



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 08 de ~~Setiembre~~ del 2016.

Visto el Expediente 16-INR-008395-001 que contiene la Nota Informativa N° 07-2016-CHC/INR del Presidente del Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón.

### CONSIDERANDO:

Que con Resolución Directoral N° 276-2014-SA-DG-INR, se conformó 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 Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón, solicita a la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales – CRAFI evalúe la propuesta de Formato de Historia Clínica Tópico de la Unidad Funcional de Urgencia de la Institución;

Que, mediante Informe N° 003-Comisión de Formatos/INR-2016, el Presidente de la Comisión de Revisión de y Adecuación de Formatos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón, comunica que la citada comisión que ha procedido a revisar y evaluar el proyecto del formato denominado: "**HISTORIA CLINICA TOPICO DE URGENCIA**", para lo cual ha procedido a asignar el Código AS N° 0035, para lo cual resulta conveniente emitir el acto resolutivo correspondiente, para su aprobación en el ámbito de la Institución;

Que, 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 N° 597-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02, Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones y en uso de sus facultades conferidas;

Estando a lo propuesto;

Con la visación del Director Adjunto de la Dirección General, del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, 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;



M.C. LUIS ESTEBAN



**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** APROBAR el formato de "HISTORIA CLINICA TOPICO DE URGENCIA", con Código AS. N° 0035, 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 2°.-** Notificar la presente resolución a las Unidades orgánicas, e instancias administrativas de la Institución para los fines correspondientes. Oficina de Estadística e Informática; para su aplicación en el ámbito correspondiente.

**Artículo 3°.-** Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en el Portal Web de la Institución.

Regístrese y Comuníquese,

  
.....  
MC María del Carmen Rodríguez  
Directora General  
CAMP N° 33754 PNE N° 17245  
Ministerio de Salud  
Instituto de Gestión de Servicios de Salud  
Instituto Nacional de Rehabilitación  
"Dra. Adriana Rebaza Flores"  
Amistad Perú - Japón



MCRR/RAR/irg

Distribución

- ( ) Interesados.
- ( ) Responsable Página Web





**HISTORIA CLINICA TÓPICO DE URGENCIA**

FECHA Y HORA DE ATENCIÓN:

[Empty box for date and time]

N° HISTORIA CLÍNICA:

*[Signature]*  
MS. EDITH JUANA SALVADOR HUAMAN  
C.M.P. 47108

**I: FILIACION:**

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

EDAD:

SEXO:  M  F

FECHA DE NACIMIENTO:

[Empty box for birth date]

DOMICILIO:

PROCEDENCIA:

TELEFONO:

TIPO DE SEGURO:

SIS	ESSALUD	FFAA	PNP	PARTICULAR	SIN SEGURO
-----	---------	------	-----	------------	------------

**II. ANAMNESIS:**

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

APETITO:

SED:

SUEÑO:

ORINA:

DEPOSICIONES:

**ENFERMEDAD ACTUAL** (1) Tiempo de Enfermedad (2) Síntoma Principal (3) Relato

[Empty lines for patient history]

**ANTECEDENTES** (1) Personales patológicos, (2) Familiares, (3) Epidemiológicos, (4) Ocupacionales, (5) Reacción adversa a medicamentos.

[Empty lines for medical history]

**III. EXAMEN FÍSICO PREFERENCIAL:**

FC: FR: T°: PA: SAT O<sub>2</sub>

[Empty box for physical exam findings]

*[Vertical signatures on the left margin]*



6



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

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



**IV. EXAMENES AUXILIARES:**

[Empty box for auxiliary exams]

**V. DIAGNOSTICO:**

	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DIAGNOSTICO			CIE 10
		P	D	R	
1.					
2.					
3.					

**PRIORIDAD:**

I	II	III	IV
---	----	-----	----

**VI. PLAN DE TRABAJO:**

**TRATAMIENTO:**

[Empty box for treatment plan]

Fecha y Hora de Salida:

[Date and time output boxes]

*[Handwritten signatures and notes on the left margin]*

*[Handwritten signature]*  
MC. EDITH JUANA SALVADOR HUAMAN  
C.M.P. 47108

Sello y Firma del Médico.

