de alarma)		
Fiebre		
Vómitos persistentes		
No es capaz de beber o lactar		
Convulsiones		
Letargia o inconsciencia		
Deshidratación (sed, irritabilidad)		
Tos y dificultad respiratoria		
Lesiones recientes de traumatismos o quemaduras		
Envenenamiento		
Dolor Abdominal		
ATENCIÓN INTEGRAL		
DESCARTE DE ENFERMEDADES	SI	NO
(Marcar SI, si tiene alguna enfermedad)		
Descarte de enfermedades comunes:		
- Descartar EDA		
- Descartar IRA		
- Descartar dermatopatía		
- Descartar parasitosis		
- Descartar anemia y desnutrición		
Descarte de enfermedades transmisibles locales (malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartolosis, etc.)		
Descarte de maltrato		
Descarte de alteraciones del aparato locomotor		
CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS	SI	NO
(Marcar SI, si hizo el control respectivo)		
Examen físico y Control nutricional		
Evaluación Visual		
Descarte de deficiencia auditiva		
Consejería en alimentación		
Control del desarrollo		
Control de salud mental y del aprendizaje		
Control de inmunizaciones (en zonas de riesgo fiebre amarilla)		
Control de salud bucal, topiaciones (4 topiaciones al 5° año) y enjuagatorios de flúor (32 por año entre los 6 y 11 años)		
aplicaciones de ionómetro de viridio (3 aplicaciones a los 6 años)		
Desparasitación masiva (de 5 a 11 años) (*)		
Consejería: Prevención y promoción de la salud (higiene, crianza cuidados generales y alimentación del niño, estimulación temprana, relaciones familiares, resiliencia, reconocimiento y prevención de enfermedades, y prevención de accidentes)		
(*) En establecimientos que lo dispongan		

III. ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS

TRIAJE		
Fecha:		
Edad:		
DESCARTE DE SIGNOS DE ALARMA	SI	NO
(Marcar NO, si hizo el control respectivo; y SI si tiene el signo de alarma)		
Tos y dificultad respiratoria		
Presión arterial baja		
Hemoptisis, sangrado nasal o rectal		
Deshidratación (sed, decaimiento)		
Compromiso de sensorio		
Alteraciones del comportamiento		
Lesiones recientes de traumatismos o quemaduras		
Dolor Abdominal		
Envenenamiento		
Fiebre		
Convulsiones		
ATENCIÓN INTEGRAL		
DESCARTE DE ENFERMEDADES	SI	NO
(Marcar SI, si tiene alguna enfermedad)		
Descarte de enfermedades comunes:		
- Descartar EDA		
- Descartar IRA		
- Descartar dermatopatía		
- Descartar parasitosis		
- Descartar anemia y desnutrición		
- Descartar infección urinaria en mujeres		
- Descartar enfermedades de transmisión sexual		
Descarte de enfermedades transmisibles locales (malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartolosis, etc.)		
Descarte de maltrato		
Descarte de alteraciones del aparato locomotor		
CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS	SI	NO
(Marcar SI, si hizo el control respectivo)		
Examen físico y Control nutricional		
Agudeza Visual		
Descarte de deficiencia auditiva		
Control de salud mental y del aprendizaje		
Control de inmunizaciones (antitetánica en mujeres y anti amarilla en zonas de riesgo de fiebre amarilla)		
Control de salud bucal, profilaxis, enjuagatorios de flúor (32 por año a los 12 años) y consejería.		
Desparasitación masiva (de 12 a 14 años) (*)		
Descarte de embarazo y control prenatal entre mujeres		
Orientación en planificación familiar y provisión de métodos anticonceptivos (en mayores de 16 años, si lo solicitan)		
Consejería: Prevención y promoción de la salud (salud reproductiva y prevención del embarazo, prevención del tabaquismo y del abuso de alcohol y drogas, estilos de vida saludables, alimentación y deporte)		
(*) En establecimientos que lo dispongan		

IV. MUJER ADULTA (MAYOR DE 19 AÑOS)

TRIAJE		
Fecha:		
Edad:		
DESCARTE DE SIGNOS DE ALARMA	SI	NO
(Marcar NO, si hizo el control respectivo, y SI si tiene el signo de alarma)		
Dificultad respiratoria o dolor en el pecho		
Presión arterial baja		
Sangrado vagina, hemoptisis, sangrado rectal o nasal		
Vómitos persistentes		
Deshidratación (sed, decaimiento)		
Compromiso de sensorio		
Alteraciones del comportamiento		
Lesiones recientes de traumatismos o quemaduras		
Color Abdominal agudo		
Intoxicación, envenenamiento		
Fiebre		
Cefalea, escotomas o presión arterial baja		
Convulsiones		
APLICAR SOLO EN GESTANTES:	SI	NO
Ausencia de movimientos fetales		
Edema de miembros inferiores		
Ruptura de membranas		
Trabajo de parto o aborto		
Prolapso de cordón umbilical		
ATENCIÓN INTEGRAL		
DESCARTE DE ENFERMEDADES	SI	NO
(Marcar SI, si tiene alguna enfermedad)		
Descarte de enfermedades comunes:		
- Descartar problemas ginecológicos		
- Descartar infección urinaria		
- Descartar enfermedades de transmisión sexual		
- Descartar EDA		
- Descartar IRA		
- Descartar anemia		
Descartar problemas del embarazo		
Descarte de enfermedades transmisibles locales (malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartolosis, etc.)		
Descarte de enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes, artropatías y osteoporosis)		
Descarte de maltrato y violencia familiar		
CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS	SI	NO
(Marcar SI, si hizo el control respectivo)		
Examen físico general y ginecológico (cada año)		
Control de inmunizaciones		
Evaluación y orientación nutricional		
Control de presión / glucosa		
Detección del cáncer de mama (cada año, desde 30 años en MEF y 25 años en gestantes)		
Detección del cáncer de cérvix (Papanicolaou) (cada 3 años, desde 30 años en MEF y 25 años en gestantes)		
Evaluación y orientación en salud mental		
Orientación en planificación familiar y provisión de anticoncepción		
Consejería en estilos de vida saludables (higiene personal, higiene sexual y prevención de ETS, salud reproductiva, autoexamen de mamas, prevención de abuso de alcohol y drogas, alimentación familiar y actividad física)		
EN GESTANTES:	SI	NO
Control y ruido pre-natal		
Batería de exámenes auxiliares (en gestantes) y RPR (puerpera)		
Suplementación de hierro y ácido fólico		
Suplementación de Vitamina A (en puerperas) (*)		
Psicoprofilaxis		
Descarte de violencia familiar		
Control de salud bucal y profilaxis		
Consejería prenatal y en nutrición de la gestante		
Control de puerperio (7* y 30* día)		
(*) En establecimientos que lo dispongan		

V. ADULTO VARÓN (MAYOR DE 19 AÑOS)

TRIAJE		
Fecha:		
Edad:		
DESCARTE DE SIGNOS DE ALARMA	SI	NO
(Marcar NO, si hizo el control respectivo; y SI si tiene el signo de alarma)		
Dificultad respiratoria o dolor en el pecho		
Presión arterial baja		
Sangrado nasal, rectal o hemoptisis		
Vómitos persistentes		
Deshidratación (sed, decaimiento)		
Compromiso del sensorio		
Lesiones recientes de traumatismos o quemaduras		
Dolor Abdominal Agudo		
Intoxicación, envenenamiento		
Febre		
Cefalea, escotomas o presión arterial alta		
Convulsiones		
Retención Urinaria (en mayores de 45 años)		
ATENCIÓN INTEGRAL		
DESCARTE DE ENFERMEDADES	SI	NO
(Marcar SI, si tiene alguna enfermedad)		
Descarte de enfermedades comunes:		
- Descartar de transmisión sexual		
- Descartar EDA		
- Descartar IRA		
- Descartar anemia		
- Descartar enfermedad prostática		
Descarte de enfermedades transmisibles locales (malaria, tuberculosis, dengue, peste, bartolosis, etc.)		
Descarte de enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes, obesidad, artropatías y osteoporosis)		
Descarte de maltrato y violencia familiar		
Descarte de alcoholismo y tabaquismo		
CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS	SI	NO
(Marcar SI, si hizo el control respectivo)		
Examen físico general		
Control de inmunizaciones (en zonas de riesgo de fiebre amarilla)		
Evaluación y orientación nutricional		
Control de presión / glucosa		
Evaluación y control de salud mental		
Orientación en planificación familiar		
Control de salud bucal		
Detección del cáncer de próstata y colon (en mayores de 45 años)		
Consejería en estilos de vida saludables (higiene personal e higiene sexual, prevención de abuso de alcohol y drogas, alimentación familiar actividad física)		

FINAL DE REGISTRO Y PROTOCOLO DEL TEST ABREVIADO

Nombre del Niño: _____

Nro. de Historia Clínica _____

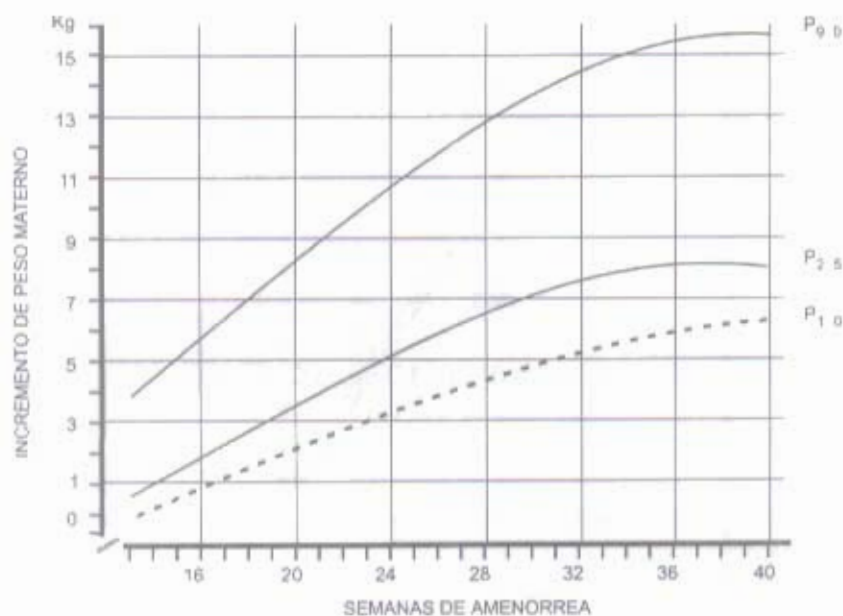
Desarrollo psicomotor: Normal (N) En déficit (D)

Edad de Evaluación	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	8 meses	12 meses	15 meses	18 meses	21 meses	3 años	4 años
Fecha de evaluación											
Examinador											
1 mes	1 (S) Fija la mirada en el rostro del examinador 2 (L) Reacciona al sonido de la campanilla 3 (M) Aprieta el dedo índice del examinador 4 (C) Sigue con la vista la argolla (áng. 90°) 5 (M) Movimiento de cabeza en posición prona N () D ()			15 meses 31 (MC) Camina solo 32 (C) Introduce la pastilla en la botella 33 (C) Espontáneamente garabatea 34 (C) Coge el tercer cubo conservando los 2 primeros 35 (C) Dice al menos tres palabras N () D ()							
2 meses	6 (S) Mimica en respuesta al rostro del examinador 7 (L,S) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador 8 (C,S) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador 9 (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada 10 (L) Vocaliza dos sonidos diferentes N () D ()			18 meses 36 (L,S) Muestra sus zapatos 37 (M) Camina varios pasos hacia un lado 38 (M) Camina varios pasos hacia atrás 39 (C) Coge el tercer cubo conservando el primero 40 (C) Atrás el cubo con un plato N () D ()							
4 meses	11 (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece 12 (C) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 13 (M) En posición prona se levanta a sí mismo 14 (M) Levanta la cabeza y hombro al ser llevado a posición sentada 15 (L,S) Ríe a carcajadas N () D ()			21 meses 41 (L) Nombra un objeto de los cuatro presentados 42 (L) Repite tres palabras en el momento 43 (C) Construye una torre con tres cubos 44 (L) Dice al menos seis palabras 45 (L,S) Usa palabras para comunicar deseos N () D ()							
6 meses	16 (M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente 17 (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída 18 (C) Coge la argolla por unos segundos 19 (C) Coge el cubo 20 (L,S) Vocaliza cuando se le habla N () D ()			2 años 46 (M) Se para en un pie con ayuda 47 (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados 48 (S) Ayuda en tareas simples 49 (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca 50 (C) Construye una torre con cinco cubos N () D ()							
8 meses	21 (M) Se pone de pie con apoyo 22 (M) Realiza movimientos que asemejan pasos, asistiendo bajo los brazos 23 (C) Coge la pastilla con participación del pulgar 24 (C) Encuentra el cubo bajo el pañal 25 (L,S) Reacciona a los requerimientos verbales N () D ()			3 años 51 (L) Nombra animales (de 8 mencionados) 52 (L) Nombra colores (rojo, azul, amarillo) 53 (C) Copia una cruz 54 (C) Construye torre de ocho cubos 55 (C) Se para en un pie 10 segundos o más N () D ()							
12 meses	26 (S) Camina algunos pasos de la mano 27 (C) Junta las manos en línea media 28 (M) Se pone de pie solo 29 (L,S) Entrega como respuesta una orden 30 (L) Dice al menos dos palabras N () D ()			4 años 56 (L,S) Verbata su nombre y apellido 57 (L) Conoce la utilidad de los objetos (cuchara, lápiz, tiera, jabón) 58 (M) Copia un triángulo 59 (C) Abolona un estuche 60 (C) Camina en punta de pies seis pasos o más N () D ()							

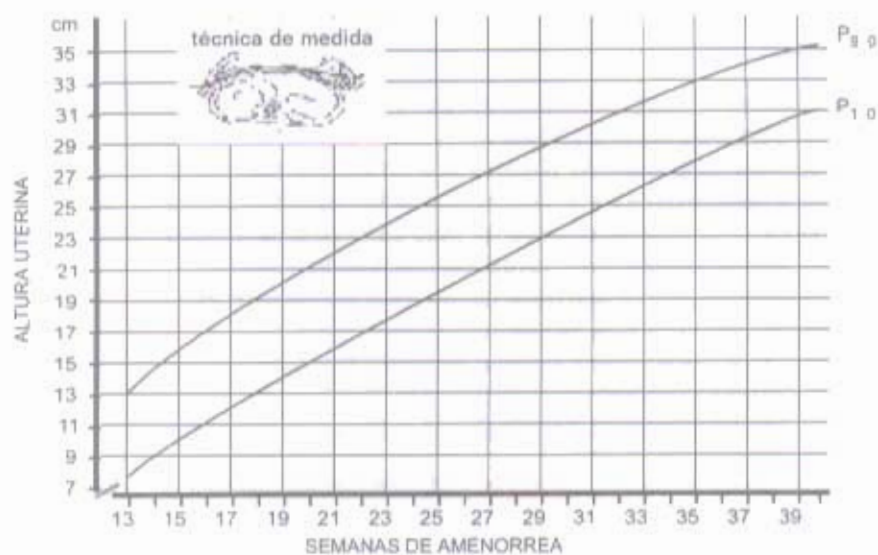
CURVAS DE GANANCIA DE PESO Y DE ALTURA UTERINA DE LA GESTANTE

Historia Clínica N°

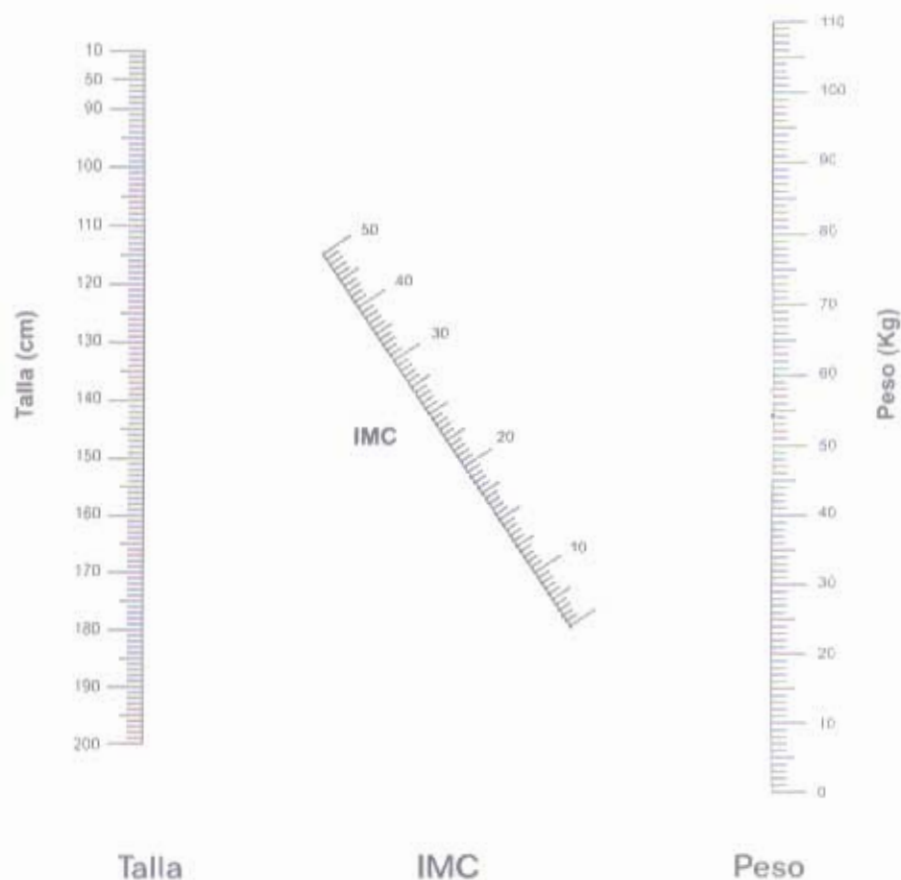
Curva de Ganancia de Peso de la Gestante



Curva de Incremento de Altura Uterina



NOMOGRAMA PARA OBTENER EL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) A PARTIR DE LA TALLA (CM) Y EL PESO (KG) DE LA PERSONA



Instrucciones:

1. Ubicar las tres columnas, de izquierda a derecha: la correspondiente a la talla, al índice de Masa Corporal y al peso de la persona.
2. En la columna de la izquierda, ubicar la talla en centímetros de la persona. Fijarse que los números en esta columna aumentan de arriba hacia abajo de la columna.
3. En la columna de la derecha, ubicar el peso de la persona en kilogramos. Fijarse que los números en esta columna aumentan de abajo hacia arriba.
4. Colocar una regla y con un lápiz trazar una línea que una los dos puntos del peso y la talla, de tal manera que cruce la columna del centro.
5. Fijarse en el valor que cruza la columna del centro. Este valor corresponde al Índice de Masa Corporal de la persona (IMC).
6. Registrar el valor del Índice de Masa Corporal de la persona en la historia clínica.

Fuente: WHO, Technical Report Series No. 854. The use and interpretation of anthropometry. Ginebra, 1995

ANEXO N° 3:

FORMATOS DE LA CARPETA DEL HOGAR

- Carpeta del Hogar
- Ficha de empadronamiento del hogar (página 1)
- Ficha de empadronamiento del hogar (página 2)
- Ficha de seguimiento del hogar (página 3 de la Carpeta)

CARATULA DE LA CARPETA DEL HOGAR

[illegible]

EMPADRONAMIENTO DE HOGARES E IDENTIFICACION DE USUARIOS

1. ESTABLECIMIENTO DE SALUD										2. NIVEL CARPETA DEL HOGAR		3. NIVEL DE FORTALECIMIENTO	
NOMBRE				NIVEL DE SALUD		CATEGORÍA		CATEGORÍA		CATEGORÍA			
SECCIÓN I: UBICACIÓN GEOGRÁFICA										SECCIÓN II: UBICACIÓN MUESTRAL			
4. DISTRITO				5. PROVINCIA		6. DISTRITO		7. ZONA		8. SECTOR			
9. DISTRITO				10. PROVINCIA		11. DISTRITO		12. ZONA		13. SECTOR			
14. NOMBRE DE LA CALLE				15. NÚMERO DE LA CALLE		16. NÚMERO DE LA CALLE		17. NÚMERO DE LA CALLE		18. NÚMERO DE LA CALLE			
SECCIÓN III: CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DE HOGAR										SECCIÓN IV: RESULTADOS DE VISITA			
19. NOMBRE DEL INFORMANTE										20. RESULTADOS DE VISITA			
21. NOMBRE DEL INFORMANTE										22. RESULTADOS DE VISITA			
23. NOMBRE DEL INFORMANTE										24. RESULTADOS DE VISITA			
25. NOMBRE DEL INFORMANTE										26. RESULTADOS DE VISITA			
27. NOMBRE DEL INFORMANTE										28. RESULTADOS DE VISITA			
29. NOMBRE DEL INFORMANTE										30. RESULTADOS DE VISITA			
31. NOMBRE DEL INFORMANTE										32. RESULTADOS DE VISITA			
33. NOMBRE DEL INFORMANTE										34. RESULTADOS DE VISITA			
35. NOMBRE DEL INFORMANTE										36. RESULTADOS DE VISITA			
37. NOMBRE DEL INFORMANTE										38. RESULTADOS DE VISITA			
39. NOMBRE DEL INFORMANTE										40. RESULTADOS DE VISITA			
41. NOMBRE DEL INFORMANTE										42. RESULTADOS DE VISITA			
43. NOMBRE DEL INFORMANTE										44. RESULTADOS DE VISITA			
45. NOMBRE DEL INFORMANTE										46. RESULTADOS DE VISITA			
47. NOMBRE DEL INFORMANTE										48. RESULTADOS DE VISITA			
49. NOMBRE DEL INFORMANTE										50. RESULTADOS DE VISITA			
51. NOMBRE DEL INFORMANTE										52. RESULTADOS DE VISITA			
53. NOMBRE DEL INFORMANTE										54. RESULTADOS DE VISITA			
55. NOMBRE DEL INFORMANTE										56. RESULTADOS DE VISITA			
57. NOMBRE DEL INFORMANTE										58. RESULTADOS DE VISITA			
59. NOMBRE DEL INFORMANTE										60. RESULTADOS DE VISITA			
61. NOMBRE DEL INFORMANTE										62. RESULTADOS DE VISITA			
63. NOMBRE DEL INFORMANTE										64. RESULTADOS DE VISITA			
65. NOMBRE DEL INFORMANTE										66. RESULTADOS DE VISITA			
67. NOMBRE DEL INFORMANTE										68. RESULTADOS DE VISITA			
69. NOMBRE DEL INFORMANTE										70. RESULTADOS DE VISITA			
71. NOMBRE DEL INFORMANTE										72. RESULTADOS DE VISITA			
73. NOMBRE DEL INFORMANTE										74. RESULTADOS DE VISITA			
75. NOMBRE DEL INFORMANTE										76. RESULTADOS DE VISITA			
77. NOMBRE DEL INFORMANTE										78. RESULTADOS DE VISITA			
79. NOMBRE DEL INFORMANTE										80. RESULTADOS DE VISITA			
81. NOMBRE DEL INFORMANTE										82. RESULTADOS DE VISITA			
83. NOMBRE DEL INFORMANTE										84. RESULTADOS DE VISITA			
85. NOMBRE DEL INFORMANTE										86. RESULTADOS DE VISITA			
87. NOMBRE DEL INFORMANTE										88. RESULTADOS DE VISITA			
89. NOMBRE DEL INFORMANTE										90. RESULTADOS DE VISITA			
91. NOMBRE DEL INFORMANTE										92. RESULTADOS DE VISITA			
93. NOMBRE DEL INFORMANTE										94. RESULTADOS DE VISITA			
95. NOMBRE DEL INFORMANTE										96. RESULTADOS DE VISITA			
97. NOMBRE DEL INFORMANTE										98. RESULTADOS DE VISITA			
99. NOMBRE DEL INFORMANTE										100. RESULTADOS DE VISITA			

SECCIÓN IV: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA			
MATERIALES PREDOMINANTES EN			
(29) Las Paredes exteriores de su vivienda	(30) Los Pisos de su vivienda	(31) El techo de su vivienda	(32) La vivienda tiene servicio higiénico conectado a:
1. Ladrillo / Cemento 2. Adobe / Tapia 3. Oritina / Piedra en barro 4. Madera / maderita 5. Estera 6. Sin pared 97. Otro ¿Cuál? 99. Sin información	1. Parquet / Madera 2. Loseta o similares 3. Cemento 4. Tierra / Arena 97. Otro ¿Cuál? 99. Sin información	1. Cemento / Concreto 2. Madera 3. Teja 4. Calamina 5. Estera / caña con barro 6. Hojas 7. Techo con cobertura 97. Otro ¿Cuál? 99. Sin información	(32) La vivienda tiene servicio higiénico conectado a: (Escriba en un círculo el número que corresponda) 1. Red pública dentro de la vivienda 2. Pídon de uso público 3. Pozo (agua de sub-suelo) 4. Río, acequia, manantial 5. Camión tanque, aguatero 97. Otro ¿Cuál? 99. Sin información
(34) Tipo de combustible para cocinar (principal) (Escriba en un círculo el número que corresponda) 1. Gas 2. Kerosene 3. Electricidad 4. Carbón 5. Leña 6. No cocina 97. Otros ¿Cuál? 99. Sin información	(35) Tipo de alumbrado de la vivienda (principal) (Escriba en un círculo el número que corresponda) 1. Eléctrico 2. Combustible: Kerosene / Gas 3. Vela 4. Ningún tipo de alumbrado 97. Otros ¿Cuál? 99. Sin información	(36) ¿Cuántas habitaciones utiliza para dormir, sin contar baños y cocina? Añade en el recuadro	(37) ¿Tiene algunos de los siguientes artefactos? (Escriba en un círculo todos los números que correspondan) 1. TV color 2. TV Blanco y Negro 3. Equipo de sonido 4. Radio 5. Teléfono 6. Plancha 7. Lavadora 8. Refrigeradora 9. Ninguno 97. Otros ¿Cuál? 99. Sin información
(38) Tipo de combustible para calentar agua (Escriba en un círculo el número que corresponda) 1. Gas 2. Kerosene 3. Electricidad 4. Carbón 5. Leña 6. No calienta 97. Otros ¿Cuál? 99. Sin información	(39) Tipo de calefacción (principal) (Escriba en un círculo el número que corresponda) 1. Radiador 2. Calefacción por agua 3. Calefacción por aire 4. Calefacción por suelo 5. Calefacción por radiador 6. Calefacción por radiador 7. Calefacción por radiador 8. Calefacción por radiador 9. Ninguno 97. Otros ¿Cuál? 99. Sin información	(40) ¿Qué hace con la basura? (Escriba en un círculo el número que corresponda) 1. La entrega al camión municipal 2. La entrega al brodo 3. La quema 4. La entierra 5. La arroja a campo abierto 6. La arroja al río / acequia 7. La arroja al contenedor 97. Otros ¿Cuál? 99. Sin información	(41) El abastecimiento de agua en esta vivienda es por: (Escriba en un círculo el número que corresponda) 1. Red pública dentro de la vivienda 2. Pídon de uso público 3. Pozo (agua de sub-suelo) 4. Río, acequia, manantial 5. Camión tanque, aguatero 97. Otro ¿Cuál? 99. Sin información

Manual de Admisión Integral

ANEXO N° 4:

REGISTROS DE SEGUIMIENTO

- Registro de seguimiento de niños menores de 5 años
- Registro de seguimiento de niños de 5 a 11 años
- Registro de seguimiento de adolescentes de 12 a 18 años
- Registro de seguimiento de mujeres adultas (de 19 a más años)
- Registro de seguimiento de gestantes
- Registro de seguimiento de varones adultos

Registro de Seguimiento de Niños Menores de 5 años

[illegible]

Luis Riego (A), Mediano Riego (M) o Baja Riega (B)

*) Colocar Estado de medición: V (verde), A (amarillo), N (naranja) y R (rojo), y la dirección de la evolución en seis (6): \rightarrow , \leftarrow , \uparrow , \downarrow , \nearrow , \searrow .

#3 | Characterize the portfolio using the Equations 20 + 22.

Registro de Seguimiento Adolescentes de 12 a 18 años

[illegible]

Alto Riesgo (A), Mediano Riesgo (M) o Bajo Riesgo (B)

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE MUJERES ADULTAS (19 A MAS AÑOS)										Provincia / Distrito		Comunidad / Centro Poblado (Aveas) Casario, Asoc. Coop. AA.NN.		Comité / Grupo / Etapa / Sector		Manzana / Calle																																																																																																							
Nº H.C.	Nombres y Apellidos	Dirección	Nº de Hoja del Libro de Actas	Fecha de Nacimiento (Día Mes Año)	Edad (en años y días)	Control de asistencia de las mujeres a las reuniones de la comunidad																																																																																																																	
						1 Mes Mayo	2 Febr. Mayo	3 Febr. Mayo	4 Febr. Mayo	5 Febr. Mayo	6 Febr. Mayo	7 Febr. Mayo	8 Febr. Mayo	Fecha de Vinculación Antecedente				Gastos D. NC																																																																																																					
						1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Enzo Riego (A), Medardo Riego (M) e João Riego (B)

Registro de Seguimiento de Gestantes

[illegible]

Allu Rangan (A), Madhavi Rangan (M) o Bayo Rangan (B)

[illegible]

Alir Rango (A), Mediano, Rango (M) y Bajo Rango (B)

ANEXO N° 5

TARJETA ÍNDICE INDIVIDUAL O DEL HOGAR

ESTABLECIMIENTO DE SALUD			Número:
TARJETA ÍNDICE			
Fecha de Inscripción: / /			
Nombre y Apellidos del Usuario No Residente o del Jefe del Hogar de la Población Residente			N° Carpeta del Hogar o de Historia Clínica
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
Dirección:			Centro Poblado:

AÑO	MES	ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO	SERVICIO				
H.C. LA MANA NOMBRE		SEXO	EST. SER.	DIAGNOSTICO DESCRIPCION	TIPO DE DAÑO	ACTIVIDAD DE DESCRIPCION	SITUACION	ETAPAS / SERV. DEL PACO
1	2	3	4					
1	2	3	4	5	6	7	8	9
LOCALIDAD DE RESIDENCIA		ESTADO / SERVICIO PROVENIENCIA						
H.C. LA MANA NOMBRE		SEXO	EST. SER.	DIAGNOSTICO DESCRIPCION	TIPO DE DAÑO	ACTIVIDAD DE DESCRIPCION	SITUACION	ETAPAS / SERV. DEL PACO
1	2	3	4					
1	2	3	4	5	6	7	8	9
LOCALIDAD DE RESIDENCIA		ESTADO / SERVICIO PROVENIENCIA						
H.C. LA MANA NOMBRE		SEXO	EST. SER.	DIAGNOSTICO DESCRIPCION	TIPO DE DAÑO	ACTIVIDAD DE DESCRIPCION	SITUACION	ETAPAS / SERV. DEL PACO
1	2	3	4					
1	2	3	4	5	6	7	8	9
LOCALIDAD DE RESIDENCIA		ESTADO / SERVICIO PROVENIENCIA						
H.C. LA MANA NOMBRE		SEXO	EST. SER.	DIAGNOSTICO DESCRIPCION	TIPO DE DAÑO	ACTIVIDAD DE DESCRIPCION	SITUACION	ETAPAS / SERV. DEL PACO
1	2	3	4					
1	2	3	4	5	6	7	8	9
LOCALIDAD DE RESIDENCIA		ESTADO / SERVICIO PROVENIENCIA						
H.C. LA MANA NOMBRE		SEXO	EST. SER.	DIAGNOSTICO DESCRIPCION	TIPO DE DAÑO	ACTIVIDAD DE DESCRIPCION	SITUACION	ETAPAS / SERV. DEL PACO
1	2	3	4					
1	2	3	4	5	6	7	8	9
LOCALIDAD DE RESIDENCIA		ESTADO / SERVICIO PROVENIENCIA						
H.C. LA MANA NOMBRE		SEXO	EST. SER.	DIAGNOSTICO DESCRIPCION	TIPO DE DAÑO	ACTIVIDAD DE DESCRIPCION	SITUACION	ETAPAS / SERV. DEL PACO
1	2	3	4					
1	2	3	4	5	6	7	8	9
LOCALIDAD DE RESIDENCIA		ESTADO / SERVICIO PROVENIENCIA						
H.C. LA MANA NOMBRE		SEXO	EST. SER.	DIAGNOSTICO DESCRIPCION	TIPO DE DAÑO	ACTIVIDAD DE DESCRIPCION	SITUACION	ETAPAS / SERV. DEL PACO
1	2	3	4					
1	2	3	4	5	6	7	8	9
LOCALIDAD DE RESIDENCIA		ESTADO / SERVICIO PROVENIENCIA						

Capítulo IV

Procedimientos de Archivo

OBJETIVOS DEL PRESENTE CAPÍTULO:

- Describir los procedimientos de organización, conservación y custodia que debe realizar la Unidad de Admisión.
- Describir los procedimientos de distribución, recolección y seguimiento de historias clínicas.

La Unidad de Admisión es la encargada de cumplir con las funciones de Archivo, es decir de la identificación, almacenamiento, seguimiento, control y conservación de las historias clínicas y en general de todos los registros médicos, que constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, contribuyendo por lo tanto a la mejora de la calidad de atención y a la optimización de la gestión de los establecimientos, así como a proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento.

Por tanto, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las historias clínicas desde su apertura, en concordancia con el marco legal vigente (Ley General de Salud) y la normatividad específica; a fin de responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad a las demandas cada vez más exigentes de los usuarios y de los prestadores (personal y establecimientos).

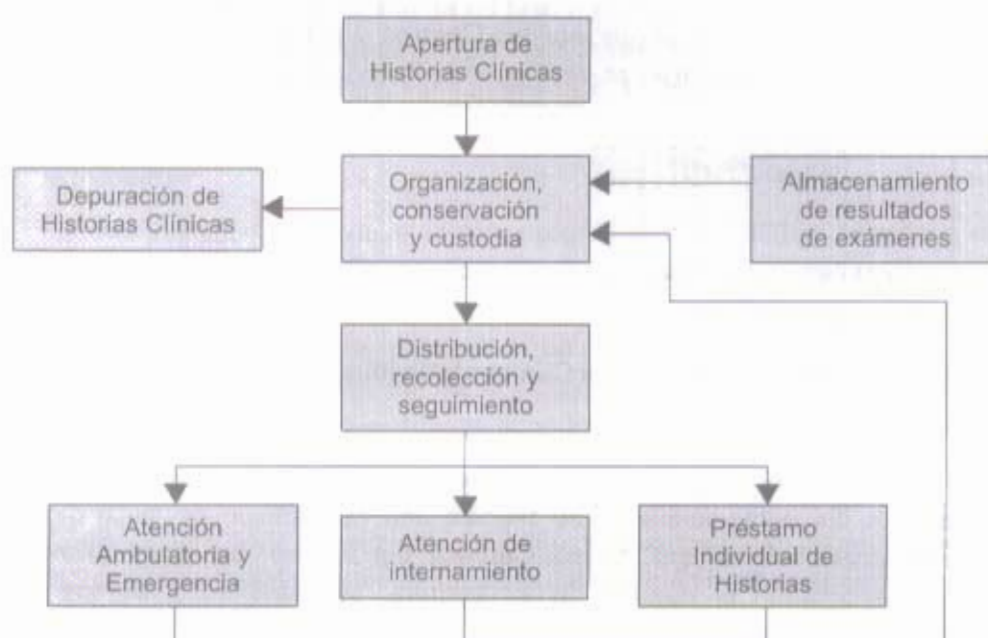
Para ello, es importante asignar los recursos físicos, humanos y materiales necesarios para la organización de un archivo que reúna condiciones óptimas, que permita resguardarlas, conservarlas y tenerlas disponibles. La organización del archivo, así como su adecuado funcionamiento, está relacionado con la aplicación de normas y procedimientos que faciliten las tareas de rutina, promuevan la eficiencia del personal de registros médicos y que se establezca una armonía de trabajo conjunto para atender a las personas.

El proceso completo de archivo de registros médicos se observa en el Gráfico N° 4.1; los procedimientos de archivo son mostrados a continuación.

PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

- Organización, conservación y custodia de las historias clínicas y registros médicos.
- Almacenamiento de los resultados de exámenes auxiliares en las historias clínicas.
- Distribución y recolección de las historias clínicas.
- Seguimiento y control de las historias clínicas.
- Depuración de historias clínicas.

Gráfico 4.1: Flujo de los Procedimientos de Archivo



4.1 PROCEDIMIENTOS DE ORGANIZACIÓN, CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLÍNICAS

La historia clínica es de propiedad física del establecimiento y se encuentra en custodia de la Unidad de Admisión; la propiedad intelectual corresponde al establecimiento de salud; el cual es, por tanto, responsable de su organización, conservación y custodia. Para ello, es esencial la adecuada identificación y numeración de las historias clínicas, así como su correcto archivo y conservación

4.1.1 Numeración de las Historias Clínicas:

Para los pobladores residentes en el ámbito de responsabilidad del establecimiento, las Historias Clínicas Individuales de los miembros de un hogar se organizarán dentro de la Carpeta del Hogar. Para los usuarios del

establecimiento que no sean residentes, las historias clínicas serán archivadas individualmente dentro de la categoría de Transeúntes, ya que estos usuarios no están sujetos a seguimiento poblacional.

El esquema básico de numeración de las historias clínicas está en función de esta organización. Un residente tendrá tres números que lo identifiquen: el Número de historia clínica, su código autogenerated y su número de carpeta del hogar; mientras que los transeúntes sólo tendrán el número de historia clínica y su código autogenerated. Para ambos casos debe quedar registrado su número de historia clínica anterior.

Numeración de las Carpetas del Hogar

El esquema básico a seguir por los Centros y Puestos de Salud, para la numeración de las Carpetas del Hogar de los pobladores residentes será el siguiente:

Hogar				

La numeración del *Hogar* será de cinco dígitos y será correlativa al interior de cada establecimiento.

Numeración de las Historias Clínicas Individuales

Residentes

Para las historias clínicas individuales de los pobladores residentes del ámbito del establecimiento se seguirá una numeración de siete dígitos relacionada al número de su Carpeta del Hogar; los cinco primeros corresponderán al número de su carpeta, seguidos de 2 dígitos que identifiquen a cada miembro del hogar.

Número de Historia Clínica Individual						
N° de Carpeta del Hogar					Dígito Individual	
					...	

La numeración que se aplique al individuo corresponderá a un número de orden familiar que tendrá relación con el jefe de su hogar:

- 00: Titular o jefe del Hogar
- 01: Esposa o conviviente del titular
- 02 al 09: Hijos en orden cronológico de sus edades
- 10: Padre del titular
- 11: Madre del titular
- 12 al 20: Otros miembros de la familia (se puede incluir sobrino/a, tío/a, etc.)

No Residentes

Para las historias clínicas individuales de los usuarios no residentes del ámbito de la Micro Red se seguirá el siguiente esquema:

Número de Historia Clínica Individual							

La numeración que se aplique al individuo será de ocho dígitos y consistirá en un número correlativo al interior de cada establecimiento.

4.1.2 Organización del Archivo de Historias Clínicas:

La forma de almacenamiento de las historias clínicas debe facilitar su rápida ubicación y evitar su pérdida y duplicación innecesaria; también debe facilitar la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de las familias residentes de un determinado ámbito.

Residentes

Dentro de un modelo de atención integral, la manera más adecuada de almacenamiento de las Carpetas del Hogar de los usuarios residentes es por Centros Poblados (separándolos adecuadamente para facilitar su ubicación) y dentro de cada uno ordenados de manera creciente. Estos files, subdivididos en bloques de 40 a 50 carpetas por separadores, deben mantenerse en estantes metálicos, acondicionados de acuerdo al espacio de cada Unidad de Admisión y al movimiento de historias que tiene cada establecimiento de salud. Por otro lado, en la parte inferior derecha de la Carpeta del Hogar, se colocará el número de la carpeta y en la parte superior derecha los apellidos y nombres del jefe del hogar. Esta opción permite ubicar fácilmente las historias cuando se desee efectuar visitas domiciliarias o efectuar el seguimiento de un sector poblacional. Dentro de la Carpeta del Hogar se almacenará todas las historias clínicas individuales de sus miembros.

No Residentes

Las historias clínicas de los usuarios que no sean residentes de la jurisdicción deben almacenarse individualmente en otro estante o espacio, en forma correlativa al número de historia clínica.

Tipo de archivo

El archivo será centralizado, dividido en dos tipos de archivo:

- Archivo activo, donde están las historias clínicas de los usuarios que están recibiendo o han recibido tratamiento en la institución en los últimos cinco años.
- Archivo pasivo, que contiene las historias clínicas de los pacientes que no

han solicitado atención en la institución en los años recientes o que han fallecido (la norma general, para establecimientos de salud, es que las historias clínicas de los pacientes que no han acudido por cinco años, sean trasladadas al archivo pasivo).

Las historias se mantendrán en el archivo pasivo hasta por 15 años. En caso que el usuario solicite atención retornará al archivo activo. Las historias que se retiren del archivo pasivo con fines de investigación o docencia, retornarán al archivo pasivo. Las historias que excedan el periodo de 15 años podrán ser destruidas de acuerdo a la normatividad, luego de un proceso de inventario y registro de información básica mínima (de ser posible en medio magnético) suscribiéndose la respectiva Acta de Acuerdo del Comité de Gestión de la Micro Red. En caso de que el usuario demande atención de salud posterior a la destrucción de la historia, el resumen será el documento que reinicie la historia clínica, empleando el número original asignado.

Adicionalmente, previa autorización de la dirección o jefatura del establecimiento de salud, se podrá implementar el archivo de *Historias Clínicas Especiales*, que funcionará en un área física separada y contendrá las historias clínicas que por su contenido sean de potencial implicancia médicolegal, ya sea por el tipo de diagnóstico, por las circunstancias que motivaron la demanda de atención o por las características de los usuarios (HIV/SIDA, abortos, accidentes, suicidio o intento de suicidio, homicidios, agresiones físicas, asaltos, usuarios con antecedentes penales/delincuentes, presos, etc.), y que por lo tanto, requieren de un cuidadoso manejo, debiendo estar foliadas y a salvo de deterioro. Asimismo, se incorporarán en este archivo, las historias que hayan sido solicitadas por la Policía Nacional, el Ministerio Público o el Poder Judicial.

4.1.3 Depuración de las Historias Clínicas:

La depuración de las Historias Clínicas o las Carpetas del Hogar es una actividad gerencial, necesaria como complemento en el esfuerzo de optimizar el funcionamiento del sistema de archivo. Sumado al enfoque familiar para la organización del sistema de archivo de historias clínicas, la depuración es una decisión indispensable para agilizar y simplificar el sistema de archivo; en consecuencia, deviene en aspecto fundamental para hacer más eficiente el sistema de admisión integral. La depuración de historias clínicas debe realizarse para mantener un registro actualizado de la población que accede al establecimiento, disminuir el número de historias clínicas antiguas almacenadas que ocupan espacio y agilizar el manejo de las historias clínicas.

Para efectuar la depuración, cada año debe evaluarse si ha existido movimiento de las historias clínicas de las comunidades que no forman parte

de la jurisdicción del establecimiento de salud. Las historias que no hubieran tenido ningún movimiento en los últimos cinco años serán trasladadas a otro estante, donde serán clasificadas en primer término según el año en que se abrió dicha historia, para luego ordenarlas de acuerdo a su número correlativo.

4.2 DISTRIBUCIÓN, RECOLECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS:

De acuerdo al marco legal vigente (Ley General de Salud), las historias clínicas constituyen documentos médico-legales que, por su naturaleza, requieren un adecuado control y confidencialidad. Las únicas personas autorizadas para su manejo son el personal de salud encargado de la atención, el personal de la Unidad de Admisión y los funcionarios encargados de la supervisión de la atención.

Las historias clínicas pueden salir de la Unidad de Admisión bajo tres modalidades:

- Distribución a los consultorios y al Tópico de Emergencia, para la atención de los usuarios.
- Distribución a los servicios de internamiento.
- Préstamo individual de historias clínicas a profesionales de salud u otra persona autorizada para ello.

Si bien las historias clínicas *individuales* se archivan dentro de las Carpetas del Hogar, sólo se entregará las individuales cuando tengan que ser llevadas a los servicios.

Ninguna historia clínica podrá salir del establecimiento. Sólo se podrá entregar copia autenticada de la totalidad o parte de la historia a solicitud del usuario, a petición de la autoridad judicial, policial o Ministerio Público, o a otros establecimientos de salud para mantener la continuidad de la atención médica del usuario.

Toda retención por causa absolutamente justificada, deberá ser reportada por escrito ese mismo día a la Unidad de Admisión, precisando el motivo y la fecha de devolución. Está prohibido guardar historias clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal, debiendo hacerse ello siempre dentro de la Unidad de Admisión, cuando no estén siendo utilizadas en la atención del paciente.

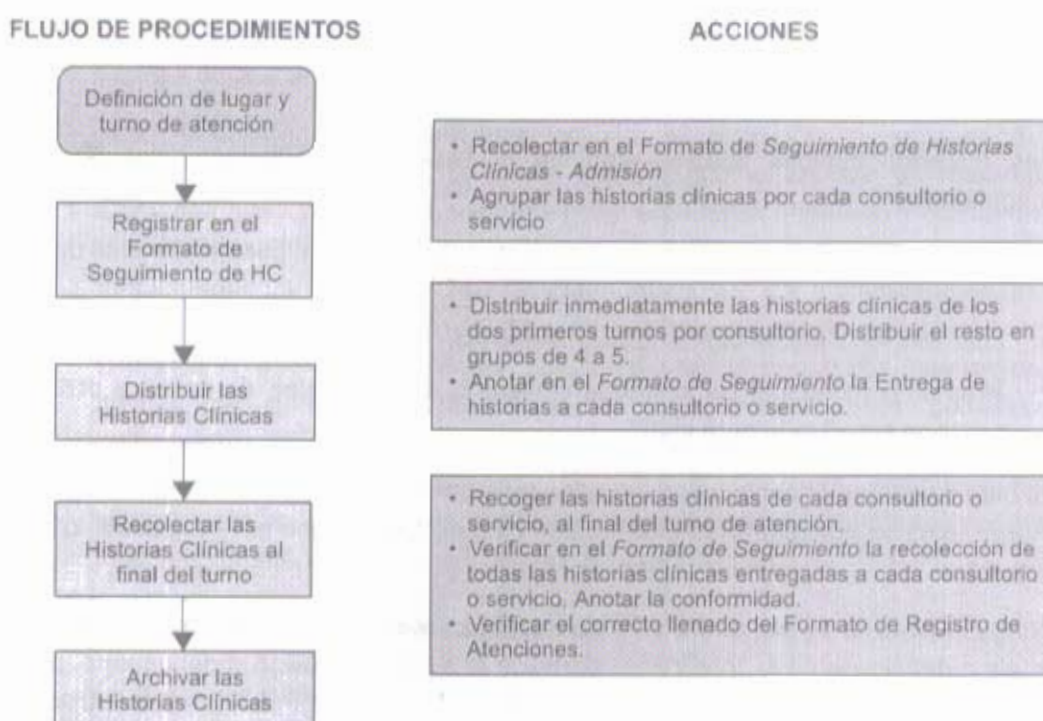
Toda historia que se retira de su lugar en el archivo para cualquiera de sus diferentes usos, deberá necesariamente ser registrada en los formatos respectivos; de manera tal, que quede consignada la salida, la recepción por los

diferentes "usuarios" internos y su posterior devolución con las firmas respectivas. Estos formatos podrán ser destruidos luego de la devolución del total de las historias registradas.

4.2.1 Distribución de Historias Clínicas a los Consultorios y Emergencia:

La distribución y recolección de las historias clínicas a los consultorios y emergencia es responsabilidad del técnico de Admisión, para lo cual debe seguir los procedimientos descritos en el siguiente gráfico:

Gráfico 4.2: Flujo de Procedimientos de Distribución, Recolección y Seguimiento de Historias Clínicas para Atención Ambulatoria y de Emergencia



Cuando se haya definido el lugar y la hora de atención, el técnico de Admisión deberá llenar el *Formato de Seguimiento de Historias Clínicas Admisión* (Anexo N° 1) e ir agrupando las historias para su distribución. La distribución debe comenzar media hora antes que se inicie el turno de atención, con la finalidad de que cuando ingrese el profesional de salud al consultorio, ya encuentre las historias clínicas y pueda comenzar la atención a primera hora. Las historias de los dos primeros turnos deberán ser distribuidas inmediatamente, el resto se entregará por grupos de cuatro a cinco, tan pronto como se acumulen o los pacientes previos hayan sido atendidos en los consultorios; el objetivo es evitar que los usuarios esperen innecesariamente para la atención.

Al entregar las historias en cada consultorio, el técnico de admisión debe hacer firmar dicho formato al profesional que las recibe, colocando entre los paréntesis el número de historias entregadas, como prueba que ese es el número y total de historias clínicas que fueron recibidas por dicho servicio.

Cuando un profesional de alguno de los servicios considere conveniente que el usuario sea atendido en otro servicio, podrá llevar la historia clínica y entregarla, anotando ello en la *Hoja de Registro Diario de Atención*, en la sección "Establecimiento/Servicio de Destino" (*Anexo N° 6 del Capítulo III*). Cuando en el establecimiento exista una alta demanda de atención, este procedimiento deberá ser realizado a través de la Unidad de Admisión.

Al término de cada turno de atención, el técnico de Admisión recogerá todas las historias clínicas de los consultorios, previa verificación del número y el total de historias que se han entregado a cada uno, según los formatos de *Seguimiento de historias* y el de *Hoja de Registro Diario de Atención*, haciendo constar la conformidad mediante la firma respectiva, del técnico de admisión y del profesional de salud, en los formatos correspondientes. Así mismo, recogerá el Formato de Registro de Atenciones del sistema estadístico de salud y verificará que correspondan al Formato de Seguimiento de Historias y que todas las atenciones tengan el registro completo de sus datos.

Las historias solicitadas por el servicio de Emergencia deberán ser devueltas dentro de las 24 horas siguientes, salvo que el paciente permanezca o haya sido internado.

4.2.2 Distribución de Historias Clínicas a los Servicios de Internamiento:

La distribución y recolección de las historias clínicas a los servicios de internamiento también es responsabilidad del técnico de Admisión, para lo cual debe llevar el Registro mensual de pacientes internados (*Anexo N° 2*).

Al momento de la recolección, debe constatar la existencia del Informe de alta, que es el documento que contiene la información resumen de la hospitalización y que deberá llenarse cuando se produzca un egreso vivo hospitalario. En el momento del alta, dicho documento se entregará a la mano al usuario o representante. En el supuesto que, por falta de datos, no pueda realizarse de forma inmediata la entrega del informe de alta con un diagnóstico definitivo, éste será entregado en un plazo no mayor de 48 horas, entregándose entre tanto, un informe provisional de alta. En caso de que el paciente fuese referido a otro establecimiento, el informe de alta deberá necesariamente acompañar al usuario para su presentación en el establecimiento de destino.

La unidad de Admisión deberá verificar el cumplimiento de los requisitos

legalmente establecidos, que establecen la obligatoriedad de la elaboración del informe de alta, el cual deberá contener como mínimo: identificación del usuario (nombre y apellidos, número de Historia Clínica, edad, sexo); diagnóstico de ingreso; procedimientos efectuados; diagnóstico de alta; tratamiento; pronóstico y recomendaciones. En todos los casos, al recolectar las historias clínicas, se deberá constatar el adecuado ordenamiento de las historias.

4.2.3 Préstamo Individual de Historias Clínicas:

Las historias clínicas también pueden salir de Admisión cuando son prestadas a profesionales de salud que lo soliciten, autorizados para ello por el jefe del establecimiento o por algún funcionario de la red asistencial, con fines de investigación, docencia, revisión de casos clínicos o para auditoría médica. Los estudiantes u otro personal de salud, que deseen hacer uso de las historias para fines de investigación, deberán contar también con la autorización escrita del jefe del establecimiento de salud; asimismo deberá indicar el tipo de investigación que ha de realizar, incluyendo un protocolo de la misma en la solicitud de autorización. Para efecto del préstamo, se debe contar con un Cuaderno de Cargo (Anexo N° 3), donde se indique el personal asistencial que la solicita, consultorio, motivo, fecha de préstamo y fecha estimada de devolución, número de historia clínica, nombre completo del paciente.

Una vez devueltas las historias clínicas, el técnico de Admisión firmará su conformidad. En caso de que una historia no haya sido devuelta después de la fecha estimada de devolución por la persona que la solicitó, el responsable de Admisión solicitará su devolución.

La Jefatura de la Micro Red establecerá las pautas sobre el uso de las historias clínicas para fines de estudio e investigación. Con estas pautas, el responsable del Área de Admisión comunicará a los interesados los mecanismos para la solicitud, entrega y devolución de dichas historias. En estos casos, la información obtenida de la historia clínica se consignará de forma anónima.

Entrega de información a terceros

El establecimiento debe tener el consentimiento por escrito del paciente antes de entregar a terceros información contenida en la historia clínica. Esta norma no se aplica a la información que el establecimiento tiene la obligación legal y administrativa de proporcionar. Por ejemplo, certificado de defunción, denuncia de enfermedades transmisibles, informe de alta, etc. En el caso de información con fines de docencia o investigación, se deberá mantener el anonimato de los pacientes.

La jefatura de la Micro Red es la única autorizada para brindar información relativa al acto médico realizado a los usuarios, de acuerdo a los requerimientos de la autoridad judicial competente. Asimismo, informará de oficio a la autoridad policial o al Ministerio Público, sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos de usuarios con herida por arma blanca, por arma de fuego, accidente de tránsito o por causa de violencia que constituya delito o cuando existan indicios de aborto criminal.

La condición de hospitalizado de un usuario o de haber egresado, no constituye información confidencial. Tal información se dará a quien lo solicite, en la jefatura del establecimiento o en la unidad que aquella designe.

El diagnóstico, tratamiento, resultados de estudio, pronóstico, constituye información restringida a los familiares del usuario, a menos que el propio paciente exprese conscientemente lo contrario. Tal información sólo puede ser proporcionada por el médico u otro profesional tratante. Ninguna información sobre el usuario podrá ser dada o usada con fines de lucro. Al finalizar su estancia en el establecimiento de salud, y si lo solicitan, los usuarios podrán obtener copia de la epícrisis y de su historia clínica, cubriendo los costos que ello represente.

Ningún otro miembro del personal de salud está autorizado a brindar información sobre los usuarios. Todo pedido de información de la historia clínica documentada de parte del usuario o interesado se hará por escrito.

4.3 ALMACENAMIENTO DE RESULTADOS DE EXÁMENES AUXILIARES:

Otra función importante de Admisión es archivar los resultados de los exámenes auxiliares de cada usuario en su historia clínica, para que sean evaluados por el profesional encargado de su atención. Para ello, el responsable de Laboratorio o de Radiología (donde hubiere) deberá entregar los resultados de estos exámenes al técnico de Admisión, quien los adjuntará a la respectiva historia clínica. Para ello se deberá llevar un Cuaderno de Cargo por cada uno de dichos servicios con la siguiente información: fecha del procedimiento, nombre completo del paciente, número de historia clínica, tipo de procedimientos efectuados, fecha de entrega de los resultados, firma del encargado de laboratorio o radiología, conformidad del almacenamiento de los resultados en la historia clínica. El técnico de Admisión también deberá asegurarse de que todo paciente de control o seguimiento y al que le hayan efectuado exámenes auxiliares, tenga los resultados antes de pasar al consultorio donde va a ser atendido.

4.4 ANEXOS:

- **Anexo N° 1:**
Formato de Seguimiento de Historias Clínicas - Admisión
- **Anexo N° 2:**
Registro Mensual de Pacientes Internados - Admisión
- **Anexo N° 3:**
Cuaderno de Cargo para Préstamo de Historias Clínicas - Admisión

ANEXO N° 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS-ADMISIÓN

Establecimiento de Salud:

Fecha: / / Turno:

Micro Red:

Nombre del Técnico responsable:

Número de orden	COLOCAR EL APELLIDO PATERNO Y NÚMERO DE HISTORIA						Total
	Emergencia	Consultorio Médico	Consultorio Salud Niño	Consultorio Salud Mujer	Servicio Dental	Servicio	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
Firma del Receptor por Grupos de Entrega. Colocar entre los paréntesis el número de HC recibidas:							
	()	()	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()	()	()
Recolección	()	()	()	()	()	()	()
Total de HC							

ANEXO N° 2

REGISTRO MENSUAL DE PACIENTES INTERNADOS-ADMISIÓN

Establecimiento de Salud:

Servicio:

Año:

Mes:

Nombre del Técnico responsable:

Micro Red:

# Correlativo Nombre/ Apellidos	Número Historia Clínica	Firma recepción	Fecha de Ingreso	Diagnóstico de Ingreso	Fecha de Egreso	Diagnóstico de Egreso	Días Estancia	Firma
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
Total								

Establecimiento de Salud:

Micro Red:

[illegible]

(c)

Nota: Colocar:

† Docencia

2. Investigación

3 Revisión de casos clínicos

4. Auditoría médica o supervisión