



# Resolución Directoral

Lima, 24 de Junio del 2010.



VISTO:

Los Expediente N° 8554, conteniendo los Memorando N° 310-OEI-INMP-2010, copia de la Resolución Directoral N° 165-DG-INMP-09, copia de la Resolución Directoral N° 056-DG-INMP-10, Memorando N° 403-OAJ-INMP-2010 Memorando N° 351-OEI-INMP-2010, copia del Acta del Comité de Historias Clínicas de fecha 03 de junio de 2010, Expediente N° 4322, que adjunta el Memorando N° 194-OGC-INMP-2010.



CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 15º de la Ley N° 26842 Ley General de Salud modificada con la Ley N° 29414, establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, como el de recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, el acceso a los servicios de salud, a ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares, a ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo, a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las situaciones establecidas en la misma norma, los derechos contenidos en el precitado dispositivo legal, no excluye los demás contenidos en dicha Ley o los que la Constitución Política del Perú garantiza;



J. CARRION N.

Que, el Artículo 29 de la precitada norma legal, dispone que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado;



Que, el Reglamento de Establecimientos de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA establece que la Historia Clínica, es un documento médico que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente;



Que, con Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención de los usuarios de los servicios de salud a través de una adecuada gestión de las historias clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios del personal de salud y de los establecimientos del Sector Salud;



Que, los formatos que conforman la Historia Clínica de los usuarios del Instituto Nacional Materno, deben ser adecuados conforme lo dispone la precitada Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia

Clinica y la modificatoria de la Ley General de Salud, Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud;



Que, con Resolución Directoral N° 165-DG-INMP-09, de fecha 09 de noviembre de 2009 y Resolución Directoral N° 056-DG-INMP-10, de fecha 05 de marzo de 2010 se constituyó el Comité Permanente de Historias Clínicas de las Pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal, el mismo que ha participado en la elaboración y aprobación de la Directiva de Gestión y Registro Adecuado de los Formatos que Conforman la Historia Clínica en el Instituto Nacional Materno Perinatal;



Que, mediante Resolución Directoral N° 408-DG-IMP-02, de fecha 21 de octubre de 2002, se aprobó la Directiva N° 018-DG-IMP-02 de Uso, Manejo, Conservación y Depuración de Historias Clínicas y Registros Médicos en el Archivo del Instituto Materno Perinatal;



Que, mediante el documento de visto, el Director de la Oficina de Estadística e Informática y Presidente del Comité Permanente de Historias Clínicas de las Pacientes, solicita se apruebe la Directiva de Gestión y Registro Adecuado de los Formatos que Conforman la Historia Clínica en el Instituto Nacional Materno Perinatal;

Con la opinión favorable de Director de la Oficina de Estadística e Informática, Director de la Oficina de Gestión de la Calidad, con las visaciones de las Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, Dirección Ejecutiva de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, Director de la Oficina de Asesoría Jurídica y de conformidad con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 699-2003-SA/DM y su modificatoria Resolución Ministerial N° 1002-2004/MINSA;

**SE RESUELVE:**



**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar la Directiva N° 006-DG-INMP-10 de "Gestión y Registro Adecuado de los Formatos que Conforman la Historia Clínica en el Instituto Nacional Materno Perinatal"

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Aprobar los formatos de la Historia Clínica en el Instituto Nacional Materno Perinatal que a Continuación se Indican:

- ❖ Formatos de Historias Clínicas Neonatales.
- ❖ Formatos de Historias Clínicas de Gineco Obstetricia.
- ❖ Formatos de Consentimiento Informado



**ARTÍCULO TERCERO:** Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 408-DG-IMP-02, de fecha 21 de octubre de 2002, que aprobó la Directiva N° 018-DG-IMP-02 de Uso, Manejo, Conservación y Depuración de Historias Clínicas y Registros Médicos en el Archivo del Instituto Materno.



**ARTÍCULO CUARTO :** Las Direcciones Ejecutivas realizaran las acciones que correspondan tendientes a la implementación de la presente Directiva.

**ARTÍCULO QUINTO:** La Oficina de Estadística e Informática publique la presente resolución en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Regístrese y comuníquese.

**MINISTERIO DE SALUD**  
Instituto Nacional Materno Perinatal  
  
Dr. Pedro Mancayo Sánchez  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 10617 R.N.E. 3301

PAMS/JACN/RVC.  
c.c:

- |   |  |                                    |  |
|---|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dirección Ejecutivas | <input type="checkbox"/> Departamentos | <input type="checkbox"/> Servicios | <input type="checkbox"/> Cmte. De H.C. |
| <input type="checkbox"/> Unidades             | <input type="checkbox"/> OAJ           | <input type="checkbox"/> Archivos  |  |



DIRECTIVA N° 006-DG-INMP-10 "GESTIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS FORMATOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

APROBADO POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 161 -DG-INMP-10

**DIRECTIVA N° 006-DG-INMP-10 - "GESTIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS FORMATOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"**

I. OBJETIVOS.

Establecer los formatos que debe contener la Historia clínica del INMP, a usarse tanto en la atención Gineco-Obstétrica como Neonatal, para asegurar una adecuada atención de los usuarios que acuden al Instituto Especializado Materno Perinatal

Promover y difundir las disposiciones legales y administrativas, generales y específicas, con relación al adecuado registro de la historia clínica en el Instituto Especializado Materno Perinatal

Formalizar los diferentes formatos a utilizar en las historias clínicas para la atención Gineco-Obstétrica y Neonatal en el INMP, acorde con la normatividad vigente.

Establecer la responsabilidad de cada profesional de la salud en el registro de los diferentes formatos de la Historia clínica.

Potenciar la conciencia profesional sobre la importancia que conlleva el adecuado registro de la historia clínica en el INMP, tanto para los aspectos médico-legales, como para la docencia e investigación, roles inherentes a la misión y visión institucionales.

II. FINALIDAD

La presente Directiva tiene por finalidad establecer normas para un adecuado registro de los formatos; el archivamiento, custodia y conservación de la Historia Clínica en el ámbito del **INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL**, contribuyendo así a mejorar la calidad de atención a sus usuarios (as), mediante la gestión adecuada de este documento, que implícitamente tiene importancia médico-legal.

BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
2. Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
3. Ley N° 27604 - Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención Médica en Emergencias y Partos; y su respectivo Reglamento (DS. N°016-2002-SA).
4. Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales
5. Decreto Supremo N° 019-2002-JUS. Reglamento de la Ley de Firmas y Certificados Digitales modificado por el Decreto Supremo N° 024-2002-JUS
6. Ley N° 27657 - Ley del ministerio de Salud.



DIRECTIVA N° 006 -DG-INMP-10 "GESTIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS FORMATOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

APROBADO POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 161 -DG-INMP-10

7. DS: N° 024-2005-SA, que aprobó las Identificaciones Estándar de Datos en Salud.
8. Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
9. Resolución Ministerial N° 595-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
10. Resolución Ministerial Nro. 669-2003-SA – Reglamento de Organización y Funciones del IEMP, modificado por la Resolución Ministerial Nro. 1002-2004-MINSA.
11. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú



#### IV. ALCANCE

La presente directiva es de cumplimiento obligatorio por todo el personal profesional involucrado directamente en las diferentes actividades asistenciales del proceso de atención de pacientes en las diferentes unidades y servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal.

#### V. DISPOSICIONES GENERALES.



1. Toda actividad que sea parte del proceso de atención de un usuario, debe ser registrada en el formato correspondiente y en el lugar donde se realizó dicha atención.
2. La responsabilidad de la ejecución del registro mencionado en el punto anterior, es inherente al profesional que realizó la actividad, debiéndose registrar los datos pre-establecidos en el formato correspondiente a su respectivo perfil profesional.
3. Los datos a registrar en los formatos de la Historia Clínica, se ajustan a lo estipulado en la Norma técnica respectiva (N°022-MINSA/DGSP-V.02).
4. En ningún caso deberá realizarse anotaciones en formatos diferentes a los autorizados ni en hojas sin formato correspondiente (hojas en blanco).
5. Las anotaciones deben realizarse en forma objetiva, utilizando caligrafía legible, sin enmendaduras.
6. Las anotaciones deben ceñirse al acto asistencial realizado por el profesional correspondiente, evitándose anotaciones fuera de este contexto. No se debe registrar juicios de valor ni comentarios de las anotaciones de otro profesional.
7. El uso de siglas y/o abreviaturas estará condicionado a la existencia de una nómina autorizada formalmente por la Dirección General del INMP.
8. Todos los Diagnósticos, deben estar además seguidos de su respectiva codificación según el CIE 10 o sucedáneo correspondiente. En ningún caso se debe utilizar siglas en los diagnósticos.
9. Los jefes de Guardia, del Servicio y/o de Unidad supervisarán el adecuado llenado de los registros en los formatos de la Historia Clínica.



DIRECTIVA N° 006 -DG-INMP-10 "GESTIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS FORMATOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

APROBADO POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 161 -DG-INMP-10

10. La Epicrisis debe registrarse por duplicado (Formatos FO 031 y FN 001); una para la historia clínica y la otra se entregará a la paciente, a manera de informe médico, en razón que los datos contenidos en ésta, son los mismos de un informe médico. Esta actividad se sustenta en el Art. 44 de la Ley General de Salud.



**DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

**1. DE LA ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLINICA.**

1. 1. La estructura básica de esta Historia Clínica está conformada por Formatos de:

- a. Registro de la Identificación del paciente, Número de Historia Clínica e Identificación del INMP, en formato único.
- b. Registro de la atención de salud propiamente dicha, en diferentes formatos, de acuerdo a la unidad o servicio de atención.
- c. Registros de la Información auxiliar complementaria, contenida en los formatos que contienen los resultados de exámenes auxiliares, consentimiento informado, referencia y contra-referencia, etc.



1. 2. Dada la especialización del Instituto Nacional Materno Perinatal, las Historias Clínicas, tendrán estructura diferente de acuerdo a la atención que se brinde. Así, específicamente se tendrán dos tipos de Historia Clínica:

- A. Historia Clínica Gineco-Obstétrica.
- B. Historia Clínica Pediátrica-Neonatal.



1. 3. Para diferenciar los formatos correspondientes a cada una de estas dos historia clínicas, se les ha identificado con un código alfa-numérico, dentro de un recuadro:  ubicado en la parte superior derecha de cada formato.

- A. Los formatos de la Historia Clínica Gineco-Obstétrica, se los reconocerá por un número precedido de las letras FO, ejm:
- B. Los formatos de la Historia Clínica Pediátrica-Neonatal, se los reconocerá por un número precedido de las letras FN, ejm:
- C. Los Formatos de Autorización para tratamientos especiales y/o procedimientos médico-quirúrgicos, correspondientes tanto a la atención Gineco-Obstétrica como Pediátrica-Neonatal, se denominan FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, se los reconocerá por un número precedido por las letras CI; ejm:



## 2. HISTORIA CLÍNICA GÍNECO-OBSTÉTRICA

2.1. La Historia clínica Gineco-Obstétrica, contiene la información de todo el proceso de atención de la usuaria que acude al INMP para ser atendida en la especialidad de Gineco-Obstetricia o situaciones clínico-patológicas derivadas y/o relacionadas con esta especialidad, según las interconsultas que puedan derivar del motivo de su atención inicial.

2.2. Los formatos que conforman la Historia Clínica Gineco-Obstétrica son los siguientes:

1. FO-001\_FORMATO\_FILIACION-IDENTIFICACION
2. FO-002\_FORMATO\_REGISTRO GRAFICO DE SIGNOS VITALES
3. FO-003\_FORMATO\_ATENCION EN CONSUL EXTERNA
4. FO-004\_FORMATO\_ATENCION EN EMERGENCIA
5. FO-005\_FORMATO\_HISTORIA CLINICA DE HOSPITALIZACION
6. FO-006\_FORMATO\_EVOLUCION MÉDICA-HOSPITALIZACION
7. FO-007\_FORMATO\_INTERCONSULTAS (SOLICITUD / RESPUESTA / RE-EVALUACIONES)
8. FO-008\_FORMATO\_NOTAS DE ENFERMERIA
9. FO-009\_FORMATO\_BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO
10. FO-010\_FORMATO\_NOTAS DE OBSTETRICIA
11. FO-011\_FORMATO\_CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
12. FO-012\_FORMATO\_ATENCION ODONTO-ESTOMATOLOGICA
13. FO-013\_FORMATO\_CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES
14. FO-014\_FORMATO\_CONSULTA EXTERNA CARDIOLOGIA
15. FO-015\_FORMATO\_CONSULTA EXTERNA OFTAMOLOGIA
16. FO-016\_FORMATO\_INFORME DE EXAMENES DE LABORATORIO
17. FO-017\_FORMATO\_INFORME DE EXAMENES DE ANATOMIA PATOLOGICA
18. FO 018\_FORMATO DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN RECUPERACIÓN.
19. FO-019\_FORMATO\_IMPRESION PELMATOSCOPICA DEL RECIEN NACIDO
20. FO-020\_FORMATO\_REGISTRO DE ANALGESIA DE PARTO
21. FO-021\_FORMATO\_EVALUACION PRE ANESTESICA
22. FO-022\_FORMATO\_REGISTRO DE ANESTESIA GINECO-OBSTETRICIA
23. FO-023\_FORMATO\_INFORME QUIRURGICO (CENTRO QUIRURGICO)
24. FO-024\_FORMATO\_INFORME DE ECOGRAFIA GINECOLOGICA
25. FO-025\_FORMATO\_INFORME DE ECOGRAFIA DE MAMAS
26. FO-026\_FORMATO\_INFORME DE ECOGRAFIA RENAL
27. FO-027\_FORMATO\_INFORME DE ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR.
28. FO-028\_FORMATO\_INFORME DE HISTEROSALPINGOGRAFIA
29. FO-029\_FORMATO\_INFORME CARDIOTOCOGRAFICO
30. FO-030\_FORMATO\_COMPILACION DE RESULTADOS DE EXAMENES AUXILIARES
31. FO-031\_FORMATO\_EPICRISIS
32. FO-032\_FORMATO\_SOLICITUD DE ECOGRAFIA
33. FO-033\_FORMATO\_SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO.
34. FO-034\_FORMATO\_SOLICITUD PARA INTERVENCION QUIRURGICA



DIRECTIVA N° 006 -DG-INMP-10 "GESTIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS FORMATOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

APROBADO POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° J61 -DG-INMP-10

35. FO-035\_FORMATO\_SOLICITUD DE ANALISIS CLINICOS
36. FO-036\_FORMATO\_RETIRO VOLUNTARIO
37. FO-037\_FORMATO\_SOLICITUD DE EXAMEN DE ANATOMIA PATOLOGICA.
38. FO-038-FORMATO-INFORME QUIRURGICO (SALA DE OPERACIONES-EMERGENCIA)



2. 3. Existen 04 de los formatos anteriores (FO - : 001, 018, 025 y 038), que según el caso, formarán parte de la Historia Clínica Gineco-obstétrica; sin embargo, por estar diseñados en software aplicativo especial, no existirá en formato físico pre-impreso.
2. 4. Los software de estos formatos, estarán instalados en los respectivos equipos de cómputo ubicados en el área donde serán utilizados, para ser llenados por el personal responsable que genere la información. Este es el caso de los Formatos de: Filiación-Identificación (FO-001\_), Registro de Enfermería en Recuperación (FO-018\_), Reporte quirúrgico DE Centro Quirúrgico (FO-025\_) y el de Informe Quirúrgico de Sala de Operaciones del Servicio de Emergencia (FO-038-).

### 3. HISTORIA CLINICA PEDIATRICA NEONATAL



3. 1. La Historia Clínica Pediátrica – Neonatal, contiene la información de todo el proceso de atención del neonato que se atiende en el INMP en las especialidades de Neonatología, Cirugía Neonatal o situaciones clínico-patológicas derivadas y/o relacionadas con estas especialidades, según las interconsultas que puedan derivar del motivo de su atención inicial.
3. 2. Los formatos que conforman la Historia Clínica Pediátrica-Neonatal son los siguientes:



1. FN-001\_FORMATO- DE EPICRISIS
2. FN-002\_FORMATO- DE EVOLUCIÓN INTERMEDIOS
3. FN-003\_FORMATO- NOTAS DE ENFERMERIA
4. FN-004\_FORMATO- EMERGENCIA NEONATAL
5. FN-005\_FORMATO- HISTORIA CLINICA HOSPITALIZACIÓN
6. FN-006\_FORMATO- BALANCE HIDRICO
7. FN-007\_FORMATO- TERAPEUTICA NEONATAL
8. FN-008\_FORMATO- PRIMERA CONSULTA EXTERNA PEDIATRICA
9. FN-009\_FORMATO- SEGUIMIENTO CONSULTA EXTERNA PEDIATRIA
10. FN-010\_FORMATO- KARDEX ENFERMERIA
11. FN-011\_I FORMATO- NFORME ECOCARDIOGRAFICO NEONATAL
12. FN-012\_FORMATO- GRAFICO FUNCIONES VITALES
13. FN-013\_FORMATO- RESUMEN DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS
14. FN-014\_FORMATO- HOJA DE EVOLU UCIN
15. FN-015\_FORMATO-ANESTESIA NEONATAL
16. FN-016\_FORMATO CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA.



DIRECTIVA N° 006 -DG-INMP-10 "GESTIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS FORMATOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

APROBADO POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 161 -DG-INMP-10

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

4. 1. De acuerdo a las normas vigentes, en casos de tratamientos especiales, o procedimientos o intervenciones que puedan afectar física o psíquicamente a la paciente, debe ejecutarse el CONSENTIMIENTO INFORMADO, el mismo que se registrará en un formato exclusivo para cada caso; con excepción de los casos de Emergencia; para los que no es indispensable.
4. 2. El primer formato de consentimiento informado es el que se identifica como CI - 001 HOSPITALIZACIÓN, deberá ser utilizado para toda paciente que va a ser internada u hospitalizada con fines diversos (diagnóstico, tratamiento y/o intervención quirúrgica). Sin embargo, si la paciente va a ser sometida a algún otro procedimiento, o tratamiento especial, deberá además utilizarse el otro formato de consentimiento informado que el caso lo amerite.
4. 3. En el INMP, se han elaborado diversos formatos de este tipo; pero dada su diversidad y por su baja rotación de algunos de ellos, solamente se tendrán disponibles para ser llenados en formatos físicos aquellos de alto uso, de acuerdo a la estadística institucional (CI- 001, 003, 006, 007, 008, 011, 019, 031 y 032); los demás estarán disponibles en los diferentes equipos informáticos de los lugares donde se requiera de ellos, para que en el momento que se requiera usarlos, sea copiado y usado para el fin deseado.
4. 4. A la fecha, se disponen de 21 de estos formatos de Consentimiento informado, tanto para intervenciones Gineco-obstétricas como Neonatales, que corresponden a igual número de situaciones que ameriten estos documentos.
4. 5. Estos formatos pueden y deben ser incrementados, tratando de incluir a los procedimientos, intervenciones y tratamientos especiales que de acuerdo a cada servicio sea requerido con tal fin; debiendo ser propuesto al Comité de Historias clínicas para su revisión, viabilización y formalización.
4. 6. A la fecha, se dispondrá de los siguientes formatos:
  1. CI - 001-HOSPITALIZACION
  2. CI - 002-AMNIOCENTESIS
  3. CI - 003-ANESTESIA
  4. CI - 004-ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA (AQV)
  5. CI - 005-CERCLAJE CERVICAL
  6. CI - 006-EVACUACIÓN UTERINA: LEGRADO UTERINO Y/O ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA
  7. CI - 007-CESAREA
  8. CI - 008-INDUCCIÓN DEL PARTO
  9. CI - 009-CORDOCENTESIS
  10. CI - 010-LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
  11. CI - 011-HISTERECTOMÍAS
  12. CI - 012-TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DISTOPIA GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA
  13. CI - 013-BIOPSIA DE CERVIX Y/O ENDOMETRIO
  14. CI - 014-CIRUGIA DE MAMA
  15. CI - 015-MIOMECTOMIA





DIRECTIVA Nº 006 -DG-INMP-10 "GESTIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS FORMATOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

APROBADO POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL Nº 161 -DG-INMP-10

16. CI - 016-HISTEROSCOPIA
17. CI - 017-CONIZACIÓN DE CÉRVIX
18. CI - 018-LAPAROSCOPIA
19. CI-019- TRANSFUSION DE SANGRE Y HEMODERIVADOS
20. CI-031-PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA.
21. CI-032-FOTO-COAGULACIÓN RETINAL EN EL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA

4. 7. De éstos se ha considerado pertinente tener en formatos impresos físicamente los siguientes:

1. CI - 001-HOSPITALIZACION
2. CI - 003-ANESTESIA
3. CI - 006-EVACUACIÓN UTERINA: LEGRADO UTERINO Y/O ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA
4. CI - 007-CESAREA
5. CI - 008-INDUCCIÓN DEL PARTO
6. CI - 011-HISTERECTOMÍAS
7. CI - 019- TRANSFUSION DE SANGRE Y HEMODERIVADOS
8. CI - 031-PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA.
9. CI - 032-FOTO-COAGULACIÓN RETINAL EN EL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA

VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

1. Cada profesional dispone de formatos específicos para registrar los datos de las actividades que realiza en el proceso de atención de pacientes, razón por la cual no debe utilizar otros formatos para realizar sus registros, ni firmar en los registros que no son de su competencia ni perfil.
2. En casos que otros trabajadores, participen en el registro de los formatos, el profesional responsable de la atención, al firmar el formato correspondiente, está validando dicho registro.
3. Los formatos que deben incluirse en la historia clínica y que no se disponen en formato físico, sino solo en software aplicativo especial, como son los de Filiación-Identificación (FO- 001\_), Registro de Enfermería en Recuperación (FO 018\_), Reporte quirúrgico (FO-025\_) y los de Consentimiento informado (CI- 002, 004, 005, 009, 010, 012, 013, 014, 015, 016, 017 y 018), se podrán obtener de los equipos de computo del área donde sea requerido, de acuerdo al caso que le corresponda; y luego de su llenado y firma (s) correspondiente anexarlos a la respectiva Historia clínica.
4. Asimismo, otros formatos que en adelante sean digitalizados para su uso, serán instalados en los equipos de cómputo del área donde sean usados, y luego de su registro y firma correspondiente serán incluidos en la correspondiente Historia Clínica.



DIRECTIVA N° 006 -DG-INMP-10 "GESTIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS FORMATOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

APROBADO POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 161 -DG-INMP-10

5. Los jefes superiores inmediatos (Jefes de Guardia, jefes de Servicio, Jefes de Unidad), son los responsables de la supervisión y cumplimiento del registro y uso adecuado de los diferentes formatos que conformen la Historia Clínica de cada paciente.
6. La Oficina de Estadística e Informática, es la responsable de la administración y provisión de los diferentes formatos de la Historia Clínica y otros contemplados en esta directiva:
  - a) Formatos físicos, a través del Área de Admisión Archivo y Constancias.
  - b) Formatos digitales, en software aplicativo, a través del Área de Desarrollo de de Informática.
7. Las diferentes Unidades, Servicios y Departamentos asistenciales que requieran de los diferentes formatos, deberán realizar una proyección anual de sus requerimientos e informar a través de su Dirección correspondiente, a la Oficina de Estadística e Informática, para que a su vez, ésta realice el consolidado y solicite a la dirección Administrativa la ejecución del proceso respectivo, para la impresión de los formatos. Esta información de sus requerimientos anuales debe realizarse en la primera quincena del último mes del año que culmina (Diciembre), para poder disponer oportunamente los formatos.
8. El Comité de Historias Clínicas es el responsable de determinar la pertinencia y la inclusión de nuevos formatos para la historia Clínica.
9. El archivamiento, custodia y conservación de las historias clínicas del INMP está bajo la responsabilidad del Jefe del Equipo técnico del Área de Admisión, Archivo y Constancias; cuando éstas permanecen fuera del archivo, la custodia y conservación de las mismas será de responsabilidad del personal de salud que la solicitó y subsidiariamente del responsable del servicio al que pertenezca.
10. La salida y permanencia de las historias clínicas fuera del Área de Archivo, con fines ajenos a los procesos médico-asistenciales (docencia, investigación, administrativo), se realizarán sólo bajo autorización de un Médico Asistente, Jefe de Servicio, Jefe de Departamento o Director (General, Ejecutivo o de Oficina) del INMP, quien será el responsable de la custodia conservación y buen uso de las historias clínicas entregadas. Para tal efecto, el médico que solicite o autorice la obtención de una o mas historias clínicas, deberá firmar y sellar un documento como comprobante de dicha entrega. Ningún otro personal, diferente al mencionado y por decisión propia, podrá obtener historias clínicas del archivo institucional.
11. La Depuración de historias clínicas del Archivo de las mismas, se realizará de acuerdo a las normas vigentes; es decir, de acuerdo a la *Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"*

**DISPOSICIONES FINALES**

1. Los casos o situaciones no previstas en la presente directiva serán resueltos de acuerdo a las normas vigentes; de ser necesario con la participación de la Oficina de Asesoría Jurídica.

DIRECTIVA N° 006 -DG-INMP-10 "GESTIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS FORMATOS QUE CONFORMAN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

APROBADO POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 161 -DG-INMP-10



2. Las modificaciones internas a alguna norma anteriormente indicada deben de ser aprobadas, publicadas y difundidas por la Oficina de Estadística e Informática con el visto de la Dirección General.
3. La infracción a las normas establecidas en la presente Directiva, tendrán sanción disciplinaria según normas administrativas del sector público.



IX. RESPONSABILIDADES

1. Del Director de la Oficina de Estadística e Informática:- En la gestión para la aprobación, publicación y difusión de la Directiva para el adecuado uso y provisión de los diferentes Formatos aprobados de la Historia Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal.
2. Del Comité de Historias Clínicas del INMP:- En determinar la pertinencia, elaboración y propuesta de otros formatos que puedan integrar la Historia Clínica Del INMP; así como de otros formatos que como respuesta a éstos determinen alguna información relevante que deba integrarse a la Historia clínica (solicitud de exámenes o procedimientos especiales, consentimientos informados, etc.)
3. De los Directores Ejecutivos y Jefaturas asistenciales (Departamentos, Servicios, Unidades y Áreas).- En el monitoreo y supervisión para el correcto uso y adecuado registro de los diferentes formatos de la Historia clínica y derivados que son motivo de la presente directiva. Asimismo en elaborar e informar oportunamente la proyección anual de sus requerimientos de los diferentes formatos que sean de su uso.



Lima, junio del 2010.



# FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO





CI - 001

# CONSENTIMIENTO INFORMADO ( Ley General de Salud, N° 26842) HOSPITALIZACION

YO:..... DE.....AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

.....DE.....AÑOS DE EDAD,

(NOMBRE Y APELLIDOS)

DIRECCION DOMICILIO REAL EN:.....

(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

.....Y D.N.I.N°.....

(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)

EN CALIDAD DE:.....

ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL: ESPOSO O FAMILIAR)

PACIENTE:.....

(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A):.....me ha explicado

(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

que por presentar diagnóstico (s) de:.....

Es conveniente la **HOSPITALIZACION** en un servicio del Instituto Nacional Materno Perinatal

Asimismo se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. La hospitalización es necesaria debido a que la salud de la paciente y/o la de su bebe (si está embarazada) están expuestas a serio riesgo, incluso de morir y por tanto debe tener cuidados y controles estrictos por personal profesional especializado.
2. Se realizarán exámenes especiales, médicos y de laboratorio (análisis); incluso con participación de otros especialistas según criterio del médico tratante.
3. Una de las finalidades más importantes de la hospitalización es confirmar o realizar un diagnóstico certero y oportuno, para así administrar el respectivo tratamiento, evitando así el agravamiento o la complicación de la situación, es decir cuidar la salud de la paciente y de su bebe si estuviera embarazada.
4. El tratamiento necesario será administrado por los profesionales respectivos, a dosis y en horas adecuadas, de acuerdo a la indicación médica.
5. Los análisis que se realicen, los exámenes especiales, los medicamentos administrados, así como el uso de la cama de hospitalización, tienen un costo, que serán pagados por el paciente y/o su representante legal. y/o el seguro que este afiliado
6. De ser necesaria alguna operación de urgencia complementaria, el equipo médico a cargo actuará de acuerdo a su criterio profesional y según las normas técnicas y legales vigentes.
7. Se informará a la paciente y/o al responsable legal en forma constante y oportuna acerca de la evolución.
8. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice la hospitalización, sin perder ningún beneficio o servicio.
9. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

**CONSIENTO** que se realice la **HOSPITALIZACION**, con fines de diagnóstico, tratamiento y en cuidado de la salud de la paciente y/o el bebe (en caso de existir embarazo).

Lima, ..... de ..... del 20.....



FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

(HUELLA DIGITAL) INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL MEDICO)

### REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

desisto del consentimiento realizado en fecha.....

para la operación/procedimiento de .....

y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud y/o a mi bebe (en caso de existir embarazo)

Lima, ..... de ..... del 20.....



FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO



### LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842

NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.

- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN ALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





CONSENTIMIENTO INFORMADO  
( Ley General de Salud, N° 26842)  
**AMNIOCENTESIS**

CI - 002

YO:..... DE.....AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

..... DE.....AÑOS DE EDAD,  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

CON DOMICILIO REAL EN:.....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

..... Y D.N.I N°.....  
(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)

EN CALIDAD DE:.....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

LA PACIENTE:.....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A):..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

que por presentar diagnóstico (s) de:.....

**Es conveniente realizar una AMNIOCENTESIS ;**

La Amniocentesis es un procedimiento especial que se realiza mediante una punción de la cavidad amniótica (bolsa de las agua), a través del abdomen materno, para obtener liquido amniótico con el fin de estudiar en el bebé, su edad gestacional, bienestar, madurez, presencia de enfermedades, infecciones, alteraciones y/o malformaciones.

La Amniocentesis también sirve para extraer la exagerada cantidad de liquido (hidramnios).

Al realizar la prueba, existen algunos potenciales riesgos:

Generales: punción placentaria y/o bebé o del cordón, rotura de la bolsa de las aguas, desencadenamiento de parto y/o aborto, infección, hemorragia materna, fracaso de la prueba.

- Otros dependientes del estado de salud de la madre y el bebé.

- Me han explicado como se realizará la prueba; y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir.
- Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.
- Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

**CONSIENTO** que se realice una **AMNIOCENTESIS**

Lima, ..... de..... del 20.....



(FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

(HUELLA DIGITAL) INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL MEDICO)

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica



**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

**desisto del consentimiento realizado** en fecha.....

para la operación/procedimiento de .....

y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi  
y/o a mi bebe (en caso de existir embarazo)

..... de..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO

**LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

**ARTICULO 4º**

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.

En el caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.







CI - 003

# CONSENTIMIENTO INFORMADO ( Ley General de Salud, N° 26842) ANESTESIA

YO:..... DE.....AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO.....DE.....AÑOS DE EDAD, CON  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN:.....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

Y D.N.I.N°.....  
(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)

SALUD DE:.....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE:.....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A):.....me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

de la anestesia a usar para la operación. Asimismo me ha informado, aclarado y he comprendido lo siguiente:

**1. LA ANESTESIA GENERAL:** Consiste en administrar medicamentos anestésicos por inyección a la vena o por inhalación (respirando); con lo cual, mientras se administre el anestésico, se "duerme profundamente" (sin conciencia) y no se sentirá dolor. Permite así realizar con tranquilidad la operación ó procedimiento planteado.

**LA ANESTESIA REGIONAL:** Consiste en administrar (inyectando) medicamentos anestésicos especiales por la columna vertebral (espalda), hacia una zona donde salen los nervios de la médula espinal (espacio epidural o intrarraquídeo); con lo cual no se sentirá dolor (se anestesiara) en la zona o región que se va a operar. La inyección se realiza con aguja y/o catéter colocado en dicho lugar. Con este tipo de anestesia el paciente puede estar despierto, evitando así algunas complicaciones que pueden presentarse con la anestesia general; incluso puede mantenerse la anestesia por mas tiempo (para parto, dolor de larga curación o para calmar el dolor después de operaciones). En algunos casos, con este tipo de anestesia, puede ser necesario además aplicar anestesia general por diversos motivos, como para mejorar la anestesia o porque la operación que se está realizando lo requiere

El médico especialista (Anestesiólogo), se encarga de aplicar y controlar la anestesia, así como el control y vigilancia de la anestesia hasta su recuperación, utilizando con tal fin equipos y maquinas especiales.

Toda aplicación de anestesia puede producir complicaciones de diverso grado; a veces potencialmente serias, incluyendo cierto riesgo de muerte. Estas complicaciones pueden deberse a la propia anestesia, a la operación o al estado de salud previo de la paciente; y podrían necesitar tratamientos complementarios, incluso otras operaciones.

Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

6. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:



Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

**CONSENTIO** que se me administre la **ANESTESIA** requerida, para la operación propuesta,

Lima, ..... de ..... del 20.....



(FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL) INFORMANTE

(HUELLA DIGITAL) INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL MEDICO)



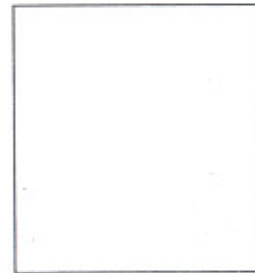
**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

desisto del consentimiento realizado en fecha.....  
para la operación/procedimiento de .....  
no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud y/o a mi bebe (en caso de existir embarazo)



Lima, ..... de ..... del 20.....



FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO



**LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

**ARTICULO 4º**

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
( Ley General de Salud, N° 26842)  
**ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA (AQV)**

CI - 004

YO:..... DE.....AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO.....DE.....AÑOS DE EDAD, CON  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN:.....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

Y D.N.I N°.....  
(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)

CALIDAD DE:.....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL. ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE:.....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)



**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A):.....me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

comprendido, respecto a mi deseo de acceder a la LIGADURA DE TROMPAS VASECTOMIA que:

La ligadura de trompas / vasectomía es un método definitivo e irreversible (dura para siempre); sin embargo existen otros métodos para evitar embarazos que son reversibles, es decir que duran solo el tiempo en que son usados; como métodos de barrera, anticoncepción hormonal, dispositivo intrauterino (DIU) o métodos naturales.

La operación de bloqueo tubario o ligadura de trompas, consiste en la **LIGADURA Y CORTE DE LAS TROMPAS DE FALOPIO**, interrumpiendo así su continuidad; con el fin de evitar un nuevo embarazo. Esta operación puede realizarse de diferentes maneras: por laparoscopia, mini laparotomía, por vía vaginal o durante la realización de una cesárea. La **VASECTOMÍA**, consiste en el corte y ligadura de los conductos que transportan los espermatozoides desde el testículo hacia el exterior; esta operación se realiza con una pequeña incisión en el escroto, con anestesia local.

3. Para realizar la ligadura de trompas se necesita anestesia, que será administrada por el médico que realiza la operación (anestesia local); y en algunos casos requerirá evaluación y administración de anestesia por un médico especialista (Anestesiólogo).

4. La ligadura de trompas/ vasectomía, es un método muy efectivo para evitar el embarazo; sin embargo, de cada 1000 operaciones, puede suceder de 2 a 4 embarazos.

5. Como toda operación, pueden aparecer algunas complicaciones durante su realización (hemorragias, lesiones de órganos vecinos); y otras que pueden notarse después de la operación. Por lo general las complicaciones son leves, siendo lo mas observado seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia; y otras que pueden ser graves, pero poco frecuentes, como eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelviperitonitis, hemorragia, perforación de víscera hueca; las mismas que podrían necesitar tratamientos complementarios, incluso otras operaciones.

6. Como en toda operación, existe un riesgo excepcional de muerte, dependiente tanto de la propia operación como del estado de salud de cada paciente.

7. Si durante la operación surgiera algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la operación programada y aplicar el tratamiento u operación mas adecuada, según la complicación surgida y su criterio profesional.

8. Asimismo me han explicado las caracterisiticas y procedimientos de la operación, los cuidados que debo seguir después, y que me comprometo a cumplir.



Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

9. Conforme a las disposiciones legales vigentes, dispongo de tres (03) días para pensar cuidadosamente respecto a mi decisión; al cabo de los cuales debo ratificarla.
10. Declaro no haber recibido ningún aliciente económico o de otro tipo; ni haber sido sometida a presión alguna para tomar la decisión.
11. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.
12. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

**CONSIENTO** que, con fines de evitar nuevos embarazos, se realice:  **LIGADURA DE TROMPAS (BLOQUEO TUBARIO BILATERAL)**  **VASECTOMIA**

Lima, ..... de ..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
(FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)



(HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA Y SELLO DEL MEDICO)



**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)  
**desisto del consentimiento realizado** en fecha.....  
para la operación/procedimiento de .....  
y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud.



Lima: ..... de ..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO

**LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

**ARTICULO 4º**

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





CONSENTIMIENTO INFORMADO  
( Ley General de Salud, N° 26842)  
**CERCLAJE CERVICAL**

CI - 005

YO:..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN:.....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)..... Y D.N.I N°.....

EN CALIDAD DE:.....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL ESPOSO O FAMILIAR)

LA PACIENTE:.....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A):..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

que por presentar diagnóstico (s) de:.....

es conveniente realizar un **CERCLAJE CERVICAL;**

1. El CERCLAJE CERVICAL es una operación menor, cuya finalidad es reducir el orificio cervical uterino para contener al bebe y disminuir el riesgo de aborto y/o parto prematuro.

La operación se realiza por la vagina y consiste en colocar una cinta o hilo anudado alrededor del cuello uterino para disminuir la abertura del mismo.

3. el cerclaje debe realizarse con anestesia, administrada por el medico que realiza la operación y en algunos casos por el especialista ( Anestesiólogo)

La operación no garantiza la total corrección de la incompetencia cervical; existe un pequeño porcentaje de fracasos. En todo caso, la situación no empeora con relación a no colocársela el cerclaje.

en el momento de la operación quirúrgica algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la operación programada, según su criterio profesional.

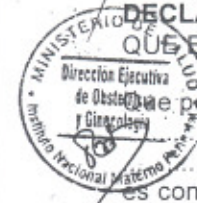
6. Esta operación tiene algunos potenciales riesgos: rotura prematura de las membranas, amnionitis (infección de la bolsa de las aguas), sangrados del cuello uterino, imposibilidad de realizar la operación, infección urinaria, inicio del parto o aborto y los derivados de la paliación de la anestesia.

Existen otros posibles tratamientos conservadores (sin operación); pero con menor grado de acción que el cerclaje, como el reposo absoluto, medicamentos para evitar las contracciones uterinas.

8. Me han explicado asimismo como se realizará la prueba; y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir después.

9. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

10. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:



Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

**CONSENTO** que, se realice un **CERCLAJE CERVICAL**

Lima, .....de..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL)  
INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL)



**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

desisto del consentimiento realizado en fecha.....

Para la operación/procedimiento de .....  
no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi  
salud y/o a mi bebe (en caso de existir embarazo)

Lima, ..... de..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL



**LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

**ARTICULO 4º**  
NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.

- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

( Ley General de Salud, N° 26842)

CI - 006

EVACUACIÓN UTERINA: LEGRADO UTERINO Y/O ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

YO:..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON DNI:..... (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:

..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON (NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN:..... (CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;) Y D.N.I.N°..... (URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)

EN CALIDAD DE:..... ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE:..... (NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO:

QUE EL DOCTOR (A):..... me ha explicado (NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

que por presentar diagnóstico (s) de:.....

conveniente realizar un EVACUACIÓN UTERINA;

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

La evacuación uterina es una operación que se realiza con la finalidad de extraer el contenido del útero, sea porque se trata de un embarazo anormal (degenerado, no viable o que arriesga la vida de la madre), existen restos de un embarazo eliminado parcialmente (aborto incompleto) o secreciones anormales (sangre o pus).

Existen dos métodos de realizar la evacuación uterina:

- 1. Aplicación de medicamentos por la vena (a goteo), que producen contracciones uterinas, dilatación del cuello uterino y expulsión del contenido uterino. En algunos casos puede ser necesario además realizar la evacuación quirúrgica. Evacuación quirúrgica (operación) se realiza mediante legrado y/o aspiración endouterina. Para el primer método se pueden usar diferentes maneras; a veces en forma combinada, según decisión profesional del equipo médico: a) Administración intracervical o intravaginal de Prostaglandinas o análogos. b) Inyección de Prostaglandinas a la cavidad amniótica (bolsa de las aguas), directamente sola o después de lo anterior. Inyección de Ocitocina por la vena (a goteo), directamente sola o después de la anterior. Para el segundo método se debe tener en cuenta: c) El legrado o aspiración pueden requerir anestesia, que será administrada por el médico que realiza la operación y en algunos casos por el especialista (anestesiólogo). d) El legrado o aspiración se realizan por vía vaginal. A veces es necesario dilatar el cuello uterino para luego extraer el contenido uterino por aspiración o por legrado curetaje). e) Todo el tejido obtenido será estudiado incluso con uso de microscopio por médicos especialistas (patólogos); y los resultados se le informará posteriormente. f) La evacuación uterina por legrado o aspiración, como toda operación puede tener complicaciones; algunas leves y otras mas graves; son poco frecuentes; y podrían necesitar tratamientos complementarios, incluso otras operaciones. Existe también un riesgo excepcional de muerte, dependiente tanto de la propia operación como del estado de salud de cada paciente. La complicaciones de la operación, por orden de frecuencia, pueden ser: • Infecciones a veces acompañadas de fiebre (urinarias, endometritis, salpingitis).

Table with 4 columns: Apellidos y Nombres, Servicio, Cama, Historia Clínica

- Hemorragias, que puedan necesitar transfusión (durante o después de la operación)
- Perforación del útero, sobre todo en úteros con cuadros inflamatorios.
- Perforación del útero, peritonitis
- Persistencia de restos

h) Si en el momento de la operación surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada, según su criterio profesional.

3. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.
4. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

**CONSIENTO** que, se realice una **EVALUACION ENDOUTERINA LEGRADO UTERINO Y/O AMEU**

Lima, ..... de ..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)



(FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL)

**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

**desisto del consentimiento realizado** en fecha.....

para la operación/procedimiento de .....  
y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud.



..... de ..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

**LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

**ARTICULO 4º**

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.







**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
( Ley General de Salud, N° 26842)  
**CESAREA**

CI - 007

YO: ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DNI: .....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN: .....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

Y D.N.I N° .....  
URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)

Ciudad DE: .....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL ESPOSO O FAMILIAR)

PACIENTE: .....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)



**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A): ..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

por presentar diagnóstico (s) de: .....

Por la salud de la madre y el bebé es conveniente realizar una **CESAREA**

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. La cesárea es una intervención quirúrgica obstétrica (operación que se realiza a la madre) para sacar al bebe del vientre materno.  
Se realizará la cesárea, porque hasta el momento la evolución del embarazo no permitirá un parto por vía natural (vaginal) o expone a riesgo de enfermar y/o morir, tanto a la madre como al bebé; y por tanto, es la mejor alternativa para ambos.
2. La cesárea requiere anestesia, que será administrada por el médico especialista (anestesiólogo).
3. La atención del recién nacido se realizará de inmediato a su extracción, por el médico especialista en bebés recién nacidos (Neonatólogo).
4. La cesárea, no está libre de complicaciones; porque en forma excepcional, puede presentarse: Hemorragia, Atonía uterina, Endometritis; y con menor frecuencia trastornos de la coagulación e infecciones. Por ser una operación, puede presentarse dolor de diferente intensidad y duración, fiebre, infección urinaria, infección de la herida, seroma o hematoma en la herida, dehiscencia, granuloma y/o eventración post operatoria.
5. Como en toda operación (intervención quirúrgica), existe un riesgo excepcional de muerte, derivado del propio acto quirúrgico o del estado de salud de cada paciente.  
Si durante la operación surgiera alguna complicación o imprevisto, como los mencionados en el punto N° 5, el equipo médico podrá ampliar la operación según sea necesario (incluyendo la posibilidad de extirpación del útero), para evitar posibles daños para la paciente y/o su bebé.
6. También me han explicado las características y procedimientos de la operación y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir después.
7. Para realizar la cesárea, se realizarán previamente exámenes auxiliares (análisis) preoperatorios tanto de laboratorio como riesgo quirúrgico, importantes para prevenir algunas complicaciones a favor de la madre y su bebé. En casos de emergencia, se realizaran los exámenes auxiliares preoperatorios en la medida que la situación de Emergencia lo permita.
8. Independiente del motivo de la cesárea, el bebe puede tener problemas respiratorios, así como otras complicaciones debidas a la causa de la cesárea.



Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

11. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.
12. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

**CONSIENTO** que, se realice una **CESAREA**.

Lima, ..... de ..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL)  
INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

### REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO

..... **REVOCO, o sea,**

(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

..... **resisto del consentimiento realizado** en fecha.....

para la operación/procedimiento de .....

y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud y/o a mi bebe (en caso de existir embarazo)

..... de ..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

### LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842

ARTICULO 4º

NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.

- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





CONSENTIMIENTO INFORMADO  
( Ley General de Salud, N° 26842)  
**INDUCCIÓN DEL PARTO**

CI - 008

YO: ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DNI: .....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN: .....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

Y D.N.I.N° .....

URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO) .....  
CALLE DE: .....

DE LA PACIENTE: .....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A): ..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

por presentar diagnóstico (s) de: .....

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. La inducción del parto consiste en provocar la salida del bebé por vía natural (vaginal); controlando estrictamente, la evolución del parto y los latidos del bebe. De acuerdo a cada paciente, el médico elegirá la forma de inducción que mejor convenga entre una de las siguientes:

- Administrando por la vena un goteo controlado de Oxitocina, ya sea desde el comienzo o después de la "maduración del cuello uterino" (preparación del cuello del útero para facilitar la inducción).
- Administrando (vía oral o vaginal) Prostaglandinas o preparados análogos.

2. La inducción del parto es un procedimiento frecuente y tiene poco riesgo; sin embargo puede presentar algunas complicaciones en la madre y/o el bebe, siendo las más importantes:

- Fracaso de la inducción.
- Aparición de Sufrimiento Fetal Agudo, por disminución de la llegada de oxígeno al bebe durante las contracciones uterinas. Sin embargo, este problema también puede presentarse durante un parto normal (que no es inducido).
- Rotura uterina, que es muy poco frecuente, pero grave; hace peligrar la vida de la madre y del bebe.
- Prolapso (salida) del cordón umbilical, raro; puede presentarse si existe rotura de la bolsa amniótica; y pone en grave peligro la vida del bebe. Esta situación también puede presentarse con igual frecuencia durante un parto normal (no inducido).

3. Cuando alguna de estas complicaciones se presenta, mayormente debe realizarse Cesárea (sacar al bebe por el abdomen) o Laparotomía exploratoria (operación para examinar si hay daño dentro del abdomen); y así cuidar la vida de la madre y del bebe.

4. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.
5. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica



CONSIENTO que se realice la **INDUCCION DEL PARTO**; y en caso de presentarse complicaciones, practicar la **CESAREA DE EMERGENCIA**.

Lima, ..... de ..... del 20.....



(FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

(HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO)

(FIRMA Y SELLO DEL MEDICO)



### REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO

..... **REVOCO, o sea,**

(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

**desisto del consentimiento realizado** en fecha..... para la operación/procedimiento de .....

para la operación/procedimiento de ..... y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud y/o mi hijo (en caso de existir embarazo)

..... de ..... del 20.....



FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO

### LEY GENERAL DE SALUD N° 26842



NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO DEL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.

- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





CI - 009

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Ley General de Salud, N° 26842)
CORDOCENTESIS

YO:..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:

YO..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON
(NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN:.....
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

Y D.N.I N°.....
URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)

CALIDAD DE:.....
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE:.....
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)



DECLARO:
QUE EL DOCTOR (A):..... me ha explicado
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)
Que por presentar diagnóstico (s) de:.....

Es conveniente realizar una CORDOCENTESIS;
Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. La CORDOCENTESIS consiste en la punción del abdomen materno para llegar al cordón umbilical del bebe y transfundir o sacar una muestra de sangre.

2. En la muestra de sangre obtenida se pueden estudiar alteraciones hereditarias y realizar otros análisis para determinar el estado de salud del bebe.

3. La prueba sólo puede realizarse después de las 20 semanas del embarazo; antes de lo cual carece de verdadero valor.

4. Si al analizar la sangre del bebe, existiera anemia, se procederá a realizar transfusión o recambio sanguíneo, dependiendo del caso que el médico determinará de acuerdo a su capacidad profesional.

5. Al realizar la prueba, existen algunos riesgos potenciales:

- Generales: punción placentaria y/o del bebe, desgarro del cordón, rotura de la bolsa de las aguas, inicio de parto y/o aborto, infección, hemorragia materna y/o del bebe, fracaso de la prueba.
• Otros que dependen del estado de salud de la madre y/o del bebé.

Igualmente me han explicado como se realizará la prueba; y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir después.

6. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

8. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

Table with 4 columns: Apellidos y Nombres, Servicio, Cama, Historia Clínica

**CONSIENTO** que se realice una **CORDOCENTESIS**

Lima, ..... de ..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL)  
INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

**desisto del consentimiento realizado** en fecha.....

de la operación/procedimiento de .....

no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi a mi bebe.

Lima, ..... de ..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

**LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO DEL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.

LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.

- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.



**LAPAROTOMIA EXPLORATORIA**

YO:..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN:.....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

..... Y D.N.I N°.....  
(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)

EN CALIDAD DE:.....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE:.....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A):..... me ha explicado que  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

debido a que las exploraciones efectuadas: examen clínico, ecografía, y otras pruebas realizadas, no han llegado a realizar un diagnóstico satisfactorio; y por mi situación actual, es conveniente y necesario realizar una LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA, para lo cual me han informado lo siguiente:

La laparotomía consiste en la apertura de la cavidad abdominal y revisión directa de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos, se decidirá el tipo de intervención, que podrá ser:

- Toma de biopsias.
- Extirpación de masas sólidas o quísticas sobre el útero, ovarios, trompas u otro lugar pélvico-abdominal si fuese necesario.
- Extirpación de todo el aparato genital interno: útero y anexos (histerectomía abdominal total con anexectomía).

En mi caso concreto, el planteamiento inicial es....., ante la sospecha diagnóstica de.....

De manera expresa, autorizo a que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico.

La laparotomía exploratoria requiere anestesia, que será valorada y administrada por el servicio de anestesia.

Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación individual de salud de cada paciente (mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas).

Por lo tanto, por mi situación actual de:....., entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones

Las complicaciones propias de esta intervención son:

- Hemorragias *intra* o *posoperatorias* (con la posible necesidad de transfusión).
- Hematomas (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).
- Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- Descenso o prolapso de la cúpula vaginal si se realizara histerectomía.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.
- Fístulas vésico-vaginales e intestinales (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina).
- Eventraciones y/o evisceraciones *posquirúrgicas*.

Si se me realiza una histerectomía habrá ausencia de menstruaciones y no será posible conseguir un embarazo. Además, si me llegan a extirpar los ovarios, es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia.

Apellidos y Nombres

Servicio

Cama

Historia Clínica

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.
8. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir, desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.
9. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

**CONSIENTO** que se me realice una LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA, con la finalidad de aclarar el diagnóstico y/o de realizar el tratamiento adecuado.

Lima, ..... de ..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL)  
INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)

FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL)



### REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

**desisto del consentimiento realizado** en fecha.....

para la operación/procedimiento de .....

y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud y/o a mi bebe (en caso de existir embarazo)

Lima, ..... de ..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO

FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL



### **LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

#### ARTICULO 4º

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.







CI - 011

# CONSENTIMIENTO INFORMADO ( Ley General de Salud, N° 26842) HISTERECTOMÍA (ABDOMINAL/VAGINAL)

YO: ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DNI: .....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN: .....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE; ..... Y D.N.I N° .....

(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)  
CALLE DE CALIDAD DE: .....

DE LA PACIENTE: .....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL. ESPOSO O FAMILIAR)

(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A): ..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

por presentar diagnóstico (s) de: .....

Es conveniente realizar una **HISTERECTOMÍA (extirpación del útero);**

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. Hay otras maneras de tratamiento, como miomectomías (extirpar solo los miomas), tratamiento con hormonas para las hemorragias y endometriosis.

2. Para programar la histerectomía, se le han realizado previamente exámenes auxiliares (análisis), preoperatorios, tanto de laboratorio como riesgo quirúrgico cardiovascular (evaluación por el especialista en el corazón), para prevenir algunas complicaciones durante la operación.

3. La histerectomía requiere anestesia, que será administrada por el médico especialista (Anestesiólogo).

4. La histerectomía se puede practicar por vía vaginal o abdominal. En mi caso se practicará por ..... La operación consiste en la extirpación del útero con/sin cuello; por lo que después

de la operación ya no se presentarán menstruaciones (reglas), ni podrá tener hijos. Al extirpar el útero (histerectomía) también pueden extirparse los anexos uterinos (ovarios y trompas), dependiendo de la edad de la paciente, alteraciones que tengan estos órganos y el criterio del médico que está operando. Al extirpar los ovarios en una paciente que presentaba reglas, se instaura la menopausia, para lo cual el médico podrá recomendarle tratamiento con hormonas, en reemplazo de las hormonas que sus ovarios producían.

5. Los órganos extirpados serán estudiados incluso con uso de microscopio, por médicos especialistas (Patólogos); y los resultados se le informará posteriormente.

6. Como toda operación, la Histerectomía, con poca frecuencia puede tener complicaciones; algunas son leves y otras mas graves. Estas complicaciones podrían necesitar tratamientos complementarios, incluso otras operaciones. Las complicaciones de la operación, por orden de frecuencia, pueden ser:

- a) Infecciones con o sin fiebre (en vías urinarias, en pared abdominal, en la pelvis, sitio de la operación).
- b) Hematomas (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).
- c) Hemorragias, que puedan necesitar transfusión (durante o después de la operación).
- d) Lesiones de vejiga, uréter, uretra y/o intestino.
- e) Fistulas vésico-vaginales e intestinales (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina).

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

- f) A largo plazo podría presentarse prolapso o descenso de cúpula vaginal o eventración abdominal (hernia por la cicatriz de la operación), así como enfermedades de los ovarios (si éstos se dejan).
7. Como en toda intervención quirúrgica (operación), existe un riesgo excepcional de muerte, dependiente tanto de la propia operación como del estado de salud de cada paciente.
8. Si durante la operación surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la operación programada, según su criterio profesional.
9. También me han explicado las características y procedimientos de la operación; y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir después.

Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.  
 Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones

CONSENTIMIENTO que se realice una **HISTERECTOMÍA**  ABDOMINAL  VAGINAL

.....de..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL)  
INDICE DERECHO

\_\_\_\_\_  
(FIRMA Y SELLO DEL MEDICO)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
 (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

**desisto del consentimiento realizado** en fecha.....  
 para la operación/procedimiento de .....  
 y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud.

Lima, ..... de..... del 20.....



INDICE DERECHO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

**LEY GENERAL DE SALUD N° 26842**

**ARTICULO 4°**

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.



CI - 012

# CONSENTIMIENTO INFORMADO ( Ley General de Salud, N° 26842) TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DISTOPIA GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA

YO: ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DNI: .....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

### SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:

YO ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

DOMICILIO REAL EN: .....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO) ..... Y D.N.I N° .....

EN CALIDAD DE: .....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE: .....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

### DECLARO:

QUE EL DOCTOR (A): ..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

Que por presentar diagnóstico (s) de: .....

Es conveniente realizar una **CORRECCION DE INCONTINENCIA URINARIA Y/O DISTOPIA GENITAL** ;

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

Para la corrección de la incontinencia urinaria (escape de la orina) y/o la distopía genital (prolapso), se realiza una operación que consiste en el refuerzo de músculos y demás tejidos blandos que forman y sostienen la base de la pelvis. Este procedimiento puede ser realizado con hilos de sutura y/o mallas sintéticas.

La operación no garantiza la corrección total de manera permanente. Hay un porcentaje de fracasos, en cuyos casos la incontinencia urinaria no empeora.

Lugar por donde se realizará la operación será por: abdomen  vagina

durante la operación surgiera algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la operación programada, según criterio profesional.

Algunas complicaciones que pueden presentarse por la operación son Infección de vías urinarias, retención de orina; y otras excepcionales como hematoma o absceso de pus en la zona de la herida operatoria, rechazo a las suturas empleadas, lesiones de vejiga, uretra y uréter, flebitis y tromboflebitis, embolia pulmonar.

Asimismo me han explicado las características y procedimientos de la operación; y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir después.

Existen otras formas conservadoras de tratamiento, como el tratamiento médico de gimnasia perineal; que al igual que la operación, no garantizan la corrección de la incontinencia urinaria ni de la distopía genital.

8. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

9. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

**CONSIENTO** que se realice una **CORRECION DE INCONTINENCIA URINARIA Y/O DISTOPIA GENITAL.**

Lima, ..... de ..... del 20.....



(FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

(HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO)

(FIRMA Y SELLO DEL MEDICO)



**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

**desisto del consentimiento realizado** en fecha.....  
para la operación/procedimiento de .....  
y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud.

Lima ..... de ..... del 20.....



FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO



**LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

**ARTICULO 4º**  
NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.

- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
( Ley General de Salud, N° 26842)  
**BIOPSIA DE CERVIX Y/O ENDOMETRIO**

CI - 013

YO: ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DNI: .....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO ..... DE ..... AÑOS DE EDAD,  
(NOMBRE Y APELLIDOS)  
CON DOMICILIO REAL EN: .....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

..... Y D.N.I N° .....  
..... (BANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO)

..... CALIDAD DE: .....  
..... ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE: .....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)



**DECLARO:**

..... DE EL DOCTOR (A): ..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

Que por presentar diagnóstico (s) de: .....



Es conveniente realizar una **BIOPSIA DE CERVIX Y/O ENDOMETRIO;**

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que;

1. La biopsia de cervix y/o endometrio sólo se puede practicar por vía vaginal. De esta manera se obtiene tejido cervical y/o endometrial, para su estudio microscópico.

2. El principal motivo de tomar una biopsia de cervix (exocervix) es tomar muestras de tejido de la parte externa del cervix, con la finalidad de precisar o aclarar un diagnóstico dudoso o anormal en estudios previos. El motivo de tomar biopsia de endometrio es obtener muestras del tejido endometrial (interior del útero) y del tejido endocervical (interior del cuello uterino), se realiza en aquellos casos en que ha existido una hemorragia uterina anormal. Puede servir como tratamiento en casos de hemorragia uterina funcional abundante o para extirpar un pólipo endometrial.

3. Todo tejido obtenido por biopsia será estudiado incluso con uso de microscopio, por médicos especialistas (Patólogos); y los resultados se le informará posteriormente.

4. La biopsia de cervix / endometrio puede realizarse empleando diversas técnicas de cirugía menor (operaciones pequeñas) como toma directa con pinza saca-bocado del cervix, cureta de Novack (instrumento especial) para el endometrio; o recurrir al legrado uterino o endometrial / endocervical (CEC) o también por Aspiración manual endouterina (AMEU).

5. La biopsia de endometrio o de cervix puede requerir anestesia, que será administrada por el médico que realiza la operación y en algunos casos por el especialista (Anestesiólogo).

6. La biopsia de cervix y/o endometrio, como toda operación, puede tener complicaciones: algunas leves y otras mas graves; que son pocos frecuentes; y podrían necesitar tratamientos complementarios, incluso otras operaciones. Las complicaciones de la operación, por orden de frecuencia, pueden ser:

- Infecciones a veces acompañadas de fiebre (de vías urinarias, endometritis, salpingitis).
- Hemorragias que puedan necesitar transfusión (durante o después de la operación)
- Perforación del útero, sobre todo en úteros atróficos o con patología maligna.



Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

7. Si en el momento de la operación surgiera algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la operación programada, según su criterio profesional.
8. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.
9. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

**CONSIENTO que se realice una BIOPSIA DE CERVIX Y/O ENDOMETRIO**

Lima, .....de..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO)

(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)



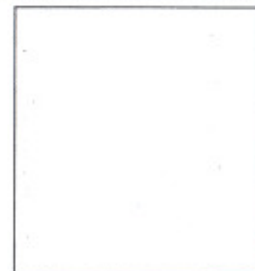
FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, ..... REVOCO, o sea,  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

Desisto del consentimiento realizado en fecha .....  
para la operación/procedimiento de .....  
y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud.

Lima, ..... de..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

**LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.

- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
( Ley General de Salud, N° 26842)  
**CIRUGIA DE MAMA**

CI - 014

YO:..... DE.....AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO..... DE.....AÑOS DE EDAD,  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

CON DOMICILIO REAL EN:.....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)  
Y D.N.I N°.....  
(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO).

EN CALIDAD DE:.....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL. ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE:.....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A):..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

Que por presentar diagnóstico (s) de:.....

Es conveniente realizar una **INTERVENCION QUIRURGICA DE LA MAMA;**

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que;

Debido a la localización, tamaño tumoral y estado de salud se debe realizar una intervención quirúrgica de la mama.

En este caso se practicará:

- Tumorectomía: Extirpación ampliada del tumor, conservando la piel.
- Resección segmentaria: Extirpación de parte de la mama (seno), incluyendo piel y fascia pectoral.
- Cuadrantectomía: Mastectomía parcial: Extirpación de un cuadrante de la mama, con piel y la fascia pectoral.
- Mastectomía subcutánea: Exéresis de la glándula mamaria y conductos galactóforos dejando la piel, el tejido graso subcutáneo y el pezón
- Mastectomía simple: Extirpación completa de la glándula mamaria que incluye la piel, tejido graso subcutáneo y pezón.
- Linfadenectomía axilar: Extirpación de los ganglios linfáticos axilares.
- Mastectomía radical: Extirpación completa de la mama + músculo pectoral.

He sido informada, y estoy de acuerdo, de que generalmente es necesario realizar un tratamiento complementario con radioterapia sobre la mama (seno) restante.

3. La Cirugía de mama requiere anestesia general, que será valorada previamente a la intervención y administrada por el médico especialista (Anestesiólogo).
4. Todo lo extirpado será estudiado, incluso con uso de microscopio, por médicos especialistas (Patólogos); y los resultados se le informará posteriormente.
5. Toda operación, tanto por si misma como por el estado de salud de cada paciente, puede presentar algunas complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios incluso otras operaciones. Las complicaciones de esta operación pueden ser: hemorragias intreoperatorias, hematomas, seromas e infecciones postoperatorias, edema de brazo, contractura cicatricial y limitación de la movilidad del hombro.
6. Si durante la operación surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la operación programada, según su criterio profesional.

APELLIDOS Y NOMBRES	Servicio	Cama	Historia Clínica



7. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.
8. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

**CONSIENTO** que se realice una **CIRUGÍA DE MAMA.**

Lima, .....de..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL)  
INDICE DERECHO

\_\_\_\_\_  
(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)



\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

desisto del consentimiento realizado en fecha.....  
para la operación/procedimiento de .....

pero no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud y/o a mi bebe (en caso de existir embarazo)

Lima, ..... de..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO



\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL



**LEY GENERAL DE SALUD N° 26842**

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.







CI - 015

# CONSENTIMIENTO INFORMADO (Ley General de Salud N° 26842) MIOMECTOMIA

YO:..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO..... DE..... AÑOS DE EDAD,  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

CON DOMICILIO REAL EN:.....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;).....  
Y D.N.I.N°.....  
(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO).

EN CALIDAD DE:.....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE:.....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**  
QUE EL DOCTOR (A):..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

que por presentar diagnóstico (s) de:.....

Es conveniente realizar una **MIOMECTOMÍA**.

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. La Miomectomía es la extirpación quirúrgica de uno o varios tumores uterinos denominados miomas, respetando el útero donde se localizan.

2. Siendo el fin primordial conservar el útero, ocasionalmente es necesario realizar una Histerectomía (Extirpación del útero), debido al lugar donde asiente la tumoración, a sus dimensiones y a la existencia de complicaciones intraoperatorias, fundamentalmente hemorragias.

3. En caso de miomas múltiples no se puede garantizar la extirpación de la totalidad de los mismos: por su naturaleza y situación que hace peligrar la integridad del útero o por ser demasiado pequeñas para su detección macroscópica.

4. La pieza o piezas extirpadas se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo. La Miomectomía podrá ser realizada por vía abdominal clásica y/o laparoscópica.

5. Para este procedimiento se realizarán previamente los exámenes pre operatorios requeridos.

6. La Miomectomía requiere anestesia que será administrada por el medico especialista (Anestesiólogo).

7. Como en toda intervención quirúrgica, con poca frecuencia pueden presentarse algunas complicaciones, tanto médicas como quirúrgicas. Estas posibles complicaciones son:

- a. Hemorragias intra o pos operatorias.
- b. Lesiones vesicales o ureterales.
- c. Infecciones (endometritis, miometritis).
- d. Adherencias pélvicas e intrauterinas.
- e. Miomectomía imposible o incompleta.
- f. Apertura de la cavidad uterina.
- g. Repercusiones sobre gestaciones posteriores.

9. Si durante la operación, surgiera algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la operación programada, según su criterio profesional.

10. También me han explicado las características y procedimientos de la operación; y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir después.

11. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica





12. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

CONSIENTO que se realice una **MIOMECTOMIA**.

Lima, .....de..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL)  
INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

### REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO

..... REVOCO, o sea,

(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

..... **Revoco del consentimiento realizado** en fecha.....

..... para la operación/procedimiento de .....

..... y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud.

Lima, ..... de..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL



### LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842

#### ARTICULO 4º

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





CI - 016

# CONSENTIMIENTO INFORMADO (Ley General de Salud N° 26842) **HISTEROSCOPIA**

YO: ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DNI: .....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO ..... DE ..... AÑOS DE EDAD,  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

CON DOMICILIO REAL EN: .....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)  
..... Y D.N.I.N° .....  
(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO).

CALIDAD DE: .....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

PACIENTE: .....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**  
QUE EL DOCTOR (A): ..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

Que por presentar diagnóstico (s) de: .....

Es conveniente realizar una Histeroscopia: Diagnóstica:  Quirúrgica:

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. La Histeroscopia es una intervención quirúrgica que consiste en la introducción de un telescopio a través del cérvix uterino para acceder a la cavidad uterina para su inspección y/o corrección de patologías o anomalías intrauterinas.

2. La Histeroscopia puede ser diagnóstica y/o quirúrgica.

3. La Histeroscopia diagnóstica se realiza en pacientes con cavidad uterina alterada evidenciada por ecografía, histerosalpingografía o histerosonografía o para la búsqueda de lesiones precursoras de adenocarcinoma endometrial.

4. La Histeroscopia quirúrgica esta indicada para los siguientes casos:

- a. Extirpación de miomas submucosos o pólipos endometriales.
- b. Ablación endometrial.
- c. Liberación de sinequias.
- d. Resección de tabiques.
- e. Extracción de cuerpos extraños.
- f. Canulación tubárica a través del ostium en obstrucción proximal.

5. Para realizar este procedimiento se han realizado previamente los exámenes pre operatorios según las Guías Clínicas y de Procedimientos del INMP.

6. La Histeroscopia requiere anestesia que será administrada por el medico especialistas (Anestesiólogo).

7. Como toda intervención quirúrgica, con poca frecuencia puede haber complicaciones como:

- a. Perforación uterina.
- b. Perforación de trompa con uso de catéter de Novy.
- c. Desgarro cervical.
- d. Hemorragias uterinas.
- e. Infecciones.
- f. Intoxicación hídrica y encefalopatías por glicina.

8. Si durante la operación, surgiera algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la operación programada, según su criterio profesional.

9. También me han explicado las características y procedimientos de la operación; y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir después.

10. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica



11. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

CONSIENTO que se realice una **HISTEROSCOPIA**: Diagnóstica:  Quirúrgica:

Lima, .....de..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO)

(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

### REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO



..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

..... **revoquo el consentimiento realizado** en fecha.....

..... para la operación/procedimiento de .....

y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud.

Lima, ..... de..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL



### LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842

#### ARTICULO 4º

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
(Ley General de Salud N° 26842)  
**CONIZACIÓN DE CÉRVIX**

CI - 017

YO: ..... DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DNI: .....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO ..... DE ..... AÑOS DE EDAD,  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

CON DOMICILIO REAL EN: .....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE; Y D.N.I N°)

EN CALIDAD DE: .....  
(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO).

DE LA PACIENTE: .....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

**DECLARO:**  
QUE EL DOCTOR (A): ..... me ha explicado

Que por presentar diagnóstico (s) de: .....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

Es conveniente realizar una **CONIZACIÓN DE CÉRVIX**: Cono Frío  Cono Leep

Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. La Conización del cérvix es un procedimiento quirúrgico que se utiliza como diagnóstico y tratamiento de las anormalidades del cérvix (neoplasias intraepiteliales cervicales). Extirpando la parte externa del cérvix en forma de cono.
2. El Cono Frío es realizado mediante bisturí y suturas reabsorbibles.
3. El Cono Leep se realiza mediante un alambre muy delgado en forma de asa conectado a un generador de corriente eléctrica de alta frecuencia, lo cual permite eliminar con gran precisión el área afectada del cérvix.
4. El Cono Frío se realiza en Sala de Operaciones, con exámenes pre operatorio y con anestesia realizada por el medico especialista (Anestesiólogo).
5. El Cono Leep, puede ser realizado en consultorios externos de manera ambulatoria, pues se requiere de anestesia local y es monitorizada por personal de enfermería.
6. Como toda intervención quirúrgica, con poca frecuencia puede haber complicaciones como:
 

a. Hemorragia.	f. Estrechez del orificio del cuello uterino.
b. Calambres abdominales intensos.	g. Infección.
c. Fiebre.	h. Quemadura accidental de tejido normal adyacente.
d. Flujo maloliente.	
e. Persistencia de la anormalidad tratada.	
7. Si durante la operación, surgiera algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la operación programada, según su criterio profesional.
8. También me han explicado las características y procedimientos de la operación; y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir después.
9. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica



10. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones:

CONSIENTO que se realice una **CONIZACIÓN DE CÉRVIX**: Cono Frio  Cono Leep

Lima, .....de..... del 20.....



(HUELLA DIGITAL)  
INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO)



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

### REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO

..... **REVOCO, o sea,**

(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

**Resisto del consentimiento realizado** en fecha.....

para la operación/procedimiento de .....

mi deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud.

Lima, ..... de..... del 20.....



HUELLA DIGITAL  
INDICE DERECHO



FIRMA DE LA PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL



### LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842

ARTICULO 4º

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
(Ley General de Salud N° 26842)  
**LAPAROSCOPIA**

**CI - 018**

YO:..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO..... DE..... AÑOS DE EDAD,  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

CON DOMICILIO REAL EN:.....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

Y D.N.I N°.....  
ORGANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO).

EN CALIDAD DE:.....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

DE LA PACIENTE:.....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)



**DECLARO:**  
QUE EL DOCTOR (A):..... me ha explicado

(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)  
que por presentar diagnóstico (s) de:.....



Es conveniente realizar una Laparoscopia: Diagnóstica:      Quirúrgica:  
Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:

1. La Laparoscopia es una intervención quirúrgica mediante el cual se accede a la cavidad pélvica a través de un laparoscopio con mínima invasión y rápida recuperación.

2. La Laparoscopia puede ser diagnóstica y/o quirúrgica.

3. La Laparoscopia puede ser diagnóstica en los siguientes casos:

- a. Estudio y tratamiento de la pareja infértil.
- b. Diagnóstico diferencial del dolor pélvico.
- c. Estudios de disgenesia gonadal y malformaciones Mülllerianas.

La Laparoscopia puede ser quirúrgica en los siguientes casos:

- a. Cirugía Uterina:
  - Miomectomía.
  - Histerectomía.
- b. Cirugía tubaria:
  - Embarazo Ectópico.
  - Adherenciolisis
  - Plastia Tubaria distal.
  - Salpingectomía.
- c. Cirugía de ovarios:
  - Biopsia de ovarios.
  - Quistes benignos de ovarios.
  - Resección de endometriomas.
  - Ooforectomía.
- d. Otras:
  - Tratamiento de la endometriosis.
  - Extracción de DIU.



5. Para realizar este procedimiento, se han realizado previamente los exámenes pre operatorios según las Guías Clínicas y de Procedimientos del INMP.

6. La Laparoscopia requiere anestesia que será administrada por el médico especialista (Anestesiólogo).

7. Como toda intervención quirúrgica, con poca frecuencia puede haber complicaciones como:

- a) Hemorragias.
- b) Lesión de visceras: intestino, estómago, uréter.
- c) Infecciones.
- d) Enfisema subcutáneo.
- e) Hernias en las entradas de los trocares.

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

8. Si durante la operación, surgiera algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la operación programada, según su criterio profesional.
9. También me han explicado las características y procedimientos de la operación; y me comprometo a cumplir los cuidados que debo seguir después.

**CONSENTIMIENTO que se realice una LAPAROSCOPIA**

Diagnóstica:  Quirúrgica:

Lima, ..... de ..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
(FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)



(HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA Y SELLO DEL MEDICO)



**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO, ..... **REVOCO, o sea,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

desisto del consentimiento realizado en fecha .....  
para la operación/procedimiento de .....  
y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud y/o a mi bebe (en caso de existir embarazo)

Lima, ..... de ..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO



**LEY GENERAL DE SALUD Nº 26842**

**ARTICULO 4º**

NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.

- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.





**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
(Ley General de Salud N° 26842)  
**TRANSFUSION DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS**

CI - 019

YO:..... DE..... AÑOS DE EDAD, CON DNI:.....  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

**SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD O IMPEDIDA FISICA O MENTAL:**

YO..... DE..... AÑOS DE EDAD,  
(NOMBRE Y APELLIDOS)

CON DOMICILIO REAL EN:.....  
(CALLE, JIRON O AVENIDA; NUMERO, MANZANA, LOTE;)

..... Y D.N.I.N°.....  
(URBANIZACION ASENTAMIENTO HUMANO y DISTRITO).

EN CALIDAD DE:.....  
ESPECIFICAR: (REPRESENTANTE LEGAL, ESPOSO O FAMILIAR)

DEL PACIENTE:.....  
(NOMBRE y APELLIDOS DE LA PACIENTE)



**DECLARO:**

QUE EL DOCTOR (A):..... me ha explicado  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE INFORMA)

Que por presentar diagnóstico (s) de:.....



conveniente realizar transfusión de sangre y/o hemoderivados (componentes de la sangre)  
Asimismo, se me ha explicado, aclarado y he comprendido que:



1. La transfusión de sangre o de sus componentes es un procedimiento médico que sirve para restaurar la deficiencia de algunos de sus componentes como glóbulos rojos, plaquetas y/o factores de coagulación.
2. Los componentes sanguíneos son administrados por la vena, a través de un catéter (tubito), en cantidad necesaria de acuerdo a la indicación médica.
3. He revisado y entendido la información referente a los riesgos infecciosos como propagación del virus del SIDA, Hepatitis y otros, a través de las transfusiones de sangre, plaquetas o plasma.

Asimismo, pueden presentarse otros riesgos de tipo no infecciosos (reacciones inesperadas): como sobrecarga cardio-vascular (exceso de líquido circulante en la sangre), reacciones alérgicas, sensibilización contra grupos sanguíneos extraños (riesgo de de presentar rechazo en futuras transfusiones), complicaciones respiratorias, rechazo la transfusión, etc.



En virtud de lo anterior, eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros, ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.



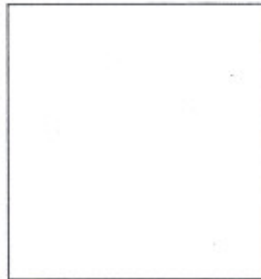
Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir, desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

7. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento; y en tales condiciones

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

CONSIENTO que se realice la TRANSFUSION DE LA CANTIDAD NECESARIA DE SANGRE Y/O HEMOCOMPONENTES:

Lima, ..... de ..... del 20.....



(FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

(HUELLA DIGITAL) INDICE DERECHO

(FIRMA Y SELLO DEL MEDICO)



**REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO**

..... REVOCO, o sea, (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

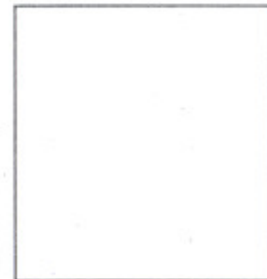
desisto del consentimiento realizado en fecha.....

para la operación/procedimiento de .....

y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud y/o a mi bebe (en caso de existir embarazo)



Lima, ..... de ..... del 20.....



FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA DIGITAL INDICE DERECHO



**LEY GENERAL DE SALUD N° 26842**

ARTICULO 4°

NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.

- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.

En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA

CI - 031

Yo Don/Doña: ....., de.....años de edad, identificado con DNI N°....., en mi calidad de: padre / madre / abuelo / abuela, del recién nacido / lactante: ..... y en pleno uso de mis facultades mentales, en cumplimiento de la Ley N°26842 Ley General de Salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad, por el Dr.: ....., **el procedimiento y/o tratamiento especializado** que mi menor hijo(a) requiere; tanto en qué consiste, como los riesgos reales y potenciales del mismo, los cuales se detallan a continuación:

### A. Cateterismos

- Caterismo de la arteria umbilical:** Consiste en colocar un catéter (sonda) en la arteria umbilical, creando una vía de acceso al sistema arterial, el que nos permite: Mediciones frecuentes de gases en sangre arterial, Monitoreo invasivo continuo de la presión sanguínea arterial. **Riesgos:** Infección, Accidentes vasculares: umbilical de la arteria renal, mesentérica o ileofemoral, Hemorrágico, Perforación de los vasos.
- Cateterismo de la vena umbilical:** Consiste en colocar un catéter (sonda) en la vena umbilical, creando un acceso al sistema venoso central y nos permite lo siguiente: Monitoreo de la presión venosa central, Acceso inmediato para administrar líquidos intravenosos o medicación de emergencia. **Riesgos:** Infección, Fenómenos tromبóticos, Necrosis hemática, Arritmias cardíacas, Hipertensión portal, Enterocolitis necrotizante.
- Cateterismo vesical:** Colocación de una sonda al nivel de la vejiga, a través de la uretra, lo que nos permite obtener una muestra de orina y diagnosticar infecciones, así como monitorizar el gasto urinario cuando el paciente no orina espontáneamente. **Riesgos:** Infección asociada.
- Cateter Percutáneo:** Colocación de un catéter que ingresa en una vena periférica y avanza hasta una vena central. Esto nos permite la colocación de ciertos medicamentos que den ser colocados en venas centrales, así como la administración de Nutrición Parenteral. **Complicaciones:** Infección, Fenómeno tromбóticos, Arritmias cardíacas.

### B. Punciones:

- Punción suprapúbica:** Consiste en ingresar con una aguja a la vejiga, ingresando sobre la sínfisis pubiana. Es procedimiento nos permite obtener orina y diagnosticar con exactitud una infección urinaria. **Complicaciones:** Hemorragia, Infección, Perforación de intestino.
- Punción lumbar:** Consiste en ingresar a través de espacio intervertebral (L3-L5) con una aguja y obtener una muestra de líquido céfalo raquídeo. **Riesgos:** Descompresión brusca, Infección del SNC.
- Toracocentesis:** Consiste en ingresar a través del tercer o cuarto espacio intercostal con una sonda hasta el espacio pleural y nos permite expansión pulmonar y evacuar el contenido de dicho espacio(aire, líquido, etc.). **Complicaciones:** Hemorragia: por lesión de vasos intercostales, Lesión de los nervios intercostales, Traumatismo de pulmón, Infección.
- Examen de Fondo de Ojo:** Estudio de las partes internas del globo ocular (retina), que permite el diagnóstico integral de cualquier enfermedad sistémica o específica ocular, especialmente relacionada a la prematuridad. Para este examen se colocan gotas dilatadoras de la pupila. **Riesgos:** Asociado a efecto medicamentoso adrenérgico.

### D. Tratamiento Especializado.

- Ex sanguíneo transfusión:** Consiste en la colocación de un catéter venoso umbilical a través del cual se procede a retirar un pequeño volumen de sangre y administrar otro de igual cantidad hasta llegar al volumen total indicado. Nos permite barrer sustancias, como la bilirrubina, que podrían ser neurotóxicas para el niño. **Complicaciones:** Infección, Complicaciones vasculares, Coagulopatías, Hiperpotasemia e hipocalcemia, Hipoglucemia, Acidosis metabólica, Alcalosis metabólica, Enterocolitis necrotizante, Cardíacas: arritmias, sobrecarga de volumen, paro cardíaco.
- Nutrición Parenteral:** Consiste en la administración por vía endovenosa de nutrientes necesarios para el crecimiento y maduración óptima del neonato cuando este no puede recibir sus requerimientos por la vía oral, total o parcialmente. **Complicaciones:** Metabólicas: alteraciones electrolíticas, hiperglicemia / hipoglicemia, Infecciosas: bacteriana, micótica, Relacionadas al catéter: perforación vascular, embolismo, irritación local.

Apellidos y Nombres	Servicio	Incubadora/Cuna	Historia Clínica

Luego de haber escuchado las explicaciones que me ha brindado el médico con respecto a mi hijo(a)/nieta(a); me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado, sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él, ni por ningún otro personal de salud y luego de haber leído detenidamente el documento de autorización que se me ha alcanzado.

Doy mi consentimiento en forma libre y voluntaria, para la realización del **PROCEDIMIENTO / TRATAMIENTO ESPECIALIZADO:**.....

que va a realizar el Dr....., a mi niño (a), que se encuentra hospitalizado en el INMP.

Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

Yo, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En el sentido, firmo el presente en pleno uso de mis facultades mentales.

Lima, ..... de ..... del 20.....



Huella digital

FIRMA DEL PARIENTE  
(padre/madre/abuelo/abuela)

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO INFORMANTE

### REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, ..... **REVOCO,**  
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

o sea **desisto del consentimiento realizado** en fecha..... para la operación/procedimiento de ..... en mi hijo (a) y no deseo proseguir el tratamiento indicado; asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi bebe.

Lima, ..... de ..... del 20.....

Huella digital:

FIRMA DEL PARIENTE  
(padre/madre/abuelo/abuela)

### LEY GENERAL DE SALUD N° 26842

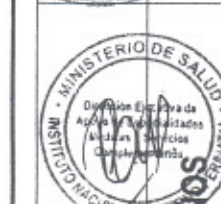
#### ARTICULO 4º

- NINGUNA PERSONA PUEDE SER SOMETIDA A TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SIN SU CONSENTIMIENTO PREVIO O EL DE LA PERSONA LLAMADA LEGALMENTE A DARLO SI CORRESPONDIERE O ESTUVIERE IMPEDIDA DE HACERLOS.
- LA NEGATIVA A RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EXIME DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO TRATANTE Y AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN SU CASO.
- En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refiere los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaran su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo. EL MÉDICO TRATANTE O DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN SU CASO, DEBE COMUNICARLO A LA AUTORIDAD JUDICIAL O COMPETENTE PARA DEJAR EXPEDITAS LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR, EN SALVAGUARDA DE LA VIDA Y LA SALUD DE LOS MISMOS.

# CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA

## SEGUIMIENTO DEL NIÑO ALTO RIESGO BIOLÓGICO

FECHA	EDAD	EVALUACION
	<b>1 AÑO Y MEDIO</b>	AGUDEZA VISUAL (MP)
		AUDITIVO
		RETINOSCOPIA
		OFTALMOSCOPIA
		REFL CORNEAL /MEO
		DIAGNOSTICO
		CITADO PARA
	<b>2 AÑOS</b>	AGUDEZA VISUAL (MP)
		AUDITIVO
		RETINOSCOPIA
		OFTALMOSCOPIA
		REFL CORNEAL /MEO
		DIAGNOSTICO
		CITADO PARA
	<b>2 AÑOS Y MEDIO</b>	AGUDEZA VISUAL (MP)
		AUDITIVO
		RETINOSCOPIA
		OFTALMOSCOPIA
		REFL CORNEAL /MEO
		DIAGNOSTICO
		CITADO PARA
	<b>3 AÑOS</b>	AGUDEZA VISUAL (MP)
		AUDITIVO
		RETINOSCOPIA
		OFTALMOSCOPIA
		REFL CORNEAL /MEO
		ESTERIOPSIS
		TEST DE COLORES
	DIAGNOSTICO	
	CITADO PARA	
	<b>4 AÑOS</b>	AGUDEZA VISUAL (MP)
		AUDITIVO
		RETINOSCOPIA
		OFTALMOSCOPIA
		REFL CORNEAL /MEO
		ESTERIOPSIS
		TEST DE COLORES
		DIAGNOSTICO
		CITADO PARA



# CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA

FN - 016



## SEGUIMIENTO DEL NIÑO DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO

**3 MESES**      FECHA

AGUDEZA VISUAL (MP)

### ANTERCEDENTES DEL PARTO

AUDITIVO

FECHA DE NAC

RETINOSCOPIA

PESO AL NACER

OFTALMOSCOPIA

EDAD GESTACIONAL

REFL CORNEAL /MEO

FECHA PROB DE PARTO

DIAGNOSTICO

### CRIBAJE PARA CEGUERA POR ROP

CITADO PARA

**6 MESES**      FECHA

FECHA    HORA

AGUDEZA VISUAL (MP)

EDAD GESTACIONAL CORREGIDA:.....SEM.

AUDITIVO

FONDO DE OJO

RETINOSCOPIA

INDICACIONES

OFTALMOSCOPIA

CITADA PARA

REFL CORNEAL /MEO

FECHA    HORA

DIAGNOSTICO

FECHA    HORA

CITADO PARA

EDAD GESTACIONAL CORREGIDA:.....SEM.

**9 MESES**      FECHA

FONDO DE OJO

AGUDEZA VISUAL (MP)

INDICACIONES

AUDITIVO

CITADA PARA

RETINOSCOPIA

FECHA    HORA

OFTALMOSCOPIA

FECHA    HORA

REFL CORNEAL /MEO

EDAD GESTACIONAL CORREGIDA:.....SEM.

DIAGNOSTICO

FONDO DE OJO

CITADO PARA

INDICACIONES

**12 MESES**      FECHA

CITADA PARA

AGUDEZA VISUAL (MP)

FECHA    HORA

AUDITIVO

FECHA    HORA

RETINOSCOPIA

EDAD GESTACIONAL CORREGIDA:.....SEM.

OFTALMOSCOPIA

FONDO DE OJO

REFL CORNEAL /MEO

INDICACIONES

ESTERIOPSIS

CITADA PARA

TEST DE COLORES

FECHA    HORA

DIAGNOSTICO

FECHA    HORA

CITADO PARA

**Nombre y Apellidos**

**Servicio**

**Cama**

**Historia Clínica**



VALORACION PREOPERATORIA (ASA) : ..... FECHA: [ ] [ ] [ ] HORA: [ ] :

Edad: ..... Sexo: M  F  Peso: ..... Kg. Ayuno: ..... h Servicio: .....

Antecedentes preoperatorios importantes:
Dx. Preoperatoria:
Op. Programada:

Funciones Vitales basales: FC: x' PA: mmHg T°: C° FR: x' SpO2: %

Table with 4 columns: Medicación Pre-anestésica, Hora, Dosis, Vía

Complicaciones Pre-operatorias:

Descripción de la Técnica Anestésica:

Main grid table for patient monitoring and vital signs.

Monitoreo y Equipos
ECG cont.: 3 deriv. 5 deriv.
PANI
Oximetría de pulso
ETCO2
Estet. Precord.
Estet. Esóf.
Temp.
SNG N°
SOG N°
Calentador de fluidos
Sonda Foley N°
Colchón Térmico
Exámenes Auxiliares
ASA

Balance Hidrico
Cristaloides: ml
Coloides: ml
Sangre: ml
Plasma: ml
Plaqueta: ml
Otros: ml
Orina: ml
P. Insensibles: ml
Sangrado: ml
Balance (+) o (-): ml



Comienzo de Anestesia:
Comienzo de Operación:
Término de Operación:
Término de Anestesia:

Posición del Paciente:
Anestesiologo:
M. Residente de Anestesia:
Cirujano:
Ayudante (1):
Ayudante (2):

Incidentes Intraoperatorias

FIRMA Y SELLO DEL ANESTESIOLOGO

Table with 4 columns: Apellidos y Nombres, Servicio, Cama, Historia Clínica

**EVOLUCION MEDICA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

FECHA			HORA			UCIN	A	B	C
DIAS HOSPITALIZACION.....dias			DIAGNOSTICOS	1	5				
EDAD POST NATAL.....dias				2	6				
PESO:.....grs.				3	7				
Δ PESO:.....grs.				4	8				
MANEJO HIDROELECTROLITICO	INGRESOS	EV	VO	Medic.	Otros	Total	EGRESOS		
	VOLUMEN					cc/Kg/día	TOTAL		
	Na (mEq)					mEq/Kg/día	cc/Kg/hr		
	K (mEq)					mEq/Kg/día	ORINA		
	PROTEINAS (gr)					gr/Kg/día	HECES		
	CARBOHIDRA. (gr)					mg/Kg/min.	RG		
	LIPIDOS (gr)					gr/Kg/día	SANGRE		
	CALORÍAS					cal/Kg/día	OSTOMAS		
REPORTE									
T:.....		FC:.....	FR:.....	PA: /	PAM: .....	SaO2:.....	TC CO2:.....	Tipo Ventil: Fase I <input type="checkbox"/> Fase II <input type="checkbox"/> Fase III <input type="checkbox"/> VAFO <input type="checkbox"/>	
PLAN DE TRABAJO	1.....	5.....			Firma y Sello Médico Residente    Firma y Sello Médico Asistente				
	2.....	6.....							
	3.....	7.....							
	4.....	8.....							
APELLIDOS Y NOMBRE			SERVICIO N°		CAMA N°		HISTORIA CLINICA N°		





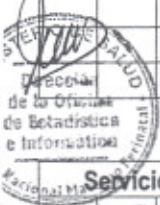


# RESUMEN DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS EN NEONATOLOGIA

FN - 013

Fecha:

Hora:



Servicio	Fecha	Diagnóstico ( en orden de importancia)	Código ( CIE 10)
		1)	
		2)	
		3)	
		4)	
		5)	
		6)	
		7)	
		8)	
		9)	
		10)	
		11)	
		12)	
		13)	
		14)	
		15)	
		16)	
		17)	
		18)	
		19)	
		20)	
		21)	
		22)	
		23)	
		24)	



Servicio	Fecha	Diagnóstico ( en orden de importancia)	Código ( CIE 10)
		1)	
		2)	
		3)	
		4)	
		5)	
		6)	
		7)	
		8)	
		9)	
		10)	
		11)	
		12)	
		13)	
		14)	
		15)	
		16)	
		17)	
		18)	
		19)	
		20)	
		21)	
		22)	
		23)	
		24)	

APELLIDOS Y NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA N°



DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA

FN - 001

EPICRISIS

FECHA

--	--	--

HORA

--	--

DATOS INGRESO	<input type="checkbox"/> EMERGENCIA	FECHA NACIMIENTO	...../...../.....	SI	NO	A TERMINO	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> TRASLADO INTERNO	FECHA INGRESO	...../...../.....	EMB. CONTROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRE TERMINO	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> TRASLADO EXTERNO	HORA INGRESO	.....	EMB. GEMELAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POST TERMINO	<input type="checkbox"/>
		PESO AL INGRESO	.....gr	CESAREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		EDAD GESTACIONAL	.....SEM					

DATOS EGRESO	CONDICION	FECHA EGRESO:	...../...../.....	EDAD	ESTANCIA	ALIMENTACION
	<input type="checkbox"/> ALTA	HORA	.....	<input type="checkbox"/> HORAS	<input type="checkbox"/> DIAS EN UCI	<input type="checkbox"/> LME
	<input type="checkbox"/> TRASLADO	PESO:	.....gr	<input type="checkbox"/> DIAS	<input type="checkbox"/> DIAS EN INTERM	<input type="checkbox"/> MIXTA
	<input type="checkbox"/> FALLECIDO	TALLA:	.....cm.	<input type="checkbox"/> MESES	<input type="checkbox"/> DIAS EN ALOJAMIENTO	<input type="checkbox"/> ARTIFICIAL
	P.C.:	.....cm.				

DIAGNOSTICOS DE EGRESO	R E S P	<input type="checkbox"/> Asfisia Severa (P21.0)	<input type="checkbox"/> Neumonía Congen (P29)	<input type="checkbox"/> DBP (P27.1)	<input type="checkbox"/> EPI (P25.0)	
		<input type="checkbox"/> Asfisia Mod (P21.1)	<input type="checkbox"/> SAM (P24.0)	<input type="checkbox"/> Agnea RN (P28.4)	<input type="checkbox"/> Hernia Diafragmática (Q79.0)	
	I N F E C	<input type="checkbox"/> Membrana Hialina (P22.0)	<input type="checkbox"/> Neumonía (P25.1)	<input type="checkbox"/> Estenosis Subg (J95.5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> TTRN (P22.1)	<input type="checkbox"/> Hemorr Pulm (P26-1)	<input type="checkbox"/> Malf Cong Pulmon(Q33.8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	N E U R O	<input type="checkbox"/> Enteritis Rotavirus (A08-0)	<input type="checkbox"/> Infecc Herpes (P35.2)	<input type="checkbox"/> Orfialitis (P38)	<input type="checkbox"/> Artritis Prog. (M00)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Diarrea Agud Infecc (A09)	<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis Cong (P37.1)	<input type="checkbox"/> Conjuntivitis (P39.1)	<input type="checkbox"/> Rubéola Cong. (P35.0)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sífilis Congénita (A50.9)		<input type="checkbox"/> Candidiasis Neon. (P37.5)	<input type="checkbox"/> ITU (P39.3)	<input type="checkbox"/> Otra Enf. Viral (P35.9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R E M A T	<input type="checkbox"/> Infecc. CMV (P35.1)	<input type="checkbox"/> Sepsis Neonatal (P36.9)	<input type="checkbox"/> Meningitis Bact (G00.8)	<input type="checkbox"/> Hijo Madre VIH Posit (U16XX)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> HIV Grado I (P52.0)	<input type="checkbox"/> Convulsiones (P90)	<input type="checkbox"/> Anencefalia (Q00.0)	<input type="checkbox"/> Espina Bífida (Q05)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> HIV Grado II (P52.1)	<input type="checkbox"/> Leucomalacia (P91.2)	<input type="checkbox"/> Microcefalia (Q02)	<input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C A R D I O	<input type="checkbox"/> HIV Grado III (P52.2)	<input type="checkbox"/> Trasl. Tono Musc. (P94)	<input type="checkbox"/> Hidrocefalia (Q03)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Incomp RH (P55.0)	<input type="checkbox"/> Hidropesía Fetal (P56)	<input type="checkbox"/> CID (P60)	<input type="checkbox"/> Policitemia (P61.1)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Incomp. ABO (P55.1)	<input type="checkbox"/> Ictericia no espec. (P59-9)	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia (P61.0)	<input type="checkbox"/> Anemia Premat (P61.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R E N A L	<input type="checkbox"/> Otras Anemias (P61.4)	<input type="checkbox"/> Otros Trasl Coagul. (P61.6)	<input type="checkbox"/> Otros (P61.9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> CIV (Q21.0)	<input type="checkbox"/> Drenaje Venoso Anom (Q26.4)	<input type="checkbox"/> HDA (P54.0)	<input type="checkbox"/> MAR s/Fist (Q42.3)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> CIA (Q21.1)	<input type="checkbox"/> PCA (Q25.0)	<input type="checkbox"/> NEC (P77)	<input type="checkbox"/> Atresia Esof s/f (Q39.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C R O M O S O	<input type="checkbox"/> T. Fallot (Q21.3)	<input type="checkbox"/> ICC (P29.0)	<input type="checkbox"/> Fisura Paladar (Q35)	<input type="checkbox"/> Atresia Esof of (Q39.1)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Anom Ebstein (Q22.5)	<input type="checkbox"/> HTPP (P29.3)	<input type="checkbox"/> Labio Leporino (Q36)	<input type="checkbox"/> Atresia Duod (Q41.0)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Coartación Aorta (Q25.1)	<input type="checkbox"/> Otros (P29.8)	<input type="checkbox"/> MAR ofist. (Q42.2)	<input type="checkbox"/> Gastroquisis (U79.3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M U S - E S Q	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal (N17)	<input type="checkbox"/> Epispadias (Q64.0)	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia (P70.4)	<input type="checkbox"/> Alter. Potasio (P74.3)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Riñón Poliquístico (Q81.3)	<input type="checkbox"/> Agenesia Renal (Q60.2)	<input type="checkbox"/> Hipocalcemia (P71.1)	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo (E03.1)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Sind Potter (Q80.6)	<input type="checkbox"/> Hipospadias (Q54)	<input type="checkbox"/> Hiperglicemia (R73.9)	<input type="checkbox"/> Trasl Aminoácidos (E72)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O T R A S	<input type="checkbox"/> Hidronefrosis (Q62.0)	<input type="checkbox"/> Crptorquidea (Q 53)	<input type="checkbox"/> Deshidrat. RN (P74.1)	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Malf. Aparat. Urin (Q64.9)	<input type="checkbox"/> Malf Cong Femenino (Q52.9)	<input type="checkbox"/> Alter. Sodio (P74.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Síndrome Down (Q90)	<input type="checkbox"/> Lux. Cong. Cadera (Q65.2)	<input type="checkbox"/> ROP (H35-1)	<input type="checkbox"/> Hidrocele Cong (P83.5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Trisomia 18 (Q91.3)	<input type="checkbox"/> Ple Equinovaro (Q66.0)	<input type="checkbox"/> Hipoacusia (H90.8)	<input type="checkbox"/> Desnutricion Severa (E43)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Trisomia 13 (Q91.7)	<input type="checkbox"/> Acondroplasia (Q77.4)	<input type="checkbox"/> Hipotermia RN (P80)	<input type="checkbox"/> Fractura Clavícula (P13.4)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Eritema Tóxico (P83.1)	<input type="checkbox"/> Osteogenesis imperf. (Q78.0)	<input type="checkbox"/> Entema Tóxico (P83.1)	<input type="checkbox"/> Cefalohematoma (P12.0)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MEDICACION	<input type="checkbox"/> HIDRATACION E.V.	<input type="checkbox"/> AMPICILINA	<input type="checkbox"/> CIPROFLOXACINA	<input type="checkbox"/> FENTANILO
	<input type="checkbox"/> GLUCONATO CA	<input type="checkbox"/> GENTAMICINA	<input type="checkbox"/> IMPENEM	<input type="checkbox"/> MIDAZOLAN
	<input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> AMIKACINA	<input type="checkbox"/> ANFOTERICINA	<input type="checkbox"/> FENOBARBITAL
	<input type="checkbox"/> ADRENALINA	<input type="checkbox"/> CEFOTAXIMA	<input type="checkbox"/> FLUCONAZOL	<input type="checkbox"/> VECURONIO
	<input type="checkbox"/> INDOMETACINA	<input type="checkbox"/> VANCOMICINA	<input type="checkbox"/> OTROS ANTIBIOTICOS	<input type="checkbox"/> OMEPRAZOL
	<input type="checkbox"/> DOPAMINA	<input type="checkbox"/> MEROPENEN	<input type="checkbox"/> ZIDOVUDINA	<input type="checkbox"/> RANITIDINA
	<input type="checkbox"/> DOBUTAMINA	<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA	<input type="checkbox"/> ACYCLOVIR	<input type="checkbox"/> INSULINA
	<input type="checkbox"/> PROSTAGLANDINA	<input type="checkbox"/> METRONIDAZOL	<input type="checkbox"/> SURFACTANTE	<input type="checkbox"/> DIGOXINA
	<input type="checkbox"/> BICARBONATO	<input type="checkbox"/> CLINDAMICINA	<input type="checkbox"/> AMINOFILINA-CAFEINA	<input type="checkbox"/> FUROSEMIDA
	<input type="checkbox"/> VIT. K	<input type="checkbox"/> PENICILINA	<input type="checkbox"/> DEXAMETASONA	<input type="checkbox"/> OTROS DIURETICOS

PROC. QUIRURGICO	<input type="checkbox"/> C.U. ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> SOPORTE RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> TRANSFUSIONES
	<input type="checkbox"/> C.U. VENOSO	<input type="checkbox"/> TORAX	<input type="checkbox"/> RCP BASICO	<input type="checkbox"/> PAQUETE GLOBULAR
	<input type="checkbox"/> PERCUTANEO	<input type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> RCP AVANZADO	<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO CONG
	<input type="checkbox"/> FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> OXIG. FASE I	<input type="checkbox"/> PLAQUETAS
	<input type="checkbox"/> FOTOTERAPIA		<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO
	<input type="checkbox"/> EXANGUINETRANS		<input type="checkbox"/> VENT. MECAN. CONV.	<input type="checkbox"/> OTROS
	<input type="checkbox"/> PUNCION LUMBAR		<input type="checkbox"/> VAFO	<input type="checkbox"/> PUNCION VENTRICULAR
	<input type="checkbox"/> PUNCION SUPRAPUBICA		<input type="checkbox"/> OXIDO NITRICO	<input type="checkbox"/> ARTROCENTESIS
	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL		<input type="checkbox"/> DRENAJE NEUMOTORAX	<input type="checkbox"/>

RADIOG	<input type="checkbox"/> RX. TORAX	<input type="checkbox"/> ECO CEREBRAL	<input type="checkbox"/> ECOCARDIO	<input type="checkbox"/> FIBROBRONCOSCOPIA
	<input type="checkbox"/> RX. ABDOMEN	<input type="checkbox"/> ECO TORACICA	<input type="checkbox"/> TAC	.....
	<input type="checkbox"/> RX. HUESOS	<input type="checkbox"/> ECO ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> TEM	.....
	<input type="checkbox"/> OTRAS RX.	<input type="checkbox"/> ECO RENAL	<input type="checkbox"/> RESONANCIA	.....

Firma y Sello Médico

APELLIDOS Y NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA N°



**EVOLUCION MEDICA SERVICIO DE INTERMEDIOS**



FECHA		

HORA	

SERVICIO			
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV

<b>EVOLUCION</b>	PESO:.....	Δ PESO:.....	T': .....	FC: .....	FR: .....	PAM: .....	SaO2:.....	SA: .....
	Ingresos:.....	Egresos:.....	BH: .....	Tipo Ventil: .....	<input type="checkbox"/> Fase I	<input type="checkbox"/> Fase II	<input type="checkbox"/> Fase III	<input type="checkbox"/> VAFO
<b>DIAGNOSTICO</b>	1) (CIE 10) (.....) 4)	2) (CIE 10) (.....) 5)	3) (CIE 10) (.....) 6)	4) (CIE 10) (.....) 7)	5) (CIE 10) (.....) 8)	6) (CIE 10) (.....) 9)	7) (CIE 10) (.....)	8) (CIE 10) (.....)
<b>PLAN DE TRABAJO</b>	1	2	3	4	5	6		
<b>TRATAMIENTO</b>	1	2	3	4	Firma y Sello Médico			



FECHA		

HORA	

SERVICIO			
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV

<b>EVOLUCION</b>	PESO:.....	Δ PESO:.....	T': .....	FC: .....	FR: .....	PAM: .....	SaO2:.....	SA: .....
	Ingresos:.....	Egresos:.....	BH: .....	Tipo Ventil: .....	<input type="checkbox"/> Fase I	<input type="checkbox"/> Fase II	<input type="checkbox"/> Fase III	<input type="checkbox"/> VAFO
<b>DIAGNOSTICO</b>	1) (CIE 10) (.....) 4)	2) (CIE 10) (.....) 5)	3) (CIE 10) (.....) 6)	4) (CIE 10) (.....) 7)	5) (CIE 10) (.....) 8)	6) (CIE 10) (.....) 9)	7) (CIE 10) (.....)	8) (CIE 10) (.....)
<b>PLAN DE TRABAJO</b>	1	2	3	4	5	6		
<b>TRATAMIENTO</b>	1	2	3	4	Firma y Sello Médico			



<b>APELLIDOS Y NOMBRE</b>	<b>SERVICIO N°</b>	<b>CAMA N°</b>	<b>HISTORIA CLINICA N°</b>



# NOTAS DE ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA

FN - 003

NOTA DE INGRESO

EDAD GESTACIONAL:..... PERIMETRO CEFALICO:.....  
 APGAR: 1'..... 5'..... 10'..... SEXO:..... FECHA NAC:..... HORA:.....  
 GRADO DE COMPLEJIDAD:.....FECHA EVALUACION:..... DX MEDICO:..... EDAD:.....  
 ONDICION DE INGRESO:.....

HORARIO	7	9	11	13	15	17	19	21	23	1	3	6
---------	---	---	----	----	----	----	----	----	----	---	---	---

## B. SIGNOS VITALES

T° CORPORAL												
FRECUENCIA RESPIRATORIA												
FRECUENCIA CARDIACA												
PRESION ARTERIAL MEDIA												

## C. ESTADO GENERAL / FUNCIONES BIOLÓGICAS

ACTIVIDAD												
REACTIVIDAD												
PIEL												
FONTANELA												
LLENADO CAPILAR												
T. SILVERMAN-ANDERSON												
TIRAJE INTERCOSTAL												
RETRACCION XIFOIDEA												
DISBALANCE TORACOABD.												
ALETEO NASAL												
QUEJIDO												
ABDOMEN												
PERIMETRO ABDOMINAL												
MIEMBROS SUPERIORES												
MIEMBROS INFERIORES												

## D. MAS INVASIVAS

INTUBACION ( )												
VIA PERIFERICA												
CATETER PERCUTANEO ( )												
FLEBOTOMIA ( )												
CATETER UMB. VENOSO ( )												
CATETER UMB. ARTERIAL ( )												
CATETER VESICAL												

## E. SOPORTE VENTILATORIO

FASE VENTILATORIA												
MODOS VENTILATORIO												
P. MAXIMA												
P. MINIMA												
FRECUENCIA												
RELACION I:E												
FLUJO O2												
AMPLITUD												
DCO2												
SATURACION DE O2												
DIAS DE VENTILACION MECANICA												

T° INCUBADORA												
FOTOTERAPIA												
HGT												
F. ALIMENTACION												
Leche materna (1) (2)												
Leche artificial (1) (2)												
Residuo gástrico / cc / característica												
Lácteo / claro												
Biliosos / porraceo												

APELLIDOS Y NOMBRES	SERVICIO	N° CUNA	HISTORIA CLINICA N°





# ATENCION DE EMERGENCIA NEONATAL / PEDIATRICA

FN - 004

Fecha: [ ] [ ] [ ] Hora [ ] [ ]

## ANAMNESIS

Enfermedad Actual: Tiempo. Enf:	Inicio:	Curso:
Síntomas y Signos:		
Relato:		



Antecedentes de Nacimiento:

Peso:                      Talla:                      cm                      Per. Cef:                      APGAR:                      EG:

Antecedentes Patológicos:

Examen Físico: FC:                      FR:                      T<sup>a</sup>:                      Peso:


Diagnostico Presuntivo	CIE 10	Plan de Trabajo	Exam. Auxiliares
1.....	(     )	1.....	1.....
2.....	(     )	2.....	2.....
3.....	(     )	3.....	3.....
4.....	(     )	4.....	4.....

Tratamiento	Destino
1.....	1. Hospitalizado
2.....	2. Consultorio Externo
3.....	3. Transferido
4.....	4. Domicilio
5.....	5. Otros:

Sello y firma Medico Responsable

Nombre y Apellidos	Servicio	Cama	Historia Clínica



**HISTORIA CLINICA NEONATAL EN HOSPITALIZACION**

	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align:center;">FECHA</th> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	FECHA	<input type="text"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align:center;">HORA</th> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	HORA	<input type="text"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align:center;">REINGRESO</th> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">                 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	REINGRESO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FECHA									
<input type="text"/>									
HORA									
<input type="text"/>									
REINGRESO									
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
FECHA NACIMIENTO: <input type="text"/>	LUGAR NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> SOP <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> DOMICILIO	UNIDAD DE HOSPITALIZACION: <input type="checkbox"/> UCIN <input type="checkbox"/> INTERMEDIOS I <input type="checkbox"/> INTERMEDIOS III <input type="checkbox"/> INTERMEDIOS IV	PROCEDENCIA: ..... DIRECCION: .....						
ANTECEDENTES MATERIOS	EDAD: ..... G: <input type="checkbox"/> P: <input type="checkbox"/> CPN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> GRUPO: <input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PREECLAMPSIA <input type="checkbox"/> RPM <input type="checkbox"/> CORIOAMNIONITIS <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HEPATITIS B <input type="checkbox"/> HTT <input type="checkbox"/> OTRAS						
NACIMIENTO	EUTOCICO <input type="checkbox"/> PESO: <input type="text"/> FORCEPS <input type="checkbox"/> TALLA: <input type="text"/> VACUM <input type="checkbox"/> P.C.: <input type="text"/> CESAREA <input type="checkbox"/> P.T.: <input type="text"/> DOMICILIARIO <input type="checkbox"/> SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	E-G: ..... AEG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> GEG <input type="checkbox"/>	APGAR: 1 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> O2 <input type="checkbox"/> VPP <input type="checkbox"/> TET <input type="checkbox"/> M.C. <input type="checkbox"/>						
MOTIVO DE INGRESO	Prematuridad <input type="checkbox"/> BPN <input type="checkbox"/> MBPN <input type="checkbox"/> EMBPN <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> SDR <input type="checkbox"/> TTRN <input type="checkbox"/> EMH <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> SAM <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Asfisia Severa <input type="checkbox"/> Neumotorax <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Convuls <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Shock <input type="checkbox"/> Post Operado <input type="checkbox"/> Otros: .....								
ANAMNESIS	..... ..... ..... ..... .....								
EXAMEN FISICO	FC: <input type="text"/> FR: <input type="text"/> T°: <input type="text"/> SaO2: <input type="text"/> PAM: <input type="text"/> HGT: <input type="text"/> Silverman: <input type="text"/> Lienado Capilar: <input type="text"/>	Estado General: ..... Piel: ..... Craneo: ..... Respiratorio: ..... Cardiovascular: ..... Abdomen: ..... Genitales: ..... Osteomuscular: ..... Neurologico: ..... Otros: .....							
DIAG. INGRESO	1.- <input type="text"/> 3.- <input type="text"/> 5.- <input type="text"/> 2.- <input type="text"/> 4.- <input type="text"/> 6.- <input type="text"/>								
PLAN DE TRABAJO	1.- <input type="text"/> 4.- <input type="text"/> 2.- <input type="text"/> 5.- <input type="text"/> 3.- <input type="text"/> 6.- <input type="text"/>								
TERAPEUTICA	1.- <input type="text"/> 5.- <input type="text"/> 2.- <input type="text"/> 6.- <input type="text"/> 3.- <input type="text"/> 7.- <input type="text"/> 4.- <input type="text"/> 8.- <input type="text"/>								
APELLIDOS Y NOMBRES		SERVICIO	CAMA N°	HISTORIA CLINICA N°					

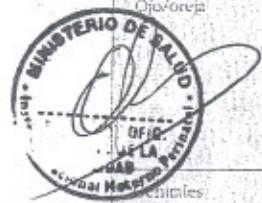




TABLA 1. Nuevo test de Ballard<sup>1</sup>. Parámetros de madurez neuromuscular y físicos

Madurez neuromuscular	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)							
Reboste de brazos							
Ángulo popliteo							
Ángulo de la muñeca							
Talón oreja							
Madurez física	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Pegajosa, quebradiza, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Rosa pálido, venas visibles	Descamación superficial, y/o eritema, pocas venas	Áreas pálidas y agrietadas, venas raras	Engrosamiento, agrietado profundo, no venas	Dura, agrietada y arrugada
Lanugo	Ausente	Escaso	Abundante	Fino	Áreas libres	Cast no hay lanugo	
Talón-dedo gordo	40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm no hay pliegues	Marcas rojas mortecinas	Sólo pliegues transversos anteriores	Pliegues en los 2,3 anteriores	Los pliegues cubren toda la planta	
Ojivoreja	Imperceptibles	Apenas perceptibles	Areola plana, no hay glándula	Areola granulosa, glándula de 1-2 mm	Areola sobre elevada, glándula de 3-4 mm	Areola completa, glándula de 5-10 mm	
Ojivoreja	Párpados fusionados levemente: -1 fuertemente: -2	Párpados abiertos, pabellón liso, permanece arrugada	Pabellón ligeramente incurvado, blando, despliegue lento	Pabellón bien incurvado, blando, pero con despliegue rápido	Formado y firme, despliegue instantáneo	Cantílogo grueso, oreja entresaca	
Genitales masculinos	Escroto aplanado, liso	Escroto vacío, con vagas rugosidades	Testículos en la parte alta del conducto, pliegues muy escasos	Testículos en descenso, rugosidades escasas	Testículos descendidos, rugosidades abundantes	Testículos colgantes, rugosidades profundas	
Genitales femeninos	Clóris prominente, labios aplanados	Clóris prominente y labios menores pequeños	Clóris prominente, labios menores de mayor tamaño	Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el clóris y los labios menores	

semana	edad
10	20
15	22
20	24
25	26
30	28
35	30
40	32
45	34
50	36
	38
	40
	42
	44



### BALANCE HIDRICO EN NEONATOLOGIA

FECHA:

PESO INICIAL:

PESO FINAL:

HORARIO	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL	
<b>INGRESOS</b>																										
SOLUCIONES																										
HEMOTERAPIA																										
TTO PARENTERAL																										
VIA ORAL																										
NEBULAZIONES																										
TOTAL INGRESOS																										
<b>EGRESOS</b>																										
ORINA																										
DEPOSICIONES																										
RESIDUOS FISICOS																										
VOMITO																										
SECRETIONES																										
ASPIRACIONES																										
DRENAJES																										
MUESTRAS SANGUINEAS																										
TOTAL EGRESOS																										

Dieresis horaria: 0.5 ml. X kgr. X / hora

FORMULA PERDIDAS INSENSIBLES  
 PI= (PESO INICIAL + INGRESOS) - (PESO FINAL - EGRESOS)

Diurno firma

TOTAL EGRESOS= PI + EGRESOS

Nocturno firma

TOTAL INGRESOS	
TOTAL EGRESOS	
B.H.E 24 HORAS	

APELLIDOS Y NOMBRES	SERV. N°	N° CUNA	HISTORIA CLINICA N°







# FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS NEONATALES





# PRIMERA CONSULTA EXTERNA PEDIATRICA

Fecha:..... Hora:.....

Enfermedad Actual:..... Tiempo Enfermedad:.....

Motivo de Consulta:.....

### Funciones Biológicas:

LME	LA
LM	LC

Orina:..... Deposiciones:.....

Otros: .....

### Antecedentes fisiológicos:

Peso Nacer:	gr	Talla:	cmt	PC:	cm	Apgar 1':	Apgar 5':	EG:	semanas
-------------	----	--------	-----	-----	----	-----------	-----------	-----	---------

Parto:	Vaginal	Cesarea	Hospitalización	Meses:	Semanas:	Días:
--------	---------	---------	-----------------	--------	----------	-------

### Antecedentes Patológicos:

- 1).....
- 2).....
- 3).....

VMA-		Indometacina		NPT	Días
Surfactante		Cirugía			Meses

- 4).....
- 5).....

Examen Físico: FC:..... / min FR:...../min T°:.....C°

### Diagnóstico Actual:

CIE 10

CIE10

- 1)..... ( ) 2)..... ( )
- 3)..... ( ) 4)..... ( )
- 5)..... ( ) 6)..... ( )

### Plan de Trabajo:

Medidas Auxiliares	Inter consultas	Referencias

Tratamiento:.....

Próxima Cita: .....

Firma, Sello y Colegiatura del Medico

APELLIDOS Y NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA N°

## SEGUIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA PEDIATRICA

Fecha:

Hora:

Motivo de Consulta:..... Tiempo Enfermedad:.....

Síntomas y Signos

.....

.....

.....

Tratamiento Recibido:

.....

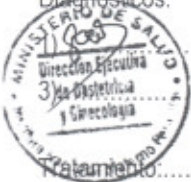
.....



Diagnósticos:

CIE 10

CIE10



1)..... ( ) 2)..... ( )

3)..... ( ) 4)..... ( )

Próxima Cita:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Medico Tratante



Fecha:

Hora:

Motivo de Consulta:..... Tiempo Enfermedad:.....

Síntomas y Signos

.....

.....

.....

Tratamiento Recibido:

.....

.....

Examen Físico:



Diagnósticos:

CIE 10

CIE10

1)..... ( ) 2)..... ( )

3)..... ( ) 4)..... ( )

Tratamiento:

.....

.....

Próxima Cita:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Medico Tratante

APELLIDOS Y NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA N°



# SEGUIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA PEDIATRICA

FN - 009

Fecha:    Hora:

Motivo de Consulta:..... Tiempo Enfermedad:.....

Sintomas y Signos  
.....  
.....  
.....

Tratamiento Recibido:  
.....

Examen Físico:  
.....  
.....

Diagnósticos:	CIE 10	CIE10
1).....	( )	2)..... ( )
3).....	( )	4)..... ( )

Tratamiento.....

Próxima Cita:..... Firma y Sello Medico Tratante



Fecha:   Hora:

Motivo de Consulta:..... Tiempo Enfermedad:.....

Sintomas y Signos  
.....  
.....  
.....

Tratamiento Recibido:  
.....

Examen Físico:  
.....  
.....

Diagnósticos:	CIE 10	CIE10
1).....	( )	2)..... ( )
3).....	( )	4)..... ( )

Tratamiento.....

Próxima Cita:..... Firma y Sello Medico Tratante



APELLIDOS Y NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA N°



## SEGUIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA PEDIATRICA

Fecha:

Hora:

Motivo de Consulta:..... Tiempo Enfermedad:.....

Síntomas y Signos

.....

.....

Tratamiento Recibido:

.....



Diagnósticos:

CIE 10

CIE10

( ) 2)..... ( )

( ) 4)..... ( )



Próxima Cita:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Medico Tratante



Fecha:

Hora:

Motivo de Consulta:..... Tiempo Enfermedad:.....

Síntomas y Signos

.....

.....

Tratamiento Recibido:

.....

Examen Físico:



Diagnósticos:

CIE 10

CIE10

1)..... ( ) 2)..... ( )

3)..... ( ) 4)..... ( )

Tratamiento:

.....

Próxima Cita:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Medico Tratante

APELLIDOS Y NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA N°





FN - 011

# INFORME ECOCARDIOGRAFICO NEONATAL

Fecha:    Hora:   Edad  Años

Nº: .....

Edad:.....Peso:..... Sexo:.....

Video: .....

Motivo Examen:.....

EVALUACION DOPPLER VALVULAR:.....



### Rangos normales (mm)

mediciones	Kg./mm	0-5	5-11	11-22	23-25	45-47
Ventriculo derecho		10-17	7-15	7-15	7-18	8-17
Septum interventricular		2-4	3-6	5-7	6-8	7-8
V' Diástole		12-14	< 32	24-38	33-47	37-49
V' Sístole						
Pared posterior VI		2-4	3-6	5-7	6-8	7-9
Auricula Izquierda		6-13	< 23	17-27	19-30	21-30
Aorta raiz		7-13	< 17	13-32	17-27	17-27
Aorta descendente						
Orta apertura		4-7	6-12	9-15	12-19	14-28
A. pulmonar (tronco)						
A. pulmonar (rama derecha)						
A. pulmonar (rama izquierda)						

Fecha de eyección:-----%

Fracc. De Acortam:-----%

Shunts-----

Preciones:

VD:-----AP:-----

Gradientes:

VD-AP:-----

VI-AO:-----

QP-QS:-----

VI-VD:-----

VD-AD:-----

AO-AP:-----



Análisis segmentario: Situs;-----Concordancia A-V:-----

Concordancia V-A-----arco aortico:-----

Venas pulmonares-----

Venas sistémicas-----

Séptum interatrial-----

Septum interventricular-----

Comunicaciones A o- pulmonar-----

Válvula tricúspide-----

Válvula pulmonar-----

Válvula mitral-----

Válvula aortica-----

Auricula derecha-----

Ventriculo derecho-----

Auricula izquierda-----

Ventriculo izquierdo-----

Arts. Coronarias-----

Pericardio-----

Conclusiones-----



APELLIDOS Y NOMBRES	SERV. Nº	CAMA Nº	HISTORIA CLINICA Nº

# RE-EVALUACIONES DE ECOCARDIOGRAFIA NEONATAL





FN - 012

**GRAFICO DE FUNCIONES VITALES**

Fecha																			
Dias de Hospitalización																			
Cirugia PO																			
Peso Diario																			
Turnos			D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	
FR	FC	T																	
140	180	41																	
		40																	
		39																	
		38																	
		37																	
		36																	
Orina	M																		
	T																		
	N																		
Dep/carac																			
Hemoderivados																			
Hemoderivados			Tamizaje Neonatal						Grupo y RH										



APellidos y Nombres	SERVICIO	Nº CUNA	HISTORIA CLINICA Nº



CI - 032

# CONSENTIMIENTO INFORMADO FOTO COAGULACIÓN RETINAL EN EL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA

Yo, Don/Doña: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, en mi calidad de padre / madre / abuelo / abuela del recién nacido / lactante: \_\_\_\_\_ y en pleno uso de mis facultades mentales, en cumplimiento de la Ley N°26842 Ley General de Salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad, por el Dr.: \_\_\_\_\_, sobre la **fotocoagulación retinal** que mi menor hijo(a) requiere; tanto en qué consiste, como los riesgos reales y potenciales de la misma, los cuales se detallan a continuación:

**Fotocoagulación Retinal:** Aplicación de luz especial (láser) en la retina para evitar la rotura de vasos nuevos que aparecen en la retina de la mayoría de los prematuros y que este no llegue al desprendimiento total de la retina y su ceguera. **Complicaciones:** Hemorragia preretinal.

Luego de haber escuchado las explicaciones que me ha brindado el médico con respecto a mi hijo(a)/nieto(a); me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado, sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él, ni por ningún otro personal de salud y luego de haber leído detenidamente el documento de autorización que se me ha alcanzado.

En mi consentimiento en forma libre y voluntaria, para la realización la Fotocoagulación Retinal que va a realizar el Dr.: \_\_\_\_\_ a mi niño(a) que se encuentra hospitalizado en el INMP.

Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar, es decir desistir que se realice el procedimiento, sin perder ningún beneficio o servicio.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tal sentido, firmo el presente en pleno uso de mis facultades mentales.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARIENTE  
(padre/madre/abuelo/abuela)

Huella digital

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO INFORMANTE



Apellidos y Nombres	Servicio	Incubadora/Cuna	Historia Clínica



# FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS GINECO – OBSTETRICA





## FORMATO DE FILIACION-IDENTIFICACION

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:.....

### DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: .....

Lugar Nacimiento.: ..... Fecha Nacimiento: ..... Edad: .....

Plan Atención.: ..... Grado Instrucción.: ..... Estado Civil: .....

Ocupación: ..... Documento Identidad: ..... Código Es Salud: .....

Religión: ..... Procedencia: ..... Código SIS: .....

### DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

(Calle, Jirón , Avenida) ..... (Número, Manzana, Lote, Interior, Block, Dpto) .....

(Urbanización, Asentamiento Humano, Cooperativa) ..... (Distrito) ..... (Provincia) .....

(Departamento) ..... (Teléfonos) .....

Referencia para ubicación: .....

### DATOS DEL CONYUGE:

Nombres: ....., DNI: .....

Teléfonos: .....

### ACOMPANANTE:

Nombres: ....., DNI: .....

Teléfonos: ....., Parentesco: .....

### REPRESENTANTE LEGAL

Nombres: ....., DNI: .....

Teléfonos: ....., Parentesco: .....

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica



FECHA	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
DIAS DE HOSPITALIZACION	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
TURNOS	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
DIAS POST - OPERATORIO																					
<b>PARTO</b> FECHA ..... HORA ..... PESO ..... gr. TALLA ..... cm. SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> APGAR .....	TEMPERATURA																				
	41°																				
	40°																				
	39°																				
	38°																				
	37°																				
	36°																				
	250																				
	200																				
	150																				
100																					
50																					
0																					
PULSO																					
140																					
120																					
100																					
80																					
60																					
40																					
32																					
25																					
24																					
20																					
16																					
12																					
8																					
4																					
LATIDOS FETALES																					
TALLA: PESO:																					
INGESTA																					
ORINA - ALBUMINA																					
VOMITOS																					
HECES																					
SANGRADO - LOQUIOS																					
BALANCE HIDRICO																					
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES										SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLÍNICA N°							






# ATENCIÓN GINECO-OBSTETRICA EN EMERGENCIA

FO - 004



FECHA: [ ] [ ] [ ]      HORA: [ ] [ ] : [ ] [ ]  
 EDAD: [ ] años      G: [ ]      P: [ ] [ ] [ ]

**ORIGEN**     Emergencia  
 Consult. Externo  
 Referida:

**SS**     Si  
 No

**MOTIVO DE ATENCIÓN**

FUR: [ ] [ ] [ ]     Dolor     Contracciones Uterinas     Sintomas Urinarios  
 FPP: [ ] [ ] [ ]     Convulsiones     Sangrado Vaginal     Flujo Vaginal  
 EG: [ ] Sam     Fiebre     Perdida Líquido Amniótico     Tumorción  
 CPN: [ ] Venas     Vómitos     Ausencia Movim. Fetales     Alterac. Menstruales

**ANTECEDENTES IMPORTANTES**

Mayor peso fetal anterior  
 [ ] ar.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**  
 .....  
 .....

**EXAMEN FISICO GENERAL**

T°	°C	Normal	Anormal		
P.A.	mm/Hg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado general y sensorio .....	Edemas: ... /4+
F.C.	/min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparato cardiovascular .....	Reflejos: ... /4+
F.R.	/min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparato respiratorio .....	
Peso	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparato urinario .....	
Talla	cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen .....	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades .....	

Observaciones: .....



**EXAMEN GINECOLOGICO**

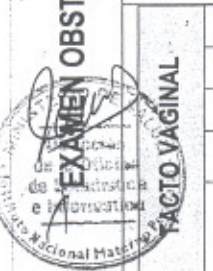
Anormal <input type="checkbox"/> GE y BUS .....	Normal Anormal <input type="checkbox"/> Anexos .....
<input type="checkbox"/> Vagina .....	<input type="checkbox"/> F. S Douglas .....
<input type="checkbox"/> Cérvix .....	<input type="checkbox"/> Parametrios (T.R.) .....
<input type="checkbox"/> Útero .....	<input type="checkbox"/> Mamas .....

Observaciones: .....



AU	cm	<b>FETO UNICO</b>	Situación	Posición	Presentación	DIPS	<b>EMBARAZO MULTIPLE</b>		SPP	LCF
LCF	/min		LONGITUDINAL	IZQUIERDA	CEFALICA	I		FETO 1		
DU	/10 min		TRANSVERSA	DERECHA	PODALICA	II		FETO 2		
								FETO 3		

**PONDERADO FETAL:** ..... gr    SOPLOS: Si  No     HIDRAMNIOS: Si  No



DILATACION:	[ ] [ ] [ ] cm	MEMBRANAS	I	R	<b>LIQUIDO AMNIOTICO</b>	CLARO	<b>PELVIMETRIA</b>	ESTRECHO	Adecuado	Contraído
INCORPORACION	[ ] [ ] [ ] %	PROCUBITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		MECONIAL		SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALT. PRESENT	[ ] [ ] [ ]	PROLAPSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SANGUINOLENTO		MEDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VARIED PRESENT	[ ] [ ] [ ]	SANGRADO VAGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		CON MAL OLORES		INFERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: .....

**COMPATIBILIDAD FETO - PELVICA**    **PELVIS GINECOIDE:**    SI  NO  DUDOSA

Describir: .....

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (CIE 10)**

1. .... ( )  
 2. .... ( )  
 3. .... ( )  
 4. .... ( )  
 5. .... ( )  
 6. .... ( )

**PLAN DE TRABAJO**

1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....  
 6. ....

**DESTINO**

Servicio .....   
 Centro Obstétrico   
 Centro Quirúrgico   
 Sala LU / AMEU   
 Domicilio   
 Otro .....

**TRATAMIENTO**

1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....  
 6. ....

**Sello y Firma Médico Responsable**

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica
---------------------	----------	------	------------------







# HISTORIA CLINICA-HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICA

FO - 005

Fecha [ ] [ ] [ ] Hora [ ] [ ] Edad [ ] Años

ECTOSCOPIA: .....

## ANAMNESIS

Registrada por: .....

FUR. [ ] [ ] [ ] .. Amenorrea [ ] semanas Tiempo de enfermedad: ..... Inicio: ..... Curso: .....

Signos y Sintomas principales: .....

Relato cronológico: .....

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

Funciones Biológicas: **Apetito:** ..... **Sed:** ..... **Orina:** ..... **Deposiciones:** ..... **Sueño:** .....

**GENERALES:** **Tabaco:** ..... **Alcohol:** ..... **Drogas:** ..... **Grupo Sanguineo:** ..... **Factor RH:** .....

**Transfusiones:** ..... **Inmunizaciones:** .....

**FISIOLOGICOS:** **Menarquia:** ..... **Régimen catamenial:** ..... / ..... **Inicio Relac.Sex:** ..... **Andria:** .....

**Frec. Relac. Sex:** ..... **Met. Anticonceptivo:** ..... **PAP:** .....

**G:** [ ] .. **P:** [ ] [ ] [ ] .. **Fecha ultimo Parto:** [ ] [ ] [ ] ..... **Mayor ponderado Fetal:** [ ] [ ] [ ] [ ]

**PATOLOGICOS:**

TBC  HTA  Diabetes  Hepatitis  Natimuerto  Pre-eclampsia  Tiroides  Epilepsia

Renal  Psiquiátricos.  Alergia medicamentos: .....  Alergia alimentos: .....

Otros anteced. Patológ: .....

**Cirugía Pélvica:**  Cesárea  AMEU / LU  Otras cirugias pélvicas: .....

**Otras Cirugias:** .....

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** .....

## EXAMEN CLINICO

Realizado por: .....

T°	°C	Estado General: .....
P.A.	mm/Hg	Piel y faneras: .....
F	/min	Cabeza y Cuello: .....
F	/min	Ap. Cardio-respiratorio: .....
Peso	Kg	Abdomen: .....
Talla	cm	Ap. Urinario: ..... PPL: ..... PRU: .....
		Ap. Locomotor y extremidades: ..... Edemas: ..... /4+ . Reflejos: ..... /4+
		Sistema Nervioso: .....

AU	cm	FETO UNICO	Situación	Posición	Presentación	DIPS	EMBARAZO MULTIPLE	SPP	LCF
LCF	/min		LONGITUDINAL	IZQUIERDA	CEFALICA	I		FETO 1	
DU	/10 min		TRANSVERSA	DERECHA	PODALCA	II		FETO 2	
						III	FETO 3		

PONDERADO FETAL: ..... gr SOPLOS: Si  No  HIDRAMNIOS: Si  No

TACTO VAGINAL	DILATACION:	[ ] [ ] [ ] cm	MENBRANAS	I	R	LIQUIDO AMNIOTICO	CLARO	[ ]	PELVIMETRIA	ESTRECHO	Adecuado	Contraído
	INCORPORACION	[ ] [ ] [ ] %	PROCUBITO	[ ]	[ ]		MECONIAL	[ ]		SUPERIOR	[ ]	[ ]
	ALT. PRESENT	[ ] [ ] [ ] [ ]	PROLAPSO	[ ]	[ ]		SANGUINOLENTO	[ ]		MEDIO	[ ]	[ ]
	VARIED PRESENT	[ ] [ ] [ ] [ ]	SANGRADO VAGINAL	[ ]	[ ]		CON MAL OLOR	[ ]		INFERIOR	[ ]	[ ]

COMPATIBILIDAD FETO - PELVICA:  SI  NO  DUDOSA PELVIS GINECOIDE SI  NO  Describir: .....

Apellidos y Nombres

Servicio

Cama

Historia Clínica

EXAMEN GINECOLOGICO

Mamas.....Perfil Vaginal

Genitales Externos:.....

Especuloscopia: Vagina: ..... Cérvix: .....

Tacto Vaginal: .....

Cuello Uterino:.....

Útero: .....

Anexos: .....

Fondo de saco y parametrios: .....

Tacto Rectal: .....

- 1..... ( )
- 2..... ( )
- 3..... ( )
- 4..... ( )
- 5..... ( )
- 6..... ( )

- 1..... 6.....
- 2..... 7.....
- 3..... 8.....
- 4..... 9.....
- 5..... 10.....

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello del Médico Responsable





# EVOLUCION MEDICA - HOSPITALIZACION

En cada evolución, debe consignarse:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Fecha y Hora de Atención.             | 5. Interpretación de exámenes auxiliares y comentarios.                      |
| 2. Apreciación subjetiva.                | 6. Plan de trabajo.  |
| 3. Apreciación objetiva.                 | 7. Tratamiento e Indicações.   |
| 4. Verificación del Tratamiento y dieta. | 8. Firma, sello y colegiatura del médico responsable que brinda la atención. |





# SOLICITUD DE INTERCONSULTA

FO - 007

SERVICIO DE PROCEDENCIA: ..... CAMA: .....

AL SERVICIO / ESPECIALIDAD DE: ..... HOSPITAL / INSTITUTO: .....

EDAD: ..... SEXO: .....

**RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA**

**MOTIVO DE LA INTERCONSULTA**  
**DIAGNOSTICOS RESUNTIVOS**

Fecha: [ ] [ ] [ ] Hora: [ ] :

Firma y Sello del Medico Solicitante

## INFORME - RESPUESTA A LA INTERCONSULTA

**DESCRIPCION DE HALLAZGOS**  
**EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

**DIAGNOSTICOS**

**INDICACIONES / RECOMENDACIONES**

Fecha: [ ] [ ] [ ] Hora: [ ] :

Firma y Sello del Medico Consultor

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica



# RE-EVALUACIONES DE INTERCONSULTAS





# NOTAS DE ENFERMERIA: INGRESO

FO - 008

PROCEDENCIA

- Emergencia
- Consulta Externa
- Servicio
- Otro:.....

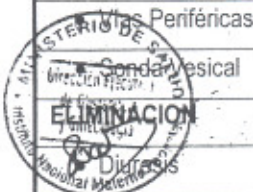
FECHA    Hora  :

EDAD  Años DIAGNOSTICO MEDICO:.....

CONDICION DE INGRESO DE LA PACIENTE:.....

.....

FECHA												
SIGNOS VITALES	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
• Temperatura												
• Presión Arterial												
• Pulso												
• Respiraciones												
<b>FUNCIONES BIOLÓGICAS</b>												
• Estado General												
• Piel												
<b>VIAS INVASIVAS</b>												
• Vías Periféricas												
• Sondaje Vesical												
<b>ELIMINACION</b>												
• Heces												
• Vómitos												



Firma y Sello de la Enfermera

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

# NOTAS DE ENFERMERIA: EVOLUCION

EVOLUCIÓN POR CADA TURNO. Debe consignarse:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Fecha y Hora de Atención.                | 4. Estado general.  |
| 2. Signos y síntomas significativos.        | 5. Tratamiento aplicado                                     |
| 3. Funciones Vitales, funciones biológicas. | 6. Firma, sello y colegiatura del profesional de enfermería |





# BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO

FECHA    HORA  :  PESO  Kg. EDAD  años

TURNO	INGRESOS				EGRESOS						Firma y sello del personal responsable	
	ORAL	PARENT	SANGRE	H2O ENDOGENA	ORINA	DEPOSIC.	SUCCION	DRENAJE	VOMITO	P. I.		
07:00 - 1:00												
01:00 - 7:00												
07:00 - 7:00												
<b>TOTAL 24 HORAS</b>												



INGRESOS: .....  
EGRESOS: .....  
**BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO TOTAL**



FECHA    HORA  :  PESO  Kg.

TURNO	INGRESOS				EGRESOS						Firma y sello del personal responsable	
	ORAL	PARENT	SANGRE	H2O ENDOGENA	ORINA	DEPOSIC.	SUCCION	DRENAJE	VOMITO	P. I.		
07:00 - 1:00												
01:00 - 7:00												
07:00 - 7:00												
<b>TOTAL 24 HORAS</b>												

INGRESOS: .....  
EGRESOS: .....  
**BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO TOTAL**



FECHA    HORA  :  PESO  Kg.

TURNO	INGRESOS				EGRESOS						Firma y sello del personal responsable	
	ORAL	PARENT	SANGRE	H2O ENDOGENA	ORINA	DEPOSIC.	SUCCION	DRENAJE	VOMITO	P. I.		
07:00 - 1:00												
01:00 - 7:00												
07:00 - 7:00												
<b>TOTAL 24 HORAS</b>												

INGRESOS: .....  
EGRESOS: .....  
**BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO TOTAL**



Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

## BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO

FECHA    HORA  :  PESO  Kg.

TURNO	INGRESOS				EGRESOS						Firma y sello del personal responsable	
	ORAL	PARENT	SANGRE	H2O ENDOGENA	ORINA	DEPOSIC.	SUCCION	DRENAJE	VOMITO	P. I.		
07:00 - 1:00												
01:00 - 7:00												
07:00 - 7:00												
<b>TOTAL 24 HORAS</b>												

INGRESOS: .....

EGRESOS: .....

BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO TOTAL



FECHA    HORA  :  PESO  Kg.

TURNO	INGRESOS				EGRESOS						Firma y sello del personal responsable	
	ORAL	PARENT	SANGRE	H2O ENDOGENA	ORINA	DEPOSIC.	SUCCION	DRENAJE	VOMITO	P. I.		
07:00 - 1:00												
01:00 - 7:00												
07:00 - 7:00												
<b>TOTAL 24 HORAS</b>												

INGRESOS: .....

EGRESOS: .....

BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO TOTAL



FECHA    HORA  :  PESO  Kg.

TURNO	INGRESOS				EGRESOS						Firma y sello del personal responsable	
	ORAL	PARENT	SANGRE	H2O ENDOGENA	ORINA	DEPOSIC.	SUCCION	DRENAJE	VOMITO	P. I.		
07:00 - 1:00												
01:00 - 7:00												
07:00 - 7:00												
<b>TOTAL 24 HORAS</b>												

INGRESOS: .....

EGRESOS: .....

BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO TOTAL

# NOTAS DE OBSTETRICIA

Debe consignarse:

## NOTA DE INGRESO

1. Fecha y Hora de Atención.
2. Condición en que ingresa la paciente.
3. Funciones Vitales, funciones biológicas, estado general.
4. Tratamiento aplicado
5. Firma, sello y colegiatura del profesional de obstetricia.

## EVOLUCIÓN EN CADA TURNO.

1. Fecha y Hora de Atención.
2. Signos y síntomas significativos.
3. Funciones Vitales, funciones biológicas, estado general.
4. Tratamiento aplicado
5. Firma, sello y colegiatura del profesional de obstetricia.



Apellidos y Nombres

Servicio

Cama

Historia Clínica

# NOTAS DE OBSTETRICIA

Debe consignarse:

## NOTA DE INGRESO

1. Fecha y Hora de Atención.
2. Condición en que ingresa la paciente.
3. Funciones Vitales, funciones biológicas, estado general.
4. Tratamiento aplicado
5. Firma, sello y colegiatura del profesional de obstetricia.

## EVOLUCIÓN DIARIA POR CADA TURNO.

1. Fecha y Hora de Atención.
2. Signos y síntomas significativos.
3. Funciones Vitales, funciones biológicas, estado general.
4. Tratamiento aplicado
5. Firma, sello y colegiatura del profesional de obstetricia.











## FICHA ODONTO - ESTOMATOLOGICA

### EVALUACION ODONTOLOGICA

FECHA

HORA  :

EDAD  Años

EDAD GESTACIONAL  Semanas

### ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



Especificaciones:.....

.....

.....

Índice de Cariés:..... Índice de higiene oral simplificado.....

Índice de placa blanda:..... Estado de Higiene:.....

Índice de placa calcificada:..... Riesgo Estomatológico:.....

Diagnostico:.....

.....

.....

Tratamiento:.....

.....

.....

.....

Firma y sello del profesional responsable

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

# EVALUACION Y TRATAMIENTO ODONTO-ESTOMATOLOGICO

(Consignar fecha y hora, alta básica odontológica, sello y firma del profesional responsable.)

Lined area for text entry.





## FORMATO DE CONSULTA EXTERNA - ESPECIALIDADES

Fecha:    Hora:  :  Edad:  Años Tiempo Enfermedad:.....

Motivo de Consulta:.....

Antecedentes Personales:.....

Antecedentes Familiares:.....

Apetito:..... Sed:..... Sueño:..... Orina:..... Deposiciones:.....

Examen Físico: T°:..... PA:..... FC:..... FR:..... Peso:..... Talla:..... IMC:.....



DIAGNOSTICOS	CIE 10	PLAN DE TRABAJO	1. ....
.....	.....	PLAN DE TRABAJO	2. ....
.....	.....		3. ....
.....	.....		4. ....
.....	.....		.....

OBSERVACIONES:.....	
Próxima Cita:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Firma y Sello Medico Responsable</b>



Fecha:    Hora:  :  Edad:  Años Tiempo Enfermedad:.....

Motivo de Consulta:.....

Antecedentes Personales:.....

Antecedentes Familiares:.....

Apetito:..... Sed:..... Sueño:..... Orina:..... Deposiciones:.....

Examen Físico: T°:..... PA:..... FC:..... FR:..... Peso:..... Talla:..... IMC:.....



DIAGNOSTICOS	CIE 10	PLAN DE TRABAJO	1. ....
.....	.....	PLAN DE TRABAJO	2. ....
.....	.....		3. ....
.....	.....		4. ....
.....	.....		.....

OBSERVACIONES:.....	
Próxima Cita:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Firma y Sello Medico Responsable</b>

Apellidos Y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica
.....	.....	.....	.....

## FORMATO DE CONSULTA EXTERNA - ESPECIALIDADES

Fecha:    Hora:  :  Edad:  Años Tiempo Enfermedad:.....

Motivo de Consulta:.....  
.....

Antecedentes Personales:.....

Antecedentes Familiares:.....

Apetito:..... Sed:..... Sueño:..... Orina:..... Deposiciones:.....

Examen Físico: T°:..... PA:..... FC:..... FR:..... Peso:..... Talla:..... IMC:.....

DIAGNOSTICOS	CIE 10	PLAN DE TRABAJO	5. ....
1. ....	.....		6. ....
2. ....	.....		7. ....
3. ....	.....		8. ....
			OBSERVACIONES:.....
			Próxima Cita:
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			<b>Firma y Sello Medico Responsable</b>

Fecha:    Hora:  :  Edad:  Años Tiempo Enfermedad:.....

Motivo de Consulta:.....  
.....

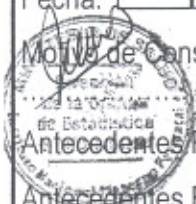
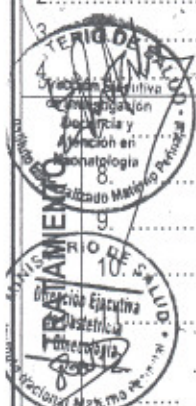
Antecedentes Personales:.....

Antecedentes Familiares:.....

Apetito:..... Sed:..... Sueño:..... Orina:..... Deposiciones:.....

Examen Físico: T°:..... PA:..... FC:..... FR:..... Peso:..... Talla:..... IMC:.....

DIAGNOSTICOS	CIE 10	PLAN DE TRABAJO	5. ....
1. ....	.....		6. ....
2. ....	.....		7. ....
3. ....	.....		8. ....
			OBSERVACIONES:.....
			Próxima Cita:
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			<b>Firma y Sello Medico Responsable</b>



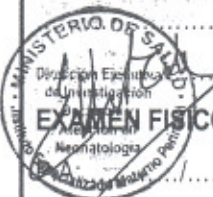
Fecha    Hora    Adulto  Pediátrico

Edad ..... Sexo: ..... Lugar de Nacimiento: ..... Procedencia: .....

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** .....

**ANTECEDENTES PERSONALES:** .....

**ENFERMEDAD ACTUAL:** .....



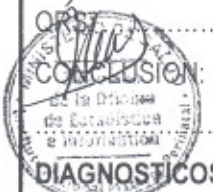
**EXAMEN FISICO:** Examen General: ..... Peso: ..... Kg. Talla: ..... IMC: .....  
/ ..... mm/Hg FR: ..... / min FC: ..... / min Perímetro Abdominal: ..... cm

Ap. Respiratorio: .....



Ab. Cardiovascular: .....

Miembros Internos: .....



**INFORME ELECTROCARDIOGRAFICO:** Ritmo: ..... FC: ..... / min EJE: ..... PR: ..... seg.

QRS: ..... seg. ST: ..... seg. T: .....

**CONCLUSIÓN:** .....

**DIAGNOSTICOS:** ..... **CIE 10**

1. .... ( )

2. .... ( )

3. .... ( )

4. .... ( )

**INDICACIONES:** .....

**TRATAMIENTO:** .....



**RECOMENDACIONES:** .....

Firma y Sello del Médico Responsable

Nombre y Apellidos	Servicio	Cama	Historia Clínica

# EVOLUCION DE CARDIOLOGIA

En cada Evolución, debe Consignarse:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Fecha y Hora de Atención.         | 5. Plan de Trabajo                       |
| 2. Signos y Síntomas de importancia. | 6. Tratamiento aplicado                  |
| 3. Examen Clínico                    | 7. Indicaciones y Recomendaciones.       |
| 4. Diagnóstico Presuntivo (CIE 10)   | 8. Firma y sello del Médico responsable. |





# CONSULTA EXTERNA DE OFTALMOLOGIA ADULTO

FO - 015

Fecha

Hora

Edad:  Años

Sexo: .....

MOTIVO DE LA CONSULTA: .....

TIEMPO ENFERMEDAD: .....

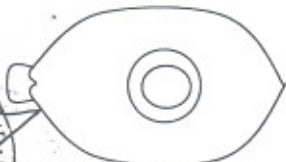
### EXAMEN AGUDEZA VISUAL

LEJOS VOD: ..... VOS: .....

CERCA VOD: ..... VOS: .....

### EXAMEN EXTERNO

OD  (KT: .....)

 (KT: .....)

ANTECEDENTES: .....

MEDIOS TRANSPARENTES OCULARES: .....

MOTILIDAD OCULAR: .....



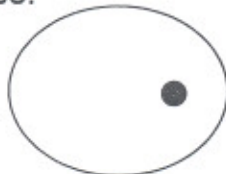
### TONOMETRIA OCULAR:

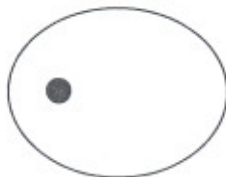
BIDIGITAL: .....

SCHOITZ: .....

GOLDMAN: .....

### FONDO DE OJO:

OD 



### DIAGNOSTICOS:

CIE 10

- ..... ( )
- ..... ( )
- ..... ( )

INDICACIONES: .....

TRATAMIENTO: .....

Firma y Sello Medico Responsable

Nombre y Apellidos	Servicio	Cama	Historia Clínica





# EVOLUCION DE OFTALMOLOGIA ADULTO

En cada evolución, debe consignarse:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Fecha y Hora de Atención.         | 5. Plan de Trabajo                       |
| 2. Signos y Síntomas de importancia. | 6. Tratamiento aplicado                  |
| 3. Examen Clínico                    | 7. Indicaciones y Recomendaciones.       |
| 4. Diagnóstico Presuntivo (CIE 10)   | 8. Firma y sello del Médico responsable. |





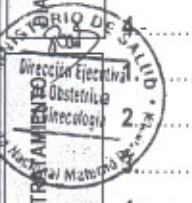
# CONSULTA EXTERNA GINECO-OBSTETRICIA

Fecha	Hora	Edad	Gesta	Paridad	FUR	FPP	Edad Gest.
	:	años					Sem.

### ANTECEDENTES:

<b>ENFERM ACTUAL</b>	MOTIVO DE CONSULTA.....	TIEMPO ENFERMEDAD.....
	.....	

<b>EXAMEN CLINICO</b>	T°	°C
	P.A.	mm/Hg
	F.C.	/min
	F.R.	/min
	PESO	Kg



CIE 10

PLAN DE TRABAJO

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Próxima Cita:

### OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Fecha	Hora	Edad	Gesta	Paridad	FUR	FPP	Edad Gest.
	:	años					Sem.

### ANTECEDENTES:

<b>ENFERM ACTUAL</b>	MOTIVO DE CONSULTA.....	TIEMPO ENFERMEDAD.....
	.....	

<b>EXAMEN CLINICO</b>	T°	°C
	P.A.	mm/Hg
	F.C.	/min
	F.R.	/min
	PESO	Kg



CIE 10

PLAN DE TRABAJO

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Próxima Cita:

### OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Apellidos Y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica
---------------------	----------	------	------------------



REGISTRO DE ENFERMERIA EN RECUPERACION

Fecha y Hora Ingreso

Fecha y Hora Egreso

Tipo de Anestesia

Diagnostico Post Operatorio:

Nota de Ingreso:



EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Paciente:

Servicio:

Edad:

HistClin:

# IMPRESIÓN PELMATOSCÓPICA DEL RECIEN NACIDO

AL NACIMIENTO  
(Planta Derecha)



AL ALTA  
(Planta Derecha)

Fecha \_\_\_\_\_  
 Hora \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_  
 Peso \_\_\_\_\_  
 Talla \_\_\_\_\_  
 Apgar \_\_\_\_\_



IINDICE DERECHO DE LA MADRE



Firma Operador

Firma Operador

Apellidos y Nombres

Servicio.

Cama

Historia Clínica



# IMPRESIÓN PELMATOSCÓPICA DEL RECIEN NACIDO

AL NACIMIENTO  
(Planta Derecha)



AL ALTA  
(Planta Derecha)

Fecha \_\_\_\_\_  
 Hora \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_  
 Peso \_\_\_\_\_  
 Talla \_\_\_\_\_  
 Apgar \_\_\_\_\_



IINDICE DERECHO DE LA MADRE



Firma Operador

Firma Operador

Apellidos y Nombres

Servicio

Cama

Historia Clínica



# INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA

FO - 017

INFORME N°: .....

INDICACION DR: .....

MUESTRA: .....

DEL INFORME    HORA

EXAMEN MACROSCOPICO: .....

.....

.....

EXAMEN MICROSCOPICO: .....

.....

.....

DIAGNOSTICO: .....

.....

COMENTARIO: .....

.....

Firma y Sello de Médico Patólogo



Apellidos y Nombres

Servicio

Cama

Historia Clínica



# INFORME DE EXAMENES DE LABORATORIO

INFORME N°:.....



NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

Fecha de toma de Muestra    Hora

Fecha de Informe    Hora

Firma y Sello Médico Responsable

Nombre y Apellidos	Servicio	Cama	Historia Clínica



# REGISTRO DE ANALGESIA DE PARTO

FO - 020

FECHA:

### Datos del Paciente:

Edad:..... Peso:..... Kg Talla:.....m. Altura Uterina:.....cm. Pelvis:.....  
 Diagnóstico:..... Ponderado Fetal:.....g. Hb:.....g.% Plaquetas:..... ASA:.....  
 Acompañante: Si  No  Hidratación:..... ml.  
 Medicamentos recibidos..... Observaciones:.....

### Procedimientos Anestésicos:

Técnica anestésica: Peridural  Combinada  Raquídea  Endovenosa  Inhalatoria



Regional		Dosis	Drogas Utilizadas	Infusión	Bolos
Epidural	Espinal	1ª Dosis		<input type="checkbox"/>	
		2ª Dosis	Meperidina	<input type="checkbox"/>	
		3ª Dosis		<input type="checkbox"/>	
		4ª Dosis			
		5ª Dosis			
		6ª Dosis			
Observaciones:.....					

<b>PARTO: HORA:</b>	
T.E	T.A
APGAR: Sexo:	
	F <input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>
Peso	Talla:
.....gr	.....cm
EG	PH

Wasterlet  Fórceps  Vaccum  Desgarros  PUJO: Malo  Regular  Bueno

Dosis y Hora	1ª Dosis					2ª Dosis					3ª Dosis					Retiro de Catéter
	Basal	5	10	15	20	Basal	5	10	15	20	Basal	5	10	15	20	
Signos Vitales																
Presión Arterial																
Frec. Cardíaca Materna																
Frecuencia Respiratoria																
SAT O <sub>2</sub>																
Oxigenio																
Dilatación																
Variedad Presentación																
Membranas																
Altura Presentación																

INTERCURRENCIAS DEL PARTO Bradicardia Fetal  Hipodinamia  DIPs  Liq. Amniót. Meconial  Expulsivo Prolongado

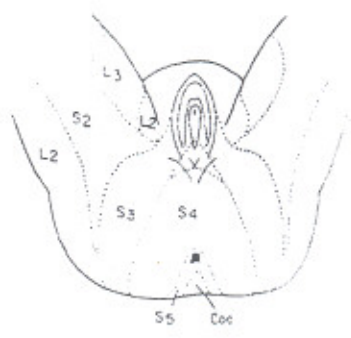
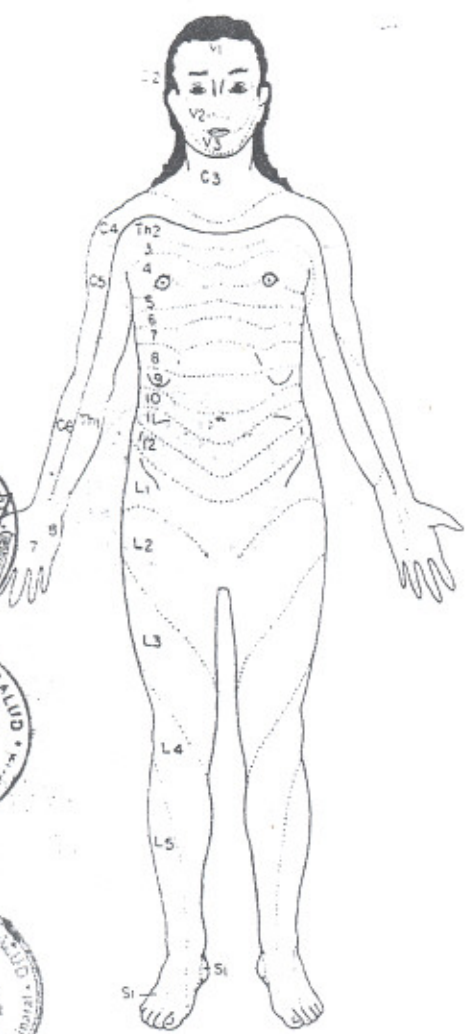
INTERCURRENCIAS DE LA ANESTESIA Parestesias  Hipotensión  Bloqueo Alto  Prurito  Punción Vaso  Punción inadvertida  Punción advertida

Pasa a SOP para:..... Apgar en SOP:.....  
 Diagnóstico:..... Observaciones:.....

Indica Analgesia:..... Atiende el Parto:.....  
 Anestesiólogo:..... Fecha    Hora   
 Médico Residente de Anestesia:.....  
 Retira el Catéter:.....

Firma, Sello Medico Responsable

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica
---------------------	----------	------	------------------



MINISTERIO DE SALUD  
 Dirección Ejecutiva de Neurología y Psiquiatría  
 Instituto Nacional Materno Perinatal

MINISTERIO DE SALUD  
 Dirección Ejecutiva de Obstetricia y Ginecología  
 Instituto Nacional Materno Perinatal

MINISTERIO DE SALUD  
 Dirección Ejecutiva de Estadística e Información  
 Instituto Nacional Materno Perinatal

MINISTERIO DE SALUD  
 Dirección Ejecutiva de Apoyo y Servicios de Consulta  
 Instituto Nacional Materno Perinatal

MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCIÓN EPIC.  
 CENTRO DE LA CALIDAD  
 Instituto Nacional Materno Perinatal

**ESCALA DE RAMSAY:**

**Nivel Característica**

- 1)  Paciente despierto, ansioso, agitado o inquieto.
- 2)  Paciente despierto, cooperador, orientado y tranquilo.
- 3)  Paciente dormido con respuesta a órdenes.
- 4)  Paciente dormido con respuesta breve a la luz y al sonido.
- 5)  Paciente dormido responde sólo al dolor.
- 6)  El paciente no responde a ningún estímulo (luz, sonido o dolor).

**ESCALA DE BROMAGE:**

**Nivel Característica**

- 0)  Levanta las extremidades inferiores de la mesa quirúrgica
- 1)  Flexiona rodillas y tobillos
- 2)  No flexiona las rodillas
- 3)  No flexiona los tobillos





# EVALUACION PRE-ANESTESICA

FO - 021

Programada  Emergencia

Fecha: [ ] [ ] [ ] Hora: [ ] [ ] Anestesiólogo: .....

Edad: [ Años ] Sexo: ..... Peso: .....

## 1. RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo Enfermedad: .....

Síntomas Principales: .....

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: .....

INTERVENCION QUIRURGICA PROPUESTA: .....

ANTECEDENTES CLINICOS: Tiempo: ..... Terapéutica: ..... Secuelas: .....

.....

.....

.....

.....

ACV

.....

.....

OTROS

.....

ALCOHOL: ..... TABACO: ..... DROGAS: .....

TRANSFUSIONES: .....

ANESTESIAS PREVIAS: .....

ANESTESIA EN FAMILIARES: .....

OPERACIONES: .....

TENDENCIA A HEMORRAGIA: .....

### ALERGIA:

FARMACOLOGICAS: FARMACOLOGICOS: ..... ALIMENTACION: ..... OTROS: .....

SINTOMAS Y SIGNOS: ..... SHOCK: ..... RASH: ..... EDEMA: .....

GLOTIS: ..... EOSINOFILIA: ..... BRONCOESPASMO: .....

PRURITO: ..... OTROS: .....

## 5. MEDICACION SUJETADA DURANTE LOS ULTIMOS 30 DIAS:

DROGAS	DOSIS	VIA	DURACION

## 6. EXAMENES AUXILIARES:

Hb: ..... Hto: ..... T.Prot.: ..... T.Trombiop: .....

Glucosa: ..... Urea: ..... Creatinina: ..... VDRL: ..... HIV: .....

Grupo y Rh: ..... Fibrogeno: .....

Rx. Tórax: ..... Rect. Plaquetas: .....

R.Q: ..... Orina: .....

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

7. EXAMENES FISICO:

Peso:..... Talla: .....

Estado General: B ..... R ..... M .....

Estado Nutricional: B ..... R ..... M .....

Piel: Zonas de puncion venosa accesible: .....

Varices ..... Edema .....

Ojos: Pupilas isocoricas ..... anisocorias .....

Vias Aereas ..... Dentadura ..... Mov. Cervical .....

Distanciamiento Mento Tiroideo ..... Traquea .....

Torax: ..... F.R : .....

Cardiovascular: PA: ..... FC: ..... Pulsos Perif. : .....

Neurologico: ..... Columna Vertebral: .....

RIESGO ANESTESIOLOGICO: (1) (2) (3) (4) (Emerg.)

TIPO DE ANESTESIA PREVISTA: .....

10. CONCLUSIONES: .....



Firma y Sello del Anestesiólogo

VISITA Y MEDICACION PRE-ANESTESICA



Fecha: ..... Hora .....

Examen Clinico: .....



Observaciones: .....

Autorización Operatorio: (SI) (NO) Porque: .....

Firma y Sello del Anestesiólogo



# REGISTRO DE ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA

FO - 022

Estado Físico (Riesgo Anestésico): 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

E	P
---	---

Fecha: ..... Edad: .....

Peso: ..... Talla: .....

Sexo: .....

Medicación . Pre Anestésica. (Drogas Dosis Vía Hora):.....

Diagnóstico Pre-operatorio: .....

Cirujano: .....

Diagnóstico Post-operatorio: .....

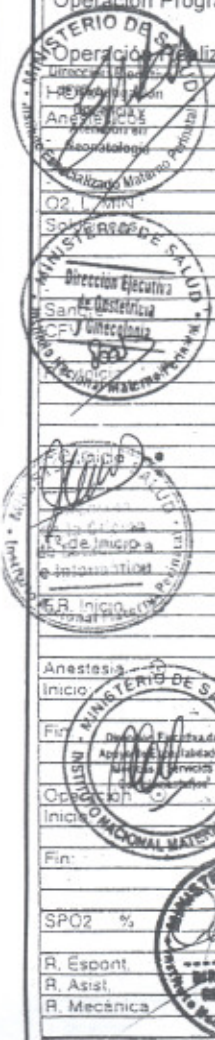
Ayudante 1: .....

Operación Programada: .....

Anestesiólogo: .....

Operación Realizada: .....

Ayudante: .....



	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
220																
200																
180																
160																
140																
120																
100																
80																
60																
40																
20																
0																

MEDICAMENTOS	DOSIS	VIA
A.		
B.		
C.		
D.		
E.		
F.		
G.		
H.		
I.		
J.		
K.		
L.		

**TIPO DE ANESTESIA**

Regional  Raquídea

Epidural S/c  Epidural C/c

Otros

Agentes: \_\_\_\_\_

**TECNICA**

Regional: \_\_\_\_\_ General: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Aguja: \_\_\_\_\_

Punción: \_\_\_\_\_

Intentos: \_\_\_\_\_

Nivel: \_\_\_\_\_

Accidentes: \_\_\_\_\_

Observaciones Ocurrencias: \_\_\_\_\_

General  Inhalatoria

EV  Otros

Analgesia EV

I.O.T. Si  No  N° \_\_\_\_\_

Dificultades: \_\_\_\_\_

Recién Nacido: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

BALANCE HIDRICO INTRA OPERATORIO

COMPLICACIONES INTRA OP.

INGRESOS	EGRESOS
Cl. Na 2%	SANGRADO
DEXT 5%	DIURESIS
COLOIDES	P. INSENSIBLES
SANGRE	
TOTAL	TOTAL

Bloq. Ato			
Bloq. Total			
Hipotension			
Taquicardia			
Arritmias			
Cefalea			

HOJA DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA

ANESTESIOLOGO:  
EVALUACIÓN DE INGRESO A LA UNIDAD

FECHA INGRESO:  
HORA INGRESO:  
CAMA Nº:

SIGNOS-SINTOMAS			VIA AEREA	APOY. VENTL	CATETERES	FLUIDOS AL INGRESO	FUNCIONES VITALES
Cianosis	Hemorragia vaginal	Excitación	Libre	Vent. Mecánica	Via Perif.	ClNa9%	PA:
Palidez	Hipertension	Escalofríos	T. Endotraq.	Canula Nasal	Via Central	Dex 5%	FC:
Bronco espasmo	Hipotension	Dolor	T.Oro-faring.	Mascarilla	L. Arterial	Sangre	FR:
Apnea	Taquicardia	Nauseas y Vómitos	Secreciones	Sistema Venturi	Sonda Nasogas	Coloide	S,O:
	Bradicardia	Cefalea		Tubo "T"	Cateter Epidural		



EVOLUCION POST-ANESTESICA-PUNTUACION DE ALDRETE

VARIABLES	HORA	AL INGRESO	AL ALTA	I.C. - OBSERVACIONES - OCURRENCIAS
Saturación O2				
TOTAL				



EVA (ESCALA Nº)   
 MODIFICACIONES Y TERAPIA DE DOLOR - FLUIDOTERAPIA

BROMAGE (MODIFICADO)

0-1-2-3	
Ingreso	
15'	
30'	
45'	
60'	
Alta	

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ANALGESIA X CATETER EPID.:

EXÁMENES SOLICITADOS:

CONDICIÓN ALTA

FC  MICCIÓN ESPONTANEA  EXTUBADO

S,O,

OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Pasa A: \_\_\_\_\_



RETENCIÓN CATETER EPID.

HORA DE EGRESO:

FIRMA Y SELLO ANESTESIOLOGO

INFORME QUIRURGICO

Fecha 06/01/2010

Ingreso CQ 10:10 pm

Nº Libro 41454

DATOS DEL PROCEDIMIENTO INTV OBSTETRI TIPO EMERGENCIA Nº QUIROF 6

CIRUJANO (1): GUARNIZO ALFARO EDGARDO MARTIN AYUD ANESTESIOLOG NINGUNO
CIRUJANO (2): LOARTE LOPEZ CESAR ABDIAS INSTRUMENTISTA (1): NINGUNO
1er AYUDANTE: NINGUNO INSTRUMENTISTA (2): BERNALLES COTAQUISPE ANTUANE T
2er AYUDANTE: NINGUNO TECN ENFERMERIA: RAMIRIZ CUADROS KEITY MARGOT
ANESTESIOLOGO: SANDOVAL VALIENTE LUIS ENRIQUE

TIPOS DE ANESTESIA Anestesia 1: EPIDURAL Anestesia 2: NINGUNO

Gasas Inc 25 Fin 25 Completas
Dress Inici 5 Fin 5 Completas

Table with columns: Materia Qx, Numero, Procesos Realizados. Includes rows for CESAREA (5.00) and EPIDURAL (1.00) with associated procedures like ASEPSIA DE ZONA OPERATORIA and COLOCACION SONDA VESICAL.



Fecha/Hora Inicio 06/01/2010 12:00 10:34 pm
Fecha/Hora Fin 06/01/2010 11:15 am

DIAGNOSTICO Pre-Operatorio

Trabajo de parto fase activa G01 38 semanas
Trabajo de parto disfuncional

DIAGNOSTICO Post-Operatorio

Trabajo de parto fase activa O47.2
G01 38 semanas 17
Trabajo de parto disfuncional O47.22



Procedimientos Quirurgicos

cesarea solamente

59514



Descripción de Procedimiento

Técnica: CES.SEG.TRANS PRIM; AA + CCE; Incisión: PFANNENSTIEL; Extracción Fetal: CEFALICO; Histerorrafia: 2\_PLANO; Material Histerorráfico: CATGUT; Revisión de Hemostasia y cierre por planos



Hallazgos

Placenta: NORMAL; Ubi Placenta: FUNDICA; Líquido Amniótico: CLARO; Cant. Líq. Amniótico: NORMAL; Olor Líquido Amniótico: SI MAL OLOR
Recien Nacido: VIVO; Sexo: MASCULINO; Peso: 3735 gr; talla: 48 cm; apgar 8-9



Accidentes: No

Estudio Patológico: NINGUNO

BERNAS

Sello y Firma Cirujano (1)

Sello y Firma Cirujano (2)

Paciente MICALAY CASANOVA ISIS FIORELLA

Edad 17 Servicio CLINIMP

HC 0912529



# INFORME DE ECOGRAFIA GINECOLOGICA

FO - 024

- Trans Vaginal
- Trans Abdominal

Fecha    Hora   Edad  Años

## CARACTERISTICAS

## DIMENSIONES

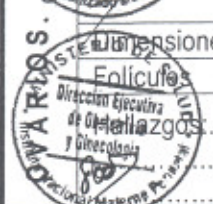
Posición		Longitud	
Superficie		D. Antero Posterior	
Ecotextura		D. Transverso	
		Endometrio	



## DERECHO

## IZQUIERDO

Dimensiones			
Foliculos			
...			



FONDO DE SACO DE DOUGLAS: .....

DIAGNOSTICOS: 1..... CIE 10 ( )  
 2..... ( )  
 3..... ( )

## COMENTARIO

Firma y Sello Medico Responsable

APELLIDOS Y NOMBRES

SERV. N°

CAMA N°

HISTORIA CLINICA N°



# INFORME DE ECOGRAFIA DE MAMAS

FO - 025

Fecha    Hora   Edad  Años

## MAMA DERECHA

## MAMA IZQUIERDA

**MINISTERIO DE SALUD**  
 Dirección Ejecutiva  
 Tejido Conjuntivo  
 de la Región  
 de Cuzco

**MINISTERIO DE SALUD**  
 Dirección Ejecutiva  
 de Obstetricia  
 y Ginecología  
 de la Región  
 de Cuzco

**MINISTERIO DE SALUD**  
 Dirección Ejecutiva  
 de Especialidades  
 Médicas y Servicios  
 Complementarios  
 de la Región  
 de Cuzco

**DIAGNOSTICO:** .....

**COMENTARIO:** .....

Firma y Sello Médico Radiólogo

Apellidos y Nombres

Servicio

Cama

Historia Clínica

# INFORME DE ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS

FO - 026

Fecha    Hora   Edad  Años


	RIÑÓN DERECHO	RIÑÓN IZQUIERDO
Diámetro Longitudinal	mm	mm
Diámetro Antero Posterior	mm	mm
Parénquima Renal	mm	mm
Relación córtico-medular		
Sistema Veno-calicial		
Ureter		

**DOPLER:** .....

**DIAGNÓSTICO:** 1..... CIE 10 ( )  
 2..... ( )  
 3..... ( )

**COMENTARIO:** .....

**Firma y Sello del Médico**

 Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica
---	----------	------	------------------





# INFORME DE ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR

FO - 027

Fecha    Hora   Edad

Hemisferios Cerebrales: Parénquima Cerebral: .....

Sistema Ventricular	Ventrículo Lateral Derecho ..... mm	Ventrículo Lateral Izquierdo ..... mm	Tercer Ventrículo ..... mm
---------------------	--	--	-------------------------------

Hendidura Caudal Talámica (Matriz Germinal) Derecha: .....  
Izquierda: .....

Cisura Inter hemisférica: .....

Cuerpo Calloso: .....

Plexos Coronarios: .....

Estudio Doppler: .....

DIAGNOSTICO: 1. .... CIE 10) (.....)

2. .... (.....)

3. .... (.....)

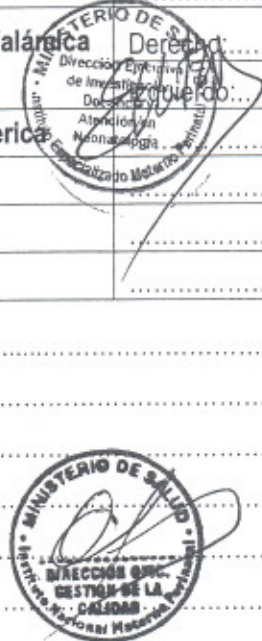
COMENTARIO: .....

.....

.....

.....

Apellidos y Nombres	Servicio	Firma y Sello del Medico	
		Cama	Historia Clínica



# INFORME DE HISTEROSALPINGOGRAFÍA

Presión Normal  
 Con mayor presión

FO - 028

Fecha    Hora   Edad  Años

• Radiografía simple: .....

• Radiografía con medio de contraste: .....

• Canal cervical: .....

• Cavidad Uterina: .....

• Trompa derecha: .....

• Trompa izquierdo: .....

• Prueba de COTTE: .....

• DIAGNOSTICOS: 1. .... CIE 10: ( )

2. .... ( )

3. .... ( )

4. .... ( )

• COMENTARIO: .....

Firma y Sello Medico Radiólogo



Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica



# INFORME CARDIOTOCOGRAFICO

FO - 029

## UNIDAD DE MEDICINA FETAL

FECHA: [ ] [ ] [ ]

HORA: [ ] [ ]

EDAD: [ ] años G: [ ]

P: [ ] [ ] [ ]

FUR: [ ] [ ] [ ]

FPP: [ ] [ ] [ ]

EGXFUR: [ ] Sem.

EGXECO: [ ] Sem.

AU: [ ] cm

Tiempo de Ayuno: [ ] Hrs

- PROCEDENCIA**
- Servicio A
  - Servicio B
  - Servicio C
  - Servicio D
  - Emergencia
  - Consultorio Externo
  - Centro Obstétrico
  - Otro.....
  - Clínica
  - Particular

Medicación previa: .....

Bienestar fetal	Rotura de Membranas	Restricción Crecimiento Intra-uterino
Pre-eclampsia: leve / severa	Movimientos Disminuidos	Distocia Funicular
Insuficiencia Placentaria	Embarazo Prolongado	Otros: .....

**DATOS DEL TIEMPO MONITOREO:** Total: ..... Inició: ..... Terminó: .....

### EXÁMENES REALIZADOS

Primera vez     Control     NST:     Primera vez:     Control:

**Sensibilidad Uterina:** ..... mU / min.     E. Posseiro    Observaciones: .....

Síntesis mamario    **Contracciones Uterinas en 10 min.....**     Síndr. Vena Cava Inferior. ....

Parámetros Observados	VALORACIÓN			PUNTAJE OBTENIDO
	0	1	2	
1.- Línea de base	< 100 ó > 180	100 - 119 ó 161 - 180	120 - 160	
2.- Variabilidad	< 5 < 3	5 - 9 ó > 25 3 - 6	10 - 25 > 6	
3.- Aceleraciones > 10 min.	0	Periódicos ó 1- 4 esporádicos	> 5	
4.- Aceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 60%	DIP II < 40% Variables < 40%	Ausentes	
5.- Actividad fetal: movimientos fetales		1 - 4	> 5	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>				

### INTERPRETACION DE LA PUNTUACIÓN DE FISHER

PUNTUACIÓN	ESTADO FETAL	PRONÓSTICO	ENFOQUE CLÍNICO
8 - 10	Fisiológico	Favorable	Ninguno
5 - 7	Dudoso	Criterio profesional	Ocit *
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si es necesario

\* Prueba de inducción con ocitocina

### CONCLUSIONES:

T.S.:	Negativo	Positivo	Reactivo	No Reactivo	Insatisfactorio	Sospechoso
T.N.S.:	Activo	Hipoactivo	Reactivo	No Reactivo	Dudoso	

**OBSERVACIONES:** .....

**RECOMENDACIONES:** Repetir en: ..... Inducción en: .....

CST en: ..... Otros: .....

Firma y Sello Obstetrix responsable de realizar el examen

Firma y Sello Médico responsable del informe

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica





# COMPILACION RESULTADOS DE EXAMENES AUXILIARES

F0-030

PEGAR ORDENADAMENTE LOS INFORMES DE LABORATORIO, PATOLOGIA Y RX ORIGINALES, DESDE ABAJO HACIA ARRIBA COMENZANDO POR EL ESPACIO N° 1

08

07

06

05



Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica

# SOLICITUD DE ECOGRAFIA

FO - 032



Fecha    Hora   Edad  Años

Apellido y Nombres: ..... Sexo: .....

N.º Historia Clínica: ..... Servicio: ..... Cama: .....

Resumen de Historia Clínica: .....

Presunción Diagnóstico: .....

## EXAMENES A REALIZAR

## TIPO DE EXAMEN

Ecografía Abdominal:	<input type="checkbox"/> Limitada (superior)	<input type="checkbox"/> Completa	
Ecografía Renal y Vesical:	<input type="checkbox"/> Renal	<input type="checkbox"/> Vesical	
Ecografía Cerebral:	<input type="checkbox"/> Transfontanelar		
Ecografía Partes Blandas:	<input type="checkbox"/> Mamas	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Otras: .....
Ecografía Obstétrica:	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Perfil Biofísico	<input type="checkbox"/> Doppler Obstétrica
	<input type="checkbox"/> Genética / malformaciones	<input type="checkbox"/> 3D / 4D	
Ecografía Ginecológica:	<input type="checkbox"/> Trans-vaginal	<input type="checkbox"/> Trans-Abdominal	<input type="checkbox"/> Doppler Ginecológico
	<input type="checkbox"/> Monitoreo Ovulatorio	<input type="checkbox"/> Histerosonografía	
Eco-cardiografía:	<input type="checkbox"/> Neonatal	<input type="checkbox"/> Fetal	
Otros (Especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Video	<input type="checkbox"/>		

## OBSERVACIONES:

.....



Firma y Sello Médico Solicitante

PARA REALIZARSE EN:

Consultorio Externo	
Infertilidad	
Dx Por Imágenes	
Emergencia	
Medicina Fetal	
Centro Obstétrico	
Neonatología	
Otro: .....	



# SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO

FO - 033

Fecha de solicitud

Hora

Servicio	
Hist. Clínica N°	
Edad	
Sexo	
Cama	

Apellidos y Nombres: .....

Resumen de Historia Clínica: .....

Presunción Diagnóstica: .....

## EXAMENES SOLICITADOS

- Rx. Abdomen Simple (antero-posterior)
- Rx. de Tórax (2 incidencias)
- Rx. de Columna (2 o 3 incidencias)
- Rx del Tracto Gastrointestinal Superior
- Urografía Excretoria
- Rx del Intestino Delgado (multiperfiles)
- Histerosalpingografía
- Otros (Especificar): .....
- Rx Abdominal (2 incidencias) pie y decúbito.
- Telerradiografía Tórax (1 incidencia)
- Rx. de Columna (4 incidencias)
- Rx del Esófago
- Cistografía
- Rx Colon con contraste

Citada para Realizada en fecha  Hora  Por: .....

Realizada en fecha  Hora  Por: .....

Firma y Sello del Solicitante



### SOLICITUD DE SALA PARA INTERVENCION QUIRURGIA

CLASE DE INTERVENCION  Emergencia  Programada

CLASE DE PACIENTE  Adulto  Neonato

Apellidos y Nombres:..... Edad:..... Años. Sexo:.....

Historia Clínica N°:..... Servicio N°:..... Cama N°:.....

Grupo Sanguíneo:..... Factor Rh:..... Hemoglobina:..... Deposito Sangre Si  No

Diagnostico Pre-Operatorio:..... CIE 10 ( )

Procedimiento Quirúrgico a Realizar:..... CPT ( )

Apellidos y Nombres del Cirujano:.....

Apellidos y Nombres del 1er Ayudante:.....

Tipo de Anestesia Prevista:..... Fecha sugerida para la IQ: .....

Solicitada en: Fecha    Hora  :  Hora sugerida para la IQ:.....hrs.

Aceptada para: Fecha    Hora  :  En la Sala N°....., Anestesiólogo:.....



Firma y Sello  
Médico Asistente

Firma y Sello  
Jefe de Servicio

Firma y Sello  
Jefe Dpto. o Jefe de Guardia





# SOLICITUD DE ANALISIS CLINICOS DE LABORATORIO

FO - 035

Nombre y Apellidos: ..... N° Historia Clínica: ..... Sexo: ..... Fecha Toma de muestra: [ ] [ ] [ ] Hora: [ ] [ ]

Información Clínica relevante: .....



### HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO
RECuento DE LEUCOCITOS Y DIFERENCIAL
HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO
ERITROSEDIMENTACION (VSG)
PLAQUETAS
RETICULOCITOS
INDICE REEULOCITARIO
IDENTIFICACION DE HEMOPARASITOS
GRUPO SANGUINEO Y Rh
DESCRIPCION DE LAMINA PERIFERICA
COMPTONETES CORPUSCULARES
HEPESIN
FERRITINA
VITAMINA B12
ACIDO FOLICO
PROTEINA C REACTIVA
Docu y
GLUCOSA CASAL
GLUCOSA POST PRANDIAL
PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA
HEMOGLOBINA GLICOSILADA
UREA
CREATININA
DEPURACION DE CREATININA
ACIDO URICO
COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS
BILIRRUBINAS TOTALES Y FRACCIONADAS
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS
TGP
TGP
DESHIDROGENASA LACTICA (LDH)
FOSFATASA ALCALINA
GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA
AMILASA SERICA
LIPASA SERICA

### COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA
DIMERO D
FIBRINOGENO
TIEMPO DE TROMBINA
INR

### ORINA

EXAMEN COMPLETO
ALBUMINA ENORINA DE 24 HORAS
MICROALBUMINURIA/PROTEINA CUALITATIVA (ASS)
HECES
PARASITOS SIMPLE
PARASITOS SERIADO
AMEBA EN FRESCO
INVESTIGACION DE OXITRUS (C. ADHESIVA)
REACCION INFLAMATORIA
THEVENON (SANGRE OCULTA)
ROTAVIRUS
SUSTANCIAS REDUCTORAS
COPROCULTIVO
COPROLOGICO FUNCIONAL
SUDAN

### SEROLOGIA ENFERM. INFECCIOSAS

AGLUTINACIONES EN LAMINA
2 MERCAPTO ETANOL
FENOMENO DE ZONA
RPR
VDRL CUANTITATIVO EN LCR
ANTIESTREPTOLISINAS (ASO)
TPHA
HIV 1-2 (ELISA)
HIV PRUEBA RAPIDA
HTVL 1-II
CITOMEGALOVIRUS Ig M
CITOMEGALOVIRUS Ig G
TOXOPLASMA Ig M
TOXOPLASMA Ig G
RUBEOLA Ig M
RUBEOLA Ig G
HERPES I Ig M
HERPES I Ig G
HERPES II Ig M
HERPES II Ig G
CLAMYDIA Ig M
CLAMYDIA Ig G
CLAMYDIA (ANTIGENO) EN CERVIX
LISTERIA MONOCITOGENES (ANTICUERPOS)
CHAGAS (ANTICUERPOS)
PPD

### MARCADORES AUTO-INMUNES

FACTOR REUMATOIDEO (PRUEBA DE LATEX)
PCR (PROTEINA C REACTIVA)
COOMBS DIRECTO
COOMBS INDIRECTO
CELULAS DE ANA SCREEN
HEPATITIS
HbsAg (ANTIGENO AUSTRALIANO)
ANTI-HBc TOTAL (CORE TOTAL)
HEPATITIS C (ANTI HCV)
HORMONAS
TSH ULTRASENSIBLE
T3 LIBRE
T4 LIBRE
TAMIZAJE NEONATAL
LH
FSH
PROLACTINA (POOL)
ESTRADIOL TOTAL
PROGESTERONA

### MARCADORES ONCOLOG.-FETALES

AFP(ALFA FETO PROTEINA)
HCG (GONADOTROPINA CORIONICA)
CEA (ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO)
CA 125
ESTRIOL LIBRE
SUB-UNIDAD BETA HCG CUALITATIVO
SUB-UNIDAD BETA HCG CUANTITATIVO

### MICROBIOLOGIA

EXAMEN DIRECTO DE.....
INVESTIGACION DE GERMINES (GRAM)
INVESTIGACION DE BK (ZIEHL NEELSEN)
INVESTIGACION DE TRICHOMONAS (DIRECTO)
INVESTIGACION DE HONGOS (DIRECTO)
URUCULTIVO DIRECTO Y ANTIBIOGRAMA
HEMOCULTIVO
HEMOCULTIVO SERIADO Y 3 MUESTRAS
CULTIVO DE SECRECION
• AEROBIO
• MICROAEROFILICO
• ANAEROBICO
ESPERMOCULTIVO
CULTIVO PARA HONGOS
CULTIVO LIQUIDO BIOLÓGICO: .....

### GASES Y ELECTROLITOS

GASES ARTERIALES
GASES VENOSOS
SODIO
POTASIO
CLORO
CALCIO
CALCIO IONIZADO
FOSFORO
MAGNESIO
CO2 TOTAL
RESERVA ALCALINA
OSMOLARIDAD SERICA

### MISCELANEAS

ESTUDIO DE LCR
ESTUDIO DE LIQUIDO ASCITICO
ESTUDIO DE LIQUIDO PLEURAL
ESTUDIO DE ADA EN: .....
FIBRONECTINA
PAPPA

### OTROS ESTUDIOS

### PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL + TRIGLICERIDOS+ HDL+ LDL + VLDL

### PERFIL TIROIDEO

TSH + T3 LIBRE + T4 LIBRE

### PERFIL TORCH

TOXOPLASMA IgM-IgG+RUBEOLA IgM-IgG+CITOMEGALOVIRUS IgM-IgG + HERPES I IgM - IgG + HERPES II IgM - IgG

### PERFIL HEPATICO

BILIRRUBINAS TOTALES Y FRACCIONADAS + FOSFATASA ALCALINA + PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS + TGP + TGO + DHL

### PERFIL RENAL

CREATININA + EXAMEN DE ORINA COMPLETO + PROTEINURIA CUALITATIVA

### PERFIL HORMONAL FEMENINO

LH + FSH + PROLACTINA + ESTRADIOL + PROGESTERONA

### PERFIL PRE-NATAL

HEMOGRAMA COMPLETO + GRUPO Y RH + HIV + RPR + GLUCOSA + CREATININA + URUCULTIVO

### PERFIL DE COAGULACION

FIBRINOGENO + PLAQUETAS + TIEMPO DE PROTROMBINA + TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA ACTIVADA

### PERFIL PRE-OPERATORIO

GLUCOSA + UREA + CREATININA + HEMOGRAMA COMPLETO + HIV + RPR + HbsAg + FIBRINOGENO + PLAQUETAS + TP + TTPA + GS Y RH + URUCULTIVO-

### OBSERVACIONES:

de la Oficina de Atención e Información



Firma y Sello del Médico Solicitante



# SOLICITUD DE EXAMEN DE ANATOMIA PATOLOGICA

FO - 037

Nombres y Apellidos:..... Edad:.....

Historia Clínica:..... Servicio:..... Cama:..... Sexo:.....

Información Clínica Relevante:.....

Diagnostico Presuntivo:.....

Fecha de Solicitud    Hora   Fecha Toma Muestra    Hora



### PATOLOGIA QUIRURGICA

### CITOPATOLOGIA

### GENETICA

LEGRADO / AMEU

BIOPSIA:.....

QUIRURGICA:.....

OPSIA CONGELACIÓN:.....

IMPRONTA

REVISIÓN DE LAMINA

BIOPSIA ONCOLÓGICA:.....

CONO CERVIX

PLACENTA

PAP CERVIX

PAP OTRO ÓRGANO:.....

BAAF.....

INMUNOCITOQUÍMICA

PAP (ORINA) CMV

HPV ONCOGENICO (CAPTURA HIBRIDA)

OTRO:.....

INMUNOHISTOQUIMICA

CROMATINA SEXUAL

CARIOTIPO DE SANGRE PERIFÉRICA

CARIOTIPO DE LIQUIDO AMNIÓTICO

CARIOTIPO DE VELLOSIDADES CORIALES

ESPERMOGRAMA COMPLETO

ESPERMOGRAMA POST VASECTOMÍA

CAPACITACIÓN ESPERMÁTICA

OTRO:.....

¿Tiene otros estudios de patología?

Si  No



Firma y Sello del Medico Solicitante



# SOLICITUD DE RETIRO VOLUNTARIO



Fecha    Hora

Por medio del presente, dejo constancia de haber sido informado del **DIAGNOSTICO MEDICO** y los riesgos que implican el **NO RECIBIR EL TRATAMIENTO INDICADO** en  mi persona;  mi familiar;

(Esposa, hija o madre)

(Especificar nombres y apellidos)



Sin embargo, solicito el **RETIRO VOLUNTARIO** de esta institución, en contra de la indicación médica; asumiendo por tal motivo, de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al Instituto Nacional Materno Perinatal.



Firma y Sello del Médico Responsable

Nombre y Firma del Paciente o familiar (Representante Legal)  
DNI: .....



Huella Digital Índice Derecho



Apellidos y Nombres

Servicio

Cama

Historia Clínica

Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica



# INFORME QUIRURGICO - SALA OPERACIONES - EMERGENCIA

FO - 038

FECHA: [ ] [ ] [ ]

OBSTETRICIA  GINECOLOGIA

HORA INICIO: [ ] : [ ] HORA FIN: [ ] :

OTRO



CIRUJANO: .....

ASISTENTE I: .....

SUPERVISOR: .....

CIRCULANTE: .....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO



DIAGNOSTICOS PRE - OPERATORIO	CIE-10	DIAGNOSTICOS POST - OPERATORIO	CIE-10
.....	( )	1. ....	( )
.....	( )	2. ....	( )
.....	( )	3. ....	( )

OPERACIÓN: .....

TECNICA EMPLEADA: .....



HALLAZGOS OPERATORIOS: .....

COMPLICACIONES: SI  NO



Apellidos y Nombres	Servicio	Cama	Historia Clínica
.....	.....	.....	.....