Nº 171-2015-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN

Resolución Directoral

Chorrillos, 10 de julio del 2015

Visto el Memorando N°112-OEI-INR-2015, de la Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón, donde propone los Formatos de Referencia y Contrarreferencia para aprobación, Informe Nº 030-Comisión De Formatos/INR-2015;

CONSIDERANDO:

Que con Resolución Directoral N° 276-2014-SA-DG-INR, se conformo la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales CRAFI; para realizar la labor de revisión de los formatos que se utilizan en las diferentes unidades orgánicas, la adecuación a los formatos establecidos por norma, así mismo establecer los Formatos, debidamente codificados para oficializar su uso en la entidad, a través de Resolución Directoral;

Que, con documento del Visto, el Presidente de la Comisión de Revisión y de Adecuación de Formatos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón, comunica que la citada comisión, ha procedido a revisar y evaluar el proyecto del documento denominado; ***"Formato de Hoja de Contrarreferencia" y el "Instructivo para Llenar el Formato de Hoja de Contrarreferencia"****, propuesto por la Oficina de Estadística e Informática; cuyo propósito es mejorar las actividades propias de la oficina;*

Que, el citado documento, ha sido revisado por la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales–CRAFI y con la opinión de la Oficina de Estadística e Informática, da su conformidad, solicitando su aprobación con la resolución correspondiente; para lo cual le asigna el Código AS. N° 017;

Que en tal sentido, resulta por conveniente emitir el acto resolutivo, oficializando el ***"Formato de Hoja de Contrarreferencia" y el "Instructivo para Llenar el Formato de Hoja de Contrarreferenciá",*** *para su aplicación en el ámbito del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón;*

De conformidad con la Ley General de Salud Ley N° 26842 y su modificatoria la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (Art. 15° numeral 15.4), Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón;

Estando a lo propuesto;

Con la visación del Director Adjunto de la Dirección General, de la Jefa de la Oficina de Estadística e Informática, del Presidente de la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón;

MC. Luis Farro U.

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- *Aprobar el* ***"Formato de Hoja de Contrarreferencia"****, con Código AS. N° 017,* ***y el "Instructivo para Llenar el Formato de Hoja de Contrarreferencia",*** *que forma parte integrante de la presente resolución y oficializar su uso en el ámbito del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón.*

Artículo 2º.- *Notificar la presente resolución a la Oficina de Estadística e Informática; para su aplicación en el ámbito correspondiente.*

Regístrese y Comuníquese,

MC. Luis Farro U.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Fecha: 10 JUL. 2015

MINISTERIO DE SALUD
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN
MR. JULIA HONORATA MENDEZ CAMPOS
Directora General(e)
CMP 15706 / RNE 7393

JHMC/RAR/irg.
OEI

PERÚ Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón

inr

AS Nº 017

FORMATO DE HOJA DE CONTRARREFERENCIA

1. DATOS GENERALES

N° ☐☐☐☐☐☐

Hora ☐☐

Fecha	dia	mes	año

Establecimiento que Contrarrefiere: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Código: 7734

Establecimiento de destino de la Contrarreferencia

Asegurado: SI ☐ NO ☐ SIS SD ☐ SMD ☐

N° Afiliación SIS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N° HC ☐☐☐☐☐☐

Tipo de Seguro: _____

Usuario de Salud ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Sexo M ☐ F ☐ Edad Años ☐ Meses ☐ Días ☐

Dirección Distrito Departamento

3.RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Fecha de Ingreso ☐☐☐ Fecha de Egreso ☐☐☐

Diagnóstico de Ingreso

Diagnóstico de Egreso

	CIE-10	D	P

Tratamiento y/o procedimientos realizados

Adjuntar informes y reportes de Procedimientos

4. DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA

Origen de la Referencia

De un Establecimiento de Salud ○

Calificacion Preliminar de la Referencia

Justificada ○ No Justificada ○

UPS que Ordena la Contrarreferencia

Consulta Ext. ○ Servicio de Apoyo al Diagnóstico ○ Hospitalización ○

Especialidad que Ordena la Contrarreferencia

Medicina de Rehabilitación ○ Otros ○ Detallar:.....

Recomendaciones e Indicaciones para el Seguimiento

Responsable de la Contrarreferencia

Condición del Usuario para la Contrarreferencia

Curado ☐ Deserción ☐ Nombre

Mejorado ☐ Retiro Voluntario ☐ Nº de CMP

Atendido por apoyo alDx. ☐ Fallecido ☐

Firma y Sello Médico responsable

Código del personal de salud: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO DE HOJA DE CONTRARREFERENCIA

1. DATOS GENERALES

- NÚMERO DE REFERENCIA (N°): escribir el número correlativo de contrarreferencia. La contrarreferencia N° 001, corresponde a la primera referencia realizada desde el 1° de Enero y termina con la última realizada hasta el 31 de Diciembre del año en curso.
- FECHA: Escribir el día, mes y año en el que se realiza la contrarreferencia
- HORA: Escribir la hora exacta en la que se realiza la contrarreferencia. Anotarla como la hora real del día, evitar las siglas a.m. o p.m.
- ESTABLECIMIENTO DESTINO DE CONTRARREFERENCIA: escribir el nombre completo del establecimiento de salud a donde será referido el usuario.

2. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:

- NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SIS: Solo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se registrará su código de atención SIS. En caso de no ser asegurado, no se marcará nada en esta sección.
- NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (N° HC): Anote el número de historia del usuario
- NÚMERO DE USUARIO DE SALUD (Código de Identificador Estandar de Dato en Salud DS N° 024 - 20005 - SA, de 11 dígitos): En caso de mayores de edad con DNI, anotar: 1 + el número de DNI + 00, en caso de menores de edad sin documento de identidad anote: 1 + DNI padre o tutor + número de hijo de nacimiento o adopción (2 dígitos), en caso de ser extranjero en tránsito anotar: 2 (en caso de carnét de extranjería) o 3 (en caso de tener pasaporte) o 4 (en caso de documento de identidad del extranjero) + número del documento + 00
- APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES: Registre cada apellido y nombre en cada uno de los casilleros diseñados para ello
- SEXO: marque una X en el casillero correspondiente al usuario, F para femenino, y M para masculino
- EDAD: Anote la edad en los cuadrados correspondientes. Para el caso de los mayores de un año, solo basta registrar en los recuadros correspondientes a AÑOS. En caso de los pacientes entre 1 a 11 meses solo se utilizará los cuadros correspondientes a MESES.
- DIRECCIÓN: Registrar la dirección actual, el distrito y el Departamento, en los casilleros correspondientes.

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

- FECHA DE INGRESO: Anote el día, mes y año en que ingresó el usuario al establecimiento en condición de referido.
- FECHA DE EGRESO: Anote el día, mes y año en que egresó el usuario del establecimiento que realiza la contrarreferencia.
- DIAGNOSTICO DE INGRESO: Anote él o los diagnósticos con que el usuario llegó al establecimiento de salud.

- DIAGNÓSTICO DE EGRESO: registre él o los diagnósticos de egreso del usuario, a los que llegó como conclusión el establecimiento que atendió al usuario referido, con su respectivo código de la 10ma Clasificación Internacional de Enfermedades y con una x indique si es diagnóstico definitivo (D), o presuntivo (P)
- TRATAMIENTO REALIZADO: Anote el manejo y/o tratamiento farmacológico u otro que haya administrado al usuario, así como los procedimientos realizados hasta el momento de la contrarreferencia. Se debe adjuntar informes y resultados de estos procedimientos.

4. **DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA**

- ORIGEN DE REFERENCIA: Marque una X en el casillero correspondiente al origen de referencia: del establecimiento de salud
- CALIFICACIÓN PRELIMINAR DE LA REFERENCIA: El personal que recibe al paciente y que realiza la contrarreferencia realiza la calificación preliminar de la referencia: Justificada o No Justificada, de acuerdo a lo establecido en la norma técnica.
- UNIDAD PRODUCTORA QUE ORDENA LA REFERENCIA: Marque una X en el casillero correspondiente a la unidad productora que ordena la contrarreferencia del usuario: Consulta externa, emergencia, apoyo al diagnóstico u hospitalización.
- ESPECIALIDAD QUE ORDENA LA REFERENCIA: Marque una X en el casillero correspondiente a la especialidad que ordena la contrarreferencia del usuario
- RECOMENDACIONES E INDICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO: Anotar en forma clara y precisa las recomendaciones e indicaciones, que deberá seguir el personal de salud del establecimiento de origen, para su control y seguimiento.
- CONDICION DEL USUARIO CONTRAREFERIDO: marque una X en el casillero correspondiente a las condiciones del usuario en el momento de la contrarreferencia: Curado, Mejorado en tratamiento, Atendido por apoyo al diagnóstico, Deserción, Retiro voluntario o Fallecido.
- RESPONSABLE DE LA CONTRAREFERENCIA: Personal de salud (Médico) que atiende y contrarrefiere al usuario anotará su nombre, número de colegiatura y por último pondrá su sello y firmará la contrarreferencia.
- CÓDIGO DEL PERSONAL DE SALUD (Código único del personal de salud según DS N° 024 - 2005 - SA, de 11 dígitos): 1 + número de documento de identidad (DNI) + 01.