



Nº 168 -2012-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

## Resolución Directoral

Bellavista, 20 de JULIO del 2012

Visto el expediente N°005301 e Informe N°422-2012-DEIDRIFMOT/INR del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

### CONSIDERANDO:

Que, con documentos del Visto, el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", eleva a la Dirección General los proyectos de Formatos de Historia Clínica; para pacientes de los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Unidad Motora y Dolor y el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Amputados, Quemados y Trastornos Posturales que se adicionarán a la Historia Clínica aperturada en Admisión- Oficina de Estadística e Informática de la Institución;

Que, los citados formatos, ha sido revisados por el Comité de Historias Clínicas y la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, en tal sentido, resulta por conveniente proceder a la aprobación de los formatos propuestos y por tanto corresponde emitir la resolución de aprobación correspondiente; para su aplicación en el ámbito de los Departamentos citados en el primer considerando de la presente resolución, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

De conformidad con la Resolución Ministerial N°474-2005/MINSA, que aprueba la NT N°029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", Resolución Ministerial N°597-2006/MINSA, que aprueba la NT N°022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica, Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación;

Estando a lo propuesto;

Con la visación de la Sub Dirección General, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, Comité de Historias Clínicas y Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Aprobar el **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LESIONES CENTRALES**, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de cinco (05) folios.



Dra. Carmen Ciuñentes G.



Dr. BEJAR V.



Dr. A. QUINTANA G.





Dra. Carmen Cifuentes G.

**Artículo 2º.-** Aprobar el **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES MEDULARES**, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de doce (12) folios.



Dr. BEJAR V.

**Artículo 3º.-** Aprobar el **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR**, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de seis (06) folios.



Dr. A. QUINTANA G.

**Artículo 4º.-** Aprobar el **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN AMPUTADOS, QUEMADOS Y TRASTORNOS POSTURALES**, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de diez (10) folios.

**Artículo 5º.-** Disponer que los formatos aprobados, que forman parte de la presente resolución, se adicionen a la Historia Clínica que se apertura en Admisión- Oficina de Estadística e Informática de la Institución, según corresponda.

**Artículo 6º.-** Notificar la presente resolución a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales y los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Unidad Motora y Dolor y el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Amputados, Quemados y Trastornos Posturales; para conocimiento y aplicación en el ámbito correspondiente.

Regístrese y Comuníquese,



  
Dr. FERNANDO URCA FERNANDEZ  
Director General  
Instituto Nacional de Rehabilitación  
"Dra. Adriana Rebaza Flores"  
CMP N° 16500 RNE N° 6819

FAUF/ec.  
R.D.126-2012  
DEIDRIFMOTORAS  
Unidades orgánicas asistenciales  
Oficina de Gestión de la Calidad  
Comité de Historias Clínicas  
Responsable de la Página Web INR



MINISTERIO DE SALUD  
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION  
 "ADRIANA REBAZA FLORES"

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LESIONES CENTRALES

**HISTORIA CLINICA**

FECHA DE LA ATENCION \_\_\_\_\_ HORA DE LA ATENCION: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL INFORMANTE \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DEL INFORMANTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 IMPRESION DE LA INFORMACION CONFIABLE SI  NO

**I. ANAMNESIS**

**ENFERMEDAD ACTUAL**

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

RESUMEN DEL CUADRO:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

TE:	.....
Forma de inicio:	.....
Curso:	.....
Déficit motor:	D <input type="radio"/> I <input type="radio"/>
Pérdida de conciencia:	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Alt. Lenguaje Comprensivo:	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Alt. Lenguaje Expresivo:	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Disfagia:	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Alt. De Esfínteres:	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

**Factores de Riesgo:**

Hipertensión arterial  Diabetes Mellitus  Hiperlipidemia  Cardiopatía  Acc. Isquémico transitorio:

Tabaco <input type="radio"/> (-) No <input type="radio"/> (+) > de 5 cig/día <input type="radio"/> (++) >de 10 cig/día <input type="radio"/> (++++) >de 20 cig/d	Alcohol <input type="radio"/> (-) No <input type="radio"/> (+) Ocasional <input type="radio"/> (++) Regular <input type="radio"/> (+++) Frecuente	Drogas No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Tiempo:
--	---	---

**ANTECEDENTES**

**PATOLOGICOS**

**Antecedentes DPM**

Antecedentes inmunológicos .....  
 Ocupacionales relacionados al proceso discapacitante motivo de la consulta .....  
 Antecedentes Familiares .....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL

**FUNCIONES BIOLÓGICAS**

Apetito:	Sed:	Orina:	Deposiciones:
Sueño: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	Disfagia: No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Sólidos <input type="radio"/> Líquidos <input type="radio"/>		Alt. Esfínteres: No <input type="radio"/> Si: <input type="radio"/> Vesical <input type="radio"/> Intestino <input type="radio"/>

**MEDICACION RECIENTE****EXAMENES AUXILIARES****EXAMEN CLÍNICO**

Funciones vitales: Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ T°: \_\_\_\_\_

**Estado General:****Funciones Cognitivas:** (Test Minimental)

Atención  Fijación  Memoria  Abstracción  Oculo

**Puntaje Total:** .....

**Lenguaje Comprensivo:** .....

**Lenguaje Expresivo:** .....

**Dominancia:** Derecha  Izquierda

EJECUCION DE ACTIVIDADES:	Dependencia		Independencia
	Total	Parcial	
Realizar traslados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestido prendas superiores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestido prendas inferiores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene menor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene mayor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**MARCHA**

Estadio	Capacidad de Ejecución
I	No puede sostenerse en pie
II	Se sostiene en pie y sólo camina con ayuda
III	Camina con aditamentos sólo terreno llano
IV	Camina sin aditamentos sólo terreno llano
V	Camina con aditamentos todo tipo de terreno
VI	Camina sin aditamentos todo tipo de terreno

	Rendimiento
A	Sólo algunos pasos
B	Distancias cortas (hasta 10 m)
C	Distancia Mediana (hasta 30 m)
D	Distancia Larga (más de 30 m)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H CL



Descripción de la Marcha .....

D	I	Actividad Segmentaria
		Miembros Superiores
		Mano
		Miembros Inferiores

**EVALUACION FUNCIONAL  
BRUNNSTROM**

**TONO POSTURAL**

Tono Base	Normal ( )	Aument $\triangle$	Dismin $\nabla$
Grado	( ) L	( ) M	( ) S

**TONO PASIVO**

**ASHWORTH MODIFICADO**

- 0 = Tono muscular normal
- 1 = Leve incremento con resistencia mínima al final
- 1+ = Leve incremento con resistencia mínima continua
- 2 = Moderado incremento, pero aún se mueve fácil
- 3 = Marcado incremento, resistencia en todo el rango
- 4 = Músculo afectado, resistencia en todo el rango

Observaciones .....

**TONO ACTIVO**

$\triangle$	$\nabla$	
$\triangle$	$\nabla$	
$\triangle$	$\nabla$	

DERECHA

$\triangle$	$\nabla$	
$\triangle$	$\nabla$	
$\triangle$	$\nabla$	

	$\triangle$	$\nabla$
	$\triangle$	$\nabla$
	$\triangle$	$\nabla$

IZQUIERDA

	$\triangle$	$\nabla$
	$\triangle$	$\nabla$
	$\triangle$	$\nabla$

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL

**REACCIONES AUTOMATICAS**

Normal  Alterada 

L <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	S <input type="radio"/>
-------------------------	-------------------------	-------------------------

**TAXIA**

Normal 

(alterada) <input type="radio"/>	Indice-nariz <input type="radio"/>	Marionetas <input type="radio"/>
Talón-rodilla-pie <input type="radio"/>	Romberg <input type="radio"/>	Estrella Babinsky <input type="radio"/>

**REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS**

	D	I
Bicipital		
Tricipital		
Patelar		
Aquileo		
Babinsky		
Hoffman		
Clonus		

**MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS**

- Tics \_\_\_\_\_
- Temblor \_\_\_\_\_
- Espasmos \_\_\_\_\_
- Fasciculaciones \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**SENSIBILIDAD**

	Táctil	Térmica	Dolorosa	Vibratoria	Posc. Dedos	Esterognosia	Somatognosia
Alterada							
Segmento							

**PARES CRANEALES (Alterados)**

I <input type="radio"/>	II <input type="radio"/>	III <input type="radio"/>	IV <input type="radio"/>	V <input type="radio"/>	VI <input type="radio"/>
VII <input type="radio"/>	VIII <input type="radio"/>	IX <input type="radio"/>	X <input type="radio"/>	XI <input type="radio"/>	XII <input type="radio"/>

**COMPLEJO OROFACIAL (Alterado)**

Labios  Lengua  Velo Paladar  ATM  Sensibilidad

.....

.....

.....

**CARDIOVASCULAR**

PA:

Frecuencia: ..... Ritmo: .....

Agregados: .....

EKG: .....

Rendimiento METS: .....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL

**RÉSPIRATORIO**

Frecuencia: ..... Tipo: .....  
Capacidad ventilatoria: .....  
Agregados: .....

**GENITO URINARIO** .....

**PIEL** .....  
**TROFISMO** .....

**DIAGNOSTICO:** .....

Daño CIE 10:	Etiología CIE 10:	Compr. Funcional Global		
		Leve <input type="radio"/>	Moderado <input type="radio"/>	Severo <input type="radio"/>
T. Evoluc.	Deficiencia P.			

<b>PRONOSTICO:</b>	Bueno <input type="radio"/>	Regular <input type="radio"/>
	Malo <input type="radio"/>	Reservado <input type="radio"/>

**METAS:**

.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMENDACIONES:**

.....  
.....  
.....

**INTERCONSULTA:**

.....

**Rp:** .....

.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA / SELLO / RNE DEL MEDICO RESPONSABLE DE LA ATENCION

Fecha de próxima cita: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL