



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 Cifuentes G.



Dr. BEJAR W.



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 URCIÁ FERNÁNDEZ
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



INR – DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LESIONES MEDULARES (Consultorio)

Historia Clínica N° [] [] [] [] [] []

Fecha de 1ra.Consulta: _____ Hora: _____
Fecha de Hospitalización: _____ Hora: _____ Fecha de Alta: _____
Fecha de Reingreso: _____ Hora: _____ Fecha de Alta: _____

Transferido de: EsSalud..... () FF.AA.:Militar..... ()
MINSAs..... () Naval..... ()
Inic.Prop..... () FAP..... ()
Otros..... () FF.PP..... ()

Procedencia: Lima ()
Provincia () .Especificar:.....

I.FILIACION

Nombre de Paciente _____
Edad: _____ Sexo: M () F () G. Instrucción: _____ E. Civil: _____ N° Hijos _____
Ocupación Antes de la discapacidad: _____ Después de la discapacidad: _____
Religión: _____ Raza: _____

II.ANAMNESIS:

1. ENFERMEDAD ACTUAL: Informante: Paciente () Otro () Nombre y Apellidos: _____
Motivo de consulta: _____
Tiempo de Enfermedad: _____
Forma de inicio.....: 1.Insidioso () 2.Brusco ()
Lugar y fecha de inicio: _____
Síntomas principales:
Alteración del movimiento () Alteración de sensibilidad ()
Alteración del control de esfínteres () Alteración sexual ()

2. ETIOLOGIA: _____

3. RELATO (Circunstancias referidas,Sintomatología, Atención Inicial, Tratamiento y Complicaciones)

4.- ATENCION PREVIA EN REHABILITACION: 1.Si () 2.No ()

5.- FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Control Vejiga Control Intestino Sexual: Otras alteraciones:
SI () Parcial () SI () Parcial () RS SI () NO () SI ()
Total () Total () Erección: _____ NO ()
No () No () Orgasmo: _____ Especificar _____
Eyaculación: _____

6. ANTECEDENTES

6.1. ANTECEDENTES PERSONALES

- a). Fisiológicos: _____
b).Inmunizaciones: _____
c).Patológicos: _____
d).Epidemiológicos: _____
e).SocioEconómicos:(Zona,Serv. Básicos, Depen. Económica) _____

6.2. ANTECEDENTES FAMILIARES



APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ **NºH.C.:** _____

III. EXAMEN CLINICO

1ra. Atención 1ra. Evolución 2da. Evolución
/ / Hora: / / Hora: / / Hora:

1. Controles Vitales

Pulso	_____	_____	_____
Frecuencia Cardíaca	_____	_____	_____
Temperatura	_____	_____	_____
Frecuencia Respiratoria	_____	_____	_____
Presión Arterial	_____	_____	_____
Peso y Talla: Serán consignados en evaluación nutricional.			

2. Estado de Conciencia

3. Estado General Nutricional y de Hidratación.

4. Examen General de Organos y sistemas.

5. Ex.Locomotor:

<u>Marcha</u>	Si ()	_____	_____	_____
	No () .S.Ruedas	_____	_____	_____
	Camilla	_____	_____	_____
	Otros	_____	_____	_____
Tipo de Marcha				
- <u>Mov. activa:</u>	Normal ()	_____	_____	_____
	Disminuida ()	_____	_____	_____
	Ausente ()	_____	_____	_____
- <u>Mov. pasiva</u>				
Limitación R.A.				
	Si () No ()	_____	_____	_____
	Especificar.	_____	_____	_____
Contractura, 1.Reductible				
	2. No Reductible	_____	_____	_____
- <u>Fuerza Muscular:</u>				
	Nivel Motor Derecho	_____	_____	_____
	Nivel Motor Izquierdo	_____	_____	_____
- <u>Sensibilidad</u>				
	Nivel Sensitivo Derecho	_____	_____	_____
	Nivel Sensitivo Izquierdo	_____	_____	_____
- <u>Tono Muscular:</u>				
	Aumentado	_____	_____	_____
	Disminuido	_____	_____	_____
	Grado de Espasticidad	_____	_____	_____
(Escala de Ashworth Modificado: 0 – 5)				
	Automatismos Medular	_____	_____	_____
(Escala de Lyon University: 0 – 4)				



CLASIFICACION ASIA MODIFICADA

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N°H.C. _____
FECHA: _____

I. MOTOR (Músculo clave)

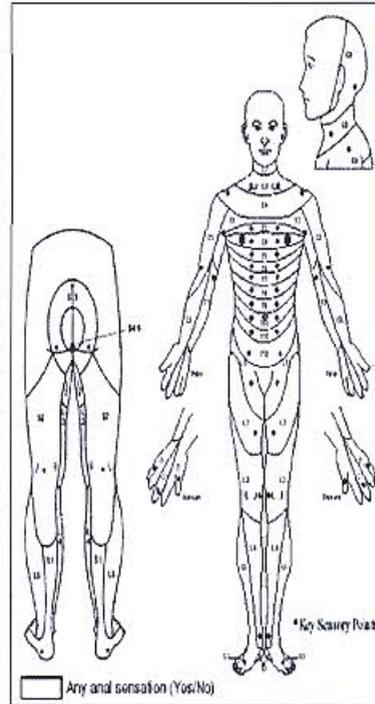
Table with columns D and I for muscles C5 to S1. Includes a calculation for Índice Motor Máximo (50) + (50) = (100).

Table of reference muscles (Músculos referenciales) with columns D and I, including Deltoides, Abd. Sup., Abd. Med., Abd. Inf., C. Lumbar, and Contraction of anal sphincter.

- 0 = Parálisis total
1 : Contracción visible o palpable
2 : Movimiento activo sin gravedad
3 : Movimiento activo contra gravedad
4 : Movimiento activo contra alguna resistencia
5 : Movimiento activo contra gran resistencia
Otras referencias:
Signo de Beevor Si () No ()

II. SENSITIVO (Punto clave)

Table for Sensibility (Sensibilidad superficial) with columns D and I for (Algodón) and (Alfiler) across spinal levels C2 to S4-5. Includes calculations for total maximum (112).



- 0 = Ausente
1 = Comprometido
2 = Normal
NE = No evaluable

TOTAL (Índice sensitivo) MAXIMO

b) Sensibilidad Anal Profunda Si () No ()
Otras referencias
Sensibilidad Profunda (Postural, Presión) Si () No ()

Form for NIVEL NEUROLÓGICO (Sensitivo/Motor) and TIPO DE LESIÓN (Completa/Incompleta) with checkboxes and scales.

DIDRI LM-INR

Basado en ASIA Standard Neurological Classification of Spinal Cord Injury



APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ N° H.C. _____

		1ra.Atención	1ra.Evolución	2da.Evolucion
		___/___/___	___/___/___	___/___/___
- Trofismo:	Hipotrofia	Der Izq	Der Izq	Der Izq
Leve:	MS ()	_____	_____	_____
	MI ()	_____	_____	_____
Mediano:	MS ()	_____	_____	_____
	MI ()	_____	_____	_____
Severo:	MS ()	_____	_____	_____
	MI ()	_____	_____	_____

- Ulceras por presión N°

Localización

	D	G	I	N	D	G	I	N	D	G	I	N
Sacra	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Isqu.De	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Isqu.Izq	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gluteo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gluteo Izq	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Troc.Der	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Troc.Izq	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Talon Der	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Talon Izq	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Maleolo Izq	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Maleolo Der	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Reflejos:

Claves (-) Ausentes

- (+) Hiporreflexia
- (++) Normorreflexia
- (+++) Hiperreflexia

Osteotendinoso:	Der	Izq	Der	Izq	Der	Izq
Bicipital	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tricipital	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Patelar	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Aquiliano	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Patológicos:						
Babinsky	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Babinsky esp.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Clonrus Agotable	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Clonrus Inagotable	_____	_____	_____	_____	_____	_____



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"



APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ N°H.C. _____

.Mucocutáneos

Pte Aus

Pte Aus

Pte Aus

Perianal
RBC

IV.-DIAGNOSTICO:

P ()

D ()

Paraplejía	() Cuadriplejía	()
Paraparesia	() Cuadriparesia	()
Flácida	() Espástica	()
Nivel Motor	() Nivel Sensitivo	() ASIA ()
Shock Medular	() Recup. Refleja	()
Etiología: Traumática	() No traumática	() Dx. Daño (CIE10) _____ Dx. Etiológico (CIE10) _____

Tiempo de Evolución _____

V. ¿QUE ESPERA EL PACIENTE DE LA REHABILITACIÓN?

VI. PRONOSTICO:

Neurológico = Bueno () Regular () Malo ()
 Rehabilitación = Bueno () Regular () Malo () Reservado ()

1ra. Discapacidad principal: _____
 Posib. de Recuperación () Posib. Mejoría ()
 Posib. Asistencia () Discapacidad Estable ()

2da. Discapacidad principal: _____
 Posib. de Recuperación () Posib. Mejoría ()
 Posib. asistencia () Discapacidad Estable ()

VII. METAS FUNCIONALES:

Consignar: X : Indicado
 ___ : No Indicado.

Clave = Indep. (I) Sem indep. (SI) Dependiente (D)



APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ **Nº H.C.** _____

<u>- Locomoción:</u>	1ra.Atención / /	1ra.Evolución / /	2da.Evolución / /
. En SR	_____	_____	_____
. Bipedestación con soportes.	_____	_____	_____
. Marcha con ayudas biomecánicas.	_____	_____	_____
Desplaz. domiciliario	_____	_____	_____
Extradomiciliario	_____	_____	_____
Tramos cortos	_____	_____	_____
Tramos medios	_____	_____	_____
Tramos largos	_____	_____	_____
. Marcha sin ayudas biomecánicas.	_____	_____	_____
Tramos cortos	_____	_____	_____
Tramos medios	_____	_____	_____
Tramos largos	_____	_____	_____
<u>- AVD</u>			
. Alimentación	_____	_____	_____
. Higiene > y <	_____	_____	_____
. Vestido:	_____	_____	_____
Prenda Sup	_____	_____	_____
Prenda Inf	_____	_____	_____
. Traslados	_____	_____	_____
. Escritura:	_____	_____	_____
con adaptadores	_____	_____	_____
sin adaptadores	_____	_____	_____
<u>Reeducación Vesical</u>	_____	_____	_____
. Vaciado vesical	_____	_____	_____
. Manejo adecuado	_____	_____	_____
Técnica	_____	_____	_____
Paciente()Familia()	_____	_____	_____
<u>Reeducación Intestinal</u>	_____	_____	_____
<u>Adaptación Psicológica</u>	_____	_____	_____
<u>Rehab. Profesional</u>	_____	_____	_____
<u>Orientación Sexual</u>	_____	_____	_____
Individual ()	_____	_____	_____
Pareja ()	_____	_____	_____

VIII. METAS DE REHABILITACION GLOBAL (Marque con x)

- a. Escuela/Trabajo () b. Integrac.Social ()
 c. Integrac.Familiar () d. Otras: _____



APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ N°H.C. _____

Marque el tiempo estimado para lograr las metas:

Meses:

1m 2m 3m 4m 5m 6m 7m 8m 9m 10m 11m 12m
() () () () () () () () () () () ()

IX. PROGRAMA DE REHABILITACION

TRATAMIENTO:

Fecha:	1er.Ex.Clínic _/_/_	1ra.Evolución _/_/_	2da.Evolución _/_/_
1. Medicamentos (Dosis, frecuencia, vía de administración)	_____	_____	_____
2. Ayudas Biomecánicas			
<u>Soportes:</u>			
Largos	_____	_____	_____
Cortos	_____	_____	_____
Unilateral	_____	_____	_____
Bilateral	_____	_____	_____
<u>Bastones</u>	_____	_____	_____
<u>Muletas</u>	_____	_____	_____
<u>Andador</u>	_____	_____	_____
<u>Silla de ruedas</u>			
Mecánica simple	_____	_____	_____
Mecánica adaptada	_____	_____	_____
Electrónica	_____	_____	_____
<u>Adaptadores en AVD</u>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<u>Otros Ortéticos</u>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
3. Terapia Física Individual	_____	_____	_____
4. Terapia Física Grupal	_____	_____	_____
5. Aplicación de Laser	_____	_____	_____
6. Agentes físicos	_____	_____	_____
7. Otros	_____	_____	_____
8. Pautas posturales	_____	_____	_____
9. Pautas preventivas	_____	_____	_____
10. Eval.y entren. en AVD	_____	_____	_____
11. Visita domiciliaria	_____	_____	_____
12. Medición silla de ruedas	_____	_____	_____
13. Pautas de autocuidado	_____	_____	_____



APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ N°H.C. _____

	1ra.Atención / /	1ra.Evolución / /	2da.Evolucion / /
14. Reeduación Vesical			
.Ingesta adecuado de Líq	_____	_____	_____
.Vaciado Vesical	_____	_____	_____
- Maniobra de Credé	_____	_____	_____
- Pujo	_____	_____	_____
- Estim. Gatillo	_____	_____	_____
- Medición de residuo	_____	_____	_____
cada 4 horas	_____	_____	_____
cada 8 horas	_____	_____	_____
mensual	_____	_____	_____
.Manejo adecuado de técnica	_____	_____	_____
Familia	_____	_____	_____
Paciente	_____	_____	_____
15. Reeduación Intestinal			
- Régimen higiénico-dietético	_____	_____	_____
- Fcia. Evacuatoria	_____	_____	_____
- Horario adecuado	_____	_____	_____
- Traslado al inodoro	_____	_____	_____
16. Terapia Psicológica	_____	_____	_____
17. Orientación Sexual			
Individua	_____	_____	_____
Pareja	_____	_____	_____
18. Evaluación Social	_____	_____	_____
19. Orientación a familiar	_____	_____	_____
20. Cirugía Ortopédica	_____	_____	_____
21. Cirugía Urológica	_____	_____	_____
22. Cirugía Plástica-Escaras	_____	_____	_____
23. Orientación Vocacional	_____	_____	_____
24. Capacitación Laboral	_____	_____	_____
25. Empleo:			
Reinserción Laboral	_____	_____	_____
Reubicación	_____	_____	_____
Independiente	_____	_____	_____
Protegido	_____	_____	_____
26. Otras	_____	_____	_____



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"



APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ N°H.C. _____

X. EXAMENES AUXILIARES

I) Radiológicos

Rx.Columna	_____	_____	_____
Ecografía	_____	_____	_____
Urografía Exc.	_____	_____	_____
Cistografía Ret	_____	_____	_____
RMN	_____	_____	_____
TAC	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

II) Urológicos

Cistoscopia	_____	_____	_____
Capacidad Vesical	_____	_____	_____
Estudio urodinámico	_____	_____	_____

**III) Laboratorio
(Hasta los 15 días antes de la consulta)**

Ex. Orina	_____	_____	_____
Urocultivo	_____	_____	_____
Hemograma	_____	_____	_____
Bioquímica	_____	_____	_____



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"

APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ N°H.C. _____

EVALUACION PSICOLOGICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"



APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ N°H.C. _____

EVALUACION SOCIAL



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"

APELLIDOS y NOMBRES DEL PACIENTE: _____ N°H.C. _____

EVOLUCION CLINICA

(Consignar funciones vitales, seguir Sistema SOAP)