

Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos

BOIC 8 Agosto

LA LEY 8492/2005

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro.

Esta definición de la historia clínica se recoge en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuya entrada en vigor se produjo el 16 de mayo de 2003. Dicha norma modifica la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y crea un nuevo marco jurídico sanitario en este ámbito.

La citada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de carácter básico, regula de forma específica la historia clínica cuya regulación jurídica, a partir de ahora, se configura en torno a tres instrumentos: la Ley básica estatal, el desarrollo reglamentario autonómico y los protocolos pormenorizados en los hospitales.

Mediante el Reglamento que se aprueba por el presente Decreto se pretende el desarrollo de determinados aspectos contenidos en la citada norma básica, en ejercicio de las competencias de desarrollo legislativo y ejecución que, en materia de sanidad, le corresponde a la Comunidad Autónoma de Canarias, tal y como se establece en el artículo 32.10 de la Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, por la que se aprueba el Estatuto de Autonomía de Canarias, modificada por la Ley Orgánica 4/1996, de 30 de diciembre.

Además, urge la necesidad de abordar la normalización de los documentos que constituyen la historia clínica para la implantación de una historia clínica uniforme en todos los hospitales del Sistema Canario de la Salud, sean de titularidad pública o de titularidad privada, y única por paciente al menos en el ámbito de cada centro, por ser instrumento clave de una atención sanitaria de calidad. Así, se unifica en la Comunidad Autónoma de Canarias la documentación clínica.

A tal efecto se incorporan como anexos al Reglamento los modelos normalizados.

Asimismo, mediante esta norma se establece la obligatoriedad de recoger un Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) que permita disponer de bases de datos hospitalarias normalizadas y uniformes, capaces de proporcionar una información clínico-asistencial, demográfica y administrativa válida, fiable y comparable, de todos los hospitales integrados en el Sistema, que faciliten la actividad y gestión de los mismos, sirviendo de apoyo al control de calidad asistencial y a la investigación clínica y epidemiológica.

Por último, el Reglamento determina qué documentos deben conservarse permanentemente en las Historias Clínicas Hospitalarias y qué documentos pueden ser destruidos pasado un tiempo determinado, a la vez que se garantiza que los procesos de expurgo se lleven a cabo con todo tipo de garantías, funciones que se ejercen a través de un nuevo órgano colegiado denominado Comisión de Seguimiento, Valoración y Expurgo de documentación clínica.

En su virtud, a propuesta conjunta del Consejero de Presidencia y Justicia y de la Consejera de Sanidad, visto el dictamen del Consejo Consultivo de Canarias y previa deliberación del Gobierno en su reunión del día 26 de julio de 2005,

DISPONGO:

Artículo único

Se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos, que se acompaña al presente Decreto.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera

Se modifica el apartado 2 del artículo 3 «Órganos de la Consejería» del Capítulo II del Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad, aprobado por Decreto 5/2005, de 25 de enero (B.O.C. nº 24, de 4 de febrero), añadiendo una letra «g» en el sentido siguiente:

«g) La Comisión de Seguimiento, Valoración y Expurgo de documentación clínica.»

Segunda

Se añade al Capítulo III del Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad, aprobado por Decreto 5/2005, de 25 de enero (B.O.C. nº 24, de 4 de febrero), la Sección 7ª, con el siguiente contenido:

«Sección 7

La Comisión de Seguimiento, Valoración y Expurgo de documentación clínica

Artículo 37 Naturaleza

La Comisión de Seguimiento, Valoración y Expurgo de documentación clínica es el órgano colegiado encargado de la implantación de la historia clínica unificada y del seguimiento de los documentos que integran la misma, planificando el conjunto del proceso de conservación de la documentación contenida en las historias clínicas hospitalarias y garantizando que los procesos de expurgo se lleven a cabo con todo tipo de garantías.

Artículo 38 Composición

1. La Comisión estará integrada por:

- a)** Un representante de la Consejería competente en materia de sanidad.
- b)** Tres representantes del Servicio Canario de la Salud, siendo uno de ellos un informático y otro un representante de la Dirección General competente en materia de programas asistenciales.
- c)** Dos representantes de Hospitales integrados en el Servicio Canario de la Salud.
- d)** Dos representantes de Hospitales privados de Canarias.
- e)** Un representante de la Consejería competente en materia de patrimonio documental.
- f)** Un letrado del Servicio Jurídico.

2. Los miembros de la Comisión especificados en las letras a), b) y c) del apartado anterior serán nombrados directamente por orden del titular de la Consejería competente en materia de sanidad, y el resto de los vocales a propuesta del organismo, centro o ente al que representen.

3. El Presidente de la Comisión será el representante de la Dirección General competente en materia de programas asistenciales.

4. Actuará de Secretario de la Comisión un funcionario adscrito a la Dirección General competente en materia de programas asistenciales, que tendrá voz pero no voto.

Artículo 39 Funciones

Son funciones de la Comisión:

- a)** La implantación de la historia clínica unificada.
- b)** El seguimiento y evaluación de los documentos que integran la historia clínica.
- c)** El diseño y seguimiento del Programa de Actuación relativo a la conservación de los diferentes documentos y de las garantías de su correcto expurgo.

- d)** La autorización para la introducción de nuevos documentos especializados dirigidos a la asistencia o a estudios bien definidos en la historia clínica.
- e)** La aplicación de los sistemas y las tecnologías de la información a los documentos y procedimientos inherentes a la historia clínica.
- f)** La propuesta a la Consejería competente en materia de sanidad de la implantación de nuevos documentos o la modificación de los ya existentes.
- g)** Cualesquiera otras que le puedan ser asignadas por la Consejería competente en materia de sanidad.

Artículo 40 *Funcionamiento*

La Comisión de Seguimiento, Valoración y Expurgo de documentación clínica celebrará como mínimo cuatro reuniones plenarias anuales, al objeto de evaluar y diseñar el desarrollo y cumplimiento de sus objetivos. Para agilizar el desarrollo de sus funciones, la Comisión creará los grupos de trabajo o subcomisiones que estime oportunas.»

Tercera

A los efectos previstos en la normativa reguladora de las indemnizaciones por razón del servicio, la Comisión de Seguimiento, Valoración y Expurgo de documentación clínica regulada en el presente Decreto queda clasificada en la categoría cuarta.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Única

Los centros sanitarios disponen de un año a partir de la entrada en vigor de este Decreto para disponer las medidas técnicas y organizativas necesarias que permitan adaptar el tratamiento de las Historias Clínicas a las previsiones que se contienen en el Reglamento que se aprueba y elaborar e implantar los modelos normalizados de historia clínica que se adjuntan en los anexos 1 al 45 del referido Reglamento.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

- 1.** Se faculta al titular del Departamento competente en materia de sanidad para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para la aplicación y desarrollo del presente Decreto.
- 2.** La modificación de los anexos del Reglamento que se aprueba se realizará mediante Orden departamental de la Consejería competente en materia de sanidad.

Segunda

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Canarias.

REGLAMENTO QUE REGULA LA HISTORIA CLÍNICA EN LOS CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y ESTABLECE EL CONTENIDO, CONSERVACIÓN Y EXPURGO DE SUS DOCUMENTOS.

Artículo 1 *Historia clínica*

La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales del paciente y cumple fines asistenciales, docentes, de investigación clínica y epidemiológica, de gestión y planificación de recursos asistenciales, jurídico-legales y de calidad asistencial.

En cada uno de los centros, establecimientos y servicios sanitarios radicados en Canarias, cualquiera que sea su nivel, categoría o titular, se adoptarán las medidas técnicas necesarias para que la historia clínica sea única

por paciente, que englobará de forma unitaria toda la documentación generada por la asistencia al enfermo, tanto en el área de hospitalización como en las áreas de consultas externas y de urgencias.

Artículo 2 Episodio asistencial

1. Los episodios asistenciales constituyen bloques homogéneos de información que contienen la totalidad de los datos que se han generado en un tiempo determinado como consecuencia de una modalidad asistencial concreta: hospitalización, consultas externas, urgencias, cirugía ambulatoria, hospital de día u otras que pudieran establecerse. Son episodios asistenciales los siguientes:

- a)** Episodio de hospitalización: incluye la documentación generada desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.
- b)** Episodio de consultas externas: incluye la documentación generada desde la primera visita a la consulta externa de una especialidad, hasta el alta definitiva en la consulta de esa especialidad.
- c)** Episodio de urgencias: incluye la documentación generada en cada asistencia en Urgencias.
- d)** Episodio de hospital de día: incluye la documentación generada en esta modalidad asistencial entre el inicio y la finalización del tratamiento.

2. Dentro de cada episodio los documentos generados se ordenarán según un criterio preestablecido por el centro.

3. Los episodios asistenciales se ordenarán siguiendo un criterio cronológico inverso dentro de la historia clínica única.

Artículo 3 Documentos básicos que integran la historia clínica

La historia clínica formará un expediente ordenado por episodios, integrado cada uno de ellos, en su caso, por los siguientes bloques y documentos básicos:

1. Hoja clínico estadística e informes de alta.

- a)** Autorización de Ingreso.
- b)** Hoja clínico-estadística.
- c)** Informe clínico de alta.
- d)** Alta voluntaria.
- e)** Consentimientos informados.

2. Hoja médica y de enfermería de urgencias: informe de urgencia.

3. Documentación médica que incluye los siguientes documentos:

- a)** Anamnesis y exploración física.

- b)** Evolución.
- c)** Órdenes médicas.
- d)** Hoja de unidosis.
- e)** Anestesia.
- f)** Hoja quirúrgica, que incluye el informe de quirófano.
- g)** Hoja de parto, que incluye el registro del parto.
- h)** Hoja del recién nacido.
- i)** Hoja de solicitud de interconsultas.
- j)** Informes de pruebas complementarias.
- k)** Informe de Anatomía Patológica.
- l)** Hoja de solicitud de transfusión.
- m)** Historia/Gráfica de U.V.I.

4. Documentación de enfermería que incluye los siguientes documentos:

- a)** Informe de enfermería al alta.
- b)** Gráfica de constantes.
- c)** La evolución y planificación de cuidados de enfermería con las siguientes hojas:
 - Valoración inicial de enfermería.
 - Controles y cuidados específicos.
 - Observaciones de enfermería.
- d)** Control de medicación donde se recogerá la aplicación terapéutica.
- e)** Registro de enfermería área quirúrgica.

Artículo 4 Formato y contenido de la historia clínica

1. Todos los documentos que integran la historia clínica deberán cumplir las siguientes especificaciones técnicas:

- a)** Tamaño: DINA4 o DINA3 en las hojas especificadas.
- b)** Grosor: de 70 a 80 gr. En los documentos autocopiativos la copia que permanezca en la historia no tendrá un gramaje inferior a 70 gr.
- c)** Margen superior de 5 mm.
- d)** Margen derecho de 8 mm.
- e)** Margen izquierdo de 20 mm, con dos taladros centrales.
- f)** En el margen inferior de 5 mm se incluirá el número de orden del documento y la identificación del mismo.
- g)** En el extremo inferior de la hoja irán incluidos en una caja de 1 cm de altura el espacio raya-15078 Boletín Oficial de Canarias núm. 154, lunes 8 de agosto de 2005 do, en el que podrá figurar el código de barras de identificación del documento, el número de orden y la identificación del documento.

2. Los documentos que se señalan deben ajustarse en formato y contenido a los impresos anexos que se especifican a continuación:

- a)** Hoja clínico estadística: anexo 1.
- b)** Informe de alta: anexo 2.
- c)** Informe de alta continuación: anexo 3.
- d)** Alta voluntaria: anexo 4.
- e)** Anamnesis y exploración física: anexos 5 y 6, anverso y reverso.
- f)** Evolución: anexos 7 y 8, anverso y reverso.
- g)** Órdenes médicas: anexos 9 y 10, anverso y reverso.
- h)** Anestesia: en formato DINA3, se agrupan el anexo 11 (portada), anexo 12 (interior izquierdo), anexo 13 (interior derecho) y anexo 14 (contraportada).
- i)** Anestesia continuación: anexos 15 y 16, anverso y reverso.
- j)** Hoja quirúrgica: anexos 17 y 18, anverso y reverso.
- k)** Hoja de recién nacido: anexos 25 y 26, anverso y reverso.
- l)** Hoja de solicitud de interconsultas: anexo 27.

- m)** Hoja de pruebas complementarias: anexo 27.
- n)** Hoja de solicitud de transfusión:
- o)** Primera hoja: anexo 28, autocopiable.
- p)** Segunda hoja: anexos 29 y 30, anverso y reverso.
- q)** Tercera hoja: punto 4, anexo 31.
- r)** Informe de enfermería al alta: anexo 32.
- s)** Informe de enfermería al alta, continuación: anexo 33.
- t)** Valoración inicial de enfermería: anexos 34 y 35, anverso y reverso.
- u)** Gráfica de constantes: anexos 36 y 37, anverso y reverso.
- v)** Controles y cuidados específicos: anexos 38 y 39, anverso y reverso.
- w)** Observaciones de enfermería: anexos 40 y 41, anverso y reverso.
- x)** Control de medicación: anexos 42 y 43, anverso y reverso.
- y)** Registro de enfermería área quirúrgica: anexos 44 y 45, anverso y reverso.

3. La hoja de parto, de tamaño DIN A3, se ajustará en formato y contenido a los anexos 19 y 24, para la portada y la contraportada. Para el interior, cada centro podrá optar por utilizar el modelo de partograma (anexos 20 y 21) o de registros secuenciales (anexos 22 y 23), en cualquier caso ajustándose al formato y contenido que figura en los anexos establecidos.

4. El consentimiento informado de transfusión, tercera página de la hoja de solicitud de transfusión, deberá ajustarse al formato establecido en el anexo 31.

5. Los documentos básicos para los que no se incorpora modelo en los anexos, como la autorización de ingreso, la hoja médica y de enfermería de urgencias, la hoja de unidosis, la historia/gráfica de UVI, los consentimientos informados y el informe de anatomía patológica, podrán seguir el diseño que se establezca en cada centro, siempre que se ajusten a las especificaciones técnicas que se detallan en el apartado 1 de este artículo, y al contenido mínimo descrito en el articulado de este Reglamento para alguno de ellos.

Artículo 5 Otros documentos

El desarrollo científico propio de cada especialidad puede hacer necesaria la existencia de otros documentos especializados dirigidos a la asistencia o a estudios bien definidos. La introducción de cada uno de ellos en la historia clínica debe ser valorada e informada por la Comisión de Historias Clínicas del Centro. A efectos de normalización, dichos documentos deberán ser autorizados por la Comisión de Seguimiento, Valoración y Expurgo de documentación clínica.

Artículo 6 Identificación de los documentos de la historia clínica

Todos los documentos de la historia clínica deben estar claramente identificados.

1. La identificación de cada documento debe incluir como mínimo el número de historia clínica, número de episodio, nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento, sexo, servicio, cama y planta, en caso de

ingreso, y el teléfono de contacto.

Para los datos que estén incluidos entre las variables que constituyen el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, se seguirán las definiciones, clasificaciones y sistemas de codificación que se incluyen en el anexo 46 de este Reglamento.

2. En caso de utilizar etiquetas para la identificación de cada uno de los documentos, éstas deberán incluir todos los datos señalados en el punto anterior, en un espacio máximo de 11,00 x 4,50 cm.

Artículo 7 Identificación de la historia clínica y vinculación al paciente

1. La identificación de la historia clínica se hará a través del número de tarjeta sanitaria individual (TSI).

2. Cuando lo previsto en el apartado anterior no sea posible, se asignará a la historia clínica un código alfanumérico alternativo de carácter provisional compuesto por quince caracteres, que se corresponderán con los siguientes:

a) Los dos primeros caracteres corresponderán a las primeras dos letras consonantes del primer apellido y el tercero y cuarto a las primeras dos letras consonantes del segundo apellido. El quinto y sexto dígito corresponderán a las dos últimas cifras del año de nacimiento, el séptimo y octavo al mes de nacimiento y el noveno y décimo al día del mes de nacimiento, sumándole cuarenta a las mujeres. Los dígitos 11, 12 y 13 corresponden a la Comunidad Autónoma o país de nacimiento y serán sustituidos por XXX en caso de desconocerla.

b) Cuando un apellido sólo tenga una consonante, los dos dígitos corresponderán a la consonante y la primera vocal. Si el apellido no tiene ninguna consonante, los dos dígitos corresponderán a las dos primeras vocales.

c) Para el caso de extranjeros con un solo apellido, las consonantes del segundo apellido se sustituirán por XX.

d) Para diferenciar posibles claves individuales iguales correspondientes a dos o más personas diferentes, se añadirá al final un «homocódigo» consistente en dos números que van del 01 al 99.

En el caso de hermanos gemelos al primero que se le abra la historia tendrá el 01 y el siguiente el 02, y así sucesivamente en función del número de personas con la misma clave individual.

3. Desaparecidas las causas que provocaron la asignación del código provisional a que se refiere el apartado anterior los centros adoptarán las medidas técnicas y organizativas adecuadas para garantizar la identificación de la historia clínica a través de la regla general establecida en el apartado 1.

Artículo 8 Cumplimentación e identificación del personal sanitario

1. De conformidad con lo dispuesto en la legislación básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la cumplimentación de la historia clínica en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

2. Toda anotación en los documentos de la historia clínica deberá ser fechada, firmada, e incluirá el número de colegiación o el que corresponda, de forma que permita la identificación y la categoría profesional del personal sanitario que la realiza.

Artículo 9 Confidencialidad de los datos

1. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos que hacen referencia a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin autorización amparada por la Ley y debiendo quedar constancia del acceso y uso de los mismos en virtud del procedimiento especial previsto en el apartado 2 del artículo 28 del presente Reglamento.

2. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios están obligados a garantizar la protección de los datos de carácter personal así como la custodia y confidencialidad de todos los documentos generados en la asistencia sanitaria, disponiendo de instalaciones para el almacenamiento de las historias clínicas que garanticen la seguridad y la conservación correcta.

3. El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica en lugar de los soportes documentales en papel, deberá contar con las garantías que aseguren su confidencialidad, autenticidad, integridad y conservación. En cualquier caso se debe garantizar que queden registradas todas las actuaciones e identificados todos aquellos profesionales que las han realizado. Se garantizará siempre el cumplimiento de lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 10 Autorización de ingreso

1. En caso de que se decida el ingreso hospitalario, debe proponerse al paciente la firma de la autorización de ingreso.

2. El documento en el que se formalice esta autorización debe incluir como mínimo:

- a)** Datos de identificación del paciente.
- b)** Datos del representante o de la persona vinculada o allegada al paciente.
- c)** El Servicio hospitalario en el que se realizará el ingreso.
- d)** Fecha.

3. El documento debe ser firmado por el interesado, por su representante o por personas vinculadas o allegadas a él, en los casos que proceda de conformidad con lo dispuesto en la legislación básica aplicable, así como por el médico responsable en el servicio de urgencias o el responsable del servicio de admisión para los ingresos programados.

4. En el caso de que el paciente se niegue a firmar la hoja de autorización no podrá realizarse el ingreso excepto en los supuestos de internamiento forzoso previstos en la legislación vigente.

Artículo 11 Consentimiento informado por escrito

1. Independientemente de la autorización de ingreso a la que se refiere el artículo anterior toda intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico y terapéutico invasor y, en general, la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá consentimiento por escrito salvo las excepciones contempladas en la legislación básica aplicable y, en todo caso, siempre en los siguientes procedimientos:

- a)** Anestesia.
- b)** Cirugía o técnicas exploratorias especiales.
- c)** Extracción y trasplante de órganos y tejidos.
- d)** Donación y recepción de hemoderivados.
- e)** Experimentación y ensayos clínicos.
- f)** Tratamiento farmacológico de uso compasivo.

2. También se requerirá previo consentimiento informado por escrito para la realización del procedimiento

diagnóstico relativo al examen postmortem o necropsia.

3. El documento que recoja el consentimiento informado debe incluir como mínimo:

a) Datos de identificación del paciente, representante legal o personas vinculadas a él, el nombre y número de colegiado, en su caso, del facultativo que informa, el Servicio en el que se realizará el procedimiento y el nombre del procedimiento.

b) Exposición: descripción del procedimiento elegido, de sus beneficios y posibles alternativas. Se harán constar también los riesgos generales y específicos, las molestias y efectos secundarios que pudieran surgir y cuantas observaciones puedan ser de interés.

c) Fórmula de consentimiento, que debe dejar bien claro que el paciente ha entendido la información facilitada, acepta someterse al procedimiento libremente aceptando los riesgos que conlleva y que conoce que puede cambiar de opinión posteriormente y revocar el consentimiento firmado.

4. En caso de que no se aceptara el tratamiento, debe quedar constancia por escrito de esta circunstancia en la historia clínica, incluyéndose, cuando sea posible, la firma del paciente.

Artículo 12 Hoja clínico-estadística

1. En esta hoja se registrarán los datos administrativos y clínicos que corresponden al episodio asistencial y contendrá como mínimo, la información que constituye el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria para todos los pacientes que sean dados de alta tras un ingreso y los sometidos a cirugía ambulatoria.

2. En el CMBD deberán constar las siguientes variables, cuyas definiciones, clasificaciones y sistemas de codificación se incluyen en el anexo 46 de este Reglamento:

- Identificación del hospital.
- Identificación del paciente.
- Número de registro de actividad.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Residencia.
- Financiación.
- Fecha de ingreso.
- Circunstancias del ingreso.
- Hospital de procedencia.
- Fecha de intervención.

- Fecha de alta.
- Circunstancias del alta.
- Servicio de alta.
- Identificación del médico responsable del alta.
- Hospital al que se traslada.
- Diagnóstico principal.
- Otros diagnósticos.
- Causas externas de la enfermedad.
- Morfología de las neoplasias.
- Procedimientos quirúrgicos obstétricos.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Peso del recién nacido.
- Sexo del recién nacido.
- Tiempo de gestación.

3. De forma optativa, los centros podrán recoger un segundo grupo de variables de traslado de pacientes entre servicios del propio centro (subepisodios) que quedan reflejados en el anexo 47 del presente Reglamento.

Artículo 13 Informe de alta hospitalaria

1. Todos los pacientes atendidos en alguna de las áreas clínicas, tales como consultas externas, urgencias, hospital de día, hospitalización y cirugía ambulatoria, de los hospitales radicados en la Comunidad Autónoma de Canarias, deberán recibir un informe clínico de alta al concluir el episodio que motivó su asistencia.

2. El citado informe podrá ser entregado a un familiar o persona vinculada, salvo expresa manifestación en contra formulada por el paciente.

3. El informe clínico de alta hospitalaria será elaborado por el médico responsable de la asistencia, y contendrá la información resumen del episodio asistencial, debiendo incluir como mínimo los siguientes datos:

a) Datos relativos al centro:

- Nombre, dirección y teléfono.
- Identificación de la unidad o servicio que dé el alta al paciente.

- Nombre, número de colegiado u otro que corresponda y rúbrica del médico responsable del alta.

b) Datos de identificación del paciente:

- Nombre y apellidos.
- Número de historia, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7 de este Reglamento.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Residencia habitual.

c) Datos referidos al episodio asistencial:

- Fecha de inicio del episodio asistencial/ingreso.
- Fecha de finalización del episodio asistencial/ alta.
- Motivo del episodio asistencial: signos, síntomas o situaciones que motivaron la asistencia.
- Circunstancias del episodio asistencial o, en su caso, especificar si la admisión se produce de modo programado o urgente. Los ingresos de los neonatos serán siempre considerados urgentes.
- Motivo de alta y destino del paciente: curación o mejoría, traslado a otro hospital o centro sociosanitario, hospitalización a domicilio, alta voluntaria o éxito; en caso de traslado a otro centro, éste deberá quedar identificado.
- Resumen de la anamnesis y exploración física del paciente.
- Evolución del paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo.
- Diagnóstico principal relativo al proceso patológico que tras el estudio pertinente se considera el responsable del ingreso del paciente en el hospital.
- Diagnósticos secundarios relativos a los procesos patológicos que no son el principal y que coexisten con el mismo en el momento del ingreso, que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, o que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado.
- En caso de haberse producido, se recogerán los acontecimientos,

circunstancias, fármacos o condiciones ambientales que sean causa de lesiones traumáticas, intoxicaciones o reacciones adversas a medicamentos.

- Procedimientos quirúrgicos y obstétricos, especificando su fecha. En los casos de parto, deberá especificarse el tiempo de gestación, peso, sexo y estado vital de cada uno de los recién nacidos. Se diferenciarán las muertes fetales (anteriores al parto), las intraparto y las postnatales (dentro de la primera semana de vida).
- Otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren recursos materiales y humanos especializados e impliquen un riesgo para el paciente.
- Recomendaciones dietéticas o terapéuticas que debe seguir el paciente, así como una referencia sobre dónde y cuándo debe acudir para realizar el seguimiento de su patología.
- En caso de fallecimiento y en caso de realizarse la autopsia se señalarán los hallazgos significativos de ésta.
- Se registrarán los distintos servicios por los que haya pasado el paciente.

4. Todos los centros hospitalarios garantizarán la elaboración del informe de alta por parte del médico responsable de la asistencia del paciente, que se presentará con contenido inteligible. Será extendido como mínimo por duplicado, de forma que una copia quede archivada en la historia clínica y la otra se le entregue al paciente o, por indicación del facultativo responsable, al familiar o tutor legal del mismo, en el momento de producirse, debiendo dejar constancia de su recepción mediante un recibí con indicación de la fecha.

5. En el supuesto de que falten datos para entregar el informe clínico de alta que contenga un diagnóstico definitivo, se elaborará un informe de alta provisional, con todos los datos de que se disponga en el momento del alta, y haciendo figurar, al menos, un diagnóstico provisional. Cuando se disponga de todos los datos se elaborará el informe definitivo del que se remitirá una copia al paciente, familiar o tutor legal en su caso y otra copia se archivará en el hospital.

6. En el caso de que se produzcan modificaciones relevantes de los diagnósticos que constan en el informe de alta con posterioridad a su entrega, el hospital se hará responsable de su notificación al interesado, así como de su archivo.

Artículo 14 Hoja de alta voluntaria

1. En caso de que el paciente no acepte el tratamiento prescrito o bien decida abandonar el hospital donde permanece ingresado en contra de la opinión de los médicos que le atienden, asumiendo las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse, debe proponerse al paciente la firma del alta voluntaria.

El documento en el que se formalice debe recoger las circunstancias en que se produce dicha alta voluntaria y ser firmado por el paciente o por su representante en los casos que proceda de conformidad con lo dispuesto en la legislación básica aplicable, así como por el médico responsable y por la Dirección del Centro.

Deberá hacerse constar también el número del Documento Nacional de Identidad del paciente y la fecha en que se produce el alta.

2. En caso de que no acepte el alta voluntaria, procederá el alta forzosa, con las excepciones y en los términos previstos en la legislación básica, haciéndolo constar documentalmente en la historia clínica.

Artículo 15 Hoja médica y de enfermería de urgencias

1. La hoja médica y de enfermería debe incluir la fecha y hora en que se realiza la asistencia, la procedencia del paciente y, en caso de lesión, diferenciación del origen de la misma. Resume la información del episodio asistencial de urgencias y debe contener como mínimo los siguientes datos:

- a)** Datos de identificación del paciente.
- b)** Motivo de la consulta.
- c)** Antecedentes y anamnesis.
- d)** Exploración física.
- e)** Pruebas realizadas.
- f)** Evolución.
- g)** Juicio clínico.
- h)** Tratamiento y recomendaciones.
- i)** Hoja de enfermería.
- j)** Fecha y hora en que abandona el área de urgencias y destino del mismo.
- k)** Informe de especialistas, si los hubiera.
- l)** Identificación legible, firma y número de colegiado u otro que corresponda del facultativo que ha realizado la asistencia.

2. En caso de no causar ingreso la entrega del informe de alta podrá sustituirse por una copia de la hoja de urgencias.

3. Se podrán añadir a la hoja de urgencias todos aquellos documentos que se especifican en la historia clínica hospitalaria y que se requieran en el episodio asistencial.

Artículo 16 Hoja de anamnesis y de exploración física

1. La hoja de anamnesis y de exploración física es el documento destinado a recoger los siguientes datos:

- a)** Motivo del ingreso o consulta.
- b)** Antecedentes familiares.
- c)** Antecedentes personales.
- d)** Enfermedad actual.
- e)** Exploración física.
- f)** Juicio clínico.
- g)** Plan diagnóstico terapéutico.

2. Cada hospital podrá decidir su desdoblamiento en dos hojas denominadas cada una de ellas, hoja de anamnesis y hoja de exploración física.

Artículo 17 Hoja de evolución

La hoja de evolución es el documento destinado a recoger los comentarios de aquellas incidencias, hallazgos exploratorios y pruebas complementarias acontecidas durante el episodio asistencial, así como la modificación de un diagnóstico previo y el inicio, modificación o supresión de un tratamiento.

Cada anotación deberá ajustarse a lo establecido en el artículo 8 de este Reglamento.

Artículo 18 Hoja de órdenes médicas

La hoja de órdenes médicas está destinada a recoger el registro diario por parte del personal médico de las órdenes de tratamiento, dieta y solicitud de interconsultas y pruebas complementarias.

Deberá indicarse diariamente la continuidad, modificación o finalización de lo prescrito. Las órdenes médicas referentes a medicación deberán especificar, además del fármaco o principio activo, la dosis con unidades, la vía de administración y su periodicidad. Cada anotación debe recoger la hora y fecha en que se realiza y ajustarse a lo establecido en el artículo 8 de este Reglamento.

En caso de existir unidosis, las órdenes de tratamiento se realizarán en el modelo de la hoja de unidosis que establezca cada centro.

Artículo 19 Informe de anestesia

El informe de anestesia es el documento destinado a recoger la actividad desarrollada por el servicio de anestesia.

En un solo documento se incluirán:

- a)** El informe de la consulta de preanestesia.
- b)** El informe intraoperatorio.
- c)** El informe de recuperación postanestésica, en el que figurarán identificados el anestesiólogo y el personal de enfermería responsables de la atención.

Artículo 20 Hoja quirúrgica

La hoja quirúrgica es el documento destinado a recoger la información de los procedimientos quirúrgicos. Además de los datos de identificación del equipo quirúrgico y los diagnósticos pre y postoperatorios, se recogerán los siguientes datos: posición, vía de acceso, hallazgos, técnica quirúrgica, drenajes, antibióticos «in situ», técnica de cierre, muestras recogidas, recuento de gasas y material y observaciones e incidencias.

Artículo 21 Hoja de parto

La hoja de parto, además de los antecedentes y datos clínicos de la gestación, recoge los datos referentes a los períodos de dilatación, expulsión y alumbramiento y al postparto inmediato.

Artículo 22 Hoja del recién nacido

La hoja del recién nacido está destinada a recoger la información concerniente al recién nacido para su inclusión en la historia clínica de la madre o en su propia historia clínica, si origina ingreso hospitalario.

Deberá constar la identificación, la categoría profesional, la firma y el número de colegiado u otro que corresponda del profesional que atendió al parto.

Artículo 23 Hoja de solicitud de interconsultas y pruebas complementarias

1. En caso de solicitud de interconsultas, en el mismo impreso se incluirá el informe del servicio consultado, salvo que éste disponga de documentos específicos.

2. Este mismo documento se utilizará para la solicitud de pruebas complementarias que no requieran un impreso específico.

Artículo 24 Hoja de solicitud de transfusión

La hoja de solicitud de transfusión es el documento destinado a recoger la solicitud de transfusión de sangre total y hemoderivados y a acreditar el cumplimiento de los requisitos y pruebas previas establecidos en la legislación vigente. Este documento consta de las tres hojas siguientes:

1. Solicitud de transfusión y recepción en Banco de sangre.

a) El facultativo, además de firmar la solicitud, debe identificarse mediante nombre y, en su caso, número de colegiado. La solicitud de transfusión por urgencia vital sin pruebas cruzadas, debe quedar acreditada específicamente con la firma del facultativo solicitante.

b) Debe recoger los datos de identificación del profesional que ha recibido la muestra de sangre del paciente en el Banco de sangre, así como los resultados del tipaje y pruebas de compatibilidad.

c) Esta hoja debe ser autocopiativa, de forma que el original quede como registro en el Banco de sangre.

2. La segunda hoja del documento, además de ser copia de la anterior, dispone de espacio reservado para fijar las etiquetas identificativas de cada una de las bolsas transfundidas, y los datos de registro de cada una de las actuaciones.

3. La tercera hoja del documento contiene el consentimiento informado que, salvo imponderable, debe obtenerse del paciente o representante legal en el momento de la solicitud y acompañará a dicha solicitud al Banco de sangre y regresará a la historia clínica junto con la segunda hoja del documento.

Artículo 25 Documentación de enfermería

La documentación de enfermería debe incluir los siguientes documentos:

1. Informe de enfermería al alta: contendrá un resumen de los problemas del paciente durante su ingreso y los que se mantienen al alta, especificando los cuidados generales pautados para su solución. Deberá ser firmado por el enfermero responsable del enfermo durante su ingreso, quien deberá identificarse mediante nombre y, en su caso, número de colegiado y hará constar un teléfono de contacto. Será extendido como mínimo por duplicado, de forma que una copia quede archivada en la historia clínica y la otra se le entregue al paciente o al familiar o tutor legal del mismo, en el momento de producirse el alta.

2. Valoración inicial de enfermería: este documento recoge los datos que permitirán evaluar los problemas de salud del paciente que puedan ser tratados por enfermería. Debe ser cumplimentado en su totalidad en las primeras 24 horas de ingreso y deberá constar la fecha y hora de cumplimentación y los datos de identificación del enfermero que lo haya realizado.

3. Gráfica de constantes: registra las constantes vitales de cada paciente, bien por ser ordenadas por el médico o bien procedente de la propia actividad de enfermería. Para el caso de patologías que precisen mayor especificidad de datos, pueden anexarse a los modelos previstos en el presente Reglamento los relativos para Control Metabólico y para Balance Hídrico.

4. Controles y cuidados específicos: dejará constancia de los cuidados pautados y de la frecuencia de su realización.

5. Observaciones de enfermería: registra toda la información de enfermería relacionada con el paciente, cumplimentada a lo largo o al final de cada turno por el enfermero responsable del turno en el que se produzcan las observaciones, haciendo constar la fecha y hora en que la realiza.

6. Control de medicación: registra la administración de medicación pautada en las órdenes médicas, debiendo quedar identificado el enfermero que la administre.

7. Registro de enfermería área quirúrgica: documento en el que el personal de enfermería de quirófano recogerá los registros derivados del procedimiento quirúrgico y que completará la información que contiene la hoja quirúrgica. Será cumplimentado por el enfermero instrumentista y el circulante, que deberán identificarse y firmar una vez realizado.

Artículo 26 Documentos iconográficos

Se incorporarán a la historia clínica aquellas radiografías, documentos en soporte informático u otros documentos iconográficos que queden bajo la custodia del hospital. En caso de que estos documentos se entreguen al paciente, se hará constar en la historia clínica.

Artículo 27 Usos y derecho de acceso a la historia clínica

Los usos y el derecho de acceso a la historia clínica se ejercerán de conformidad con lo establecido al respecto por la legislación básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Artículo 28 Procedimiento de constancia del acceso a la historia clínica y de su uso

1. La gestión de la historia clínica y del procedimiento de constancia del acceso y uso corresponde a la unidad competente en materia de admisión y documentación clínica del centro.

2. El procedimiento de constancia, acceso y uso de la historia clínica deberá hacerse constar en un registro que contendrá, como mínimo, las siguientes actuaciones:

- a)** Solicitud por las personas autorizadas legalmente.
- b)** Identificación de la historia clínica a la que se quiere acceder, motivo y documentos que se solicitan.
- c)** Evaluación de la solicitud por la unidad administrativa: aceptación o rechazo. Causas del rechazo.
- d)** En caso de aceptación por cumplir con los requisitos previstos en la normativa, entrega de los documentos haciendo constar:
 - Persona que entrega los documentos.
 - Documentos entregados.
 - Fecha.
 - Persona que recibe los documentos.
- e)** Se hará constar el uso previsto, siendo responsable la persona que la reciba.
- f)** Fecha de devolución de la documentación y datos de las personas que la entregan y reciben.

3. El procedimiento del apartado anterior podrá ser simplificado en cada Centro cuando el acceso y uso de la historia responda a programación asistencial, debiendo dejar la debida constancia del acceso y uso.

4. Cada centro asistencial determinará por escrito las medidas de seguridad a implantar para la custodia y acceso al fichero de historias clínicas, con el fin de garantizar la confidencialidad de sus datos y evitar los accesos no autorizados. Es responsabilidad de cada centro la difusión de las medidas de seguridad para

conocimiento de todo el personal que participe en la gestión, manejo o utilización de las historias clínicas.

5. La informatización, en su caso, del procedimiento regulado en este artículo garantizará la seguridad, la identificación y autenticación de las personas que acceden a la información, así como un registro de dicho acceso, mediante la creación del correspondiente fichero, garantizando el cumplimiento de lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 29 Conservación y expurgo de los documentos

1. La conservación de la historia clínica se rige por lo dispuesto en la legislación básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, teniendo los centros sanitarios la obligación de conservar las historias clínicas en condiciones que garanticen su seguridad y correcta conservación, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

2.

A) Podrán ser destruidos a partir de los cinco años desde la fecha de alta de cada episodio asistencial, los siguientes documentos contenidos en su historia clínica:

a) Hoja clínico-estadística.

b) Hoja del recién nacido, en la historia clínica de la madre.

c) Hoja de solicitud de interconsulta y pruebas complementarias, siempre que no contenga el resultado de la prueba complementaria.

d) Hoja de controles y cuidados específicos de enfermería.

e) Gráficas de constantes.

f) Hoja de urgencias.

g) Radiografías y otros documentos iconográficos, conservando los informes.

B) Igualmente podrán destruirse a partir de los cinco años, las hojas de anamnesis y de exploración física y las hojas de evolución de los episodios asistenciales de los que exista informe de alta.

3. Transcurridos veinte años desde la última actividad asistencial recogida en la historia clínica, podrán ser destruidos los siguientes documentos:

a) Hoja de Autorización de ingreso.

b) Hoja de consentimiento informado.

c) Hoja quirúrgica.

d) Hoja de órdenes médicas.

- e)** Hoja de control de medicación.
- f)** Hoja de parto.
- g)** Hoja del recién nacido, de su propia historia clínica.
- h)** Hoja de anestesia.
- i)** Hoja de transfusión.
- j)** Informes de exploraciones complementarias.
- k)** Hoja de alta voluntaria.
- l)** Informes de Anatomía Patológica.
- m)** Informes de necropsias.
- n)** Otros documentos que no aparezcan citados en el presente artículo.

4. Se conservarán de manera definitiva:

- a)** Los informes clínicos de alta.
- b)** Las hojas de anamnesis y exploración física y las hojas de evolución de los episodios asistenciales de los que no exista informe de Alta.

Artículo 30 Comisión de Seguimiento, Valoración y Expurgo de documentación clínica

La Comisión de Seguimiento, Valoración y Expurgo de documentación clínica es el órgano colegiado encargado, entre otras funciones, de la implantación de la historia clínica unificada y del seguimiento de los documentos que integran la misma, de planificar y programar el conjunto del proceso de conservación de la documentación contenida en las historias clínicas y garantizar que los procesos de expurgo se lleven a cabo con todo tipo de garantías.

Las funciones específicas de la Comisión se regulan en el Reglamento Orgánico del departamento competente en materia de sanidad.

ANEXO 1

Modelo

Mostrar/Ocultar

1 Hospital Nombre Nombre... Dirección Telf: 323 XXX XXX Cod. Pst. Ciudad, localidad	LOGO	N° DE HISTORIA N° DE EPISODIO	SERVICIO
2 FILIACIÓN: N° Ap. P. Ap. Nombre			
3 FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		SEXO: 1 Varón 2 Indeterminado 3 Mujer 4 Desconocido D.N.I. / PASAPORTE NACIONALIDAD TÍTULOS	
DIRECCIÓN: CALLE N° POBLACIÓN PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL	
4 FINANCIACIÓN: 1 2 3 4 5 6 7 8 9		5 FECHA INGRESO: Día Mes Año TIPO DE INGRESO: 1 Urgente 2 Judicial y asistido 3 Programado 4 Desconocido N° AFILIACIÓN S.S.	
6 HOSPITAL DE PROCEDENCIA DR. QUE ORDENÓ EL INGRESO		DIAGNÓSTICO PROVISIONAL CAMA	
FAMILIAR MAS PRÓXIMO O PERSONA RESPONSABLE			
7 DATOS DEL ALTA A RELLENAR POR EL MÉDICO ¿ES UN REINGRESO? SI NO TRAS MENOS DE 15 DÍAS DESDE EL ALTA TRAS MENOS DE 3 MESES DESDE EL ALTA CIRCUNSTANCIAS DEL ALTA: 1 Dermotológico 2 Exitus 3 Otro 4 Desconocido 2 Tratado otro hospital 3 Tratado Como Saco-sanitario 4 Hospitalización a domicilio 1 Alta Voluntaria / Fuga 2 Tratado al Servicio de Cama INFECCIÓN HOSPITALARIA: SI NO AUTOPSIA: SI NO FALLECIDO <24 horas FALLECIDO <48 horas FALLECIDO >48 horas DONANTE: SI NO			
8 DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL INGRESO C1 PRINCIPAL C2 SECUNDARIOS C3 C4 C5 C6 CE CAUSA EXTERNA M1 MORF. NEOPLASIA M2 MORF. NEOPLASIA			
9 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS / OBSTÉTRICOS T1 T2 T3 T4 Infeción Herida Quirúrgica SI NO Mortalidad intraoperatoria SI NO Mortalidad postoperatoria (<30 d.) SI NO 1 Ninguna 2 Local 3 Locoregional 4 General 5 Intrauterina 6 Epidural 7 Otras 8 Desconocida			
10 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS P1 P2 P3 P4			
11 DATOS DEL PARTO Y RECIÉN NACIDO NO PATOLÓGICO TIEMPO DE GESTACIÓN: Semanas PESO DEL R.N. 1: Kg PESO DEL R.N. 2: Kg SEXO DEL RECIÉN NACIDO 1: 1 Varón 2 Indeterminado 3 Mujer 4 Desconocido SEXO DEL RECIÉN NACIDO 2: 1 Varón 2 Indeterminado 3 Mujer 4 Desconocido MÉDICO QUE DA EL ALTA: Dr. N° Colegiado: FIRMA: SERVICIO / UNIDAD:			
HOJA CLÍNICO-ESTADÍSTICA 00			

ANEXO 2

Modelo

Mostrar/Ocultar

Instituto del episodio asociado N.º Clínica y Expediente Fecha Procedimiento diagnóstico/ tratamiento Otras procedencias Respuesta principal Otras diagnósticos Motivo del alta y destino del paciente Recomendaciones dietéticas y terapéuticas	LOGO Hospital Nombre Nombre Nombre... Dirección Típo.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	N.º Historia: N.º Episodio: Fecha de Ing.: Fecha de Alta: Médico Resp.:	Fecha de Nac.: Sexo: ☐ M ☐ D Típo. Contacto: Servicio:	
	TIPO DE INGRESO	☐ Urgente ☐ Programado ☐ Judicial y asimilado ☐ Desconocido	D./a. C./ Pobl. Cód. P.	
	Centro Salud: Méd. Cabecera:			
INFORME DE ALTA XX.XX				

Nombre,
firma y n.º de
colegiado
al acabar
este
documento

ANEXO 3

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre Nombre... Dirección Téno.: 922 XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Fecha nac.: ____/____/____ N.º de Historia: _____ N.º de Episodio: _____ Servicio: _____ Planta: _____ Cama: _____ Tipo pac.: _____
Motivo del episodio actual II.º Clínica y Explanación física Evolución Procedimientos quirúrgicos/ diagnósticos Otros procedimientos Diagnóstico principal Otros diagnósticos Estado del alta y evolución del paciente Recomendaciones dietéticas y terapéuticas	
Nombre, firma y n.º de colegiado al acabar este documento INFORME DE ALTA CONTINUACIÓN XX.XX	

ANEXO 4

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre... Dirección Tfno.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: Nombre: Sexo: ☐ V ☐ M Fecha nac.: / / N.º de Historia: N.º de Episodio: Servicio: Planta: Cama: Tipo pac:			
Con esta fecha se da de alta en este Hospital a D. N.º H.ª Clínica a petición de (indíquese parentesco y nombre): con D.N.I. n.º en contra de la opinión del Médico que suscribe, que estima debe continuar la hospitalización por y habiéndose advertido al peticionario de los perjuicios que puedan ocasionarse al enfermo, y que el Hospital queda exento de responsabilidad por las consecuencias que se derivan de dicha Alta. Y para que conste, se extiende este documento en , a de de <table style="width: 100%; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> El Peticionario, Fdo.: </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> V.º B.º El Director del Hospital, Fdo.: </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> El Facultativo Responsable del Paciente, Fdo.: </td> </tr> </table>		El Peticionario, Fdo.:	V.º B.º El Director del Hospital, Fdo.:	El Facultativo Responsable del Paciente, Fdo.:
El Peticionario, Fdo.:	V.º B.º El Director del Hospital, Fdo.:	El Facultativo Responsable del Paciente, Fdo.:		
ALTA VOLUNTARIA XX.XX				

ANEXO 5

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre Nombre... Dirección Tfn.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: Nombre: Sexo: ☐ V ☐ M Fecha nac.: / / N.º de Historia: N.º de Episodio: Servicio: Planta: Cama: Tipo pac.:
Dr. Fecha: / /	
Unión del ingreso y Consulta Antecedentes hereditarios Antecedentes personales Enfermedad actual Exploración física Pruebas diagnósticas Plan diagnóstico terapéutico	
Nombre, firma y n.º de colegiado al acabar este documento	
ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN XX.XX	

ANEXO 6

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

ANEXO 7

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

ANEXO 8

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

Termina cada
anotación con
su nombre, firma
y n° colegiado

ANEXO 9

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

[illegible]

ANEXO 11

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre... Dirección Tfno.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: Nombre: Sexo: ☐ M ☐ F Fecha nac.:/...../..... Nº de Historia: Nº de Episodio: Servicio: Planta: Cama: Tipo pac.:																								
CONSULTA DE PREANESTESIA																									
Fecha:	Servicio de procedencia: Dr.:																								
Diagnóstico quirúrgico:	Intervención propuesta:																								
Fecha prevista de ingreso:	Fecha prevista intervención: Programada ☐ Urgente ☐ Cirugía Mayor Ambulatoria ☐																								
Observaciones del consultante:																									
ANAMNESIS Sexo: ☐ M ☐ F Edad: Peso: Talla: T.A.:/..... F.C.:																									
A.P.:																									
A.P.: ☐ Fumador ☐ Bebedor ☐ Drogas ☐ Hernia de Hizo ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Gestante ☐ Transfusiones																									
Anestesia anteriores: ☐ SI ☐ NO Complicaciones: ☐ SI ☐ NO Cútlas:																									
Alergias:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Revisión de datos objetivos</th> </tr> <tr> <td>Hb.</td> <td style="text-align: right;">g/dl.</td> </tr> <tr> <td>Hto.</td> <td style="text-align: right;">%</td> </tr> <tr> <td>Pla.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T.P.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>APTT.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Glucemia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Urea / Creat.</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Escala tipo Mallampati)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">  </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Riesgo Anestésico (ASA) ☐ I - II - III - IV - V - U </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Riesgo Anestésico (NYHA) ☐ I - II - III - IV </td> </tr> </table>	Revisión de datos objetivos		Hb.	g/dl.	Hto.	%	Pla.		T.P.		APTT.		Glucemia		Urea / Creat.		(Escala tipo Mallampati)				Riesgo Anestésico (ASA) ☐ I - II - III - IV - V - U		Riesgo Anestésico (NYHA) ☐ I - II - III - IV	
Revisión de datos objetivos																									
Hb.	g/dl.																								
Hto.	%																								
Pla.																									
T.P.																									
APTT.																									
Glucemia																									
Urea / Creat.																									
(Escala tipo Mallampati)																									
																									
Riesgo Anestésico (ASA) ☐ I - II - III - IV - V - U																									
Riesgo Anestésico (NYHA) ☐ I - II - III - IV																									
Tratamiento médico actual: ☐ Antiagregantes ☐ Anticoagulantes																									
EXPLORACIÓN FÍSICA Revisión de Órganos y Sistemas (Hallazgos)																									
Cabeza y Cuello Movilidad Cervical Estado Dentario																									
Aparato Cardio-Circulatorio																									
Aparato Respiratorio																									
Otros																									
R.X.																									
E.C.G.																									
INTERCONSULTAS																									
PREMEDICACIÓN Y/U OTRAS MEDIDAS:																									
☐ Aceptado ☐ Rechazado ☐ Demorado Fecha:/...../..... Firma:																									
Motivo: Consentimiento Informado: ☐ SI ☐ NO Dr. / Dra.:																									
INFORME DE ANESTESIA 07																									

ANEXO 12

Modelo

Mostrar/Ocultar

PERIOPERATORIO																				
Fecha:	Hora última ingesta:	Servicio:																		
Anestesiólogo:		Ayudante I°:																		
Cirujano:	Intervención:																			
PREMEDICACIÓN (Vía y Hora)																				
VÍAS CANALIZADAS Arterial ☐ N° Venosa ☐ N°		Sonda Vesical ☐ S. Nasogástrica ☐																		
MONITORIZACIÓN ☐ ECG ☐ PVC ☐ PNI ☐ PAI ☐ SAT O ₂ ☐ CAPNÓGRAFO ☐ MON. RELAJ. ☐ S. GANZ ☐ T° ☐ CALENTADOR ☐ MANTA TÉRMICA ☐ DIURESIS ☐ GASES ANEST.																				
VENTILACIÓN - INTUBACIÓN Ventilación Mascarilla: ☐ Fácil ☐ Dificil Guedel: ☐ Si ☐ No ☐ Oral ☐ Nasal ☐ Mascarilla Laringe ☐ Tubo Doble Luz Otras: Tubo: n.º: Fiador: ☐ Si ☐ No Incidencias:																				
RESPIRACIÓN ☐ ESPONTÁNEA ☐ ASISTIDA ☐ CONTROLADA ☐ VOL. CORRIENTE ☐ VOL. MIN. ☐ FRECUENCIA ☐ PRESIÓN PICO ☐ MESETA ☐ PEEP ☐ VENTILADOR																				
LOCO-REGIONAL Tipo: Aguja: Espacio: Nivel: Catéter: ☐ Si ☐ No Efectiva: ☐ Si ☐ No Medicación: ☐ No ☐ Parcial																				
OBSTETRICIA APGAR 1 min. APGAR 5 min. Reanimación ☐ Si ☐ No Intubación ☐ Si ☐ No Anestesia Parto min.																				
HEMODINÁMICA <table border="1"> <thead> <tr> <th>Basal</th> <th>Post - CEC</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CO: IC:</td> <td>CO: IC:</td> <td>CO: IC:</td> </tr> <tr> <td>VS: RVS:</td> <td>VS: RVS:</td> <td>VS: RVS:</td> </tr> <tr> <td>RVP: PAM:</td> <td>RVP: PAM:</td> <td>RVP: PAM:</td> </tr> <tr> <td>PVC: PCP:</td> <td>PVC: PCP:</td> <td>PVC: PCP:</td> </tr> <tr> <td>PAPM:</td> <td>PAPM:</td> <td>PAPM:</td> </tr> </tbody> </table> ANALÍTICA PERIOPERATORIA Hora: Hb: PH: P CO ₂ : P O ₂ : SAT O ₂ :			Basal	Post - CEC	Final	CO: IC:	CO: IC:	CO: IC:	VS: RVS:	VS: RVS:	VS: RVS:	RVP: PAM:	RVP: PAM:	RVP: PAM:	PVC: PCP:	PVC: PCP:	PVC: PCP:	PAPM:	PAPM:	PAPM:
Basal	Post - CEC	Final																		
CO: IC:	CO: IC:	CO: IC:																		
VS: RVS:	VS: RVS:	VS: RVS:																		
RVP: PAM:	RVP: PAM:	RVP: PAM:																		
PVC: PCP:	PVC: PCP:	PVC: PCP:																		
PAPM:	PAPM:	PAPM:																		
OBSERVACIONES																				
ESTADO SALIDA QUIRÓFANO TIEMPO TOTAL ANESTESIA:																				
FIRMA ANESTESIOLOGO/A: D. / Día: N.º de Colegiado/a:																				

ANEXO 13

Modelo

Mostrar/Ocultar

		GRÁFICA DE ANESTESIA															
		Tiempo															
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
FÁRMACOS	O ₂ / N ₂ O / Aire																
	O ₂ /																
	Líquidos IV																

Comienzo Anestesia	41	240												
Comienzo Intervención	40	220												
Fin Intervención	39	200												
Fin Anestesia	38	180												
Temperatura	37	160												
T.A.	36	140												
Frecuencia Cardíaca	35	120												
Aspiración	34	100												
Reanimación	33	80												
Respiración	32	60												
	31	40												
	30	20												

MONITORIZACIÓN	Sa O ₂																
	ECTO ₂																
	PVC / PAP																
	Diuresis																
	Isquemia																

BALANCE	CRISTALOIDES / COLOIDES		HEMODERIVADOS		PÉRDIDAS	
	Hemáticos:	Plasma:	Asp. Nasog:			
	Hemotético:	Plaquetas:	Perd. Sang:	Tot. Entradas:		
	Hemodilución:	Otras:	Perd. Inser:	Tot. Pérdidas:		
	Balance:					
Total:	Total:	Total:	Total:	Total:		

ANEXO 14

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

ANEXO 15

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

ANEXO 16

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

LOGO Hospital Nombre Nombre Nombre... Dirección Tfno.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: Nombre: Sexo: ☐ M ☐ F Fecha nac.:/...../..... N.º de Historia: N.º de Episodio: Servicio: Planta: Cama: Típo pac.:
1.º Posición: 2.º Via de acceso: 3.º Indicación: 4.º Técnica: 5.º Drenaje: 6.º Antibióticos in situ: 7.º Técnica de cierre: 8.º Injertos/recubrimientos (quirúrgicos y de autotransplante): 9.º Paciente de gran, compleja o inusual: 10.º Observaciones e incidencias:	Servicio: Cirujano: Diagnóstico preoperatorio: 1.º Ayudante: Diagnóstico postoperatorio: 2.º Ayudante: Intervención practicada: Anestesiólogo: Fecha:/...../..... Enf. Instrumentista:
Nombre, firma y n.º de colegiado al acabar este documento	
HOJA QUIRÚRGICA XX.XX	

ANEXO 18

Modelo

Mostrar/Ocultar

	1.º Pertenencia
	2.º Año de ingreso
	3.º Matrícula
	4.º Sexo
	5.º Concepto
	6.º Asistencia en el
	7.º Número de días
	8.º Muestra receptiva (psicológica y de autoridad psicológica)
	9.º Resumen de grupos, competencias y matrimonial
	10.º Observaciones e incidencias
Nombre, firma y n.º de colegiado al acabar este documento	

ANEXO 19

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre Nombre... Dirección Típo.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad		[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: _____ Nombre: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Fecha nac: ____/____/____ N.º de Historia: _____ N.º de Episodio: _____ Servicio: _____ Planta: _____ Cama: _____ Típo. pac: _____			
Grupo y RH Madre: _____		Sem. Gest: _____	Paridad: _____		
Fecha: ____/____/____					
N.º Nido: _____ Apellidos R.N.: _____					
GESTACIÓN: Única ☐ Múltiple ☐		SITUACIÓN: Longitudinal ☐ Oblicua ☐ Transversal ☐			
PRESENTACIÓN: Vértice ☐ Bregma ☐ Cefálica ☐ Frente ☐ Cara ☐ Podálica ☐ Nalgas ☐ Pies ☐					
POSICIÓN: _____					
BOLSA: Integra ☐ Rota ☐		Prematura a las _____ H. Precoz ☐ Tempestiva ☐			
LÍQUIDO AMNIÓTICO: Claro ☐ Teñido de meconio ☐ Hemorrágico ☐		AMNIOREXIS: Espontánea ☐ Artificial ☐ Oligoamnios ☐ Cantidad normal ☐ Hidramnios ☐			
TONOS FETALES _____		DINÁMICA UTERINA _____			
COMIENZO DEL PARTO ESPONTÁNEO A las _____ horas del día _____					
ESTIMULACIÓN ☐ INDUCCIÓN ☐ Electiva ☐ CESÁREA ELECTIVA ☐ No electiva ☐					
Comienzo a las _____ horas del día _____					
Por _____					
Por _____					
DILATACIÓN _____ cm.		I. de Bishop: _____			
PUNTUACIÓN	0	1	2	3	SIGNOS Y SIGLAS MEDICACIÓN † EN EL PARTOGRAMA DILATACIÓN  PLANO Y POSICIÓN  AMNIOREXIS: R MICROTOMA † PASO A PARTORIO O QUIRÓFANO †
DILATACIÓN	0	1-2	3-4	5-6	
BORRAMIENTO	0-30%	30-60%	60-80%	80%	
CONSISTENCIA	DURO	MEDIO	BLANDO	---	
POSICIÓN	POSTERIOR	MEDIO	CENTRADO	---	
PLANO	S.E.S.	I	II	III	
OBSERVACIONES _____ _____ _____ _____					MONITORIZACIÓN EXTERNA ☐ MONITORIZACIÓN INTERNA ☐ TELEMETRÍA ☐ ESTUDIO BIOQUÍMICO ☐
EXPLORADA POR _____					MONITORIZADA POR _____
HOJA DE PARTO XX.XX					

ANEXO 20

Modelo

Mostrar/Ocultar

P L A N O S	SES	HORAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		15.30-45	0															
D I L A T A C I Ó N	10																	
	9																	
	8																	
	7																	
I	6																	
	5																	
	4																	
	3																	
II	2																	
	1																	
	0																	
III	10																	
	9																	
	8																	
	7																	
IV	6																	
	5																	
	4																	
	3																	
EXP	2																	
	1																	
	0																	
C U E L O	BORRAMIENTO																	
	CONSISTENCIA																	
	POSICIÓN																	
	POSICIÓN DE LA PRESENTACIÓN																	
D	ESTADO DE LA BOLSA																	
	COLOR L.A.																	
	FRECUENCIA																	
	INTENSIDAD																	
N	DURACIÓN																	
	F.C.F.																	
	FETAL																	
	MATERNO																	

ANEXO 21

Modelo

Mostrar/Ocultar

Temp.		Pulso	T.A.	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15																																					
P	A	P	A	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45																																				
																																		P.V.C.																																			
																																		A. DIURESIS																																			
																																		T. RESPIRACIONES																																			
																																		E. CEFALIAS																																			
																																		R. REFLEJO PATELAR																																			
																																		O. VÓMITOS																																			
																																		LÍQUIDOS		TIPO																																	
																																		L.V.		CANTIDAD																																	
																																		M. OXITOCINA																																			
																																		E. D.																																			
																																		C. P.																																			
																																		A. C.																																			
																																		O. N.																																			
																																		OBSERVACIONES																																			
																																		DR. / MATRONA																																			

ANEXO 22

Modelo

Mostrar/Ocultar

TERMINACIÓN DEL PARTO																																												
EXPULSIÓN FETAL A LAS _____			HORAS DEL DÍA _____		ATENDIDO POR _____																																							
PARTO CEFÁLICO Espontánea ☐ Kristeller ☐ Occipito Post. ☐ Cara ☐			PARTO PODÁLICO Espontáneo ☐ Branch ☐ Muller ☐ Rojas ☐ Mauriceau ☐ Gran Extracción ☐			PARTO OPERATORIO Ventosa ☐ Espátulas ☐ Forceps ☐ Versión y gran ext. ☐ Cesárea ☐																																						
MANIOBRAS TOCÚRGICAS _____																																												
PARTO GEMELAR																																												
1.° _____			2.° _____																																									
ANESTESIA NO ☐			LOCAL ☐		REGIONAL ☐			GENERAL ☐																																				
EPISIOTOMÍA SI ☐			NO ☐		Desgarros _____																																							
RECÉN NACIDO			VARÓN ☐		PESO _____ gr.		VIVO ☐		1 mto. _____																																			
			MUJER ☐				MUERTO ☐		APGAR 5 mto. _____																																			
									10 mto. _____																																			
REANIMACIÓN _____			TRASLADO A R.N. ☐		INCUBADORA ☐		POR _____																																					
MEDICACIÓN _____			MALFORMACIONES _____																																									
R. N. MUERTO			ANTEPARTO ☐		EXTRAHOSPITALARIO ☐		MACERADO SI ☐																																					
			INTRAPARTO ☐		INTRAHOSPITALARIO ☐		NO ☐																																					
			POSTPARTO ☐																																									
A las _____			horas de vida		NECROPSIA PEDIDA		SI ☐ NO ☐																																					
ALUMBRAMIENTO A las _____			horas		PESO _____ gr.		ESPONTÁNEO ☐																																					
PLACENTA Completa ☐			MEMBRANA Desgarrada ☐		CREDE ☐		CREDE B/A ☐																																					
Incompleta ☐			Integra ☐		EXTRACCIÓN MANUAL ☐																																							
CARACTERÍSTICAS _____																																												
PATOLOGÍA DEL ALUMBRAMIENTO _____																																												
PATOLOGÍA DEL CORDÓN _____																																												
MEDICACIÓN _____																																												
ESTUDIO																																												
ph _____		ARTERIA _____		VENA _____		MADRE _____		DILATACIÓN Espontánea ☐																																				
								Enimulada ☐																																				
BIOQUÍMICO p CO2 _____																																												
p O2 _____								TIEMPO Dilatación _____																																				
E.B. _____								Expulsivo _____																																				
								Alumbramiento _____																																				
								horas de BOLSA ROTA _____																																				
POSTPARTO INMEDIATO																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Hora</th> <th style="width: 10%;">°C</th> <th style="width: 10%;">Pulso</th> <th style="width: 10%;">T.A.</th> <th style="width: 10%;">GLOB</th> <th style="width: 10%;">HEMO</th> <th style="width: 40%;">MEDICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Hora	°C	Pulso	T.A.	GLOB	HEMO	MEDICACIÓN																													COMPLICACIONES _____			
Hora	°C	Pulso	T.A.	GLOB	HEMO	MEDICACIÓN																																						
						INTERVENCIÓN _____																																						
PASA A PLANTA _____						P.D. _____		PASA A URPA ☐																																				
INDICACIONES PARA PLANTA _____						PASA A UVI ☐																																						

FECHA: _____		HORA: _____		Dr./a/Mat.: _____	
PLANO DE DILATACIÓN: DILATACIÓN: _____ cm.		ALTURA: _____			
CONTRACCIONES:	FRECUENCIA: _____	INTENSIDAD: _____	DURACIÓN: _____		
PRESENTACIÓN:	SITUACIÓN	BORRAMIENTO	CONSISTENCIA		
PRESENTACIÓN: _____		POSICIÓN: _____			
BOLSA: ÍNTEGRA ☐	ROTA ☐	a las _____ horas	COLOR: _____		
MONITORIZACIÓN:	INTERNA ☐	F.C.F. 1 _____			
	EXTERNA ☐	F.C.F. 2 _____			
PARÁMETROS MATERNOs: TEMP. _____		PULSO _____	T.A. _____	PH _____	
MEDICACIÓN: _____					

FECHA: _____		HORA: _____		Dr./a/Mat.: _____	
PLANO DE DILATACIÓN: DILATACIÓN: _____ cm.		ALTURA: _____			
CONTRACCIONES:	FRECUENCIA: _____	INTENSIDAD: _____	DURACIÓN: _____		
PRESENTACIÓN:	SITUACIÓN	BORRAMIENTO	CONSISTENCIA		
PRESENTACIÓN: _____		POSICIÓN: _____			
BOLSA: ÍNTEGRA ☐	ROTA ☐	a las _____ horas	COLOR: _____		
MONITORIZACIÓN:	INTERNA ☐	F.C.F. 1 _____			
	EXTERNA ☐	F.C.F. 2 _____			
PARÁMETROS MATERNOs: TEMP. _____		PULSO _____	T.A. _____	PH _____	
MEDICACIÓN: _____					

FECHA: _____		HORA: _____		Dr./a/Mat.: _____	
PLANO DE DILATACIÓN: DILATACIÓN: _____ cm.		ALTURA: _____			
CONTRACCIONES:	FRECUENCIA: _____	INTENSIDAD: _____	DURACIÓN: _____		
PRESENTACIÓN:	SITUACIÓN	BORRAMIENTO	CONSISTENCIA		
PRESENTACIÓN: _____		POSICIÓN: _____			
BOLSA: ÍNTEGRA ☐	ROTA ☐	a las _____ horas	COLOR: _____		
MONITORIZACIÓN:	INTERNA ☐	F.C.F. 1 _____			
	EXTERNA ☐	F.C.F. 2 _____			
PARÁMETROS MATERNOs: TEMP. _____		PULSO _____	T.A. _____	PH _____	
MEDICACIÓN: _____					

FECHA: _____		HORA: _____		Dr./a/Mat.: _____	
PLANO DE DILATACIÓN: DILATACIÓN: _____ cm.		ALTURA: _____			
CONTRACCIONES:	FRECUENCIA: _____	INTENSIDAD: _____	DURACIÓN: _____		
PRESENTACIÓN:	SITUACIÓN	BORRAMIENTO	CONSISTENCIA		
PRESENTACIÓN: _____		POSICIÓN: _____			
BOLSA: ÍNTEGRA ☐	ROTA ☐	a las _____ horas	COLOR: _____		
MONITORIZACIÓN:	INTERNA ☐	F.C.F. 1 _____			
	EXTERNA ☐	F.C.F. 2 _____			
PARÁMETROS MATERNOs: TEMP. _____		PULSO _____	T.A. _____	PH _____	
MEDICACIÓN: _____					

ANEXO 24

Modelo

Mostrar/Ocultar

FECHA: _____		HORA: _____		Dr./a/Mat.: _____	
PLANO DE DILATACIÓN: DILATACIÓN: _____ cm. ALTURA: _____					
CONTRACCIONES: FRECUENCIA: _____		INTENSIDAD: _____		DURACIÓN: _____	
PRESENTACIÓN: SITUACIÓN		BORRAMIENTO		CONSISTENCIA	
PRESENTACIÓN: _____		POSICIÓN: _____			
BOLSA: ÍNTEGRA ☐	ROTA ☐	a las _____ horas		COLOR: _____	
MONITORIZACIÓN: INTERNA ☐		F.C.F. 1 _____			
EXTERNA ☐		F.C.F. 2 _____			
PARÁMETROS MATERNOs: TEMP. _____		PULSO _____		T.A. _____	PH _____
MEDICACIÓN: _____					

FECHA: _____		HORA: _____		Dr./a/Mat.: _____	
PLANO DE DILATACIÓN: DILATACIÓN: _____ cm. ALTURA: _____					
CONTRACCIONES: FRECUENCIA: _____		INTENSIDAD: _____		DURACIÓN: _____	
PRESENTACIÓN: SITUACIÓN		BORRAMIENTO		CONSISTENCIA	
PRESENTACIÓN: _____		POSICIÓN: _____			
BOLSA: ÍNTEGRA ☐	ROTA ☐	a las _____ horas		COLOR: _____	
MONITORIZACIÓN: INTERNA ☐		F.C.F. 1 _____			
EXTERNA ☐		F.C.F. 2 _____			
PARÁMETROS MATERNOs: TEMP. _____		PULSO _____		T.A. _____	PH _____
MEDICACIÓN: _____					

FECHA: _____		HORA: _____		Dr./a/Mat.: _____	
PLANO DE DILATACIÓN: DILATACIÓN: _____ cm. ALTURA: _____					
CONTRACCIONES: FRECUENCIA: _____		INTENSIDAD: _____		DURACIÓN: _____	
PRESENTACIÓN: SITUACIÓN		BORRAMIENTO		CONSISTENCIA	
PRESENTACIÓN: _____		POSICIÓN: _____			
BOLSA: ÍNTEGRA ☐	ROTA ☐	a las _____ horas		COLOR: _____	
MONITORIZACIÓN: INTERNA ☐		F.C.F. 1 _____			
EXTERNA ☐		F.C.F. 2 _____			
PARÁMETROS MATERNOs: TEMP. _____		PULSO _____		T.A. _____	PH _____
MEDICACIÓN: _____					

FECHA: _____		HORA: _____		Dr./a/Mat.: _____	
PLANO DE DILATACIÓN: DILATACIÓN: _____ cm. ALTURA: _____					
CONTRACCIONES: FRECUENCIA: _____		INTENSIDAD: _____		DURACIÓN: _____	
PRESENTACIÓN: SITUACIÓN		BORRAMIENTO		CONSISTENCIA	
PRESENTACIÓN: _____		POSICIÓN: _____			
BOLSA: ÍNTEGRA ☐	ROTA ☐	a las _____ horas		COLOR: _____	
MONITORIZACIÓN: INTERNA ☐		F.C.F. 1 _____			
EXTERNA ☐		F.C.F. 2 _____			
PARÁMETROS MATERNOs: TEMP. _____		PULSO _____		T.A. _____	PH _____
MEDICACIÓN: _____					

ANEXO 25

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre... Dirección Teléfono: 92X XXX XXX Cod. Posi. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: Nombre: Sexo: ☐ V ☐ M Fecha nac.: / / N° de Historia: N° de Episodio: Servicio: Planta: Cama: Tipo pac:
NOMBRE DE LA MADRE EDAD PROFESIÓN Y LUGAR DE TRABAJO GRUPO Y RH	
EMBARAZOS ANTERIORES Partos normales ☐ Partos distócicos ☐ Cesáreas ☐ Abortos ☐ Patología perinatal:	
ANTECEDENTES DE LA MADRE HÁBITOS: Alcohol ☐ Tabaco ☐ Drogas ☐ AUMENTO PONDERAL: gr.	
ANTECEDENTES DEL PADRE PROFESIÓN Y LUGAR DE TRABAJO GRUPO Y RH	
ANTECEDENTES FAMILIARES	
GESTACIÓN: Único ☐ Múltiple ☐ N° ☐ SEMANAS: CONTROLADO: 1° Trimestre ☐ 2° Trimestre ☐ 3° Trimestre ☐ HALLAZGOS ECOGRÁFICOS INFECCIONES: PATOLOGÍA: MEDICACIÓN:	
PARTO: Fecha de Inicio: Hora de Inicio: FIEBRE: SI ☐ NO ☐ TIPO DE PARTO: Embríico ☐ Cesárea ☐ Forceps ☐ Ventosa ☐ Espátulas ☐ Motivo: PRESENTACIÓN: AMNIOREXIS: ROTURA ALTA ☐ FECHA HORA ROTURA TOTAL ☐ FECHA HORA LIQ. AMNÍOTICO CANTIDAD CLARO ☐ HEMORRÁGICO ☐ MECONIAL ☐ DILATACIÓN Estimulada ☐ Inducida ☐ Espontánea ☐ Tiempo de Dilatación: Tiempo que ha recibido Oxitocina EXPULSIVO Tiempo PORTADORA STREPTOCOCCO B SI ☐ NO ☐ MEDICACIÓN: Profilaxis:	
SUFRIMIENTO FETAL: NO ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ S.F. Crónico ☐ S.F. Agudo ☐ ANESTESIA Local ☐ General ☐ Epidural ☐ Espinal ☐ PLACENTA Normal ☐ Infartos ☐ Calcificaciones ☐ Surcos Borrados ☐ Surcos Semiborrados ☐ CORDÓN: Circulares ☐ Nudos ☐ PH Calota: Arteria Umbilical Vena Umbilical	
HOJA DEL RECIÉN NACIDO XX.XX	

ANEXO 26

Modelo

Mostrar/Ocultar

NIDO N.º

APELLIDOS DEL RECIÉN NACIDO:

FECHA DE NACIMIENTO dd-mm-aaaa

HORA:

SEXO: V ☐ M ☐

PESO: gr.

EDAD GESTACIONAL: semanas

REANIMACIÓN

Aspiración ☐

Ambo ☐ O₂ ☐

Inubación ☐

FIRMA:

OBSERVACIONES

Reanimador / a:

N.º de Colegiado/a:

HALLAZGOS PATOLÓGICOS POR ECOGRAFÍA:

FIRMA:

D. / Dña.

N.º de Colegiado/a:

TEST DE APGAR

CRITERIOS	VALORACIÓN					
	0	1	2	1'	5'	10'
FREC. CARDIACA	Ausente	Inf. a 100/m.	Sup. a 100/m.			
FREC. RESPIRATORIA	Ausente	Lenta, irregular	Buena, llanto			
TONO MUSCULAR	Débil	Mejoramiento espontáneo de L.E.	Mejoramiento espontáneo			
RESP. REF. CATETER	Ninguna	Hace mucosas	Tor o cromado			
COLOR DE LA PIEL	Lívido	Tronco rosado, E.E. cianótico	Rosado			
TOTAL						

IMPRESIONES DIGITALES
DEL NEONATO

IMPRESIONES DIGITALES
DE LA MADRE

PULGAR DERECHO

ÍNDICE DERECHO

FIRMA:

D. / Dña.

N.º de Colegiado/a:

ANEXO 27

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

ANEXO 28

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO

Hospital Nombre Nombre...

Dirección

Téno.: 92X XXX XXX

Cod. Post. Ciudad, Localidad

[ETIQUETA IDENTIFICATIVA]

Apellidos: _____

Nombre: _____ Sexo: ☐ V ☐ M Fecha nac.: ____/____/____

N.º de Historia: _____ N.º de Episodio: _____

Servicio: _____ Planta: _____ Cama: _____ Tho. pac: _____

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS

SERVICIO SOLICITANTE: _____ PLANTA: _____ CAMA: _____

DIAGNÓSTICO: _____ FECHA: _____ HORA: _____

TRANSFUSIONES PREVIAS: SI ☐ NO ☐ FECHA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN: _____

REACCIONES TRANSFUSIONALES SI ☐ NO ☐ TIPO: _____

DATOS ANALÍTICOS:	PRODUCTO SOLICITADO	Cantidad	TIPO DE SOLICITUD
Hemoglobina _____	Concentrado de Hematíes ☐	_____	☐ CIRUGÍA PROGRAMADA
Plaquetas _____	Plasma Fresco Congelado ☐	_____	Fecha de la Cirugía: ____/____/____
Activ. Protrombina _____	Concentrado de Plaquetas ☐	_____	☐ EN EL DÍA
Fibrinógeno _____	Sangre Total ☐	_____	☐ URGENTE
Anticoagulantes _____	Crioprecipitado ☐	_____	☐ URGENCIA VITAL (Sin pruebas cruzadas)
	Aféresis de Plaquetas ☐	_____	

OBSERVACIONES: _____

Sólo se podrá realizar previa coordinación con el Banco de Sangre

Requiere la Firma del Médico Responsable, sólo para Urgencia Vital

MÉDICO SOLICITANTE Dr. / Dra.: _____ N.º de Colegiado/a: _____	MUESTRA DEL PACIENTE TOMADA POR: Fecha: ____/____/____ Nombre y Firma: _____ HORA:
--	---

EN TOTAL EL CONCEPTO DEBERÁ CONSTAR CLARAMENTE EL NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE Y DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA TRANSFUSIÓN, ASÍ COMO EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO.

RECEPCIÓN EN BANCO DE SANGRE Fecha: ____/____/____ HORA: Nombre y firma del Receptor: _____	TIPAJE Y PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD GRUPO: _____ Rh: _____ Anticuerpos Irregulares: _____
---	---

TRANSFUSIÓN XX.XX

ANEXO 29

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO

Hospital Nombre Nombre Nombre...

Dirección

Tel.: 92X XXX XXX

Cod. Post. Ciudad, Localidad

[ETIQUETA IDENTIFICATIVA]

Apellidos: _____

Nombre: _____ Sexo ☐ M ☐ F Fecha nac: ____/____/____

N.º de Historia: _____ N.º de Episodio: _____

Servicio: _____ Planta: _____ Cama: _____ Tipo pac: _____

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS

SERVICIO SOLICITANTE _____ PLANTA _____ CAMA _____

DIAGNÓSTICO _____ FECHA _____ HORA _____

TRANSFUSIONES PREVIAS: SI ☐ NO ☐ FECHA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN: _____

REACCIONES TRANSFUSIONALES SI ☐ NO ☐ TIPO: _____

DATOS ANALÍTICOS:	PRODUCTO SOLICITADO	Cantidad	TIPO DE SOLICITUD
Hemoglobina _____	Concentrado de Hematíes ☐	_____	☐ CIRUGÍA PROGRAMADA
Plaquetas _____	Plasma Fresco Congelado ☐	_____	Fecha de la Cirugía ____/____/____
Activ. Protrombina _____	Concentrado de Plaquetas ☐	_____	☐ EN EL DÍA
Fibrinógeno _____	Sangre Total ☐	_____	☐ URGENTE
Anticoagulantes _____	Crioprecipitado ☐	_____	☐ URGENCIA VITAL (Sin pruebas cruzadas)
	Aferésis de Plaquetas ☐	_____	

OBSERVACIONES: _____

Sólo se podrá realizar previa coordinación con el Banco de Sangre

Requiere la Firma del Médico Responsable, sólo para Urgencia Vital

MÉDICO SOLICITANTE FIRMA: _____ Dr. / Dra.: _____ N.º de Colegiado/a: _____	MUESTRA DEL PACIENTE TOMADA POR: Fecha: ____/____/____ Nombre y Firma: _____ HORA:
--	---

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA

RECEPCIÓN EN BANCO DE SANGRE Fecha: ____/____/____ HORA: Nombre y firma del Receptor: _____	TIPAJE Y PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD GRUPO _____ Rh _____ Anticuerpos irregulares _____
---	--

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Firma</th> <th style="width: 30%;">Fecha</th> <th style="width: 30%;">Hora</th> </tr> <tr> <td>ENTREGADO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RECIBIDO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COMPROBADO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRADO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Firma	Fecha	Hora	ENTREGADO			RECIBIDO			COMPROBADO			ADMINISTRADO		
Firma	Fecha	Hora														
ENTREGADO																
RECIBIDO																
COMPROBADO																
ADMINISTRADO																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Firma</th> <th style="width: 30%;">Fecha</th> <th style="width: 30%;">Hora</th> </tr> <tr> <td>ENTREGADO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RECIBIDO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COMPROBADO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRADO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Firma	Fecha	Hora	ENTREGADO			RECIBIDO			COMPROBADO			ADMINISTRADO		
Firma	Fecha	Hora														
ENTREGADO																
RECIBIDO																
COMPROBADO																
ADMINISTRADO																

TRANSFUSIÓN XX.XX

ANEXO 30

Modelo

Mostrar/Ocultar

		Firma	Fecha	Hora
	ENTREGADO			
	RECIBIDO			
	COMPROBADO			
	ADMINISTRADO			

		Firma	Fecha	Hora
	ENTREGADO			
	RECIBIDO			
	COMPROBADO			
	ADMINISTRADO			

		Firma	Fecha	Hora
	ENTREGADO			
	RECIBIDO			
	COMPROBADO			
	ADMINISTRADO			

		Firma	Fecha	Hora
	ENTREGADO			
	RECIBIDO			
	COMPROBADO			
	ADMINISTRADO			

		Firma	Fecha	Hora
	ENTREGADO			
	RECIBIDO			
	COMPROBADO			
	ADMINISTRADO			

		Firma	Fecha	Hora
	ENTREGADO			
	RECIBIDO			
	COMPROBADO			
	ADMINISTRADO			

		Firma	Fecha	Hora
	ENTREGADO			
	RECIBIDO			
	COMPROBADO			
	ADMINISTRADO			

		Firma	Fecha	Hora
	ENTREGADO			
	RECIBIDO			
	COMPROBADO			
	ADMINISTRADO			

				TRANSFUSIÓN XX.XX
--	--	--	--	-------------------

ANEXO 31

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre... Dirección Téno.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: Nombre: Sexo: ☐ M ☐ F Fecha nac.:/...../..... N.º de Historia: N.º de Episodio: Servicio: Planta: Cama: Tipo pac.:
---	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS

Debido a su enfermedad y/o intervención quirúrgica puede necesitar la transfusión de sangre o alguno de sus componentes (hematíes, plasma o plaquetas) para no tener repercusiones graves en su salud (anemia grave o hemorragia), sin que esta transfusión pueda sustituirse por ningún otro tratamiento conocido.

La sangre o componentes que pueda recibir proceden de donantes voluntarios que gozan de buena salud, seleccionados por un equipo especializado y su sangre es estudiada rigurosamente con los análisis que exige la ley en este momento, para evitar que pueda transmitirle alguna enfermedad.

Aun así, existe un pequeño porcentaje de casos que pueden transmitir enfermedades a pesar de ser indetectables en los análisis (Hepatitis B: un caso de cada 200.000 transfusiones, Hepatitis C: 1/3.500 - 5000, SIDA: 1/250.000 - 500.000). Se pueden transmitir otras enfermedades pero con una probabilidad mucho menor. También podrían transmitirse enfermedades no conocidas en este momento.

La Transfusión de componentes sanguíneos también puede provocar otros problemas: alérgicos, inmunológicos u otros, que en raras ocasiones pueden ser graves.

Existe la posibilidad de la AUTOTRANSFUSIÓN (donación de su propia sangre para usted mismo, previamente a su probable utilización), para la cual pueden cumplir una serie de condiciones de la salud y de previsión de utilización de la sangre que no siempre se dan. En el caso de la autotransfusión los riesgos expuestos anteriormente desaparecen. En caso de URGENCIA no es posible la técnica de AUTOTRANSFUSIÓN.

CONSENTIMIENTO

Tras haber leído la hoja de consentimiento, y habiéndose explicado de forma satisfactoria, qué es, cómo se realiza y para qué sirve la transfusión de sangre o componentes que puedo recibir, así como los riesgos que puede tener esta práctica, he comprendido lo anterior y **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LAS TRANSFUSIONES QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS MIENTRAS DURE EL PROCESO QUE PADEZCO ACTUALMENTE**, si bien puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Fecha:/...../.....

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL Firma:	NOMBRE DEL MÉDICO QUE INFORMÓ Firma:
NOTA: En caso de minoría de edad, incapacidad del enfermo para decidir en ese momento o delegación de responsabilidades, la autorización la debe dar el tutor legal o familiar.	
TRANSFUSIÓN XX.XX	

ANEXO 32

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre Nombre... Dirección Tfno.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellido: Nombre: Sexo: ☐ V ☐ M Fecha nac:/...../..... N° de Historia: N° de Episodio: Servicio: Planta: Cama: Tfno. pac:	
Nombre y apellidos del Enfermero/a: Tfno. Enfermero/a: Fecha Informe:/...../.....		
Procedencia Motivo y fecha de ingreso Resumen de la estancia Problemas de enfermería no resueltos al alta Cuidados y recomendaciones Maneja Crítico y Oncofarmacos Destino		
Nombre, firma y n.º de colegiado al acabar este documento		
INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA XX.XX		

ANEXO 33

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre Nombre... Dirección Tlno.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: ☐ V ☐ M Fecha nac.: ____/____/____ N° de Historia: _____ N° de Episodio: _____ Servicio: _____ Planta: _____ Cama: _____ Tlno. pac: _____
Precedencia Motivo y fecha de ingreso Resumen de la estancia Problemas de enfermería no resueltos al alta Cuidados y recomendaciones Maneja Oral y Otopreparación Dudas	
Nombre, firma y n.º de colegiado al acabar este documento	INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA CONTINUACIÓN XX.XX

ANEXO 34

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre Nombre... Dirección Tfno.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: _____ Nombre: _____ Sexo: ☐ V ☐ M Fecha nac: ____/____/____ N.º de Historia: _____ N.º de Episodio: _____ Servicio: _____ Planta: _____ Cama: _____ Tipo pac: _____
ALERGIAS: _____	
Nombre y apellidos del Enfermero/a: _____ Fecha: ____/____/____	
GUOS PREVIOS OBSERVACIONES AL INGRESO VALORACIÓN DE MEDICIONES • Orquestas • Clavados • Masaje/Masaj • Electrodo • Vigila • Monitor/Ejercito • Descontos y suelta • Capítulos/Parapet • Comunicar/Palacio • Adaptación OTROS DATOS DE INTERÉS	
Nombre, firma y n.º de colegiado al acabar este documento	
VALORACIÓN INICIAL ENFERMERÍA XX.XX	

ANEXO 35

Modelo

Mostrar/Ocultar

	DATOS PREVIOS OBSERVACIONES AL IMPRESO VALORACIÓN DE NECESIDADES - Organización - Dirección - Instalaciones - Elementos - Vigencia - Metodología - Recursos y medio - Capacidad - Comunicación - Autoevaluación OTROS DATOS DE INTERÉS
	Nombre, firma y n.º de colegiado al acabar este documento

ANEXO 36

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre Nombre... Dirección Télex: 92X XXX XXX Cod. Pos. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: _____ Nombre: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Fecha nac: ____/____/____ N.º de Historia: _____ N.º de Episodio: _____ Servicio: _____ Planta: _____ Cama: _____ Tipo pac: _____																																																																																																																																																																																																																																											
ALERGIAS: _____ G.S. _____ R.H. _____																																																																																																																																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">FECHA</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>DÍAS ESTANCIA</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>DÍAS POSTOPER.</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>PA FC FR T°</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>150 42</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>300 140 60 41</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>250 120 50 40</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>200 100 40 39</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>150 90 30 38</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>100 80 20 37</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>50 40 10 36</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0 20 0 35</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		FECHA											DÍAS ESTANCIA											DÍAS POSTOPER.											PA FC FR T°																						150 42																						300 140 60 41																						250 120 50 40																						200 100 40 39																						150 90 30 38																						100 80 20 37																						50 40 10 36																						0 20 0 35																									
FECHA																																																																																																																																																																																																																																												
DÍAS ESTANCIA																																																																																																																																																																																																																																												
DÍAS POSTOPER.																																																																																																																																																																																																																																												
PA FC FR T°																																																																																																																																																																																																																																												
150 42																																																																																																																																																																																																																																												
300 140 60 41																																																																																																																																																																																																																																												
250 120 50 40																																																																																																																																																																																																																																												
200 100 40 39																																																																																																																																																																																																																																												
150 90 30 38																																																																																																																																																																																																																																												
100 80 20 37																																																																																																																																																																																																																																												
50 40 10 36																																																																																																																																																																																																																																												
0 20 0 35																																																																																																																																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">P.V.C.</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>PESO / TALLA</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>DIETA</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="10" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">B A L A N C E H I D R I C O M E T R O L O</td> <td style="text-align: center;">E N T R A D A</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I N G E S T A</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">F L U I D O T E R A P I A</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A P O R T A C I O N E N D O G. M T N</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D I U R E S I S</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D E P O S I C I O N</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V O M I T O S</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A S P I R A C I O N</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D R E N A J E S</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">P É R D I D A S I N S E N S I B L E S</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T O T A L</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">E N T R A D A S</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">S A L I D A S</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B A L. D I A R I O</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A C U M U L A D O</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">C E T O M E T R O L O</td> <td style="text-align: center;">G L U C E M I A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G L U C O S U R I A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C E T O M U R I A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G L U C O S A P P</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I N S U L I N A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		P.V.C.											PESO / TALLA											DIETA											B A L A N C E H I D R I C O M E T R O L O	E N T R A D A										I N G E S T A										F L U I D O T E R A P I A										A P O R T A C I O N E N D O G. M T N										D I U R E S I S										D E P O S I C I O N										V O M I T O S										A S P I R A C I O N										D R E N A J E S										P É R D I D A S I N S E N S I B L E S										T O T A L										E N T R A D A S										S A L I D A S										B A L. D I A R I O										A C U M U L A D O										C E T O M E T R O L O	G L U C E M I A										G L U C O S U R I A										C E T O M U R I A										G L U C O S A P P										I N S U L I N A									
P.V.C.																																																																																																																																																																																																																																												
PESO / TALLA																																																																																																																																																																																																																																												
DIETA																																																																																																																																																																																																																																												
B A L A N C E H I D R I C O M E T R O L O	E N T R A D A																																																																																																																																																																																																																																											
	I N G E S T A																																																																																																																																																																																																																																											
	F L U I D O T E R A P I A																																																																																																																																																																																																																																											
	A P O R T A C I O N E N D O G. M T N																																																																																																																																																																																																																																											
	D I U R E S I S																																																																																																																																																																																																																																											
	D E P O S I C I O N																																																																																																																																																																																																																																											
	V O M I T O S																																																																																																																																																																																																																																											
	A S P I R A C I O N																																																																																																																																																																																																																																											
	D R E N A J E S																																																																																																																																																																																																																																											
	P É R D I D A S I N S E N S I B L E S																																																																																																																																																																																																																																											
T O T A L																																																																																																																																																																																																																																												
E N T R A D A S																																																																																																																																																																																																																																												
S A L I D A S																																																																																																																																																																																																																																												
B A L. D I A R I O																																																																																																																																																																																																																																												
A C U M U L A D O																																																																																																																																																																																																																																												
C E T O M E T R O L O	G L U C E M I A																																																																																																																																																																																																																																											
	G L U C O S U R I A																																																																																																																																																																																																																																											
	C E T O M U R I A																																																																																																																																																																																																																																											
	G L U C O S A P P																																																																																																																																																																																																																																											
	I N S U L I N A																																																																																																																																																																																																																																											
GRÁFICA DE CONSTANTES XX.XX																																																																																																																																																																																																																																												

ANEXO 37

Modelo

Mostrar/Ocultar

ALERGIAS:.....		G.S.....		R.H.....																		
FECHA																						
DÍAS ESTANCIA																						
DÍAS POSTOPER.																						
PA	FC	FR	T°																			
180		42																				
300	140	60	41																			
250	120	50	40																			
200	100	40	39																			
150	80	30	38																			
100	60	20	37																			
50	40	10	36																			
0	20	0	35																			
P.V.C.																						
PESO / TALLA																						
DIETA																						
B E N T R A L A N C E H I D R I C O	INGESTA																					
	FLUIDOTERAPIA																					
	APORTACIÓN ENDÓG.																					
	DIURESIS	M																				
		T																				
		N																				
	DEPOSICIÓN																					
	VÓMITOS																					
	ASPIRACIÓN																					
	DRENAJES																					
PÉRDIDAS INSEÑALES																						
T O T A L	ENTRADAS																					
	SALIDAS																					
	BAL. DIARIO																					
	ACUMULADO																					
M E T A B O L I C O	GLUCEMIA	D	C	M	C	D	C	M	C	D	C	M	C	D	C	M	C	D	C	M	C	
	GLUCOSURIA																					
	CETONURIA																					
	GLUCOSA PP																					
	INSULINA																					

ANEXO 38

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

ANEXO 39

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

ANEXO 40

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

ANEXO 41

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

ANEXO 42

Modelo

Mostrar/Ocultar

[illegible]

[illegible]

ANEXO 44

Modelo

Mostrar/Ocultar

LOGO Hospital Nombre Nombre... Dirección Tfno.: 92X XXX XXX Cod. Post. Ciudad, Localidad	[ETIQUETA IDENTIFICATIVA] Apellidos: _____ Nombre: _____ Sexo ☐ V ☐ M Fecha nac.: ____/____/____ N.º de Historia: _____ N.º de Episodio: _____ Servicio: _____ Planta: _____ Cama: _____ Tipo pac.: _____																																					
ALERGIAS: _____ GRUPO SANGUÍNEO _____ R.H. _____																																						
PROGRAMACIÓN ORDINARIA ☐ PROGRAMACIÓN EXTRAORDINARIA ☐																																						
CIRCUNSTANCIAS EN QUIRÓFANO DÍA Y HORA DE LLEGADA _____ PROGRAMADA ☐ URGENTE ☐ URG. DIFERIDA ☐ REINTERVENCIÓN ☐ CON HOSPITALIZACIÓN ☐ CMA ☐ AMBULATORIA ☐ I. CONDICIONAL ☐ DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO _____ PROCEDIMIENTO PREVISTO _____	CIRCUNSTANCIAS DEL PACIENTE PREPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL ENFERMO SI ☐ NO ☐ ENSERES PERSONALES ☐ DENTADURA ☐ JOYAS ☐ ENTREGADOS A: _____ VÍA VENOSA CENTRAL ☐ VÍA VENOSA PERIFÉRICA ☐ VÍA ARTERIAL ☐ ESCAYOLAS ☐ TRACCIONES ☐ SONDA NASOGÁSTRICA ☐ SONDA VESICAL ☐																																					
QUIRÓFANO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">EQUIPO</th> <th style="width: 30%;">TIEMPOS</th> <th style="width: 30%;">N.º QUIRÓFANO:</th> <th style="width: 10%;">POSICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CIRUJANO _____</td> <td>HORA LLEGADA ÁREA Q. : : </td> <td rowspan="8" style="vertical-align: top;">DECÚBITO SUPINO ☐</td> <td rowspan="8" style="vertical-align: top;">DECÚBITO PRONO ☐</td> </tr> <tr> <td>1.º AYUDANTE _____</td> <td>HORA INICIO ANESTESIA : : </td> <td>DECÚBITO LATERAL ☐</td> </tr> <tr> <td>2.º AYUDANTE _____</td> <td>HORA ENTRADA QUIRÓF. : : </td> <td>POSIC. GINECOLÓGICA ☐</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIOLOGO _____</td> <td>HORA INICIO INTERVENC. : : </td> <td>OTRAS _____</td> </tr> <tr> <td>ATS/DUE INSTRUMENTISTA _____</td> <td>HORA FINAL INTERVENC. : : </td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATS/DUE CIRCULANTE _____</td> <td>HORA FINAL ANESTESIA : : </td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTROS _____</td> <td>HORA SALIDA QUIRÓF. : : </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>HORA SALIDA ÁREA Q. : : </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>HORA ISQUEMIA : : </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>HORA FINAL ISQUEMIA : : </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		EQUIPO	TIEMPOS	N.º QUIRÓFANO:	POSICIÓN	CIRUJANO _____	HORA LLEGADA ÁREA Q. : :	DECÚBITO SUPINO ☐	DECÚBITO PRONO ☐	1.º AYUDANTE _____	HORA INICIO ANESTESIA : :	DECÚBITO LATERAL ☐	2.º AYUDANTE _____	HORA ENTRADA QUIRÓF. : :	POSIC. GINECOLÓGICA ☐	ANESTESIOLOGO _____	HORA INICIO INTERVENC. : :	OTRAS _____	ATS/DUE INSTRUMENTISTA _____	HORA FINAL INTERVENC. : :		ATS/DUE CIRCULANTE _____	HORA FINAL ANESTESIA : :		OTROS _____	HORA SALIDA QUIRÓF. : :			HORA SALIDA ÁREA Q. : :			HORA ISQUEMIA : :				HORA FINAL ISQUEMIA : :		
EQUIPO	TIEMPOS	N.º QUIRÓFANO:	POSICIÓN																																			
CIRUJANO _____	HORA LLEGADA ÁREA Q. : :	DECÚBITO SUPINO ☐	DECÚBITO PRONO ☐																																			
1.º AYUDANTE _____	HORA INICIO ANESTESIA : :			DECÚBITO LATERAL ☐																																		
2.º AYUDANTE _____	HORA ENTRADA QUIRÓF. : :			POSIC. GINECOLÓGICA ☐																																		
ANESTESIOLOGO _____	HORA INICIO INTERVENC. : :			OTRAS _____																																		
ATS/DUE INSTRUMENTISTA _____	HORA FINAL INTERVENC. : :																																					
ATS/DUE CIRCULANTE _____	HORA FINAL ANESTESIA : :																																					
OTROS _____	HORA SALIDA QUIRÓF. : :																																					
	HORA SALIDA ÁREA Q. : :																																					
	HORA ISQUEMIA : :																																					
	HORA FINAL ISQUEMIA : :																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">ANESTESIA</th> <th style="width: 25%;">TRANSFUSIONES</th> <th style="width: 25%;">BIOPSIAS</th> <th style="width: 25%;">DRENAJES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GENERAL ☐</td> <td>SANGRE ☐</td> <td>INTRAOPERATORIA ☐ n.f.</td> <td>REDÓN _____ c.c.</td> </tr> <tr> <td>LOCORREGIONAL ☐</td> <td>CONCENTRADO ☐</td> <td>ENVIADAS A ANAT. PAT. ☐</td> <td>TORÁCICO _____ c.c.</td> </tr> <tr> <td>LOCAL ☐</td> <td>PLASMA ☐</td> <td>CITOLOGÍA ☐</td> <td>SONDA NSG _____ c.c.</td> </tr> <tr> <td>TÓPICA ☐</td> <td>PLAQUETAS ☐</td> <td>BACTERIOLOGÍA ☐</td> <td>SONDA VESICAL _____ c.c.</td> </tr> <tr> <td>SEDACIÓN ☐</td> <td>OTROS ☐</td> <td>ENVIADAS A LABORAT. ☐</td> <td>OTROS _____ c.c.</td> </tr> </tbody> </table>		ANESTESIA	TRANSFUSIONES	BIOPSIAS	DRENAJES	GENERAL ☐	SANGRE ☐	INTRAOPERATORIA ☐ n.f.	REDÓN _____ c.c.	LOCORREGIONAL ☐	CONCENTRADO ☐	ENVIADAS A ANAT. PAT. ☐	TORÁCICO _____ c.c.	LOCAL ☐	PLASMA ☐	CITOLOGÍA ☐	SONDA NSG _____ c.c.	TÓPICA ☐	PLAQUETAS ☐	BACTERIOLOGÍA ☐	SONDA VESICAL _____ c.c.	SEDACIÓN ☐	OTROS ☐	ENVIADAS A LABORAT. ☐	OTROS _____ c.c.													
ANESTESIA	TRANSFUSIONES	BIOPSIAS	DRENAJES																																			
GENERAL ☐	SANGRE ☐	INTRAOPERATORIA ☐ n.f.	REDÓN _____ c.c.																																			
LOCORREGIONAL ☐	CONCENTRADO ☐	ENVIADAS A ANAT. PAT. ☐	TORÁCICO _____ c.c.																																			
LOCAL ☐	PLASMA ☐	CITOLOGÍA ☐	SONDA NSG _____ c.c.																																			
TÓPICA ☐	PLAQUETAS ☐	BACTERIOLOGÍA ☐	SONDA VESICAL _____ c.c.																																			
SEDACIÓN ☐	OTROS ☐	ENVIADAS A LABORAT. ☐	OTROS _____ c.c.																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">RECuento</th> <th style="width: 50%;">RADIOLOGÍA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LÍQUIDOS: ASPIRADO _____ LAVADO _____</td> <td>INTENSIFICADOR DE IMAGEN SI ☐ NO ☐ RADIOGRAFÍAS SI ☐ NO ☐</td> </tr> <tr> <td>COMPLETO ☐</td> <td>NO ☐ ELECTROCOAGULACIÓN</td> </tr> <tr> <td>SI ☐ NO ☐</td> <td>SI ☐ TIPO / COLOCADA EN _____</td> </tr> </tbody> </table>		RECuento	RADIOLOGÍA	LÍQUIDOS: ASPIRADO _____ LAVADO _____	INTENSIFICADOR DE IMAGEN SI ☐ NO ☐ RADIOGRAFÍAS SI ☐ NO ☐	COMPLETO ☐	NO ☐ ELECTROCOAGULACIÓN	SI ☐ NO ☐	SI ☐ TIPO / COLOCADA EN _____																													
RECuento	RADIOLOGÍA																																					
LÍQUIDOS: ASPIRADO _____ LAVADO _____	INTENSIFICADOR DE IMAGEN SI ☐ NO ☐ RADIOGRAFÍAS SI ☐ NO ☐																																					
COMPLETO ☐	NO ☐ ELECTROCOAGULACIÓN																																					
SI ☐ NO ☐	SI ☐ TIPO / COLOCADA EN _____																																					
DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO _____ INTERVENCIÓN REALIZADA _____ SUSPENSIÓN SI ☐ NO ☐ MOTIVO _____																																						
DESTINO HABITACIÓN ☐ DESPERTAR ☐ REANIMACIÓN ☐ UVI ☐ CMA ☐ AMBULATORIO ☐ ÉXITUS ☐ OTRAS _____																																						
Firma Enf. Instrumentista _____ Firma Enf. Circulante _____ D. / Día: _____ D. / Día: _____																																						
REGISTRO DE ENFERMERÍA ÁREA QUIRÚRGICA XX.XX																																						

ANEXO 45

Modelo

Mostrar/Ocultar

OBSERVACIONES		
ADHESIVOS ESTERILIZACIÓN		
ADHESIVOS HEMATOLOGÍA		
ADHESIVOS MATERIAL IMPLANTADO		
CAUSAS SUSPENSIÓN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (CODIFICACIÓN)		
1. Causas Debidas al Centro		2. Causas Debidas al Paciente
1.1. Falta de preparación del paciente. 1.2. Preoperatorio insuficiente. 1.3. Ausencia de facultativo. 1.4. Ausencia de Anestesiista. 1.5. Ausencia Personal Enfermería/Auxiliar. 1.6. Falta de preparación instrumental. 1.7. Falta de Sangre.	1.8. Falta de quirófano por cancelación patologías leves por otras más graves o urgentes. 1.9. Orden del médico. 1.10. Falta de tiempo de quirófano. 1.11. Falta de Camas UMI/REA/DESPERT. 1.12. Conflicto colectivo. 1.13. Otras.	2.1. Incomparecencia. 2.2. Apatía del paciente. 2.3. Mejora del paciente. 2.4. Enfermedad intercurrente.

ANEXO 46

Definiciones, clasificaciones y sistemas de codificación

Mostrar/Ocultar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL (HOSPITAL)
Viene designado por el número establecido en el Catálogo Nacional de Hospitales y estará compuesto por seis dígitos alfanuméricos. En el caso de los Complejos Hospitalarios se utilizará el identificador del Hospital y no el del Complejo.
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (HISTORIA)
Se identificará por el número de historia clínica, que será único por paciente y constará de doce dígitos alfanuméricos. En el caso de tener menos de 12 dígitos se justificará a la izquierda, y cuando no sea posible identificar el número de historia se pondrá en todas las posiciones el número 9.
3. NÚMERO DE REGISTRO DE ACTIVIDAD (ICU)
Constará de un código alfanumérico de once dígitos, definidos de la siguiente forma:
 - a) Los cuatro primeros dígitos corresponden al año.
 - b) El quinto dígito identificará el tipo de episodio, ateniéndose a la siguiente codificación:
 - 1 Hospitalización
 - 2 Consulta Externa
 - 3 Urgencias
 - 4 Hospital de Día
 - 5 Cirugía Ambulatoria
 - 6 Hospitalización a Domicilio
 - c) Los seis últimos dígitos son un contador secuencial automático de actividad.
4. FECHA DE NACIMIENTO (FECNAC)
Se expresará mediante un código alfanumérico de ocho dígitos, los dos primeros corresponden al día, los dos siguientes al mes y los cuatro últimos al año. Si los días o meses fueran inferiores a 10 se pondrá un 0 en la primera posición, y cuando se desconozca algún dato se pondrá en todas las posiciones el número 9.
5. SEXO (SEXO)
Se designará mediante un código numérico de un único dígito, codificado de la siguiente forma:
 - 1 Varón
 - 2 Mujer
 - 3 Indeterminado (exclusivamente estados intersexos)
 - 9 Desconocido
6. RESIDENCIA (RESIDE)
Se consignará el lugar de residencia habitual, codificándose mediante cinco dígitos alfanuméricos correspondientes al código postal de su domicilio. En el caso de extranjeros se pondrá el número 54 en las dos primeras posiciones seguido del código del país correspondiente en las tres siguientes (se utilizarán los Códigos de la Internacional Organización for Standardization, ISO). En caso de desconocerse los datos se pondrá en todas las posiciones el número 9.
A estos efectos se considerará residencia habitual el lugar donde resida la mayor parte del año, y si ese criterio no fuera suficiente el lugar donde estuviera empadronado.

Mostrar/Ocultar

7. FINANCIACIÓN (REGFIN)

Es un dato numérico de un solo dígito. Se contemplan las siguientes posibilidades como fuente de financiación de la asistencia prestada:

- 0 Otros
- 1 Sistema Nacional de Salud y Extranjeros cuya financiación corra a cargo de éste
- 2 Corporaciones Locales o Cabildos Insulares
- 3 Mutuas Públicas de Asistencia Sanitaria (MUFACE, ISFAS, etc..)
- 4 Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales
- 5 Entidades Aseguradoras de Accidentes de Tráfico
- 6 Privados y Extranjeros cuya financiación no corra a cargo del Sistema Nacional de Salud
- 7 Financiación Mixta
- 8 Entidades Colaboradoras con la Seguridad Social
- 9 Desconocido

8. FECHA DEL INGRESO (FECING)

Se expresará mediante un código de ocho dígitos, los dos primeros corresponden al día, los dos siguientes al mes y los cuatro últimos al año. Si los días o meses fueran inferiores a 10 se pondrá un 0 en la primera posición, y cuando se desconozca algún dato se pondrá en todas las posiciones un número 9.

9. CIRCUNSTANCIAS DEL INGRESO (TIPING)

Es un dato numérico de un solo dígito. Se contemplan las siguientes posibilidades:

- 1. Urgente (incluye los Recién Nacidos Patológicos)
- 2. Programado
- 3. Judicial y asimilados
- 4 Desconocido

Dentro de los "Judiciales" se incluirán tanto pacientes ingresados de forma urgente (psiquiátricos con orden judicial de ingreso), como los internos de centros penitenciarios (programados o urgentes), niños en espera de adopción y los ingresos por malos tratos.

10. HOSPITAL DE PROCEDENCIA (PROCEDE)

En caso de proceder directamente de otro hospital (tanto si estaba ingresado en el mismo como si procedía de su Servicio de Urgencias), dicho centro vendrá designado por el número establecido en el Catálogo Nacional de Hospitales y estará compuesto por seis dígitos alfanuméricos. En el caso de los Complejos Hospitalarios se utilizará el identificador del Hospital y no el del Complejo.

11. FECHA DE INTERVENCIÓN (FECINT)

Se expresará mediante un código alfanumérico de ocho dígitos, los dos primeros corresponden al día, los dos siguientes al mes y los cuatro últimos al año. Si los días o meses fueran inferiores a 10 se pondrá un 0 en la primera posición, y cuando se desconozca algún dato se pondrá en todas las posiciones el número 9.

Se consignará sólo la fecha de la primera intervención realizada, considerándose intervención todo acto quirúrgico llevado a cabo en quirófano.

Quirófano son las salas destinadas a asistencia quirúrgica del enfermo, dotada de mesa de operaciones, cuyo equipamiento debe permitir:

- Una iluminación ajustable de poder suficiente para permitir un trabajo delicado.
- Condiciones asépticas que permitan la preparación de instrumentos estériles.
- Locales para cambio de ropa del personal.
- La provisión de anestesia más compleja que la que puede proporcionarse en las salas de hospitalización, por ejemplo anestesia general, espinal, epidural o bloqueo nervioso con anestésicos locales.

Mostrar/Ocultar

-Niveles de protección eléctrica específica para este tipo de locales, de acuerdo con la legislación vigente.

No tendrán la consideración de quirófanos:

- Los paritorios
- Las salas de extracción dental
- Las salas de radiología, incluida la intervencionista
- Las salas de curas

12. FECHA DE ALTA (FECALT)

Se expresará mediante un código alfanumérico de ocho dígitos, los dos primeros corresponden al día, los dos siguientes al mes y los cuatro últimos al año. Si los días o meses fueran inferiores a 10 se pondrá un 0 en la primera posición, y cuando se desconozca algún dato se pondrá en todas las posiciones el número 9. En el caso de que el paciente pase a hospitalización a domicilio, la fecha de alta se considera aquella en que el paciente deja el hospital.

13. CIRCUNSTANCIAS DEL ALTA (TIPALT)

Es un dato numérico de un solo dígito. Se contemplan las siguientes posibilidades:

- 1 Destino a domicilio
- 2 Traslado a otro hospital
- 3 Alta voluntaria / Fuga
- 4 Éxito
- 5 Traslado a Centro Socio-Sanitario y similares
- 6 Hospitalización a Domicilio
- 7 Otro
- 9 Desconocido

Se considera Centro Socio-Sanitario aquel establecimiento de naturaleza asistencial, sustitutos del hogar, donde se presta de forma temporal o permanente atención y cuidados continuados de tipo social y sanitario en régimen de internamiento, procurando la normalización de las condiciones personales del usuario o, si procede, su promoción e inserción social.

14. SERVICIO DE ALTA (SERVICIO)

Consignarse el código del Servicio que da el alta. Será alfabético de cuatro dígitos, los tres primeros dígitos serán los siguientes:

ACV	ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR
ALG	ALERGOLOGÍA
ANR	ANESTESIA Y REANIMACIÓN
CAR	CARDIOLOGÍA
CCA	CIRUGÍA CARDÍACA
CGD	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
CMF	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
CPE	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
CPL	CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
CTO	CIRUGÍA TORÁCICA
DER	DERMATOLOGÍA
DIG	DIGESTIVO
END	ENDOCRINOLOGÍA
FAR	FARMACOLOGÍA CLÍNICA
GIN	GINECOLOGÍA
GRT	GERIATRÍA
HEM	HEMATOLOGÍA
INM	INMUNOLOGÍA
MIP	MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
MIR	MEDICINA INTERNA

Mostrar/Ocultar

MIV	MEDICINA INTENSIVA
MNC	MEDICINA NUCLEAR
NCR	NEUROCIRUGÍA
NEF	NEFROLOGÍA
NEO	NEONATOLOGÍA
NML	NEUMOLOGÍA
NRL	NEUROLOGÍA
OBG	OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA
OBS	OBSTETRICIA
ODN	ODONTOLOGÍA
OFT	OFTALMOLOGÍA
ONC	ONCOLOGÍA MÉDICA
ORL	OTORRINOLARINGOLOGÍA
PED	PEDIATRÍA
PSQ	PSIQUIATRÍA
RAD	RADIODIAGNÓSTICO
RDT	ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA
REH	REHABILITACIÓN
REU	REUMATOLOGÍA
RXV	RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA
TRA	TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
UCI	UNIDAD DE CORONARIAS
UCN	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
UCP	UNIDAD CUIDADOS PALIATIVOS
UCS	UNIDAD CUIDADOS SEMIINTENSIVOS
UEI	UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
ULM	UNIDAD LESIONADOS MEDULARES
UMO	UNIDAD TRASPLANTE MÉDULA ÓSEA
UMT	UNIDAD METABÓLICA ÓSEA
UQU	UNIDAD QUEMADOS
URO	UROLOGÍA
URQ	UNIDAD DE RAQUIS
UTD	UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN

El cuarto dígito se utilizará para diferenciar los casos en que los Centros tengan divididos los Servicios (por ejemplo CGD1, CGD2...) o exista una Unidad Especial dentro del Hospital que la Gerencia quiera diferenciar. No se utilizará para diferenciar los Servicios de los distintos Hospitales que componen un Complejo, pues se diferenciarán por la identificación del Hospital.

15. IDENTIFICACION DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL ALTA (MEDICO)

El médico responsable del alta se identificará por el número de colegiado mediante un código alfanumérico de 9 dígitos.

Mostrar/Ocultar

16. HOSPITAL AL QUE SE TRASLADA (TRASLADO)

En caso de que la circunstancia del alta sea el "Traslado a otro Hospital", dicho centro vendrá designado por el número establecido en el Catálogo Nacional de Hospitales y estará compuesto por 6 dígitos alfanuméricos.

17. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (C1)

Se entiende por "diagnóstico principal" el proceso patológico que tras el estudio pertinente se considera el responsable del ingreso del paciente en el hospital. El Sistema de Codificación es la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica, (CIE-9-MC), mediante código alfanumérico de 6 dígitos.

18. OTROS DIAGNÓSTICOS (C2-C10)

Se entiende por "otros diagnósticos" los procesos patológicos que no son el principal y que coexisten con el mismo en el momento del ingreso, o que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, o que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior, y que no tienen que ver con el que ha ocasionado la actual estancia hospitalaria. El Sistema de Codificación es la CIE-9-MC, mediante código alfanumérico de 6 dígitos.

19. CAUSAS EXTERNAS DE LA ENFERMEDAD (CE)

El Código E se utilizará para clasificar acontecimientos, circunstancias, fármacos o condiciones ambientales que sean causa de lesiones traumáticas, intoxicaciones o reacciones adversas a medicamentos. El Sistema de Codificación es la Clasificación Suplementaria de las Causas Externas de Lesiones y Envenenamientos de la CIE-9-MC, mediante código alfanumérico de 6 dígitos. En caso de necesitar codificarse más de un Código E, los siguientes se incluirán en los campos de otros diagnósticos.

20. MORFOLOGÍA DE LAS NEOPLASIAS (M1-M2)

Recogerá el tipo histológico de la neoplasia y su comportamiento. El Sistema de Codificación es el Apéndice de Morfología de las Neoplasias CIE-9-MC, mediante código alfanumérico de 7 dígitos

Mostrar/Ocultar

21. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS/OBSTÉTRICOS (T1-T5)

Todos aquellos procedimientos en los que se utiliza un quirófano y/o sala de partos. El Sistema de Codificación es la CIE-9-MC, mediante código alfanumérico de 5 dígitos.

22. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS (P1-P8)

Son aquellos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieren recursos materiales y humanos especializados e impliquen un riesgo para el paciente. El Sistema de Codificación es la CIE-9-MC, mediante código alfanumérico de 5 dígitos.

Aquellos procedimientos realizados al paciente en otro Centro distinto al que está ingresado, sólo se registrarán en el caso de que el importe del mismo sea facturado al Hospital donde permanece ingresado (por ejemplo Resonancia Nuclear Magnética), y siempre que se trate de una técnica ambulatoria que no haya generado ingreso en el otro Centro, y por lo tanto no se haya producido el alta en el de origen.

23. PESO DEL RECIÉN NACIDO (PESORN1-PESORN2)

El peso al nacimiento de los recién nacidos, se expresará en gramos mediante un código numérico de cuatro dígitos.

En el registro de la madre sólo se incluirán los recién nacidos sanos.

En el caso de los recién nacidos patológicos se recogerá dentro del registro de su propio ingreso.

24. SEXO DEL RECIÉN NACIDO (SEXORN1-SEXORN2)

Se designará mediante un código numérico de un único dígito para los recién nacidos sanos, codificado de la siguiente forma:

1. Varón
2. Mujer
3. Indeterminado (exclusivamente estados intersexos)
4. Desconocido

Para los recién nacidos patológicos quedará en blanco pues su sexo se determina en la variable número 4 del registro de su propio ingreso.

25. TIEMPO DE GESTACIÓN (TGEST)

Recogerá el tiempo de gestación en semanas en el momento del parto, mediante un código numérico de dos dígitos.

En el caso de los recién nacidos patológicos también se recogerá pero dentro del registro de su propio ingreso.

ANEXO 47

Subepisodios

Mostrar/Ocultar

Cuando un paciente en el transcurso de su estancia en el hospital, ingresa sucesivamente en varios servicios (traslados internos) se puede diferenciar:

- Episodio: periodo comprendido entre el ingreso y el alta del paciente en el Centro Hospitalario.
- Subepisodio: periodo comprendido entre el ingreso y el alta del paciente en cada Unidad o Servicio Asistencial del Centro Hospitalario.

El CMBD definido anteriormente sólo registra la actividad considerando los episodios, permitiendo únicamente la codificación del Servicio que da el alta al paciente y la utilización de un solo diagnóstico principal, perdiéndose la información de los demás servicios por los que ha pasado.

Aquellos hospitales que de forma voluntaria y para su explotación interna deseen registrar estos subepisodios intermedios, deberán codificarlos de forma separada, manteniendo el mismo ICU para los subepisodios y el episodio global, y recogiendo como mínimo las siguientes variables en cada uno de los Servicios en los que ha estado ingresado el paciente:

- 1.- FECHA DE INGRESO EN EL SERVICIO
- 2.- FECHA DE ALTA DEL SERVICIO
- 3.- SERVICIO QUE DA EL ALTA
- 4.- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DEL SUBEPISODIO
- 5.- PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO/OBSTÉTRICO PRINCIPAL DEL SUBEPISODIO
- 6.- PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO/TERAPÉUTICO PRINCIPAL DEL SUBEPISODIO

El sistema de codificación de cada una de estas variables será el definido en el Anexo 45.