MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA

GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN

GII-EST-MA-01 VERSIÓN 1 MARZO DE 2018



TABLA DE CONTENIDO

1.	OBJETIVO	.4
2.	ALCANCE	.4
3.	APLICABLE A	.4
4.	RESPONSABLE	.4
5.	DEFINICIONES	.4
6.	CONDICIONES GENERALES	.5
7.	DESARROLLO	.5
7.1	CARACTERISTICAS Y PRINCIPIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	.5
7.2	GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA	.6
7.3	COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA	.6
7.3.1	APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA	.6
7.3.2	NUMERACIÓN CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLÍNICA	.6
7.3.3	CONTENIDOS MINIMOS	.7
7.3.4	SOPORTES DE LA HISTORIA CLINICA	.7
7.4	DILIGENCIAMIENTO Y FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	.8
7.4.1	FORMATOS MEDICOS	.9
7.4.2	FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA ENFERMERIA	10
7.5	USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS (ANEXO No. 1)	11
7.6	PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y EVALUACIÓN DE SERVICIOS O TECNOLOGIAS EN SALUD N CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD	10 11
7.7	ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA FÍSICA	12
7.7.1	MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN HISTORIA CLINICA	12
7.7.2	CUSTODIA	12
7.7.3	RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN	12
7.7.4	CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.	13
7.7.5	ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA	13

7.8	CONTINGENCIA PARA LA HISTORIA CLÍNICA13
7.9	COMITÉ HISTORIAS CLÍNICAS
7.9.1	DEFINICIÓN14
7.9.2	FUNCIONES GENERALES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS
7.9.3	INTEGRANTES
7.10	REVISIÓN DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS
8.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA15
9.	ANEXOS16
9.1.	ANEXO 1. LISTADO DE ACRONIMOS ESE HUS
9.2.	ANEXO 2. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE ENFERMERÍA
9.3.	ANEXO 3. INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DE LA EVOLUCIÓN MÉDICA EN DINÁMICA GERENCIAL.NET
9.4.	ANEXO 4. INSTRUCCIONES PARA REALIZAR REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET)
9.5.	ANEXO 5. INSTRUCCIONES PARA NOTA ACLARATORIA
9.6.	ANEXO 6. INSTRUCTIVO PARA REALIZAR UN CONTROL DE TRIAGE Y/O TRIAGE EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET)82
9.7.	ANEXO 7. INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR Y CONSULTAR EXAMENES DEL LABORATORIO CLINICO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET)
10.	SOCIALIZACIÓN
11.	CONTROL DE MODIFICACIONES

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 4 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1
Elaboró: Nelly Méndez Meza Profesional Especializado UFATI	Revisó: Nelly Méndez Meza Profesional Especializado UFATI	Aprobó: Martha Vega Blanco Subgerente Administrativo y Financiero
Fecha Elaboración: Noviembre de 2017	Fecha de Revisión: Diciembre de 2017	Fecha Aprobación: Diciembre de 2017

1. OBJETIVO

Proporcionar una orientación clara para diligenciamiento, administración, conservación y custodia de las historias clínicas conforme a los parámetros legales vigentes, garantizando su integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad en la ESE Hospital Universitario de Santander.

2. ALCANCE

Este manual inicia con la apertura de la historia clínica al ingreso del usuario a la institución y finaliza con su archivo y custodia, por los términos definidos en la normatividad vigente.

3. APLICABLE A

Este manual aplica al proceso de Gestión Integral de la Información y todos los procesos misionales de la E.S.E Hospital Universitario de Santander.

4. **RESPONSABLE**

- Subgerente Administrativa y Financiera
- Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de Información

5. DEFINICIONES

- Archivo: Recopilación y conservación de documentos, usualmente producidos en otro lugar y como resultado de la concreción de sus respectivas actividades. La ESE HUS tendrá un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e historia.
- Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención. En este archivo deben conservarse las historias clínicas por un periodo mínimo de 15 años posteriores a su traslado del archivo de gestión o como lo establezca la norma vigente.
- Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.
- Archivo Histórico: Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.
- Consentimiento Informado para Donación, Trasplante o Implante. Es la manifestación de voluntad proveniente de aquella persona que tiene la calidad de donante o receptor de un componente anatómico, que ha sido emitida en forma libre y expresa, luego de haber recibido y entendido la información relativa al procedimiento que deba practicarse.
- **Custodia de la Historia Clínica:** Es el cuidado y vigilancia de los documentos electrónicos y físicos que hacen parte de la historia clínica. La custodia de la historia clínica está a cargo directo de la ESE Hospital Universitario de Santander, quien podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o su representante legal cuando este lo solicite para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

HOSPITAL	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 5 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

- Donante. es aquella persona que durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a
 que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos después de su fallecimiento. La
 voluntad de donación expresada en vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser
 sustituida por sus deudos y/o familiares.
- Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directo del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y restadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- Historia Clínica: es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. También su uso puede extenderse a la docencia y la investigación, la evaluación de la calidad asistencial y apoyo al área administrativa.
- Historia Clínica Electrónica: La historia clínica electrónica tiene ventajas sobre la manual como por ejemplo la legibilidad, fácil accesibilidad, orden y unicidad y mayor seguridad. Facilita la docencia e investigación, mejora la administración de recursos y la evaluación de la calidad asistencial.

6. CONDICIONES GENERALES

- Para realizar los registros de historia clínica electrónica en el Sistema de Dinámica Gerencial se requiere previamente la apertura de un ingreso de usuario en el sistema, que es responsabilidad del área de admisiones.
- El personal asistencial es responsable de los registros que se realicen en la historia clínica electrónica con el uso de su respectivo usuario
- Los médicos generales, especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal administrativos deben
- El formato de la Historia clínica denominada NOTA ACLARATORIA debe ser usado para aclarar, corregir, complementar, ampliar notas médicas previas contenidas en las evoluciones o actos médicos realizados con anterioridad.
- Es responsabilidad del equipo de salud revisar las notas aclaratorias para asegurar la continuidad del manejo del usuario y evitar reproceso de medicamentos, exámenes o cualquier otra solicitud.
- El personal en formación, excepto residentes no están autorizados para hacer sus registros en la historia clínica, solo los docentes. En caso de los internos, registran con el aval del docente.

7. DESARROLLO

7.1 CARACTERISTICAS Y PRINCIPIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

De conformidad con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, la Historia Clínica debe reunir las siguientes características:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y
administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención
específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus
aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

DE SANTANDER	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	

Versión: 1

- Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

7.2 GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Los registros de historia clínica que se tramiten de forma manual deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y utilizando solo las siglas y acrónimos reglamentados dentro de la ESE Hospital Universitario.
- Cada registro digital y físico de la historia clínica debe llevar la fecha y hora en la que se ingresa o realiza, con el nombre completo, identificación y firma digital o física de la persona que generó la información. (El tipo de firma empleada dependerá del registro utilizado, ya sea digital o físico).

7.3 COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

7.3.1 APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

LA ESE HUS cuenta con una historia clínica electrónica, su apertura se realiza al momento del ingreso del paciente a los servicios de Urgencias, Hospitalización, Cirugía, Consulta Externa en el Sistema de Dinámica Gerencial Hospitalaria.

La identificación del paciente se hace con el nombre completo y el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utiliza el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor (hijo a hija) en el grupo familiar.

Cuando un paciente ingresa al servicio de urgencias y no se conoce su identificación se clasifica como N.N. y se informa a la autoridad competente; además se debe informar al personal administrativo de esta situación. El área de admisiones asigna el código 680010-consecutivo.

Cuando el paciente legaliza su identidad se realiza el cambio de código en el sistema y se libera el código. <u>(Ver:</u> <u>URG-P-01 Procedimiento Ingreso Administrativo del Paciente al Servicio de Urgencias</u>)

7.3.2 NUMERACIÓN CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLÍNICA

 Todos los folios en físico deben ser entregados por la oficina de facturación y admisiones asignada al área de estadística de manera semanal con su respectiva acta de soporte de entrega, donde se identifiquen la cantidad de folios, nombres, apellidos e identificación de los pacientes.

HOSPITAL	
DE SANTANDER	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	

- Todos los folios en físico que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva y cronológica de acuerdo a lo establecido por el Archivo General de la Nación, actividad que desarrolla el área de acuerdo.
- Todos los folios que componen la historia clínica electrónica son numerados en forma consecutiva por el sistema de información Dinámica Gerencial.Net.
- Los documentos que se generen o se hayan requerido en el proceso de atención del paciente son responsabilidad del personal tratante.

7.3.3 CONTENIDOS MINIMOS

Se entiende por historia clínica completa aquella que incluye la Historia Clínica Médica y de Enfermería, en general debe contener la siguiente información.

- Datos generales del paciente.
- Datos y Motivo de consulta.
- Diagnósticos tentativos o definitivos.
- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.
- Examen físico completo el cual incluye siempre signos vitales (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, peso, talla, temperatura, signos de dolor). Para historia clínica de mujeres, número de embarazos y fecha de ultima regla.
- Notas de Ingreso a los servicios de hospitalización.
- Planes de tratamiento.
- Conductas: orden de medicamentos (incluye conciliación de medicamentos), orden de laboratorios, ordenes de imagenología, interconsultas, remisiones.
- Notas de Evoluciones o controles, registro de interpretación de resultados de ayudas diagnósticas.
- Notas de Interconsultas.
- Descripciones quirúrgicas (Cuando aplique)
- Proceso de Enfermería (Notas de Enfermería, plan de manejo, registro de actividades, control de líquidos).
- Educación al paciente.
- Epicrisis o resumen de egreso.
- Consentimientos Informados.
- Anexos asociados a la atención del paciente.
- Religión.
- Nivel de Educación.
- Identificación de necesidades especiales del paciente

7.3.4 SOPORTES DE LA HISTORIA CLINICA

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro y demás documentos que la ESE Hospital Universitario de Santander considere pertinentes.

- Los reportes de exámenes paraclínicos pueden ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica.
- En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deben anexarse a la historia clínica. Las imágenes diagnosticas se entregan al paciente, explicándole la importancia de ser

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 8 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

conservadas para futuros análisis. Para el caso de los pacientes ambulatorios, el servicio de imágenes diagnosticas registra en un cuaderno la fecha de la entrega del resultado. Para el caso de pacientes hospitalizados se entregan al servicio que lo solicito.

- En los casos de reportes de imágenes diagnosticas el prestador de servicios es responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, es este último el responsable de la conservación de las mismas.
- En los casos de donantes de órganos y/o tejidos, el grupo trasplantador deja registro de las actividades relacionadas con la donación en la historia clínica del donante (aceptación de la donación, mantenimiento del donante, extracción de componentes anatómicos, descripción quirúrgica, profesionales que intervienen, entre otros). La historia clínica es diligenciada por el médico coordinador operativo de la IPS trasplantadora.

7.4 DILIGENCIAMIENTO Y FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Entrar a Dinámica Gerencial.NET y seleccionar la opción Historia Clínica. Ingresar la información del paciente que comprende número del documento que identifica al paciente, nombre, edad del paciente, sexo. Ingreso, cama, tipo de historia, finalidad de la consulta, tipo y número de folio. Después viene la opción de antecedentes, Después diagnóstico y se llena el plan de manejo intrahospitalario donde permite registrar los medicamentos correspondientes a la atención del paciente de tipo hospitalario

- Plan de manejo externo: Esta opción permite registrar los medicamentos correspondientes a la atención del paciente de tipo ambulatorio.
- Solicitud de exámenes: Esta opción permite registrar los exámenes correspondientes a la atención del paciente
- Solicitud Procedimientos Quirúrgicos: Esta opción permite registrar los procedimientos quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente.
- Solicitud Procedimientos No Quirúrgicos: Esta opción permite registrar los procedimientos NO quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente.
- Solicitud Patologías: Esta opción permite registrar las patologías correspondientes a la atención del paciente
- Interconsulta: Esta opción permite acceder a las interconsultas y hacer el registro de ellas.
- Programación de procedimiento quirúrgico: esta opción permite realizar la programación de cirugía de acuerdo a las necesidades de cada uno de los servicios que intervienen.
- Solicitud de tejido de origen humano: esta opción permite a los servicios que se encuentran habilitados e inscritos ante la Red Nacional de Donación y Trasplante realizar la solicitud del tipo de tejido y la cantidad que se requiera para el procedimiento quirúrgico.
- Consulta pre-anestésica: esta opción permite la descripción de la valoración por el servicio de anestesia, en los casos que sean requeridos

Para información más detallada del proceso a seguir para realizar registros en Historia Clínica consulte:

- Anexo 1. Instrucciones para el Registro de Enfermería
- Anexo 2. Instrucciones de Diligenciamiento de la Evolución Médica en Dinámica Gerencial.Net
- Anexo 3. Instrucciones para Realizar Registros en la Historia Clínica Electrónica (DGH.net)
- Anexo 4. Instrucciones para Nota Aclaratoria
- Anexo 5. Instructivo para Realizar un Control de Triage y/o Triage en la Historia Clínica Electrónica (DGH.NET)

El personal que tenga el rol de médico, es quien está autorizado a realizar registros en la historia clínica, de acuerdo al tipo de historia asociado a su especialidad.



7.4.1 FORMATOS MEDICOS

Para el ingreso del paciente en los servicios se tienen los siguientes registros de historia clínica electrónica:

- Consulta Urgencias Trauma
- Consulta Urgencias Adultos
- Consulta Urgencias Ginecobstetricia
- Consulta Urgencias Pediátricas
- Ingreso Medicina Materno Fetal
- Ingreso Pediatría
- Ingreso Uci Pediátrica
- Ingreso Primera vez Programa Madre Canguro
- Ingreso Resumen por Fases y Edad Corregida Programa Madre Canguro
- Ingreso Uci Adultos
- Ingreso Unidad De Quemados Adultos
- Ingreso Unidad De Quemados Niños
- Ingreso Unidad Renal

El tipo de letra ya está predefina y el sistema no permite cambiarla, el folio se graba con el formato de hora militar y fecha, sin permitir alterar esta información.

Para el seguimiento diario del paciente el personal médico utiliza el diseño de historia clínica Evolución Médica, que ha sido derivada para algunas especialidades que requieren personalización:

- Evolución Clínica Del Dolor
- Evolución De Oncología Y Radioterapia
- Evolución Final Terapia
- Evolución Materno Fetal
- Evolución Medica
- Evolución Medica Cirugía Plástica, Estética y Quemados Adultos
- Evolución Medica Cirugía Plástica, Estética y Quemados Pediátrico
- Evolución Medica Uci Adultos
- Evolución Medica Uci Pediátricas
- Evolución Nasofibrolaringoscopia
- Evolución Oftalmología
- Evolución Radiología Intervencionista
- Evolución Soporte Metabólico y Nutricional
- Evolución Terapia
- Evolución Terapia Física
- Evolución Terapia Lenguaje Y/O Fonoaudiología
- Evolución Terapia Ocupacional
- Evolución Terapia Respiratoria

Para realizar notas aclaratorias están definidas los siguientes diseños de historia clínica:

- Nota Aclaratoria
- Nota Aclaratoria Laboratorio Clínico

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 10 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Si requiere más información referente a los formatos de historia electrónica puede consultar **GII-EST-FO-05 Formato Diseño de Historias Clínicas en DGH y Especialidades Asignadas.** Este formato debe ser actualizado por la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de la Información cada vez que se defina un nuevo registro o se inactive alguno de los existentes. Esto aplica para los registros de servicios de consulta externa, rehabilitación, servicios urgencias e internación, unidad de cuidados intensivos y servicios quirúrgicos.

7.4.2 FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA ENFERMERIA.

El sistema de información Dinámica Gerencial.Net tiene el registro de enfermería que permite registro de: control de signos vitales, realizar notas de enfermería, registro de líquidos, glucometrías, valoración Neurológica, actividades de enfermería (Higiene, Actividad y Descanso, Cuidado de la piel, Medidas de Seguridad, Acceso Venoso, Drenajes, Oxigeno Terapia, procedimientos, Cuidado de Recién Nacidos), actividades pre quirúrgicas, control de Ventilación, Control de Ingesta, Control de Medicamentos, Control de Venopunciones, Recuperación, Examen físico, Escala de Dolor, solicitud de insumos, Devolución de Medicamentos, Indicaciones Médicas, Consulta de Antecedentes, Consulta de Resultados, Consulta de Enfermería . Consultar **Anexo 1. Instrucciones para el Registro de Enfermería**

En físico se tiene los siguientes formatos.

- Acogida a Personas Enfermas
- Administración de Medicamentos
- Consentimiento Informado para Procedimientos o Tratamientos
- Control de Administración de Insumos Biomédicos
- Egreso de la Persona Enferma de un Servicio de Hospitalización
- Evaluación de Áreas Quemadas e Injertos
- Ficha de Notificación SIVIGILA
- Formato de Autorización y Aceptación de la Transfusión Sanguínea
- Formato de Revisión y Control Diario de Medicamentos e Insumos Biomédicos
- Hoja de Gastos Cirugía
- Hoja de Gastos de Suturas e Insumos para Quirófanos
- Hoja de Gastos Quemados Unidad de Cirugía Plástica
- Hoja de Recuperación
- Hoja de Registro Anestésico
- Identificación del Riesgo de Caídas Escala de Morse
- Lista de Chequeo de Cirugía Segura
- Lista de Chequeo para Persona en Proceso Quirúrgico
- Monitorización de Líquidos
- Orden de Solicitud de Dispositivos Médicos y Medicamentos
- Orden de Solicitud de Insumos para Curaciones en la Unidad de Quemados
- Orden Médica
- Plan de Cuidado de Enfermería
- Proceso Servicios Quirúrgicos
- Protocolo de Manejo de Transfusión Sanguínea
- Solicitud de Turno para Anestesia
- Tarjeta de Medicamentos
- Valoración de Pre Anestésica
- Manual de Consentimiento Informado



- Declaración de Retiro Voluntario
- Autorización para Necropsia
- Formato de Seguimiento d Gestantes

7.5 USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS (ANEXO No. 1)

Los términos médicos se usan para introducir precisión y neutralidad emocional en el lenguaje. En su formación intervienen sobre todo raíces griegas o latinas y se construyen combinándolas con prefijos y sufijos de la misma procedencia. Hay todo tipo de combinaciones: raíces solamente (tifus), prefijos y raíces (endocardio), raíces y sufijos (sarcomatosis), o prefijos, raíces y sufijos (hipercolesterolemia). Su significado se puede saber consultando un diccionario médico. Las abreviaciones son recursos para ahorrar tiempo y espacio en el lenguaje, pero su proliferación genera dificultades de comprensión. Su significado se puede conocer acudiendo a un diccionario de abreviaciones médicas. Existen tres grandes grupos de abreviaciones: abreviaturas, siglas y símbolos

a. La abreviatura es la representación de una palabra o de las palabras de una frase por alguna o algunas de sus letras, la primera de las cuales ha de ser la inicial de la palabra abreviada. Las abreviaturas conservan el género y el número de la palabra completa (la a.c: la auscultación cardiaca).

b. La sigla es un caso particular de abreviatura. Es una forma de abreviación consistente en la formación de una palabra mediante las letras o las sílabas iniciales, (HPV, herpes papiloma virus). Se omiten las partículas a, de, y, con, el, la: UVI, unidad de vigilancia intensiva; FUR, fecha de la última regla. No llevan punto abreviativo, se escriben en mayúscula, no se añade la letra ese (S) para el plural y se pueden leer como palabras (UVI, FUR); como sucesión de letras (CTX, ce-te-equis; HIV, hache-i-ve); en forma completa, como si la palabra no estuviese abreviada (DMNID, diabetes mellitus no insulinodependiente; BCRD, bloqueo completo de rama derecha.)

c. Un acrónimo es un caso particular de sigla, es la palabra o un vocablo formado al unir parte de dos palabras. Ej.: telemática

d. Los símbolos son abreviaciones que responden a una convención internacional establecida por organismos competentes. El símbolo es un signo gráfico que en la ciencia y la técnica representa una palabra, un sintagma o un valor. No llevan nunca punto abreviativo (excepto si es el final de una frase que sí llevan punto), ni ninguna letra que indique el plural. Se escriben en minúscula, excepto los que derivan de un nombre propio y el litro, que tiene doble grafía l y L.

Si acompañan a números debe existir un espacio entre el número y el símbolo (25 mm, no 25mm, 39 C, no 39C). Pueden encontrarse símbolos: del Sistema Internacional de Unidades que corresponden a unidades de medida, como g por gramo o gramos, min, por minuto o minutos. De otras áreas, científicas o no, sancionadas internacionalmente o por su uso en la bibliografía. Así mismo, de elementos químicos y de unidades monetarias. Las notaciones horarias se utilizan para una indicación horaria o duración de un hecho. En la indicación horaria, ya sea mediante la notación de 24 horas o de 12 horas, se escriben las horas y los minutos separados por dos puntos o por un punto (nunca coma), seguido o no por el símbolo h (hora). Para indicar la duración de un hecho los símbolos son h, para las horas, min, para los minutos y s para los segundos.

7.6 PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y EVALUACIÓN DE SERVICIOS O TECNOLOGIAS EN SALUD NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD

Dando cumplimiento a la resolución 3951 de 2016 por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones la ese Hospital Universitario de Santander definido el procedimiento **GI-MI-PR-02 Procedimiento de Registro y Evaluación de los Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud.**

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 12 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

7.7 ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA FÍSICA

El operario de estadística recibe las historias clínicas físicas entregadas por los diferentes servicios de la ESE HUS, posteriormente realiza el cargue manual de la Historia clínica física en el sistema RES16 para que quede con ingreso al área de estadística y se verifican los soportes. Si se encuentra algún faltante se hace una relación de los documentos faltantes y se le comunica al jefe de estadística, luego, el operario encarpeta la historia clínica y la marca registrando el año de atención, nombres, apellidos y numero de historia clínica y la entrega al operario de archivo quien archiva las Historia Clínica en sus respectivos estantes establecidos por los tres últimos dígitos del documento de identidad del paciente.

Si el paciente ya posee Historia Clínica, se agregan los documentos en el sitio que tenga en archivo verificando su capacidad en la carpeta para la totalidad de los documentos; en el evento de no tener capacidad la carpeta antigua, se agrega una nueva en el mismo lugar y registra por número consecutivo 1,2,3.

Para información más detallada consulte GII-EST-PR-03 Procedimiento de Archivo y Custodia de Historias Clínicas.

7.7.1 MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN HISTORIA CLINICA

La ESE, ha adoptado la utilización medios físicos o técnicos como computadoras, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Tanto los programas automatizados implementados para el manejo de las Historias Clínicas, como los equipos y soportes documentales, están provistos de mecanismos de seguridad, que imposibilitan la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos. Se garantiza protección de la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impiden el acceso de personal no autorizado para conocerla y adopción de medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. La identificación del personal responsable de los datos consignados se realiza mediante códigos, ligados a la firma de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

7.7.2 CUSTODIA

La custodia de la historia clínica es responsabilidad de la institución que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo. El archivo de historias clínicas física es un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, lo cual debe garantizar la custodia de la historia clínica. Conservándolas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. La ESE HUS es responsable de la custodia de la historia clínica, se realiza en los términos previstos en la Ley: El Hospital cuenta con un procedimiento de archivo y custodia de la Historias Clínicas (GII-EST-PR-03 Procedimiento de Archivo y Custodia de Historias Clínicas).

7.7.3 RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 15 años contados a partir de la fecha de la última atención. Cinco (5) años en el archivo de gestión y Quince (10) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, deberá informarse al archivo central. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere

HOSPITAL UNIVERSITARIO		MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 13 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

necesarios. Cumplidos dichos términos, el hospital debe coordinar la ejecución de los procesos técnicos necesarios para dar cumplimiento a lo establecido en la norma en lo referente a su eliminación.

7.7.4 CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

El archivo de historias clínicas se conserva en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen. El archivo de historias clínicas se encuentra ubicado en la sede principal de la ESE HUS, en el área de estadística.

Las historias clínicas se encuentran agrupadas en carpetas legajadas con gancho plástico. Las unidades de almacenamiento (carpetas) son elaboradas a base de cartón. Se utiliza estantería fija para la organización de las historias, garantizando la manipulación de las mismas

7.7.5 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- El usuario.
- El equipo de salud.
- Las autoridades judiciales y salud en los casos previstos en la Ley.
- Las demás personas determinadas en la ley.

El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

El Hospital Universitario de Santander – HUS recolecta y almacena datos personales exclusivamente para realizar las actividades propias a la prestación de servicios de salud. Por lo anterior, requiere obtener la autorización del usuario para que, de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, le permita a la Institución recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos.

Así mismo, con fundamento en el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, el HUS queda autorizado de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información conforme a lo previsto en el presente documento y en lo definido en la **Política de Tratamiento de Datos Personales (Resolución 172 de 2014)**, salvo que el usuario manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito según el procedimiento establecido en dicho documento.

Para el control de acceso de la información consignada en el software administrativo y clínico, las restricciones se realizan desde el administrador de usuarios en el software:

- Se establecen los perfiles de los usuarios creando grupos de trabajo
- Se identifican las necesidades del usuario de cada estación, según las funciones que desempeña
- Cada uno de los usuarios establece la clave de acceso, la cual solo es conocida por él
- Se capacita al usuario sobre la responsabilidad de compartir la clave de acceso
- Periódicamente se evalúa el acceso de los usuarios al sistema y se identifican nuevas necesidades y fallas en el procedimiento de seguridad

7.8 CONTINGENCIA PARA LA HISTORIA CLÍNICA

Cuando se presenten fallas en el sistema informático de la Empresa, se recurrirá al diligenciamiento manual de la Historia; para ello cada servicio está dotado de papelería marcada como contingencia la cual cumple con las especificaciones requeridas para la historia. Luego de reestablecido el sistema informático de la Empresa, el

HOSPITAL UNIVERSITARIO		MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 14 de 90
DE SANTANDER		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

profesional debe actualizar la información en la historia clínica del paciente, procedimiento que se debe llevar a cabo en el mismo mes que se presentó el evento. Ver GII-SIS-MA-01 Manual Plan de Contingencia.

7.9 COMITÉ HISTORIAS CLÍNICAS

7.9.1 DEFINICIÓN

Defínase el comité de Histories Clínicas como el conjunto de personas que, al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia Clínica. Para mayor información de comité Historias Clínicas consultar la **Resolución 457 de septiembre 2016.**

7.9.2 FUNCIONES GENERALES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

- Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar por que estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- Elevar a la gerencia y al Comité Técnico-científico, recomendaciones sobre lo formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así coma los mecanismos pare mejorar los registros en el consignados.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración funcionamiento del archivo de Historias Clínicas

7.9.3 INTEGRANTES

El Comité de Historias Clínicas de la Empresas Social del Estado Hospital Universitario de Santander, queda conformado de la siguiente manera:

- Gerente o su Delegado quien lo Presidirá
- Subgerente Médicas
- Subgerente Servicios de Enfermería
- Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico
- Subgerente Administrativo y Financiero
- Jefe Oficina Asesora de Calidad
- Profesional Especializado Unidad Funcional Apoyo Tecnológico y de Información
- Profesional Universitario Estadística

7.10 REVISIÓN DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS

Los auditores médicos acceden a la historia clínica y revisan si están usando adecuadamente los acrónimos, la calidad de la historia clínica, la adherencia a la guía de manejo primera causa de morbilidad en el servicio; conforme al Manual de Evaluación de la Calidad de la Historia Clínica Médica y Aplicación de las Guías de Manejo ADM-M-01

El auditor correspondiente realiza la respectiva consolidación de los hallazgos más representativos de la calidad de la historia clínica en un informe y hace entrega de este en original con soportes al subgerente correspondiente, y copia del informe al coordinador de auditoria médica.



8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 10 de 1990. El ministerio de salud dicta norma de estricto cumplimiento para las entidades que integran el sistema nacional de salud
- Ley 23 de 1981 Articulos, 33, 34, 35 y 36, por la cual se dictan normas en materia de ética medica
- Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de la historia clínica.
- Ley 734 de 2002, por la cual se expide el Código Único Disciplinario.
- Ley 594 de 2000, por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivo.
- Ley 1122 del 2007, estable las modificaciones en el sistema general de seguridad social de salud.
- Decreto 313 de 2008, por medio del cual se reglamente parcialmente la Ley 1122 de 2007.
- Ley 1581 de 2012 estable el régimen general de protección de Datos Personales
- Decreto 1377 de 2013 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012.
- Resolución 0839 de 2017 por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones
- Decreto 2493 de 2004: Con el cual se regula la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de los mismos en seres humanos. También se crea la Red de Donación y Trasplante y se dispone su funcionamiento.
- Resolución 2640 de 2005: Se establecen los requisitos de inscripción para bancos de tejido, médula ósea e IPS con programa de trasplantes ante las Coordinaciones Regionales de la Red de Donación y Trasplante.
- La Ley 1438 de 2011: reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, capítulo VII, artículo 112, parágrafo transitorio, estableció que la Historia Clínica Única Electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013. Esta tendrá plena validez probatoria
- Ley 1805 de 2016: La presente ley tiene por objeto ampliar la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2003. (28, mayo, 2014). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá. 2014. p. 22 y 201.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario. (Octubre, 2011). Bogotá. 2014
- Modelo Estándar de Control Interno Colombiano MECI 1000:2014



9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1. LISTADO DE ACRONIMOS ESE HUS

N°	SIGLA	DEFINICIÓN	
1	AB	ANTIBIOTICO	
2	ABD	ABDOMEN	
3	ACM	ARTERIA CEREBRAL MEDIA	
4	ACV	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	
5	AINES	ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO	
6	ALAT	ALANINAMINOTRANSFERASA	
7	ANAS	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	
8	AP	ANTERO POSTERIOR	
9	APP	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	
10	ARO	ALTO RIESGO OBSTETRICO	
11	ASA	ACIDO ACETIL SALICILICO	
12	AU	ALTURA UTERINA	
13	HCG	HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA	
14	BK	BACILOSCOPIA	
15	BUN	NITROGENO UREICO EN SANGRE	
16	CA	CARCINOMA	
17	СС	CUADRO CLINICO	
18	СН	CUADRO HEMATICO	
19	CMS	CENTIMETROS	
20	CSV	CONTROL DE SIGNOS VITALES	
21	CSV-AC	CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS	
22	CVC	CATETER VENOSO CENTRAL	
23	CX	CIRUGIA	
24	DAD	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA	
25	DER	DERECHO	
26	DM	DIABETES MELLITUS	
27	DR	DOCTOR	
28	DX	DIAGNOSTICO	
29	EAOC	ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA CRONICA	
30	ECO DOPPLER	ECOGRAFIA DOPPLER	
31	ECO TE	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	
32	ECO TT	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	
33	ECV	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 17 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

34	EDA	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
35	EEG	ELECTROENCEFALOGRAMA
36	EF	EXAMEN FISICO
37	EG	EDAD GESTACIONAL
38	EKG	ELECTROCARDIOGRAMA
39	EMH	ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA
40	EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
41	EPS	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD
42	ERC	ENFERMEDAD RENAL CRONICA
43	ERGE	ENFERMEDAD REFLUJO GASTROESOFAGICO
44	ETS	ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL
45	EVDA	ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS
46	FARVR	FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR RAPIDA
47	FBC	FIBROBRONCOSCOPIA
48	FC	FRECUENCIA CARDIACA
49	FC	FRECUENCIA CARDIACA
50	FCF	FRECUENCIA CARDIACA FETAL
51	FEVI	FRACCION DE EYECCION DEL VENTRICULO IZQUIERDO
52	FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA
53	FTA-ABS	ABSORCION DE ANTICUERPOS FLURESCENTES
54	FUM	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN
55	PS	PRESION SANGUÍNEA
56	GPCAEV	GESTACION PARTOS ABORTOS CESAREAS VIVOS
57	GR	GLOBULOS ROJOS
58	GRE	GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS
59	GU	GASTO URINARIO
60	HB	HEMOGLOBINA
61	HBA1C	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
62	HC	HISTORIA CLINICA
63	HPAF	HERIDA POR ARMA DE FUEGO
64	HPB	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA
65	HTA	HIPERTENSION ARTERIAL
66	HTAG	HIPERTENSION ARTERIAL GESTACIONAL
67	HUA	HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL
68	HVDA	HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS
69	HVDB	HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS BAJAS
70	HX	HERIDA

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página : 18 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

71	IAM	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
72	ICC	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
73	IDX	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
74	INR	INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO
75	IOT	INTUBACION OROTRAQUEAL
76	IV	INTRAVENOSO
77	IVU	INFECCION DE VIAS URINARIAS
78	LA	LIQUIDOS ADMINISTRADOS
79	LA/LE	LIQUIDOS ADMINISTRADOS/LIQUIDOS ELIMINADOS
80	LAB	LABORATORIO
81	LBA	LAVADO BRONCOALVEOLAR
82	LCR	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO
83	LE	LIQUIDOS ELIMINADOS
84	LES	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
85	LEV	LIQUIDOS ENDOVENOSOS
86	LLA	LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA
87	LLC	LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA
88	LMA	LEUCEMIA MIELOCITICA AGUDA
89	LMC	LEUCEMIA MIELOCITICA CRONICA
90	LR	LACTARO RINGER
91	MID-MII-MSD-MSI	MIEMBRO INFERIOR DERECHO, MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO
92	MNB	MONONEBULIZACIONES
93	NAC	NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
94	NO POS	NO INCLUIDO EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
95	NVO	NADA VIA ORAL
96	OD	OJO DERECHO
97	OI	OJO IZQUIERDO
98	PC	PERIMETRO CEFALICO
99	PCA	ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE
100	PCR	PROTEINA C REACTIVA
101	P.0	PARCIAL DE ORINA
102	PINRL	PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ
103	PL	PUNCION LUMBAR
104	POP	POSTOPERATORIO
105	PSA	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO
106	TP	TIEMPOR DE PROTROMBINA

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 19 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

107	TPT	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA
108	PVC	PRESION VENOSA CENTRAL
109	RAT	REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL
110	RCIU	RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO
111	RCP	REANIMACION CEREBROCARDIO PULMONAR
112	RGE	REFLUJO GASTROESOFAGICO
113	RMN	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA
114	RNAT	RECIEN NACIDO A TERMINO
115	RNPT	RECIEN NACIDO PRETERMINO
116	ROT	REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS
117	RPM	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
118	RSCSRS	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
119	RX	RADIOGRAFIA
120	RXS	REVISION POR SISTEMAS
121	SAOS	SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO
122	SAT	SATURACION
123	SDRRN	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO
124	SIDA	SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
125	SIND	SINDROME
126	SIRS	SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA
127	SNC	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
128	SNG	SONDA NASOGASTRICA
129	SOG	SONDA OROGASTRICA
130	SS	SE SOLICITA
131	SSN	SOLUCION SALINA NORMAL
132	SV	SIGNOS VITALES
133	T°	TEMPERATURA
134	T2NXMX	CLASIFICACION DE TUMORES UNIVERSAL
135	ТА	TENSION ARTERIAL
136	TAC	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
137	TACAR	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCION
138	TAM	TENSION ARTERIAL MEDIA
139	TAS	TENSION ARTERIAL SISTOLICA
140	TBC	TUBERCULOSIS
141	TEP	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
142	TFG	TASA DE FILTRACION GLOMERULAR
143	THAE	TRASTORNO HIPERTENSIVO ASOCIADO AL EMBARAZO

MANUAL DE HISTORIA CI

Hospital Universitario De Santander

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Página: 20 de 90

CODIGO: GII-EST-MA-01

Versión: 1

144	TPH	TRANSPARIETO HEPATICA
145	TPP	TRABAJO DE PARTO PRETERMINO
146	TVP	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
147	TSH	HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES
148	TTO	TRATAMIENTO
149	TTRN	TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO
150	TV	TACTO VAGINAL
151	UCI	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
152	UGRE	UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS
153	VDRL	PRUEBA SEROLOGICA PARA SIFILIS
154	VIH	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
155	VO	VIA ORAL
156	ZN	ZIEHL NEELSEN
157	ASAT	ASPARTATO AMINOTRANSFERASA
158	AD	AGUA DESTILADA
159	CD	CONTROL DE DRENAJES
160	CID	COAGULOPATÍA INTRAVASCULAR DISEMINADA
161	CIV	CATETERES INTRAVASCULARES
162	CPAP	PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VIA AEREA
163	CVP	CATETER VENOSO PERIFERICO
164	EB	ESCALA DE BRADEN
165	EM	ESCALA DE MORSE
166	FIO2	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO
167	FSE	FORMULA SEMIELEMENTAL
168	fr	FRENCH
169	HCT	HEMATOCRITO
170	IU	IRRIGACIÓN URINARIA
171	LC-CX	LISTA DE CHEQUEO PARA CIRUGÍA
172	mm	MILIMETRO
173	mmHg	MILIMETRO DE MERCURIO
174	O2	OXIGENO
175	PAO2	PRESION ARTERIAL DE OXIGENO
176	PGIRHS	PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES
177	SOAT	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO
178	UCIA	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
179	UCIP	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 21 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

9.2. ANEXO 2. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE ENFERMERÍA

A continuación, se exponen los pasos a seguir para realizar el registro de la información por parte de enfermería, esta opción permite ingresar los datos clínicos correspondientes a la atención médica del paciente.

Ingrese al menú Procesos y seleccione la opción Registro de enfermería. A continuación, se despliega la siguiente pantalla:



Paciente: Campo que permite digitar el número del documento que identifica al paciente. Si no lo Recuerda puede consultarlo con ayuda del botón Buscar o con la lupa para poder visualizar los que se encuentren en estado registrado.

Nombre: Campo que permite visualizar el nombre del paciente teniendo en cuenta el número de identificación digitado.

Edad Paciente: Campo que permite visualizar la edad del paciente al momento de la atención.

Sexo: Campo que permite visualizar el sexo del paciente.

Ingreso: Campo que permite seleccionar el número de ingreso asociado al paciente o visualizarlo.

Cama: Campo que permite visualizar el código de la cama en al que se encuentra el paciente en caso de que se encuentre en Hospitalización.

Área Servicio: Campo que permite digitar el código del área de servicio en el cual se ingresó la atención de historia clínica.

Fecha de ingreso: Campo que permite seleccionar la fecha el cual ingreso el paciente.

Turno de enfermería: Campo donde queda registrado el turno que tiene cada usuario, por lo general todos tienen turno UNICO.

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 22 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Después de capturar la información general se habilita el botón CARGAR REGISTRO Cargar Registro haga Clic en él para tener acceso al diseño del modelo del registro de enfermería y realizar el ingreso de la información pertinente. Al realizar Clic en este botón aparece la siguiente pantalla:



En esta pantalla se observa la información del paciente dividido en dos paneles: Información enfermería, el panel de enfermería. Adicionalmente se muestran diferentes pestañas en el panel de información de enfermería como, por ejemplo: Registro de líquidos, Signos vitales, Notas de enfermería, Glucometrías, Valoración neurológica, Actividades de enfermería, Actividades pre quirúrgicas, Control de ventilación, Control de ingesta, Control de medicamentos, Control de venopunciones, Recuperación, Examen físico, Escala del dolor. Véase Cómo Crear registro de enfermería.

PANEL DE INFORMACIÓN ENFERMERÍA

REGISTRO DE LIQUIDOS:

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo líquidos administrados, derecho líquidos eliminados.

<i>ه</i> ا.	2 🖸 🔯 🙀				Dinámi	a Gerencial .NET							∎ X
	Principal Formulario											*	* 🚯 🔞
Agregar	Modificar Grabar	tar Eliminar Imprimir Cerrar											
	Edicion	3											
»	(Nuevo) Registro de Enfermeria												
	G Registro de Enfermeria												
	Informacion General		5,6400										
	Na Jagrasov 386070 - + C	ama: POY25 Eacha da Inr	vero: 30/04/2016 02:04 4	•						- Cuau dei Pi	adente: 25 An	is (diffeses (1bids bi	exo.
	Área Servicio: 730102 - +	IRGENCIAS ADUITOS	50/01/2010 02:011					Fecha:	4/julio/2017	Turno Enfr	rmeria: UNICC	- III Cargan	Registro
10	Información Enformacia //	PECISTRO DE LÍQUIDOS								, tanto Ente			
		Registro de Líquidos				Re	sumen de Liquidos			_			
	Registro de Líquidos	LÍOUIDOS ADMINISTRADOS			LÍQUIDOS ELIMINADOS								
olubo	Netas Enformacía												
¥	Chicemetrize	Arrastre una columna aqui para agrupar por dicha columna			Arrastre una columna aqui para agrupar por dicha columna								
	Valoración Neurolónica	Liquido	Via Administración	Cantidad	Hora Inicial	Hora Final		Liquido		Via Eliminación	Cantidad	Hora Eliminación	-
	Actividades de Enfermería	4					A						
	Actividades Prequiníngicas												- 11
	Control de Ventilación												- 11
	Control de Ingesta												- 11
	Control de Medicamentos												- 11
	Control de Venopunciones												- 11
-	Información Enfermería		Total Administrado:	0,0	0					Total Eliminado	: 0,0	0	
3-00	Utilidades de Enfermería					144	🔲 🖣 Registro 0 de	• 0 • • • • + •	/ × Ŧ <			Þ	
	Total Administrados: 0,00 🗋 Total Eliminados: 0,00 🗋 Balance: 0,00												
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)										Grabar 🔀	Cerrar
📰 DGE	mpres80 👤 666-PRUEBA ENI	FERMERA JEFE		_		LICENCIADO /	A: [E.	S.E. HOSPITAL UNIVE	RSITARIO DE SAN	ITANDER] NIT [900006	037-4] Versiór	: 2012 Upgrade: 10 Pard	the: 10.16

En líquidos administrados dando clic en İmpermite agregar un líquido para suministrar:

	MANUAL DE HISTORIA	CLÍNICA Pág	Página: 23 de 90				
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01						
\overline (Nuevo) Líg	iido Administrado		x				
Formulario							
Cíquido Admi	nistrado						
Líquido	o: 😆		-				
Via Administración	n: Oral		-				
Cantidad	i: 🔇 0,00 🗘						
Hora Inicia	l: 00:00 🗘 Hor	a Final: 00:10	÷				
		🔒 Aceptar 🔀	Cerrar				

Líquido: Campo que permite seleccionar el tipo de líquido que quiero suministrar al paciente.

Vía administración: Campo que permite seleccionar el tipo o la manera el cual quiero suministrar el líquido.

Cantidad: Campo que permite ingresas la cantidad de líquido a suministrar.

Hora inicial: Campo que permite ingresar la hora de inicio en la cual se suministró el líquido.

Hora final: Campo que permite ingresar la hora final en la cual se suministró el líquido.

Para eliminar un líquido, se debe de utilizar el botón de Eliminar que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

Cabe resaltar que los campos marcados con 😢 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

En líquidos eliminados seleccionando ____ permite agregar

permite agregar un líquido para suministrar:

🧟 (Nuevo) Líquido Eliminado	x
Formulario	
Cíquido Eliminado	
Líquido: 🔇 🚽 🔸	
Via Eliminación: Sonda Vesical 🔹	
Cantidad: 🔇 0,00 🗘 Hora Eliminación: 00:00 🌲	
Observaciones:	
Aceptar 🔀	Cerrar

Líquido: Campo que permite seleccionar el tipo de líquido que quiero suministrar al paciente. Vía eliminación: Campo que permite seleccionar el tipo o la manera de eliminación del líquido.

HOSPITAL		MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 24 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Cantidad: Campo que permite ingresar la cantidad de líquido a suministrar.

Hora eliminación: Campo que permite ingresar la hora en la que se eliminó el líquido.

Para eliminar un líquido, se debe de utilizar el botón de Eliminar que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

Cabe resaltar que los campos marcados con 😢 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

SIGNOS VITALES:

<u>C</u>	2 🖸 🔘 🛼		_ @ X			
	Principal Formulario					* 🚯 🔮
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consult	ar Elminar Imprimir Cerrar				
	(Nuevo) Registro de Enfermería]				
	Registro de Enfermería					
	Información General					
	Paciente: 1095937479 • +	JORGE ALEXANDER LEAL DELGADO			Edi	ad del Paciente: 23 Años \ 0 Meses \ 1 Días Sexo: M
	Nº Ingreso: 386070 - + C	ama: PQX25 Fecha de Ingreso: 30/04/2016 02:04 49			Ŧ	
	Área Servicio: 730102 🔹 + L	RGENCIAS ADULTOS		Fecha:	24/julio/2017 • Tu	rno Enfermeria: UNICO 👻 💽 Cargar Registro
	Información Enfermería «	SIGNOS VITALES				
	Registro de Líquidos	LISTADO DE SIGNOS VITALES				Registro de Peso/Talla
s	Signos Vitales	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna				Peso: Talla: Masa Corporal:
Módi	Notas Enfermería	Hora 🔺 Código Signo Vit	tal		Valor	
	Glucometrias	7				Peso 📕 Talla
	Valoración Neurológica					
	Actividades de Enfermería					04/03/2017 14/04/2017 23/07/2017
	Actividades Prequirúrgicas					Tef. Margan
	Control de Ventilación					Encho Poterior 256 de 2017
	Control de Ingesta					Via:
	Control de Medicamentos					•
	Control de Venopunciones					Frecuencia:
	Información Enfermería					Sensibilidad:
12	Litilidados do Enformaría					8
A	odidades de Enternieria					Salida:
	, Y	₩ * * Registro 0 de 0 > >> >+ + • × •				Ŭ Ŭ
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)				冒 Grabar 🛛 🔀 Cerrar
E DGEn	npres80 👤 <mark>606-PRUEBA EN</mark>	ERMERA JEFE		LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVE	RSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de signos vitales, registro de peso/talla esta

opción es para los pacientes que tengan marcapaso. En listado de signos vitales puedo seleccionar in y esta opción permite agregar un líquido para suministrar:

🧒 (Nuevo) Signo Vital	x
Formulario	
Signo Vital	
Signo Vital: 😒 🗸 +	
Descripción:	4 ▶
Hora Toma: 00:00 🗘 Valor: 😢	errar

Signo vital: Campo que permite seleccionar el signo vital correspondiente al que se toma.

HOSPITAL UNIVERSITARIO	\mathbf{O}	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 25 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Descripción: Campo que permite ingresar la descripción correspondiente al signo vital que se toma.

Hora toma: Campo que permite ingresar la hora en que fue tomado el signo vital.

Valor: Campo que permite ingresar el valor que corresponda al signo vital.

Para eliminar unos signos vitales, se debe de utilizar el botón de Eliminar al que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

Cabe resaltar que los campos marcados con Son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

En el panel derecho se encuentra la opción de peso/talla esta opción es para los pacientes que tengan marcapaso lo veremos en la siguiente imagen:

Registro de Peso/Talla
Peso: Talla: Masa Corporal: 80,000 \$ Kg. 1,72 \$ cms. 270416,44
Peso 🔄 Talla
0 0/(0)/20)7 23/02/20)7 23/02/20)7 03/05/20)7
Info Marcapaso Marcapaso: 💟
Fecha Bateria: 25/julio/2017 -
Vía:
•
Frecuencia:
•
Sensibilidad:
•
Salida:

Peso: Campo que permite ingresar el peso del paciente.

Talla: Campo que permite ingresar la talla del paciente.

Masa corporal: Campo que permite visualizar el resultado de la masa corporal.

En esta opción de Información del marcapaso si se marca la casilla Marcapaso: 💽 se habilitaran las siguientes opciones.

Fecha de batería: campo que permite ingresar la fecha de la batería.

Vía: campo texto que permite ingresar la vía por donde se encuentra el marcapaso.

Frecuencia: campo texto que permite ingresar la frecuencia del marcapaso.

Sensibilidad: campo texto que permite ingresar la sensibilidad del marcapaso.

Salida: campo texto que permite ingresar la salida del marcapaso.

Cabe resaltar que los campos marcados con 😢 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

NOTAS DE ENFERMERÍA:

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo notas de enfermería, en el panel derecho se encuentra un calendario.

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 26 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1
	Dinámica Gerencial .NET	_ m X + @ @
Agregar Modificar Grabar Deshacer Consultar Elminar Imprime ElSion		
>> (Nuevo) Registro de Enfermería (x)		
Padente: 16771775 - + → GONZALO ARTURO LEMOS MENESE Nº Ingreso: 402865 - + Camai CONSULTC Fecha de Ingreso: 2	IS 6/06/2016 10:18 53	Edad del Paciente: 55 Años \ 0 Meses \ 8 Días Sexo: M
Área Servido: 730102 + URGENCIAS ADULTOS	Fecha: 26/julio/201	7 • Turno Enfermeria: UNICO · Ma Cargar Registro
Información Enfermenia « INOTAS DE ENFERMERÍA		
Registro de Líquidos	mercotes, 26 de julio	• julio ▶ • 2017 ▶

8	Signos Vitales	000						J V	5 0
3	Notas Enfermería	15				27 26	27 28 3 4 5	29 30 6 7	1 2
-	Glucometrias	30				29 10	11 12	13 14	15 16
	Valoración Neurológica	45			_	30 17	4 25 26	20 21 27 28	22 23 29 30
	Actividades de Enfermería	100				32 31	ι		
	Actividades Prequirúrgicas	15 14			н	ag	osto		2017
	Control de Ventilación	30 30			cj:	32	m	j v	s d
	Control de Ingesta				E S	33 7	7 8 9	10 11	12 13
	Control de Medicamentos	200 8			Prés	34 14	1 22 23	17 18	19 20 26 27
~	Control de Venopunciones 🖕	30				36 28	3 29 30	31 1	2 3
		45				3/		7 8	
- 20-	Información Enfermería	300			_		Ho	by	
	Utilidades de Enfermería	15							
	~	30			-				
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)					📄 Grat	oar 👔	Ce
DGEn	npres80 🔝 000-PRUEBA EN	FERMERA JEFE		LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [9000	06037-4]	Versión: 20	012 Upgr	ade: 10 F	arche
									_

A continuación, se muestra como es el funcionamiento de las notas de enfermería:



Para realizar una nota de enfermería el usuario debe pararse y dar doble clic en cualquier parte del panel amarillo, cuando digo en cualquier parte debo resaltar que independientemente de la hora en que yo se pare automáticamente el sistema envía y queda registrada la hora exacta en la cual quiero hacer la nota de enfermería. A continuación, se muestra la ventana en donde el usuario realizará la nota de enfermería:

🦝 (Nuevo) Nota de Enfermería		×
Formulario		
C Nota de Enfermería		
Información General		
	Hora:	08:13
	Importancia:	Ninguna -
Enfermera / Enfermero:		Ninguna
ENFERMERA JEFE PRUEBA		Importante Pendiente
Título de la Nota:	1	
8		
Subjetivo - Objetivo		
		^
		-
Análisis - Plan		
		<u> </u>
		_
	Acepta	ar 🔀 Cerrar

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 27 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Hora: campo que permite visualizar la hora en el que se inicia la nota de enfermería. Este campo lo llena automáticamente el sistema.

Importancia: campo que permite ingresar la importancia con la que se quiere hacer la nota de enfermería, esta importancia se muestra en tres colores blanco, amarillo, rojo como se observa en la imagen.

Enfermera/enfermero: campo que permite visualizar nombre del usuario, es decir de quien está haciendo la nota de enfermería.

Título de la nota: campo que permite ingresar el título de la nota.

Subjetivo-objetivo: campo que permite ingresar si es subjetiva u objetiva.

Análisis-plan: campo que permite ingresar el análisis o el plan a seguir.

Cabe resaltar que los campos marcados con 8 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

En el panel derecho se encuentra la opción de visualizar un calendario:

•	julio		*		٠	20:	17	•
	1	m	m	j	v	s	d	
27	26	27	28	29		1	2	
28	3	4	5	6	7	8	9	
29	10	11	12	13	14	15	16	
30	17	18	19	20	21	22	23	
31	24	25	26	27	28	29	30	
32	31							
-	ago		2017			17		
	1	m	m	j	v	s	d	
32		1	2	3	4	5	6	
33	7	8	9	10	11	12	13	
34	14	15	16	17	18	19	20	
35	21	22	23	24	25	26	27	
36	28	29	30	31	1	2		
37	- 4	5	6	7		9	10	
Ноу								

Esta opción calendario permite escoger el día y el mes en el cual quiero hacer la consulta de notas de enfermería que se realizaron en el pasado.

GLUCOMETRÍAS:

6	8 🖬 🕘 🛼				Dinámica Gerencial .NET					_ = ×
-11-	Principal Formulario									* 🕕 🕼
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consult	ar Elminar Impo	imir Cerrar							
	(Nuevo) Registro de Enfermería 🗴	1								
	Registro de Enfermería									
	Información General									
	Paciente: 16771775 +	GONZALO AF	RTURO LEMOS MENESES					Edad del Paciente:	55 Años \ 0 Mese	es \ 8 Días Sexo: M
	Nº Ingreso: 402865 • + C	ama: CONSULTC	Fecha de Ingreso: 26/06/2016	10:18 53			•			
	Área Servicio: 730102 · + L	RGENCIAS ADU	LTOS			Fecha: 26/julio/	• • •	Turno Enfermeria:	UNICO	 Cargar Registro
	Información Enfermería 🛛 🛛 🛠	REGISTRO D	E GLUCOMETRIAS							
	Registro de Líquidos	Listado de Glucometrias							Información	de Detalle
S I	Signos Vitales	Arrastre una columna aqui para agrupar por dicha columna								
Mód	Notas Enfermería	Hora	Resultado		Cantidad		Insulina			
	Glucometrias	8					•			
	Valoración Neurológica									
	Actividades de Enfermería									
	Actividades Prequirúrgicas									
	Control de Ventilacion							8		
	Control de Ingesta									
	Control de Venorunciones									
-	Información Enfermería									
88	Utilidades de Enfermería									
	~	HI HI I Reg	istro0de0 → > > + + + × ×	4						
*		3-50)							E 6	rahar 🕅 Cerrar
							O DE CANTANDER] N	TT [900006027-4]	Versión: 2012 Lo	orado: 10 Darcho: 10, 16

HOSPITAL UNIVERSITARIO		MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 28 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de glucómetros, información de detalle. En listado de glucómetros seleccionando remite agregar un líquido para suministrar:

🧟 (Nuevo) Regis	ኛ (Nuevo) Registro de Glucometrías 🛛 🗙 🗙							
Formulario								
🐻 Registro de Glu	cometrías							
Hora: 00	00 Cantidad: Cantidad:	2,00 🗘						
Insulina: 🔘	NO 💿 SI Tipo de Insulina: 😢 Ninguna	-						
# Unidades: 😣	0,00 🗘 Via Administración: 😢 Ninguno	-						
Observaciones:		-						
0								
		-						
	Aceptar 🛛	Cerrar						

Hora: Campo que permite seleccionar el tipo de líquido que quiero suministrar al paciente.

Resultado (mg/dl): Campo que permite ingresar el resultado en mg.

Cantidad: Campo que permite ingresar la cantidad a suministrar.

Insulina: Campo que permite seleccionar NO o SI necesita insulina, si se selecciona la opción SI inmediatamente se habilitaran las siguientes opciones.

Tipo de insulina: Campo que permite seleccionar que tipo de insulina necesita suministrar, las opciones son las siguientes. Cristalina, NPH, 70 30, lantus-glargina, otros, ninguna.

Unidades: Campo que permite ingresar las unidades a suministrar.

Vía administración: Campo que permite seleccionar la vía de administración, las opciones son las siguientes: vaginal, oftálmica, ótica, intradérmica, otras, todas las vías, ninguno.

Observaciones: campo que permite ingresar algunas observaciones.

Para eliminar una glucometría, se debe de utilizar el botón de Eliminar el panel de listado de antecedentes.

Cabe resaltar que los campos marcados con 😢 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

VALORACIÓN NEUROLÓGICA:

C .	A 🖸 🔯 🙀									l	Dinán	nica (Geren	cial .N	NET															-	σ×
	Principal Formulario																														(1) (2)
Agregar	Modificar Grabar Edicón	tar Elminar Imprimir																													
	(Nuevo) Registro de Enfermería	ล																													
	Registro de Enfermería																														
	Información General																														
	Paciente: 85438361 · +	CARLOS ALBERTO FLORE	Z ROJA	s																					Edad	del Pacie	nte: 46	Años \ 9	Meses \ 1	Días Se	axo: M
	Nº Ingreso: 392315 - + C	ama: 8248 Fecha de In	greso:	20/05/	2016 0	5:36 10																									
	Área Servicio: 732005 · +	HOSPITALIZACION NEUROCIR	UGIA															Fe	tha: 2	6/julio	/2017			٣	Turno	Enferme	ria: UN	ICO	~ (8	Cargar	Registro
	Información Enfermería 🛛 兴	VALORACIÓN NEUROLÓG	ICA																												
	Registro de Líquidos	Hora	00	01 (02 0	3 04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23						
-8	Signos Vitales	Apertura de Ojos Bespuesta Verbal																													
Módt	Notas Enfermería	Respuesta Motora																													
_	Glucometrias	Glasgow																													
	Valoración Neurológica	Visión																													
	Actividades de Enfermería	Fuerza Muscular Estado Mental																													
	Actividades Prequirúrgicas	Reflejos																													
	Control de Ventilación	Respiración																													
	Control de Ingesta																														
	Control de Medicamentos																														
	Control de Venopunciones																														
-	Información Enfermería	1																													
88	Utilidades de Enfermería						- 10									_				_		_		_							
	~	* 20 3 4 4 4	PP PH	Observ	acione	s Hora	2:																								Ĵ
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)																										6	Grabar		Cerrar
E DGE	npres80 👤 666-PRUEBA EN	FERMERA JEFE		-			-		-			-	ЦО	ENCIA	NDO A:	[E.S.I	I. HOS	PITAL	UNIVE	RSITA	RIO D	E SAN	TAND	ER] N	IT [901	006037-	4] Ver	sión: 20	12 Upgrade	: 10 Pard	ne: 10.16

HOSPITAL UNIVERSITARIO	\mathbf{O}	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 29 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Esta opción permite tener un control muy detallado sobre la valoración neurológica del paciente, a continuación, se muestra por medio de imágenes el llenado de dicha valoración neurológica:

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar la valoración neurológica teniendo en cuenta la hora en que se valora el usuario con su respectiva opción neurológica que muestra el panel dándole clic a cada cuadro que corresponda, debe así salir un icono de afirmativo gue indica que a esa hora se valoró el paciente.



ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

<u>ر</u> ا	2 🖸 💆 🛼		Dinámica	Gerencial .NET		×				
	Principal Formulario					* 🚯 🔞				
Agregar	Modificar Grabar Consul Edición	tar Eliminar Imprimir Cerrar								
	(Nuevo) Registro de Enfermería 🛛	Q								
	Información General									
	Paciente: 85438361 · +	CARLOS ALBERTO FLOREZ ROJAS				Edad del Paciente: 46 Años \ 9 Meses \ 14 Días Sexo: M				
	Nº Ingreso: 392315 - + C	Cama: 824B Fecha de Ingreso: 20/05/2016 05:3	6 10			•				
	Área Servicio: 732005 🔹 +	HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA			Fecha: 26/julio/2017	Turno Enfermeria: UNICO UNICO Cargar Registro				
	Información Enfermería 🛛 兴	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA								
	Registro de Líquidos	Listado de Actividades de Enfermería		0	DETALLE DE LA ACTIVIDAD					
8	Signos Vitales	Actividad de Enfermeria SI	Arrastre una columna aquí para agrupa	por dicha columna						
Aódul	Notas Enfermería	Actividad y Descanso	Hora Observación			Responsable				
~	Glucometrias	🗄 Cuidado de la Piel	9							
	Valoración Neurológica	Medidas de Seguridad Acceso Venoso								
	Actividades de Enfermería	Drenajes								
	Actividades Prequirúrgicas	🕀 Oxígeno Terapia								
	Control de Ventilación	Procedimientos Cuidado Recien Nacidos	:							
	Control de Ventradion	Otras Actividades	8							
	Control de Ingesta									
	Control de Medicamentos									
	Control de Venopunciones									
<u> </u>										
1	Informacion Enfermeria									
	Utilidades de Enfermería									
	~	🗲 Expandir 🔆 Personalizar 🕇 Colapsar	🔲 🔲 🕂 Registro 0 de 0 🔸 🗰 🛪	٠		÷				
~	Y TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 - 23:59)									
🗮 DGE	mpres80 👤 666-PRUERA EN	FERMERA JEFF		LICENCIADO A: [E.S.E. HOSP	PITAL UNIVERSITARIO DE SANTAN	DER] NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16				

Esta opción permite tener un control muy detallado de las actividades de enfermería sobre el paciente.

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo actividades de enfermería, detalle de la actividad. A continuación, se muestra por medio de imágenes el llenado de dichas actividades de enfermería:

		MANUAL DE HISTORIA	CLÍNICA	Página: 30 de 90		
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-N	CODIGO: GII-EST-MA-01			
	A	CTIVIDADES DE ENFERMERÍA				
	L	istado de Actividades de Enferme	ría			
		Actividad de Enfermeria	SI 🔺			
	Θ	Higiene				
		Arreglo Unidad	 Image: Second sec			
		Baño Cama				
		Baño Ducha				
		Aseo Oral				
		Aseo Genital				
		Otros				
	Θ	Actividad y Descanso				
		Reposo	Sec.			
		Deambula				
		Sueño				
		Visita Familiar				
		Otros				
	Θ	Cuidado de la Piel				
		Cambio Posicion				
	L	Lubricacion		1		
	-	Expandir 🛛 🔆 Personalizar	Colapsar			

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar dichas actividades de enfermería dando clic a cada cuadro según corresponda, debe así salir un icono de afirmativo que indica si se le hizo dicha actividad, si no se le hizo nada al paciente se deja en blanco.

En el panel derecho se encuentra la opción detalle de la actividad:

En la siguiente imagen como se puede observar al momento de darle afirmativo al baño cama automáticamente en el panel derecho se activan tres campos.

ACTIVIDADES DE ENFERMER	ÍA							
Listado de Actividades de Enfer	mería		DETALLE DE LA ACTIVIDAD (Baño Cama)					
Actividad de Enfermeria	SI 🔺	Arrastre una	columna aquí para aggunar por dicha columna					
Higiene		Arrastic una	columna aqui para agrupar por dicha columna					
Arreglo Unidad	=	Hora	Observación	Responsable				
Baño Cama		9						
Baño Ducha								
Aseo Oral	0	I 16:30	se baña todo el cuerpo	▼ ENFERMERA JEFE PRUEBA				
Aseo Genital	0							
Otros								
Actividad y Descanso								
Reposo	0							
Deambula								
Sueño								
Visita Familiar								
Otros								
🗉 Cuidado de la Piel								
Cambio Posicion								
Lubricacion	•							
🖡 Expandir 🔆 Personaliza	ar 🕇 Colapsar	HI 41 4 R	aistro 1 de 1). 				

Hora: campo que permite ingresar la hora en la cual se hace la actividad.

Observación: campo el cual permite ingresar alguna observación de la actividad realizada.

Responsable: capo en el cual se visualiza el nombre de quien realizo la actividad. Este campo se llena por defecto.

ACTIVIDADES PREQUIRÚRGICAS:

Esta opción permite tener un control muy detallado sobre las actividades prequirúrgico, a continuación, se muestra por medio de imágenes el llenado de dichas actividades:

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 31 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

ا 🔊	2 🖬 🔟 👼 🔵		Dinámica	Gerencial .NET			- ¤ ×
- 11 -	Principal Formulario						* 🚯 🔞
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consul	tar Elminar Imprimir					
	(Nuevo) Registro de Enfermería						
	C Registro de Enfermería						
	Información General						
	Paciente: 85438361 +	CARLOS ALBERTO FLOREZ ROJAS				Edad del Paciente: 46 Años \ 9	Meses \ 14 Días Sexo: M
	Nº Ingreso: 392315 + 0	Cama: 8248 Fecha de Ingreso: 20/05/2016 05:36 10				-	
	Área Servicio: 732005 +	HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA			Fecha: 26/julio/2017	* Turno Enfermeria: UNICO	- Cargar Registro
	Información Enfermería «	ACTIVIDADES PREQUIRÚRGICAS					
	Registro de Líquidos		SI	1 1	OBSE	RVACIONES	<u>^</u>
8	Signos Vitales	Tipos de Actividad					
3	Notas Enfermería	Identification					
~	Glucometrias	Examples Laboratorio					
	Valoración Neurológica	Imagen Diagnostica					
	Actividades de Enfermería	Reserva de Sangre					
	Actividades Prequirúrgicas	Rasurado					
	Control de Ventilación	Retiro de Protesis					
	Control de Ingesta	Bata Quirurgica					
	Control de Medicamentos	Linea Venosa					
	Control de Venopunciones	Premedication					
		Avino					
	Información Enfermenía	Area Operatoria					
88	Utilidador de Enformería	Retiro de Esmalte					
	ourous of themena	Otros					
~	Ľ.	Baño General					-
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)				(Grabar 🔀 Cerrar
DGEn	pres80 👤 666-PRUEBA EN	FERMERA JEFE		LICENCIADO A: [E.S	.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTAM	IDER] NIT [900006037-4] Versión: 201	12 Upgrade: 10 Parche: 10.16

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar la actividad realizada al paciente, dicha actividad que se realiza se marca dando clic a cada cuadro que corresponda, debe así salir un icono de afirmativo

Al lado se encuentra un campo texto, en este espacio el usuario debe llenar las observaciones a la actividad que se le realizo al paciente, solo si es pertinente.

ACTIVIDADES PREQUIRÚRGICAS		
	SI	OBSERVACIONES
Tipos de Actividad		
Identificacion	O	
Historia Clinica Antigua		
Examenes Laboratorio		
Imagen Diagnostica		
Reserva de Sangre		
Rasurado		al paciente se le rasura la pierna izquierda
Retiro de Protesis		
Bata Quirurgica	O	
Linea Venosa		
Premedicacion		
Enemas		
Ayuno	O	el paciente se encuentra en ayuno desde ayer para la cirugia
Area Operatoria		
Retiro de Esmalte		
Otros		
Baño General		el paciente se le hace un baño general

CONTROL DE VENTILACIÓN:

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de registros de control, panel derecho encontramos información de detalle.

C 1	A 🖸 💟 🙀	Dinámia	a Gerencial .NET	_ = ×
	Principal Formulario			* 🕕 🔞
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consult Edición	tar Elminar Imprimi Cerrar		
	(Nuevo) Registro de Enfermería			
	C Registro de Enfermería			
	Información General			
	Paciente: 85438361 - +	CARLOS ALBERTO FLOREZ ROJAS		Edad del Paciente: 46 Años \ 9 Meses \ 14 Días Sexo: M
	Nº Ingreso: 392315 - + 0	ama: 824B Fecha de Ingreso: 20/05/2016 05:36 10		-
	Área Servicio: 732005 - +	HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA	Fecha: 26/julio/2017	Turno Enfermeria: UNICO UNICO Cargar Registro
	Información Enfermería 🛛 兴	CONTROL DE VENTILACIÓN		
	Registro de Líquidos	Listado de Registr	s de Control	Información de Detalle
8	Signos Vitales	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna		
Mód	Notas Enfermería	Hora Modo Ventilación	Responsable	
	Glucometrias	7		
6	Valoración Neurológica			
	Actividades de Enfermería			
	Actividades Prequirurgicas			
	Control de Verdadon			
	Control de Medicamentor			
	Control de Venopunciones			
-	Información Enfermería			
	Utilidades de Enfermería			
	~	···· ↔ → Registro 0 de 0 → ··· → ··· + · · × ×		
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)		🔚 Grabar 🛛 🔀 Cerrar
E DGEn	npres80 👤 666-PRUEBA EN	FERMERA JEFE	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTAN	IDER] NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

HOSPITAL UNIVERSITARIO		MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 32 de 90	
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1	

En panel de listado de registros de control seleccionando

permite agregar un nuevo control de ventilación:

-			
🦟 (Nuevo) 🤇	control de Ventilación		×
Formulario			
Control de	Ventilación		
Datos Genera	les		
Hora:	00:00	8	
FI02:	Vol Corr:	Flujo:	
F.R. Vent:	Plateau:	PEEP:	
Gasimetría:			
Hz:	TI:	Pico:	
PAM:	Relación I/E:	NO2:	
Sensibilidad:			
			Aceptar 🔀 Cerrar

Hora: Campo que permite ingresar la hora en que se empieza a controlar la ventilación.

M ventilación: Campo que permite ingresar el modo de ventilación.

FI02: Campo que permite ingresar la fracción inspirada oxígeno.

Vol corr: Campo que permite el volumen corriente de la ventilación mecánica.

Flujo: Campo que permite ingresar el flujo inspiratorio.

F.R Vent: Campo que permite ingresar la frecuencia respiratoria.

Plateau: Campo que permite ingresar la presión medida al final de la fase inspiratoria.

PEEP: campo que permite ingresar la presión positiva al final de la espiración.

Gasometría: campo que permite ingresar la gasometría que es una prueba muy frecuente y fiable que da una idea real de la situación del paciente critico en un momento concreto.

Hz: campo que permite ingresar la ventilación de alta frecuencia.

TI: campo que permite ingresar el tiempo inspiratorio.

Pico: campo que permite ingresar la presión pico.

PAM: campo que permite ingresar la presión arterial media.

Relación I/E: campo que permite ingresar la relación, entre la duración de la inspiración y la aspiración.

NO2: campo que permite ingresar el dióxido nitrógeno.

Sensibilidad: campo que permite la sensibilidad en la ventilación asistida controlada, esto es un aspecto fundamental en la ventilación para establecer un nivel de sensibilidad apropiado.

Cabe resaltar que los campos marcados con 😢 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

Una vez se llena la información se muestra en los dos paneles la información que se digitó como se observa en la siguiente imagen:

	CONTROL DE VENTILACIÓN								
		Listado de Registros	de Control	Informació	in de Detalle				
A	rrastre una co	lumna aquí para agrupar por dicha columna		Con	trol 1				
5	Hora	Modo Ventilación	Responsable	Hora: Modo Ventilación:	 10:54 para controlada por presión 				
>	10:54	para controlada por presión	ENFERMERA JEFE PRUEBA	FI02:	xxxx				
				Volcor:	XXXXX				
				Flujo:	XXXX				
				Forven:	XXXX				
				Peep:	xxx				
				Plateau:	XXXX				
				Gasimetria:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
				Responsable:	ENFERMERA JEFE PRUEBA				
				Hertz:	XXXXXXXX				
-14	🗸 📢 🕂 Regi	istro1de1 → » » + ✓ X).	Tiempo Inspiratorio:	*				

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTOR	RIA CLÍNICA	Página: 33 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-ES	Г-МА-01	Versión: 1

Hora: campo que permite visualizar la hora en la cual se inició el control de ventilación.

Modo de ventilación: campo que permite visualizar el modo de ventilación que previamente se había puesto.

Responsable: campo que permite visualizar el responsable de ese control de ventilación, cabe resaltar que dicho campo el sistema lo llena por defecto.

En la imagen también se puede observar como el panel derecho llamado información de detalle muestra toda la información que se llenó previamente.

Para eliminar una glucómetria, se debe de utilizar el botón de Eliminar al que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

CONTROL DE INGESTA:

<u>م</u> ا	A 🖸 💟 👒 🖉		Dinámica Gerencial .NET	
-110	Principal Formulario			* 🚯 📢
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consu	kar Elminar Imprimir Cerrar		
	Edición			
»	(Nuevo) Registro de Enfermería	×		
	G Registro de Enfermeria			
	Informacion General			Calad del De dentre las Años à Otheres à 44 Díne la como M
	Paciente: 03430301 • +	Campi R24R Eacha da Ingrana 20/05/2016 05:26 10		Edad del Padente: Ho Anos (9 Meses (14 Dias) Sexo: M
	Área Servicio: 732005	HOSPITALIZACION NEL ROCIRI IGIA	Fecha: 26/bilo/2017	Turno Enfermeria: UNICO Turno Enfermeria: UNICO
	The second state of the se		1.00.00 solvesters.	
	anomador Enterniena «	CONTROL DE DIGESTR	Listado de Ingesta	Información de Detalle
	Giucometrias		estado de ligesta	
plue	Valoracion Neurologica	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna		
Ŵ	Actividades de Enfermena	Hora Via Ingesta	Estado	
	Actividades Prequirurgicas	8		
	Control de Ventilación			
	Control de Ingesta	4		
	Control de Venonunciones			
	Peruneración			
	Examen Físico			
	Escala de Dolor			
-	Información Enfermería			
8	Utilidades de Enfermería			
6	~			
~		22(0)		Contrar
	TORNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	- 23:39]		Grabar 🚺 Cerrar
DGEn	npres80 🔝 666-PRUEBA EN		LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAM	TANDER] NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.1

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo se encuentra el listado de ingesta, en el panel derecho

se encuentra la información de detalle. En el panel de listado de registros de control dando clic en interesta agregar un nueva ingesta:

🧒 (Nuevo) Control de Ingesta	x
Formulario	
Control de Ingesta	
Hora: 10:00 Via de Ingesta: Oral - Estado: Se Realizo	-
Descripción:	•
🔚 Aceptar 🛛 🗵 Cerra	

HOSPITAL UNIVERSITARIO	\mathbf{D}	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 34 de 90
DE SANTANDER		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Hora: campo que permite ingresar la hora de la ingesta.

Vía de ingesta: campo de selección que permite escoger alguna de estas opciones dependiendo de la situación: Oral, oral sonda, oral succión, endovenosa, intramuscular, subcutáneo, tópico, infusión, nutrición enteral, nutrición parenteral, inhalatoria, intrarrectal, transdermica, sublingual, vaginal, oftálmica, intradérmica, otras, todas las vías, ninguno.

Estado: campo de selección que permite escoger alguna de estas opciones dependiendo de la situación. Se realizó, no se realizó, rechazo.

Descripción: campo texto que permite ingresar la descripción de la ingesta que se le hace al paciente.

Cabe resaltar que los campos marcados con 😢 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

Una vez se llena la información se muestra en los dos paneles la información que se digitó como se observa en la siguiente imagen:

Listado de Ingesta Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna	Hora:	nformación de I Control 1	Detalle
Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna	Hora:	Control 1	
	Hora:		
Hora Via Ingesta Estado V </th <th>Via Ingesta Estado:</th> <th>11:37</th> <th>Oral_Sonda Se_Realizo</th>	Via Ingesta Estado:	11:37	Oral_Sonda Se_Realizo
> 11:37 Oral_Sonda Se_Realiz	Descripcion Responsabl	: se realizó e: ENEEDMED A 16	
W ≪ ≪ Registro 1 de 1 → → → + ← × <			

Hora: campo que permite visualizar la hora en la cual se inició el control de ingesta.

Vía ingesta: campo que permite visualizar la vía de la ingesta.

Estado: campo que permite visualizar el estado de la ingesta.

En la imagen también se observa como el panel derecho llamado información de detalle muestra toda la información que se llenó previamente.

Para eliminar una glucómetria, se debe de utilizar el botón de Eliminar al que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

CONTROL DE MEDICAMENTOS:

7 .	2 🖬 💆 🦡		Dinámica Ge	erencial .NET		_ & X
	Principal Formulario					* 🕕 🕲
Agregar	Modificar Grabar Consult Edition	tar Eliminar Imprimir				
**	(Nuevo) Registro de Enfermería 🛛 🗙	1				
	C Registro de Enfermería					
	Información General					
	Paciente: 85438361 - +	CARLOS ALBERTO FLOREZ ROJAS			Edi	ad del Paciente: 46 Años \ 9 Meses \ 14 Días Sexo: M
	Nº Ingreso: 392315 · + C	ama: 8248 Fecha de Ingreso: 20/05/2	2016 05:36 10		*	
	Area Servido: 732005 • +	HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA		Fecha	: [26/julio/2017 *] Tur	no Enfermeria: UNICO · [E] Cargar Registro
	Información Enfermería 🛛 🛠	CONTROL DE MEDICAMENTOS			Const	ilta de Formulas Médicas:
	Glucometrias ^		Listado de Control de Med	icamentos		Información de Detalle
solution	Valoración Neurológica	Arrastre una columna aquí para agrupar por	r dicha columna			
No.	Actividades de Enfermería	Hora Medicamento/Servicio		Cantidad	Respuesta	
	Actividades Prequirurgicas	7				_
	Control de Ingesta					
	Control de Medicamentos					
	Control de Venopunciones					
	Recuperación					
	Examen Físico					
	Escala de Dolor					
-	Información Enfermería					
	Utilidades de Enfermería					
-	~	👐 🍕 A Registro 0 de 0 🕨 👐 👐 🛨 🛩	× <			
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)				🔚 Grabar 🛛 🔀 Cerrar
DGEr	npres80 👤 <u>666-PRUEBA EN</u> I	TERMERA JEFE		LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UN	IVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [000006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 35 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado control de medicamentos, panel derecho

encontramos información de detalle. En panel de listado de registros de control dando clic en importante agregar un nueva ingesta:

🧟 (Nuevo) Con	trol de Medicamento X
Formulario	
Control de Me	edicamento
Informacion Gen	eral
Hora:	00:00
Información del N	1edicamento
Unidad Consumo:	Forma Farmacéutica:
Concentración:	
Posología:	- Condiciones Administración: -
Prioridad:	Vía de administración: Frecuencia:
Dosis:	Presentación: Cantidad: Cantidad:
Observación:	-
Informacion del F	Registro de Enfermeria
Cantidad:	😢 0,000 🗘 Respuesta: Se Realizo 🔹 Dosis: 🔹
Observación:	
	🔚 Aceptar 🛛 🔀 Cerrar

Este panel de control de medicamentos se divide en tres partes como se muestra la imagen a continuación se explica la función de cada una.

Hora: campo que permite ingresar la hora en la cual se suministró el medicamento al paciente.

Medicamento: este campo a darle clic en despliega una lista de los medicamentos que están formulados y pendientes por suministrar como también los que ya se suministraron como se observa en la siguiente imagen:

🕫 (Nuevo) Control de Medicamento 🛛 🗙 👘									
Formulario									
Control de Medicamento									
Information General									
Hora: 00:00	_	۱ ټ	Medicamento: 53704-07	*	CEFAZOLINA AM	P X 1 GR			
Información del Medicam	del Medicamentos								
Unidad Consumo: AMPOLL	A	Madi	en (Comu						
Concentración:		Medi	ca/serv i						
Posología:		Fe	cha Formula	Cantidad Fo	rmula	Cantidad Suministrada		Estado Formula	
Prioridad: Urgente	5	7							
Dosis: 3,00		÷	Medica/Serv: ACETAMIN	OFEN TAB X	500 MG (24 For	mulas), (Total: 186,00), (Total Su	ministrado: 143,0	0)
Observación:	Ť.	Θ	Medica/Serv: CEFAZOLIN	IA AMP X 1 (GR (2 Formulas), (Total: 7,00), (Total	Suministrad	lo: 2,00)	
Informacion del Registro	2	•	10/06/2016		3,00		2,000		Activa
información del Registro	-		11/06/2016		4,00		0,000		Activa
Cantidad: 🕹	4	Ð	Medica/Serv: DEXTROSA	A.D. BOLSA	AL 10 X 500 C	C (1 Formulas), (Total:	1,00), (Tota	al Suministrado: 1	,00)
Observación:		÷	Medica/Serv: DIPIRONA	AMP X 2.5 0	GR/5 ML (1 Forn	nulas), (Total: 4,00), (1	Total Sumini	istrado: 1,00)	
		÷	Medica/Serv: METOCLOP	RAMIDA A	MPX10 MG/2ML	(2 Formulas), (Total:	6,00), (Tota	al Suministrado: 2	2,00)
		•	Medica/Serv: OMEPRAZO	DL CAP X 20	MG (23 Formu	las), (Total: 23,00), (To	otal Suminis	trado: 19,00)	
		•	Medica/Serv: SOLUCION	CALTNA NOT	E RINGER BOL X	500ML (7 Formulas),	(Total: 22,00)), (Total Suminis	trado: 5
Hedica/Serv: SOLUCION SALINA NORMAL BOLSA X 1000 ML (1 Formulas), (Total: 3,00), (Total Suministrado: 3)								rauo: 5,	
W Predica/Serv: SOLUCION SALINA RORMAL BOLSA X 500 ML (1 Formulas), (1otal: 2,00), (1otal Summistra Madria (came TOYOTE TITAMUC AND (1 Formulac)), (Total Suministratul 10)								auo: 0,0	
		œ	Medica/Serv: TRAMADO		MG (5 Formulas	(Total: 1,00), (Total:	al Suministra	ado: 4.00)	
			Medica/Serv: VENDA DE	AI GODON 4	X 5 YARDAS (1	Formulas), (Total: 4.0	0). (Total Su	ministrado: 0.00)	
	_	0			(ADDAC (1 E-		and Comini	-tue dec 0.00)	
	14	4 44	 Registro 25 de 71 → → 	> >> <u> </u>					• •

HOSPITAL UNIVERSITARIO		MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 36 de 90
DE SANTANDER		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

En la segunda parte del panel de control de medicamentos se encuentra la información del medicamento:

Información del	Medicamento						
Unidad Consumo:	AMPOLLA	Forma Farmacéutica:					
Concentración:							
Posología:		*	Condiciones Administ	tración:		-	
Prioridad:	Urgente -	Vía de administración: INTRAV	ENOSA IV	Frecuencia:	Dia	Ŧ	1,00 🌐
Dosis:	3,00 🌲 Microgramo mcg	- Presentación:	1,00 🗘 Microgram	o mcg	Ŧ	Cantidad:	3 🗘
Observación:	•						*

Unidad consumo: campo que permite visualizar la unidad de consumo por ejemplo si viene en ampolla o tableta etc. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Forma farmacéutica: campo que permite ingresar de qué manera se va o ya se suministró el medicamento. **Concentración:** campo que permite ingresar la concentración del medicamento.

Posología: campo que permite ingresar el intervalo de tiempo en el que se administra un medicamento.

Condiciones de administración: campo que permite ingresar una serie de condiciones que al momento de darle clic a la flecha despliega inmediatamente otras opciones para llenar si es necesario, a continuación, se muestra en la imagen:

Presentación:	·
Indicaciones:	
Contra-Indicaciones:	
Dosificación:	
Interacciones:	
Efectos Adversos:	
i	×

Prioridad: Campo que permite visualizar la prioridad con la que se suministró el medicamento. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Vía de administración: Campo que permite visualizar la vía de administración del medicamento. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Frecuencia: Campo que permite visualizar la frecuencia con la que se suministra el medicamento por ejemplo si es por hora o por día etc. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Dosis: Campo que permite visualizar la dosis con la cual se va a suministrar el medicamento. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Presentación: Campo que permite visualizar la presentación del medicamento. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Cantidad: Campo que permite visualizar la cantidad del medicamento que le piso el doctor. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Observaciones: Campo que permite ingresar alguna observación si es necesario.

En la tercera parte del panel de control de medicamentos se encuentra la información del registro de enfermería:

Informacion del Registro de Enfermeria										
Cantidad:	8	0,000 ‡	Respuesta:	Se Realizo	-	Dosis:				-
Observación:										<u>^</u>
										-
									Aceptar	3 Cerrar
HOSPITAL UNIVERSITARIO	\mathbf{b}	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 37 de 90							
---------------------------	--------------	----------------------------	------------------							
DE SANTANDER		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1							

Cantidad: Campo que permite ingresar la cantidad suministrada al paciente.

Respuesta: Campo que permite ingresar la respuesta, esto quiere decir si el medicamento se realizó, no se realizó o lo rechazo.

Dosis: Campo que permite ingresar la dosis suministrada.

Observación: Campo que permite ingresar alguna observación si es necesario.

Cabe resaltar que los campos marcados con 😢 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

CONTROL DE VENOPUNCIONES:

 I 	2 🖸 🗿 👼			Di	námica Gerencial .NET				_ = ×
- 11 -	Principal Formulario								* 🚯 🔞
Agregar	Modificar Grabar Edición	tar Eliminar Imprimir	k.						
	(Nuevo) Registro de Enfermería	อ							
	Registro de Enfermería								
	Información General								
	Paciente: 85438361 - +	CARLOS ALBERTO FLOR	EZ ROJAS				Edad del	Paciente: 46 Años \ 9 N	feses \ 14 Días Sexo: M
	Nº Ingreso: 392315 - + C	ama: 824B Fecha de	Ingreso: 20/05/	2016 05:36 10			*		
	Área Servicio: 732005 🔹 🔸 🗄	HOSPITALIZACION NEUROC	IRUGIA			Fecha: 26/julio/2017	 Turno Er 	nfermeria: UNICO	- Cargar Registro
	Información Enfermería 🛛 🐇	CONTROL DE VENOPUN	CIONES						
	Glucometrias 🔺			Listado de	Venopunciones		_	Informaci	ón de Detalle
8	Valoración Neurológica	Arrastre una columna aqu	í para agrupar po	r dicha columna					
Mód	Actividades de Enfermería	Fec Canalización	Cateter #	Clase Cateter	Sitio	Indicación			
	Actividades Prequirúrgicas	8							
	Control de Ventilación								
	Control de Ingesta								
	Control de Medicamentos								
	Control de Velioparidones								
	Examen Eísico								
	Escala de Dolor								
2	Información Enfermería								
200	Utilidades de Enfermería								
	~	👯 🐗 4 Registro 0 de 0	> >> + + v	×			Þ		
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)						(E)	Grabar 🛛 🔀 Cerrar
🗮 DGEn	npres80 👤 666-PRUEBA ENI	FERMERA JEFE			LICENCIADO A: [E.S.E. H	IOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTAND	ER] NIT [90000	06037-4] Versión: 2012	Upgrade: 10 Parche: 10.16

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de venopunciones, en el panel derecho se

encuentra la información de detalle. En panel de listado de registros de control seleccionando impermite agregar a la lista una nueva venopunción:

⁄ (Nuevo) Control de Venopunción				×
Formulario				
Control de Venopunción				
Registro de Venopunción				
Fec. Canalización: 🔇 28/07/2017 07:14 🔹 Cateter #: 🔇 0 🗘	Clase Cateter:	Central -	Sitio: MSD	-
Indicación: Liquidos 🗸	Descripción:	8		
Otra Causa:	Responsable:	ENFERMERA JEFE PRUEBA		
Fechas de Control				
Fec. Seguimiento: Fec. Cambio Vena:	Fec. Curación	: Fec. Cambio Equ	ipo:	
	-	~	-	
Datos de Supervisión				
Fec. Suspensión: Motivo Retiro: Vacio	-	Grado Flebitis: Vacio		-
Observaciones				
				*
			🔚 Aceptar	Cerrar

HOSPITAL UNIVERSITARIO	\mathbf{O}	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 38 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Este panel de control de medicamentos se divide en tres partes como se muestra la imagen a continuación se explica la función de cada una.

Registro de venopunción:

Registro de Veno	punción					
Fec. Canalización:	28/07/2017 07:14 ▼ Cateter #: 8	0 ‡	Clase Cateter:	Central -	Sitio:	MSD -
Indicación:	Liquidos	•	Descripción:	8		
Otra Causa:			Responsable:	ENFERMERA JEFE PRUEBA		

Fecha Canalización: campo que permite ingresar la fecha y hora de la canalización.

Catéter #: campo que permite ingresar la cantidad de catéter que se usaron.

Clase de catéter: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: centra, femoral, periférico, percutáneo, peritoneal, picc, umbilical.

Sitio: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: MSD, MSI, MII, MID, Y E, yugular izquierdo, yugular derecho, subclavio izquierdo, subclavio derecho, línea arterial, catéter central, catéter central femoral, umbilical venoso, umbilical arterial.

Indicación: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: líquidos, medicamento, electrolitos, transfusión, ahorro proteico, catéter salinizado, liquido + electrolito, liquido + medicamentos, liquido + electrolitos + medicamento, nutrición parenteral.

Descripción: campo que permite ingresar la descripción.

Otra Causa: campo que permite ingresar otra causa.

Responsable: campo que permite visualizar quien realizo la venopunción.

Fecha de control:

Fechas de Contro	1				
1	Fec. Seguimiento:	Fec. Cambio Vena:	Fec. Curación:	Fec. Cambio Equipo:	
	-	-	•	-]

Fecha de control: campo que permite ingresar la fecha y hora en que inicia el seguimiento.
Fecha Cambio vena: campo que permite ingresar la fecha y hora en el que se cambia de vena.
Fecha Curación: campo que permite ingresar fecha y hora en el que se le hace curación al paciente.
Fecha Cambio equipo: campo que permite ingresar fecha y hora en el que se cambia el equipo.

Datos de supervisión:

Datos de Supervisión	
Fec. Suspensión: Tec. Suspensión: Vacio Grado Flebitis: Vacio	-
Observaciones	
	×
	-

Fecha Suspensión: campo que permite ingresar la fecha del retiro del catéter.

Motivo retiro: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: infiltración, salida por bordes, retiro accidental, oclusión, fin TTO I.V, cambio por fecha, cambio por cvc, flebitis, vacío. **Grado flebitis:** campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: dolor en el sitio de la venopunción, dolor eritema leve edema, dolor eritema edema endurecimiento <4 cm, dolor edema induración cordón venoso >4 cm, franca trombosis venosa, ninguna, vacío.

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 39 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Observaciones: campo que permite ingresar alguna observación.

Cabe resaltar que los campos marcados con 😢 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

RECUPERACIÓN:

C I.	A 🖸 🗿 🛼 🔪	Dinámica Gerencial .NET		- 🕫 X
	Principal Formulario			* 🚯 😨
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consu	Immar Imprime Cerar		
	(Nuevo) Registro de Enfermería	istoria Olinica		
	Registro de Enfermería			
	Información Conorral			
	Daciontes 85438361	ADLOS ALBERTO ELOREZ ROJAS	Edud del Pariantes 46 Añor \ 9 Marer \ 14 Dían	Sevo: M
	202215	924P Early de Terrere, 20/05/2016 05-26 10		J 36.00. [14]
	Nº Ingreso: 392313	102760 Pecha de Ingreso: 20/03/2010 03:36 10		
	Area Servicio: 732005 • •	TI ALIZACIÓN NEUROCIRUGIA	Pecha: 26/Julio/2017 • Turno Enfermena: UNICO • Egical	gar Registro
	Información Enfermería 🛛 🛠	ECUPERACIÓN		
	Glucometrias 🔺	Hora 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	
8	Valoración Neurológica	Test de Aldrette		
lódul	Actividades de Enfermería	Actividad 2 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0 .	0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.	
~	Actividades Preguirúrgicas	Respiración 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0	0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.	
	Control de Ventilación	Circulación 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0	$0 \ \cdot \ 0 \ \ 0 \ \ 0 \ \ 0 \ \ 0 \ \ 0 \ \ 0 \ \ 0 \ \ 0 \ \ 0 \ \ \ 0 \ \ \ 0 \ \ \ 0 \$	
	Control de Tonesta	Conciencia 0 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0 . 0	$0 \cdot 0 \cdot$	
	Control de Madionantes	Oxigenación 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0 · 0	0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.	
	Control de Medicamentos	Total 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0	
	Controi de venopunciones	Conciencia	Respiración	
	Recuperación	Dormido	Ampla	
	Examen Físico	Somnoliento	Superficial	-
~~~	Escala de Dolor	Excitado	Disnea	
		Conciente	Fredo de Respiración	
-	Información Enfermería	Rosado	Cánula Nasal	
88	Utilidades de Enfermería	Pálido	Ventury	
A		Cianótico	Entubado	
4	×	Ictérico	Tradueostomía	
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00	9)	📳 Grabar 🖡	Cerrar
E DGEr	npres80 👤 666-PRUEBA EN	MERA JEFE LICENCIADO A	A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 P	arche: 10.16

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel de arriba se encuentra test de aldrette, en el panel de abajo se encuentra la llegada a recuperación. Esta opción permite tener un control muy detallado sobre la recuperación del paciente.

A continuación, se explica el funcionamiento del primer panel llamado test de aldrette como se muestra en la imagen:

Hora		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Test de Aldre	tte																								
Actividad		0.	0.	0	0	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0	0	0	0	0	0	0
Respiración		0.	0.	0	0	0.	0.	Ο.	0.	ο.	0.	ο.	0.	ο.	0.	0.	0.	0.	0	0	0	0	0	0	0
Circulación		0.	0.	0	0	0.	0.	ο.	0.	ο.	0.	ο.	0.	ο.	0.	0.	0.	0.	0	0	0	0	0	0	0
Conciencia		0.	0.	0	0	0.	0.	ο.	0.	ο.	0.	ο.	0.	ο.	0.	0.	0.	0.	0	0	0	0	0	0	0
Oxigenación		0.	0.	0	0	0.	ο.	ο.	0.	ο.	0.	ο.	0.	ο.	0.	0.	0.	0.	0	0	0	0	0	0	0
Total		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar la actividad realizada al paciente, dicha actividad que se realiza se marca dando clic a cada cuadro según corresponda, debe así salir tres opciones como se muestra en la siguiente imagen:

# Actividad

CUPERACIÓN																								
Hora	00	01	02	03	04	05	06	07	08	3 09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Test de Aldrette																								
Actividad	0 -	ο.	ο.	0.	ο.	ο.	0.	0.	0	. 0 .	0	0	0.	ο.	0.	0	0	0.	0 .	0.	0.	0.	ο.	ο.
Respiración	0	No p	uede r	nover	las ex	tremi	dades	cuan	do se	le indi	ca				0.	0 .	0	0	0	0.	0.	0.	ο.	0.
Circulación	1	Pued	e mov	er do	s extre	emidad	des vo	olunta	riame	nte cu	ando	se le ir	ndica		0.	0.	0	0	0	0.	0.	0.	ο.	ο.
Conciencia	2	Pued	e mov	er las	cuatro	o extr	emida	des v	olunt	ariame	nta ci	Jando	se le ir	ndica	0.	0.	0	0	0	0.	0.	0.	ο.	ο.
Oxigenación	0.	ο.	ο.	ο.	ο.	ο.	ο.	ο.	0	. 0 .	0	0	ο.	ο.	ο.	0.	0	0	0	0.	0.	0.	ο.	ο.
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	(	0 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

HOSPITAL	
UNIVERSITARIO	
DE SANTANDER	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	

#### Respiración

RE	CUPERACIÓN																									
	Hora	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	3 14	15	16	5 17	18	19	20	21	22	2 23	3
	Test de Aldrette																									
	Actividad	1.	1.	2.	1.	2.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2	• 0 •	0	• 0	• 0	0	• 0	• 0	0	0	0	0	• 0	
	Respiración	2 -	2.	2.	1.	2.	0.	2.	1.	2 .	2.	1.	0	0	0	• 0	. 0	0	. 0	0	0	0	0	0	• 0	•
rette	Circulación	0	Apne	a									2	0	0	• 0	. 2	0	. 0	• 0	0	0	0	0	• 0	
Ald	Conciencia	1	Disne	ea o re	espira	cion su	pericia	al no p	ouede	toser	librem	ente	0	0	0	• 0	. 0	0	. 0	• 0	0	1	0	0	• 0	
t de	Oxigenación	2	Pued	le resp	pirar p	rofund	lamen	te y ti	oser lil	breme	ente		0	2	1	. 0	. 0	0	. 0	• 0	1	0	0	0	. 0	
Ц.	Total	5	6	9	4	9	2	4	5	4	6	4	4	2	1	L	2	0	0	0	1	1	0	0	) (	D

#### Circulación

RE	CUPERACIÓN																								
	Hora	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	Test de Aldrette																								
	Actividad	1.	1.	2.	1.	2.	2.	1.	2	1	2	1	2	0.	0.	0.	ο.	0.	0.	0.	ο.	ο.	ο.	0	0.
	Respiración	2.	2 .	2 .	1.	2.	ο.	2.	1	2	2	1	0	0.	0.	0.	ο.	ο.	0.	0.	ο.	ο.	ο.	0	0.
rette	Circulación	0 -	1.	2.	1.	1.	ο.	ο.	0	1	1	1	2	0.	0.	0.	2.	ο.	0.	0.	ο.	ο.	ο.	0	0.
Ald	Conciencia	0	Pacie	ente m	uy hip	ertens	so o h	ipoter	nso co	on cam	nbios d	le la T	A may	ores a	un 5	0% de	las ci	fras ir	iciales	s у/о р	resen	ta arri	itmias	card	iacas
t de	Oxigenación	1	Pacie	ente hi	perte	nso o ł	nipote	nso c	on car	mbios	de la 1	TA ent	tre un	20%	a 50%	6 de la	s cifra	is inici	ales						
Tes	Total	2	Presi	on art	erial n	ormal,	o au	mento	o dis	minuc	ion de	la TA	hasta	un 20	)% de	las cif	ras in	iciales							

#### Conciencia

RE	CUPERACIÓN																																
	Hora	00	01	L 0:	2 0	3 04	05	i 06	07	1	08	0	9	10	1	L	12	13	1	4	15	1	6	17	1	8	19	:	20	21		22	23
	Test de Aldrette																																
	Actividad	1	1	. 2	• 1	. 2	. 2	. 1	. 2	. 1	۰. ا	2	•	1.	2	. (	).	0	0		0	0		0.	0		0	0	).	0	. 0	).	ο.
	Respiración	2	2	Duer	la mo	ver do	evtre	amidar	dec ve		tari		nte		ndo	co l	e inc	tica	0		0	0		0.	0		0	0	).	0	. C	).	ο.
rette	Circulación	0	1	- Z	· ·	· ·	. 0		. 0						Z	-		v	0		2	0		0.	0		0	0	) .	0	· 0	).	ο.
Ald	Conciencia	1 -	2	. 2	• 1	. 2	. 0	0	• 1	. C	).	1	. (	ο.	0	. (	).	0	0		0	0		0.	0		0	1		0	· 0	).	ο.
st de	Oxigenación	0	No r	espor	nde					· C	).	0	•	1.	0	. 2	2.	1	• 0		0	0		ο.	0		1	0	).	0	· 0	).	ο.
Tes	Total	1	Som	nolier	ito pe	ro resp	onde	al llam	nado	5	4		6	4	4	1	2	1		0	2		0	0		0	1		1	0		0	0
		2	Com	pleta	menti	e despi	erto, c	oncier	nte l																								

#### Oxigenación

Hora		00	01	L	02	0	3	04	05	5 0	96	0	7	08	8	09	1	0	1:	L	12	1	13	1.	4	15	1	6	17	•	18		19	2	0	21	2	2	23	
Test d	e Aldrette																																							
Activ	idad	1.	1	. 2	2.	1	- 3	2.	2	. 1		2	•	1	. :	2.	1		2	•	ο.	0	-	0		ο.	0		0	. 0	ο.	0		0	. (	р.	0	- 1	ο.	
Resp	iración 2	2.	2	. 2	2.	1	- 3	2.	0	. 2		1	•	2	. 2	2.	1		0	•	ο.	0		0	-	ο.	0		0	. 1	ο.	0		0	. (	р.	0	- 1	ο.	
Circu	lación (	ο.	1	. 2	2.	1	- 1	1.	0	· 0		0		1	- 1	1.	1		2		ο.	0	-	0	- 1	2.	0		0	. (	ο.	0		0	. (	ь.	0	- 1	ο.	
Conc	iencia	1.	2	. 2	2.	1	- 3	2.	0	· 0		1		0	. 1	1.	0		0	•	ο.	0	-	0	-	ο.	0		0	. (	ο.	0		1	. (	р.	0		ο.	
Oxig	enación	1 -	0	- 1	1.	0	- 3	2.	0	. 1		1		0	. (	р.	1		0		2.	1	-	0	-	о.	0		0	. 1	ο.	1		0	. (	р.	0	- 1	ο.	
Total		0	saO	2 m	eno	r de	90	% ir	nduse	o con	ı su	plen	ner	nto	de	oxig	end	•											C		0		1		1	0		0	0	
Concie	encia	1 2	Nec Cap	esit az (	a su de n	iplen nant	nen ene	to d r un	e oxi la sat	geno turac	o pa ion	ara r i de	na O>	nter ciger	ner no (	Sa( (Sa(	02 n 02)	may	or c yor	le 9 de	90 % 92%	/о ге	spi	rand	do i	aire i	amb	ien	te									-	-	

A continuación, se explica el funcionamiento del segundo panel llamado llegada a recuperación, como se muestra en la imagen:

Conciencia		<b>^</b>	Respiración	
Dormido	<b>Ø</b>		Amplia	<b>2</b>
C Somnoliento		-11	Superficial	
Excitado			Disnea	
Conciente			Medio de Respiración	
Color			Espontánea	
Rosado	<b>Q</b>		Cánula Nasal	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I
-g Pálido			Ventury	
Cianótico			Entubado	
□ Ictérico		<u>-</u>	Traqueostomía	

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar la llegada a recuperación teniendo en cuenta solo lo que ve al momento de valorarlo. Se le da clic a cada cuadro que corresponda debe así salir un icono de afirmativo o que indica cómo se encuentra el paciente.

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 41 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

**EXAMEN FÍSICO:** 

	Dinàmica Gerencial .NET			>
Principal Formulario				* 🕦 (
Image: Second state         Image: Second state				
Edicion				
>> (Nuevo) Registro de Enfermería 💌				
G Registro de Enfermería				
Información General			[	
Paciente: 85438361 + CARLOS ALBERTO FLOREZ ROJAS			Edad del Paciente: 46 Anos \ 9 M	eses \ 14 Dias   Sexo: M
N° Ingreso: 392315 - + Cama: 8248 Pecha de Ingreso: 20/05/2016	05:36 10	Fecha: 26/julio/2017	* Turno Enfermeria: UNICO	· Cargar Registro
Televender Beformerin // EVAMEN EISTCO				11-0
Listado de Étama de Evamen Eleico		DETAILE DEL EXAMEN EÍSTCO		
Glucometrias  Examen Físico ST		DETRACE DEE DOM HENTEDICO		
8 Valoración Neurológica III Piel	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna			
2 Actividades de Enfermeria III Tono	Hora Observación		Responsable	
Actividades Prequirúrgicas	9			
Control de Ventilación 🕒 Pulsos				
Control de Ingesta				
Control de Medicamentos				
Control de Venopunciones				
Recuperación				
Examen Físico				
Escala de Dolor				
Información Enfermería				
Utilidades de Enfermería				
🗸 🗸 Expandir 🔆 Personalizar 🗲 Colaps	ar iiii iii ka kegistro 0 de 0 > >> >> 🔀 <			Þ
TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 - 23:59)				Grabar 🔀 Cerrar
DGEmpres80	LICENCIADO A: [E.S.	E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTAN	DER] NIT [900006037-4] Versión: 2012	Jpgrade: 10 Parche: 10.1

Esta opción permite tener un control muy detallado sobre el examen físico del paciente, Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo examen físico, en el panel derecho se encuentra el detalle del examen físico. A continuación, se muestra por medio de imágenes el llenado de dichas examen físico.

EXAMEN FÍSICO	
Listado de Ítems de Examen Físico	
Examen Físico	SI 🔺
Piel	
Zona de Presion - Sitio	
Lesiones	
Eritema	
Edema	Image:
😑 Tono	
Adecuado para E. Gestac.	
Flacido	
Hipotónico	<ul> <li>Image: Image: Ima</li></ul>
😑 Cabeza	
Suturas	
Fontanela	
Ojos	<ul> <li>Image: A set of the /li></ul>
Fosas Nasales	
Boca	
Orejas	-
🗲 Expandir 🔆 Personalizar	Colapsar

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar dichos exámenes físicos dándole clic a cada cuadro según corresponda, debe así salir un icono de afirmativo que indica si se le hizo dicha actividad, si no se le hizo nada al paciente se deja en blanco.

En el panel derecho se encuentra la opción detalle del examen físico:

E	AMEN FÍSICO						
L	stado de Ítems de Examen Físico					DETALLE DEL EXAMEN FÍSICO (Edema	a)
	Examen Físico	SI 🔺			a aquí para agrupar por dicha columna		
Θ	Piel		112	Trusti e una colum	a aqui para agrapar por aicita columna		
	Zona de Presion - Sitio	<ul> <li>Image: Image: Ima</li></ul>	IC.	Hora	Observación		Responsable
	Lesiones		V				
	Eritema		IF.		1		
	Edema	Image:	*			Pulse aquí para añadir una nueva fila	
Θ	Tono		>	15:22	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		ENFERMERA JEFE PRUEBA
	Adecuado para E. Gestac.		-				
	Flacido		8				
	Hipotónico	Image:					
Θ	Cabeza						
	Suturas						
	Fontanela						
	Ojos	Image:					
	Fosas Nasales						
	Boca	Image:					
	Orejas	-					
4	Expandir 😪 Personalizar 🕇	Colapsar		HI	1 de 1		

En la siguiente imagen como se puede observar al momento de darle afirmativo al edema automáticamente en el panel derecho se activan tres campos.

Hora: campo que permite ingresar la hora en la cual se hace la actividad.

Observación: campo que permite ingresar alguna observación de la actividad realizada.

Responsable: campo que visualiza el nombre de quien realizo la actividad. Este campo se llena por defecto.

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 42 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

# ESCALA DE DOLOR:

<b>~</b> ].	2 🔲 🔘 🐻		Dinámica Gerencial .NET		_ # ×
	Principal Formulario				* 🕦 🔞
Agregar	Modificar Grabar Consul	itar Eleninar Imprimir Cerrar			
×	(Nuevo) Registro de Enfermería         >           Construction Ceneral         >           Padente:         85438361 - +           Nº îngresol         392315 - +           Área Servicio;         732005 - +	Kill		Ed +     Fecha:   26/julio/2017 +   Tu	lad del Paciente: 46 Años \ 9 Meses \ 14 Días   Sexo: [ M ] mo Enfermenta: [UNECC - ] (Ba Cargan Ragatra
	Información Enfermería 🛛 🛠	ESCALA DE DOLOR			
	Glucometrias A		Listado de Registros de Escala de Dolor		Información de Detalle
8	Valoración Neurológica	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna			
Pów	Actividades de Enfermería	Hora Intensidad Dolor	Responsable		
	Actividades Prequirúrgicas	7			
	Control de Ventilación				
	Control de Ingesta				
	Control de Medicamentos				
	Control de venopunciones				
	Evamen Elsico				
	Escala de Dolor				
2	Información Enfermenia				
200	Utildades de Enfermería				
	~	H H H A Registro 0 de 0 > >> >+ + × <			
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)			🔛 Grabar 🛛 🔯 Cerrar
E DGE	mpres80 S 606-PRUEBA EN	FERMERA JEFE	LICENCIADO A: [E.S.E. HO	OSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT	[900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de registros de escala de dolor, en el panel

derecho encontramos información de detalle. En panel de listado de escala de dolor seleccionando impermite agregar a la lista una nueva escala:

🥝 (Nuevo) Escala de Dolor	x
Formulario	
Escala de Dolor	
Hora: 00:00 🗘 Intensidad Dolor: 😒	Ninguno -
	Aceptar Cerrar

Hora: campo que permite ingresar la hora en la cual se inició el control de la escala del dolor.

Intensidad dolor: campo que permite escoger una serie de opciones para que el usuario escoja la indicada, estas opciones se muestran en la siguiente imagen.

Intensidad Dolor:	Ninguno -	-
	Ninguno	
	Sin Dolor	
	Olor Leve	
	Un poco más de Dolor	
	Aún más Dolor	
	Mucho Dolor	
	Intenso Dolor	

Cabe resaltar que los campos marcados con 😢 son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

HOSPITAL UNIVERSITARIO	$\mathbf{b}$	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 43 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Una vez se llena la información se mostrará en los dos paneles la información que se digitó como se observa en la siguiente imagen:

ESCALA DE	DOLOR					
		Inform	nación de Detalle			
Arrastre una	columna aquí para agrupar por dicha columna					
Hora	Intensidad Dolor		Responsable		Intensidad Dolor:	Dolor Leve
₽					Responsable:	ENFERMERA JEFE PRUEBA
> 00:00		Dolor_Leve	ENFERMERA JEFE PRUEBA			
144 44 4 Re	gistroldel → → → + ✓ X					

Hora: campo que permite visualizar la hora en la cual se inició la escala del dolor.

Intensidad dolor: campo que permite visualizar la intensidad del dolor.

Responsable: campo que muestra el nombre de quien realizo la actividad. Este campo se llena por defecto.

La imagen también muestra como el panel derecho llamado información de detalle expone toda la información que se llenó previamente.

Para eliminar una escala de dolor, se debe de utilizar el botón de Eliminar el que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

# PANEL DE UTILIDADES DE ENFERMERÍA

# SOLICITUD DE INSUMOS:

C	8 🖸 💟 🛼		Dinámica G	erencial .NET				- 🕫 X
	Principal Formulario							* 🚯 😨
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consult Edición	ar Eliminar Imprimir						-
»	(Nuevo) Registro de Enfermería	Historia Clínica						
	C Registro de Enfermería							
	Información General							
	Paciente: 85438361 - +	CARLOS ALBERTO FLOREZ R	ROJAS				Edad del Paciente: 46 Años \ 9 Meses \	14 Días Sexo: M
	Nº Ingreso: 392315 - + C	ama: 824B Fecha de Ingre	eso: 20/05/2016 05:36 10				•	
	Area Servicio: 732005 • •	IOSPITALIZACION NEUROCIRUG	514		Fecha: 26/julio/2017		Turno Enfermena: UNICO	Cargar Registro
	Utilidades de Enfermería «	SOLICITUD DE MEDICAME	NT05					
	Solicitud de Insumos	Solicitud: Estado:		Solicitud #-001				
dulos	Devolución de Medicamentos	-001 REGISTRADO	ENFERMERA JEFE PRUEBA				😢 Anular Solicitud Actual	1
Ŵ	Indicaciones Medicas		Lista	lo de Medicamentos				
	Consulta de Antecedentes	Arrastre una columna aquí par	a agrupar por dicha columna					
•	Consulta de Resultados	Info Medicamentos				Info Solicitud	1	
	Consulta de Enfermería	Código Med	dicamento	Presentación	Concentración	Cantidad	Justificacion	
		8						
	Información Enfermería	HI HI I Registro 0 de 0						
88	Utilidades de Enfermería	Registro de Medicamentos						
6	· ·	Lista de Medicamentos: </th <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th>						
~		2.50)					Crah	
	TORIO ACTOAL: ONICO (00:00 -	(3:39)					Grabe	errar
E DGEn	1pres80 📃 666-PRUEBA ENI			LICENCIADO A: [E.S.E. HO	SPITAL UNIVERSITARIO DE	E SANTANDER] I	NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgra	de: 10 Parche: 10.16

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel de arriba se encuentra la información general, en el panel de abajo se encuentra el listado de medicamentos. A continuación, se explica el funcionamiento del primer panel llamado información general:

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 44 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS		

Informacion	General		Solicitud #-001
Solicitud:	Estado:	Responsable:	bull
-001	REGISTRADO	ENFERMERA JEFE PRUEBA	Judi

Solicitud: campo que permite visualizar el número de la solicitud.

Estado: campo que permite ver el estado de la solicitud.

**Responsable:** campo que permite ver el responsable de pedir dicha solicitud de insumos.

Anular Solicitud Actual : Botón que permite anular la solicitud actual.

En el panel del medio se encuentra la opción listado de medicamentos:

	Listado de Medicamentos							
Arrastre una colum	na aquí para agrupar por dicha columna							
Info Medicamen	tos				Info Solicitu	d		
Código	Medicamento		Presentación	Concentración	Cantidad	Justificacion		
₽								
🕷 🐗 🖣 Registro	0 de 0 ->>>->>>					4		
Registro de Medica	imentos							
Lista de Medicament	os: <vacio></vacio>	- +						

En Información de medicamentos se encuentran 6 campos que previamente se llenaran a medida que se van pidiendo los insumos.

Código: campo que permite visualizar el código del insumo que deseo pedir.

Medicamento: campo que permite visualizar el insumo que deseo pedir.

Presentación: campo que permite la presentación con la que viene el insumo.

Concentración: campo que permite ver la concentración con la que viene dicho insumo.

Cantidad: campo que permite ver la cantidad del insumo a pedir.

Justificación: campo que permite ingresar alguna justificación del insumo que quiero pedir.

	Registro de Medicamen	tos		
En la opción de registro de medicamentos	Lista de Medicamentos:	<vacio></vacio>	÷	al

momento de darle clic en 📕 me despliega una lista de insumos que permite escoger dependiendo del que se necesite. A continuación, se muestra con una imagen dicha lista de insumos:

		Codigo 🔺	Producto	Unidad Cons	Concentra	Costo	POS	Almacen Existencia
7 🖸								
3	2	000002	DISPOSITIVO NO APLICA P	NO APLICA		1,00	<b>V</b>	
1	2	11000	ADAPTADOR DE VOLTAJE 1	UNIDAD		41.523,00		
1	5	1101	CHUSPAS (carnet cuatro carasf	UNIDAD		1.415,20		
1	5	1327	RETICULA	UNIDAD		7.695.208,00		
1	5	20059955	CAPECITABINA TABLETA X 5	TABLETA	500 MG	7.250,00		
1	5	A60662	REJILLA PLANA ALUMINIO 4	UNIDAD		2,16		
1	5	A9982	CAMISA PARA TROCAR 5 M	UNIDAD		394.400,00		
1	5	ABGS0966	CD235a PC7 ASR	UNIDAD		2.648.400,00		
1	~	ABGS0987	CD7 FITC CE	UNIDAD		1.717.000,00		
1	5	AFBS0889	FLOW-CHECK PRO	UNIDAD		1.696.000,00		Producto: 000002
1	- 17	AG0001	AGUJA DESECHABLE 18X1	UNIDAD		1.931,55		Descripcion: DISPOSITIVO NO APLICA POS Detalle: DISPOSITIVO NO APLICA POS
1	- 17	AG0002	AGUJA DESECHABLE 19X1	UNIDAD		974,55		Grupo: OTROS MATERIALES
1	- 27	AG0003	AGUJA DESECHABLE 26X1	UNIDAD		88,48		Maneja Serial:
1	5	AG0004	AGUJA DESECHABLE 21X1	UNIDAD		51,70		Maneja Lote:
1	- 27	AG0005	AGUJA DESECHABLE 22X1	UNIDAD		55,00		Fabricante: GENERAL
1	- 27	AG0006	AGUJA DESECHABLE 23 X 1	UNIDAD		60,89		Unidad Compra: NO APLICA
1	-2	AG0007	AGUJA DESECHABLE 27X1	UNIDAD		75,40		Unidad Venta: NO APLICA
-	10	4 00000		UNIDAD		45.45		Costo Promedio: 1,00

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 45 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Después de que se procede buscar el insumo que se necesita, dando clic on automáticamente lo deja en una lista en el panel de listado de medicamentos como se muestra en la siguiente imagen:

SOLICITUD DE	MEDICAMENTOS								
Informacion Gen	eral								Solicitud #-00
Solicitud: Est	solicitud: Estado: Responsable: 001 REGISTRADO ENFERMERA JEFE PRUEBA								Solicitud #-00
			Listado de M	edicamentos					
Arrastre una colu	mna aquí para agrupar por dicha colu	mna							
Info Medicame	entos					Info Solicitu	d		
Código	Medicamento			Presentación	Concentración	Cantidad	Justificacion		
7									
> A60662	REJILLA PLANA ALUMINIO 4	PULGADAS		UNIDAD		0,00 🌻			
AG0273	GUANTE PARA CIRUGIA 6-1	/2		UNIDAD		0,00			
🕷 🐗 🕂 Regist	ro 1 de 2 🔸 🗰 🚧 <							Þ	
Registro de Medi	camentos								
Lista de Medicame	ntos: AG0105	* +							
									1

Cabe resaltar que el boton Anular Solicitud Actual p DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS:

permite anular dicha lista de insumos.

<del>ر</del> ا	8 🖬 🖸 🛼 🔪			Din	ámica Gerencial .NET					_ = ×
- 11 -	Principal Formulario									× 🚯 😨
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consult	ar Eliminar Imprimir	rrar							
	(Consulta) Registro de Enfermería	×								
	Registro de Enfermería									
	Información General									
	Paciente: 63433932 • +	CARMEN MARINA SAN	TAMARIA SANTAMA	RIA				Eda	d del Paciente: 69 Años \ 5 Mese	s \ 5 Días Sexo: F
	Nº Ingreso: 458870 - + Ca	ama: UCIA11 Fecha d	le Ingreso: 31/12/20	016 04:50 03				Ŧ		
	Área Servicio: 732101 - + U	JCI ADULTOS				Fecha: 0	14/agosto/2017	• Turr	no Enfermeria: <vacio></vacio>	- Cargar Registro
	Utildades de Enfermería 🛛 兴	DEVOLUCIÓN DE MEE	DICAMENTOS							
	Solicitud de Insumos	Information General								Devolucion #-001
nos	Devolución de Medicamentos	-001 REGIS	D: Respon TRADO JONATI	isable: IAN FABIAN OUINTERO GUERRERO					😢 Anular Devolucion Actual	
Mód	Indicaciones Médicas	Formulas Médicas:	-		Listado de Medicamentos				Lista de Suministros •	1
	Consulta de Antecedentes	Arrastre una columna a	quí para agrupar por	dicha columna						1
	Consulta de Resultados	Código Med	dicamento		Area de Servicio		Cantidad Disponible	Cantidad	Motivo	•
	Consulta de Enfermería	7								1
	Información Enfermería									
1	Utildades de Enfermería									
B	Ouldages de Entermena									
	Ľ.	Registro U de								
~	USUARIO SIN TURNOS ASIGNADO	O PARA EL DIA VIERNE	S (SOLO LECTURA)						🔛 Gra	əbər 🔯 Cerrər
E DGEr	npres80 👤 JFQ-JONATHAN I	FABIAN QUINTER	O GUERRERO		LICENCIADO A: [E.S.E. HOSP	ITAL UNIVE	RSITARIO DE SANTAN	IDER] NIT (9	000006037-4] Versión: 2012 Upo	rade: 10 Parche: 10.16

Esta opción permite devolver medicamentos por la razón que sea necesaria hacerlo, a continuación, se muestra cómo funciona la opción:

DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS								
Informacion (	General			Devolucion #-001				
Devolución	Estado:	esponsable:						
-001	REGISTRADO	JONATHAN FABIAN QUINTERO GUERRERO						
Formulas Mé	édicas: 🔹	Listado de Medicamentos	Lista de Suministros 🔹					

En la primera parte del panel se encuentra la información general que permite ver:

Devolución: permite visualizar el consecutivo de devolución que arroja automáticamente el sistema.



HOSPITAL	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 46 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Estado: permite ver el estado del ingreso.

**Responsable:** permite ver el responsable de la devolución.

Formula médica: Campo que permite visualizar toda la formula médica del paciente como lo se muestra en la siguiente imagen.

	×									1
					Información de Detalle					
	7   1	Medi	ca/Serv						Formula 20	
								Código:	20041822-06	
ar Eliminar Imprin	nir C	Fe	cha Formula	Cantidad Formula	Cantidad Suministrada	Estado Formula		Medicamento:	ACETAMINOFEN T/ 500 MG	AB X
	5	7						Presentación:	TABLETA	
		•	Medica/Serv: ACETAMIN	IOFEN TAB X 500 MG (4 Fo	rmulas), (Total: 32,00), (Total S	uministrado: 10,00)		Concentración:		
×		÷	Medica/Serv: ACIDO AS	CORBICO TAB X 500 MG (4	Formulas), (Total: 12,00), (Tota	al Suministrado: 6,00)		Cantidad:		6,00
		÷	Medica/Serv: AMINOAC	IDOS ESENCIALES SIN ELE	TROLITOS FRASCO X 250 ML (5	Formulas), (Total: 8,00), (To		Observación:		Ninguno
		÷	Medica/Serv: AMLODIPI	NO TAB X 5MG (2 Formula	as), (Total: 5,00), (Total Suminis	trado: 0,00)		Formulado el:	01/01/2017 06:31	
CARMEN MARI	INA S/	÷	Medica/Serv: BECLOMET	ASONA INHALADOR 250 I	1CG. (1 Formulas), (Total: 1,00),	(Total Suministrado: 1,00)		Formulado por:	JAIRO DAVID SAR	AY
ama: UCIA11	Fecha	÷	Medica/Serv: BROMURO	DE IPRATROPIO INHALA	DOR 20 MCG (1 Formulas), (Tota	l: 1,00), (Total Suministrado:			MONSALVE	
CI ADULTOS		÷	Medica/Serv: CARBAMA	ZEPINA TAB X 200 MG (4	Formulas), (Total: 8,00), (Total 9	Suministrado: 4,00)		Vencimiento:		
ρενοιματόλι		Ð	Medica/Serv: CLONA7EP	AM TAB X 2 MG (3 Formu	as) (Total 900) (Total Sumini	strado: 3.00)		Dias Duración:		0
DEVOLUCION		(F)	Medica/Serv: DEXTROS		CC (2 Formulas) (Total: 5 00) (1	(otal Suministrado: 3.00)		Suspendido el:		
Información Ge	neral	0	Madian / Care DIDIDONA	AND VI CD (DNI (D D-				Suspendido por:		
Devolución	Estac	Œ	Medica/Serv: DIPIRONA	AMP X I GR/ 2ML (2 FOR	iulas), (Total: 6,00), (Total Sumi	nistrado: 0,00)	<u> </u>	Suministrado:		6.000
-001	REGI	н н	Registro 1 de 87	<b>₩</b>				Samina duo.		0,000
Formulas Méd	icas:	*	-		Listado de Medicamentos			Lis	ta de Suministros	-

Lista de suministros: Campo que permite visualizar la lista de suministros del paciente, como se muestra en la siguiente imagen.

						×
Su	iministros Confirmados		Medicamento	Area Servicio	Cantidad	Agre
	Suministro	>	CATETER TRILUMEN 7 X 20 CM VE	UCI ADULTOS	1,00	🔁 Agr
>	FQ000000166937		SEDA 2/0 AG RECTA CORTANTE KS	UCI ADULTOS	1,00	Agr
	DF000002318909	-				
	DF000002318931					
	··· DF000002318947					
	DF000002318974					
	···· DF000002319214					
	DF000002319376					
	··· DF000002319499					
	DF000002320231					
	··· DF000002320595					
	DF000002320609					
	···· DF000002320707					
	··· DF000002320782					
	DE00000000000					
	Cargar Suministro	-144	Medicamento 1 de 2 🕨 🍽	H 🔺		Þ
del	Medicamentos			Lista de Suministros	-	

Inmediatamente sale este cuadro se encuentran dos paneles:

- Panel izquierdo: •
- Suministros confirmados: esta opción permite poder escoger el DF del suministro a devolver.
- Panel derecho:

Medicamento: permite visualizar el medicamento a devolver.

Área servicio: permite ver el área del servicio.

Cantidad: permite visualizar la cantidad.

	Medicamento	Area Servicio	Cantidad	Agre	
Ø.	SOLUCION LACTATO DE RINGER B	URGENCIAS ADULTOS	5,00	<b>B</b> Aqr	agregar.
					· J · J · ,

Agregar: campo que permite, al momento de dar clic

automáticamente aparecerá el panel de listado de medicamentos. Como se muestra en la siguiente imagen.

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 47 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1
Formulas Médicas:	Listado de Medicamentos	Lista de Suministros 🔻

	e una colum	na aqui para agrupar por dicha columna				
Cód	ligo	Medicamento	Area de Servicio	Cantidad Disponible	Cantidad	Motivo
7						
> 3260	6-02	SOLUCION LACTATO DE RINGER BOL X 500ML	URGENCIAS ADULTOS	5,00	0,00 🗘	
H H	+ Registro	1 de 1 ->->> ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->>				

En Información de medicamentos se encuentran 6 campos que previamente se llenaran a medida que se van pidiendo los insumos.

Código: campo que permite visualizar el código del medicamento que deseo devolver.

Medicamento: campo que permite visualizar el medicamento que deseo devolver.

Área de servicio: campo que permite el área del servicio.

Cantidad disponible: campo que permite ver la cantidad disponible del medicamento a devolver.

Cantidad: campo que permite ver la cantidad del medicamento.

**Motivo:** campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: medicamento suspendido, cambio de dosis, cambio de frecuencia, cambio de vía de administración, reacción adversa, fallo terapéutico, cambio de servicio, egreso de paciente, muerte del paciente, devolución interna.

# **INDICACIONES MÉDICAS:**

(Consulta) Registro de Enfermería	×							
Registro de Enfermería								
Información General	Information General							
Paciente: 1094779637 · +	A KAREN DAYAN	A ROPERO PEREZ				Edad del Pa	ciente: 9 Años \ 4 Meses \ 23 Días Sexo: F	
Nº Ingreso: 451376 - + C	ama: 426A	Fecha de Ingreso: 02/12/	2016 09:47 33			-		
Área Servicio: 732002 + H	IOSPITALIZACION	PEDIATRIA			Fecha: 08/agosto/2017	<ul> <li>Turno Enfe</li> </ul>	rmeria: <vacio> - E Cargar Registro</vacio>	
Utilidades de Enfermería 🛛 🐇	CONSULTAD	DE INDICACIONES MEDIC	AS					
Solicitud de Torumor			Listado de Ind	icaciones Medicas			Información de Detalle	
Devolución de Medicamentor	A		date estaves				Indication 1	
Indicaciones Médicas	Arrastre una co	umna aqui para agrupar po	r dicha columna			Folio:	38	
Indication to Frederica	Folio	Fecha	Tipo Indicacion	Detalle	Verificado	= Fecha:	02/12/2016 10:10	
Consulta da Antesadantes	8					Tipo In Detalla	Tipo Indicacion: Urgencias Observacion Detalle:	
Consulta de Paralta das	> 🖸 38	02/12/2016 10:10	Urgencias Observacion		• 🔳	Cantida	d:	
Consulta de Resultados		02/12/2016 11:01	Hospitalizacion			Medico	QUIROGA CASTAÑEDA SANDRA	
Consulta de Enfermeria	⊕ 40	02/12/2016 11:10	Hospitalizacion					
	# 41	02/12/2016 11:25	Urgencias Observacion					
		02/12/2016 11:47	Urgencias Observacion				Medicamentos Suspendidos	
	± 43	02/12/2016 11:57	Cirugia			Arrastre	una columna aquí para agrupar por dicha colum	
	± 44	02/12/2016 03:15	Hospitalizacion			Cod	an Nombre	
	± 45	02/12/2016 03:17	Hospitalizacion					
Información Enfermería	⊕ 46	02/12/2016 10:18	Hospitalizacion					
Utilidades de Enfermería	+ 47	03/12/2016 06:26	Hospitalizacion					
	⊕ 48	03/12/2016 07:37	Hospitalizacion		E	-		
Ť.	Reg	istro 1 de 28 🔸 🗰 🔛			• • •		Registro 0 de 0	
USUARIO SIN TURNOS ASIGNAD	O PARA EL DIA	MARTES (SOLO LECTURA	)				🔚 Grabar 🛛 🔀 Cerrar	

Esta opción le permite al usuario poder observar el listado de todas las indicaciones médicas que el medico ha puesto al paciente. A continuación, se explica la información que trae dichas indicaciones médicas:

Folio: campo que permite visualizar el folio donde se creó la indicación médica.

Fecha: campo que permite visualizar la fecha el cual se creó la indicación médica.

Tipo indicación: campo que permite visualizar el tipo de indicación que el medico creo.

**Detalle:** campo que permite ver el detalle de la indicación médica, si el medico lleno esta opción al crear el folio aparecerán en la casilla por el contrario el medico no lleno esta casilla aparecerá en blanco el campo detalle. **Verificado:** campo que permite visualizar el verificado de la indicación médica.

HOSPITAL UNIVERSITARIO	$\mathbf{b}$	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 48 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

# CONSULTA DE ANTECEDENTES:

<u>را ج</u>	e 🖸 💟 🕵				Dinámica	Gerencial .NET			_ = ×
	Principal Formulario								* 🚯 🔞
Agregar	Modificar Grabar	tar E	iminar Imprimir	Cerrar					
	(Consulta) Registro de Enfermena	×							
	G Registro de Erriermena								
	Paciente: 1094779537 · +		AREN DAYANA I	ROPERO PEREZ				Edad del R	Paciente: 9 Años \ 4 Meses \ 23 Días Sexo: E
	Nº Ingreso: 451376 + 0	ama:	426A Fe	cha de Ingreso: 02/1	2/2016 09:47 33			•	
	Área Servicio: 732002 - +	IOSP	ITALIZACION PE	DIATRIA			Fecha: 08/agosto/2017	<ul> <li>Turno Enf</li> </ul>	ermeria:  - Cargar Registro
	Utilidades de Enfermería «	A	NTECEDENTES						
	Solicitud de Insumos				Listado de Antece	dentes			Información de Detalle
8	Devolución de Medicamentos	Arr	astre una colum	na aguí para agrupar	por dicha columna				Fecha: 11/07/2016
tódul	Indicaciones Médicas		Easter	Time	Datala				Médico: GERMAN LAURO PRAD
~		2	reula	npo	Detaie				Tipo Antecedente: Pediatricos Detalle: ANTECEDENTES PERIN
	Consulta de Antecedentes	>	11/07/2016	Pediátric	ANTECEDENTES PERINATALES: Estado de salud ma	terno preconcención: SANA			
i	Consulta de Resultados	Ľ.	02/12/2016	Pediátrico	os Fórmula obstétrica: G4P4V4.				
	Consulta de Enfermería		02/12/2016	Alérgio	os Niega				
	Información Enfermería								
88	Utilidades de Enfermería								
	×	144	44 4 Panistro	1 da 3 b bb bb +	X 4				
~	USUARIO SIN TURNOS ASIGNAD	O PA			PA)				Grahar 🕅 Cerrar
			and the SDA PIDA					DI NIT DOGOO	1027 (1) Versión 2012 Llagrada 10 Danker 10-10
E DGEN						LICENCIADO A: [E.S.E. HUS	PITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDE	INT LADOODE	5037-4j Version: 2012 opgrade: 10 Parche: 10.16

Esta opción le permite al usuario poder consultar el listado de antecedentes que el medico ha puesto al paciente. A continuación, se explica la información que trae dichos antecedentes:

**Fecha:** campo que permite visualizar la fecha en la cual fue creado el antecedente. **Tipo:** campo que permite visualizar el tipo de antecedente que presenta. **Detalle:** campo que permite visualizar el detalle del antecedente.

#### CONSULTA DE RESULTADOS:

@ \	8 🖸 🗿 🐻			Dinámica Gerencial .	NET					_ = ×
	Principal Formulario									* 🕦 🔞
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consult Edición	tar Elminar Imprimir Cerrar								
»	(Nuevo) Registro de Enfermería									
	C Registro de Enfermería									
	Información General									
	Paciente: 1096066721 · +	LUIS DAVID ECHEVERRI CABALL	RO					Edad del Paciente	: 10 Años \ 1 Meses \ 7 Día	s Sexo: M
	Nº Ingreso: 431993 · + C	ama: 406C Fecha de Ingreso:	26/09/2016 07:45 14					-	[]	
	Área Servicio: 732002 • +	HOSPITALIZACION PEDIATRIA				Fedha: 0	19/agosto/2017	<ul> <li>Turno Enfermeria:</li> </ul>	UNICO	Cargar Registro
	Utilidades de Enfermería 🛛 兴	Panel de Filtro							Solicitudes de	l Ingreso: 🛅
	Solicitud de Insumos	Fecha Inicial: 01/octubre/2016	Fecha Final: 09/agosto/2017	Actualizar Listado						
- Se	Devolución de Medicamentos	Solicitudes de Examen	Solicitudes de Patología	Solicitudes of	de Procedim	ientos Quirúrgicos	Solic	itudes de Procecimien	tos No Quirúrgicos	
Mód	Indicaciones Médicas	SOLICITUD DE EXAMENES								
			Listado	de Solicitudes de Examene	5	_	_		Información de Deta	lle
	Consulta de Antecedentes	Arrastre una columna aquí para ag	rupar por dicha columna							
	Consulta de Resultados	Numero Orden Folio Fecha	Solicitud 🔻 Servicio	Tomado C	onfirmado	Interpretado Anula	ido Resultado			
	Consulta de Enfermería									
	Información Enfermería									
88	Utilidades de Enfermería									
A		Hi H 4 Peristro 0 de 0								
	×	Registo o de d 17 17								
~	TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 -	23:59)							🔚 Grabar	🔀 Cerrar
🗮 DGEm	pres80 👤 666 PRUEBA EN	FERMERA JEFE		LICENCL	ADO A: [E.S	S.E. HOSPITAL UNIVE	RSITARIO DE SANTANDER	] NIT [900006037-4]	Versión: 2012 Upgrade: 1	0 Parche: 10.16

Esta opción le permite al usuario poder consultar el listado de las solicitudes de exámenes que previamente se le han realizado al paciente. A continuación, se explica la información que trae:

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 49 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1
Panel de Filtro		

Fecha Iniciale	01/octubre/2016	Fecha Einale	09/agosto/2017	70	Actualizar Listado
recha Inicial:	01/00/00/07/2010 *	recha rinai:	09/090500/2017		Actualizar Listadu

En este panel encontraremos dos campos con fecha inicial y fecha final el cual permite hacer un filtro y poder ver que exámenes se le han pedido al paciente en ese rango de fechas, como se muestra en la siguiente imagen:

Fed	Fecha Inicial: 01/octubre/2016 🔹 Fecha Final: 09/agosto/2017 🔹 🐼 Actualizar Listado								
Sc	Solicitudes de Examen Solicitudes de Patología Solicitudes de Procedimientos Quirúrgicos Solicitudes de P								
S	OLICITUD DE PA	ATOLOG	GÍAS						
				Listado de Solicitudes d	le Patolo	gia			_
An	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna								
	Numero Orden	Folio	Fecha Solicitud 🔻	Servicio	Tomado	Confirmado	Interpretado	Anulado	Resultado
	4469226	757	05/12/2016 12:02	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CIT					DESCRIPCIÓN MAC
	4434079	635	23/11/2016 07:57	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CIT	V				DESCRIPCIÓN MAC
	4359964	330	28/10/2016 11:28	ESTUDIO CON TINCIONES DE RUTINA (UN	$\checkmark$				DESCRIPCIÓN MAC
>	4359536	328	28/10/2016 09:31	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CIT	✓				DESCRIPCIÓN MA 🔻
н	📢 🖣 Registro	4 de 4	>>>>> ~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~						Þ

Numero de orden: campo que permite visualizar el número de orden del examen.

Folio: campo que permite ver el número de folio donde se pidió el examen.

Fecha solicitud: campo que permite visualizar la fecha de la solicitud del examen.

Servicio: campo que permite visualizar que examen se pidió al paciente.

Tomado: campo que permite visualizar por medio de una flecha si el examen fue tomado.

Confirmado: campo que permite visualizar por medio de una flecha si el examen fue confirmado.

Interpretado: campo que permite visualizar por medio de una flecha si el examen fue interpretado.

Anulado: campo que permite visualizar por medio de una flecha si el examen fue anulado.

Resultado: campo que permite visualizar el resultado del examen, si se desea imprimir dicho examen dar clic en

# CONSULTA DE ENFERMERÍA:

(Nuevo) Registro de Enfermería	Consulta de Enfermería 🙁	
Consulta de Enfermería		
		- 🛋 🖂 🥱
Información Paciente		A
Documento: 1096066721 *	• ·	
1º Nombre: LUIS		=
2º Nombre: DAVID		
1º Apellido: ECHEVERRI		
2º Apellido: CABALLERO		
Información del Ingreso	*	
431993 • • Cama: 406C		
Listado de Registros de Enfermería		
3/01/2017 HOSPITALIZACION PEDIAT		
03/01/2017 ONCOLOGIA	El documento no contiene ninguna página.	
29/12/2016 HOSPITALIZACION PEDIAT	+ I	
Todos S Ninguno		
Items de Impresion	*	
Seleccion de Items de Impresion:		
Tipo de Informe	*	
😑 Detallado 🛛 💿 Resumido		
Tipo de Ordenamiento	*	
Ascendente		
~		
Generar Reporte		
Balance de Enfermeria	Nothing Stop	100%

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 50 de 90		
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1		

Esta opción le permite al usuario poder consultar todo lo que se le ha hecho al paciente en cuanto al registro de enfermería, que previamente se le ha realizado al paciente. A continuación, se explica cómo consultar el registro de enfermería:

Información Paciente					
Documento:	1096066721 - +				
1º Nombre:	LUIS				
2º Nombre:	DAVID				
1º Apellido:	ECHEVERRI				
2º Apellido:	CABALLERO				

En información del paciente el usuario podrá observar los datos del paciente como el documento de identidad, y los nombres completos, esta información aparecerá inmediatamente en estos campos ya que se está trabajando el registro de enfermería sobre el mismo.

Información del	Ingre	so	~
431993	Ŧ	+ Cama: 406	с

En información del ingreso el usuario tendrá la opción al momento de dar clic • de poder escoger el ingreso a consultar como se muestra en la imagen:

Info	ormación del In	*	
431	1993		
	Consecutivo	Fecha Ingreso	Tipo Ingreso
7			
	447011	28/09/2016	Ambulatorio
	437863	28/09/2016	Ambulatorio
>	431993	26/09/2016	Hospitalario
>	431993 431356	26/09/2016 24/09/2016	Hospitalario Hospitalario

Dependiendo del ingreso que se desee consultar el listado del registro de enfermería cambiara. El usuario debe escoger dando clic en cada cuadro igualmente tendrá la opción de escoger so el listado o por el contrario la opción de no escoger so Ninguno.

Listado de Registros de Enfermería	2
🔽 03/01/2017 HOSPITALIZACION PEDIAT	•
03/01/2017 ONCOLOGIA	
29/12/2016 HOSPITALIZACION PEDIAT	
- 37/12/2016 LOCDITALIZACION DEDIAT	
Todos S Ninguno	

En el ítem de impresión el usuario puede encontrar una selección de ítems de impresión y como se quiere que salga dicha consulta: si detallado o resumido, ascendente o descendente.

Items de Impresion	~
Seleccion de Items de Impresion:	-
Tipo de Informe	~
Detallado	
Tipo de Ordenamiento	~
Ascendente	
~	
Generar Reporte	-

Al momento de dar clic en 🔹 selección de ítems de impresión se despliega una lista de opciones para consultar como se muestra en la siguiente imagen:

	MANUAL DE HISTORI	<b>Página:</b> 51 de 90		
E SANTANDER RESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-	Versión: 1		
Items de Impresion Seleccion de Items de Impre	sion: 💌			
Balance General	Control de Venopunciones	Examen Fisic	0	
Liquidos Administrados	Control de Medicamentos	Actividades d	le Enfermeria	
Liquidos Eliminados	Control de Ingesta	Actividades F	Prequirurgicas	
Signos Vitales	Unidad Renal	🔽 Control de Ve	entilacion	
Glucometrias	Monitoreo Renal	🔽 Solicitud de N	1edicamentos	
🔽 Notas de Enfermeria	Recuperacion	Devolucion d	e Medicamentos	
Valoracion Neurologica	Test Aldrette			
Seleccionar	Todos 😣	Elimin	nar Seleccion	
×				

Después	de	haber	llenado	у	seleccionado	todo	lo	anterior	se	genera	el	reporte	dándole	clic	en
	Ge	nerar Re	porte		de esta m	anera	se i	mprime el	misr	no.					

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 52 de 90		
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1		

# 9.3. ANEXO 3. INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DE LA EVOLUCIÓN MÉDICA EN DINÁMICA GERENCIAL.NET

Ingresar al sistema Dinámica Gerencia.Net

	Dinámica Gerencial .NET	_
Principal Formulario		× 🕕 😨
Agregar Hodificar Grabbar Deshacer Consult Agregar Hodificar Grabbar Consult Módulos « Módulos « Módulos « Módulos » Módulos « Módulos » Módulos »	X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X         X	Información Comportaniento
Tipos de Historia	ciałdad: 329 • • MEDICINA INTERNA	HC Obligatoria
Configuración de E Área S     Tipos de Vacuna     Especialidades Causa E     Diagnósticos Ayuda es	Servida (VACIO> * *   Externa   ingune * Pinaldad Consulta   Negune *   Liesa   Aegrar Visualizer	E Sigir Interpretación Ambulatoria     Esigir Interpretación Hospitalaria     Permitir Varios Folios Ambulatorio     Permitir Varios Folios Hospitalario
Medicos     Medicos     Plantilas Historia Cli     Plantilas Historia Cli     Guías de Atendón     Servicios de InterC	MPORTANTE. CONDICIONES GENERALES EXAMENTISES AVALUSES EVAN ATENCION Si va a responder interconsulta siga esta ruta: Otros Procedimientos \Respuesta Interconsulta NO LO HAGA DENTRO DE LA INFORMACION SUBJETIVA DEL PACIENTE	=
Conditiones Administration	Sn magen	
~ 🕅 🕅	Personalización 👘 💬 Configuración Reporte 🛛 Ancho Personalizado: 🔄 Ancho: 🔤 600 🗧 Alto Personalizado: 🕼 Alto: 1000 🗘	Grabar 🛛 Cerrar

A continuación, se muestran las pestañas y contenido a llenar por el médico.

🧒 🔰 🚨 🗶 🦷 🔊	Dinámica Gere	ncial.NET _ = =>
Principal Form	ario	* 🕦 🌔
Agregar Modificar Grabar Deshac	Consultar Binnar Inprint Certar	
Módulos «	(Nuevo) Historia Clínica Listado de Usuarios Ingreso Médicos Tipos de Historia	(Edicion) Tipo Historia 🗴
La Mataina Christer	Tipo de Historia Clínica	
HC Historias Clinicas •	Información General	Información Comportamiento
Archivos	Código: EVOHOS - EVOLUCION MEDICA	🗹 Exigir Diagnóstico Principal 🔺
Turnos de Enfermería	Especialidad: 329 + MEDICINA INTERNA	HC Obligatoria
Configuración de E	Área Servido: <vacio> +</vacio>	Exigir Interpretación Ambulatoria
Tipos de Vacuna	Causa Externa: Ninguna	Exigir Interpretación Hospitalaria
Especialidades	Avurda en Línea: Asignar Visualizar	Permitir Varios Folios Ambulatorio
Médicos		
Imágenes Predefini	IMPORTANTE CONDICIONES GENERALES EXÁMEN FÍSICO ANÁLISIS PLAN	
	ATENCION Si va a responder interconsulta siga esta i	uta: Otros Procedimientos/Respuesta Interconsulta
Servicios de InterC		Sobjetiva del Pacificio
Condiciones Admin     Homologación de Hi     Gasificación de Urg     Alertas     Control Justificacio     Tinos de Renistros	The contraction of the contracti	Sri magen
Inicio	100101	
Utilidades	Provide a second se	-
~	🔆 Personalización 🗄 Configuración Reporte Ancho Personalizado: 🗖 Ancho: 600 🗘 Alto Perso	unalizado: 🗹 Alto: 1000 🗘 📓 Grabar 🛛 🖾 Cerrar

En la pestaña mensaje informativo donde muestra la ruta para que el médico pueda responder las interconsultas pendientes.

# ATENCION... Si va a responder interconsulta siga esta ruta: Otros Procedimientos \Respuesta Interconsulta NO LO HAGA DENTRO DE LA INFORMACION SUBJETIVA DEL PACIENTE

CONDICIONES GENERALES

La pestaña **de la compositiva** es un campo solo texto donde el médico puede llenar la información subjetiva del paciente, como se muestra a continuación:

		Pagina: 53 de 90
E SANTANDER RESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1
INFORMACIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE		
Dr. ALVARO ENRIQUE NIÑO RODRIGUEZ (CIRUJANO) DRA. LAURA DELGADO, DR. FERNANDO DE LA HOZ ( YEÍALBERTO JAIMES URIBE (INTERNO) PACIENTE DE 23 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS: 1. ESTENOSIS TRAQUEAL INMADURA (OBSTRUCCION TRAQUE TRAQUEAL + COLOCACION DE TUBO EN T - A NIVEL DE C7-T1 - EJE TRANSVERSO EN SITIO DE MAYOR COMPROI - ANTECEDENTE DE INTUBACIÓN TRAQUEAL PROLO 2. ASMA SEVERA - VEF1 DE 26% DE LO ESPERADO 3. SIFILIS INDETERMINADAS	RESIDENTES CIRUGÍA GENERAL) I CRÍTICA) EN POP DE RESECCION DE 1-5 ANILLO TRAQUEAL + MOVILIZA (07/04/2017) AISO: 0.4 CM DNGADA	ACION LARINGO TRAQUEAL + ANASTOMOSIS

La pestaña EXAMEN FÍSICO contiene tres clases de campos que son numéricos, de selección y por ultimo de texto.

En los campos numéricos se va a llenar una serie de información como peso, peso aproximado, información de tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, glucómetria, saturación oxígeno y por último el Glasgow, este último dependiendo del total se debe poner los resultados en los campos de selección como se muestra en la siguiente imagen:

IMPORTANTE CONDICIONES	GENERALES EXÁMEN FÍSICO	ANÁLISIS PLAN		
PESO 60,0000 🗍 Kilos PESC	) APROXIMADO 0 🗍 Kilos			
TENSIÓN ARTERIAL				
SISTÓLICA 0 🗍 / DIAS	STÓLICA 0 🗘 MEDIA	D,00 ‡	FRECUENCIA CARDÍACA 0 🌲 latidos/n	in.
FRECUENCIA RESPIRATORIA	0 🖕 respiración/min. 🛛 Ti	EMPERATURA 0 🗍 °C. GLU	COMETRÍA 0 🗍 SATURACION OXIGENO	0 🖕 %
GLASGOW	APERTURA OJOS 4,0000 ÷	RESPUESTA VERBAL 5,0000 🗘	RESPUESTA MOTORA 6,0000 🗘	TOTAL 15,0000 🗘 / 15
	OJOS ABREN:	MEJOR RESPUESTA VERBAL:	MEJOR RESPUESTA VERBAL:	
	1 = NO RESPONDE	1 = NINGUNA RESPUESTA	1 = NO RESPONDE	
	2 = AL DOLOR	2 = SONIDOS INCOMPRENSIBLES	2 = EXTENSION	
	3 = A UNA ORDEN VERBAL	3 = PALABRAS INAPROPIADAS	3 = FLEXION ANORMAL	
	4 = ESPONTANEAMENTE	4 = DESORIENTADO Y HABLANDO	4 = RETIRADA Y REFLEXION	
		5 = ORIENTADO Y CONVERSANDO	5 = LOCALIZA EL DOLOR	
			6 = UNA ORDEN VERBAL O ESTIMULO DOLOROSO OBEDI	

En los campos de texto se debe llenar una serie de información como estado general, examen cabeza y cuello, examen pulmonar y cardiológico, examen abdominal, examen de genitales externos, estado extremidades, examen de piel y faneras, examen neurológico y psiquiátrico, otros hallazgos del examen físico como se muestra en la siguiente imagen:

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 54 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

ESTADO GENERAL
EXÁMEN CABEZA Y CUELLO
EXÁMEN PULMONAR Y CARDIOLÓGICO
EXÁMEN ABDOMINAL
EXAMEN GENITALES EXTERNOS
ESTADO EVIDEMIDADES
EXAMEN DE PIEL Y FANERAS
EXAMEN NEUROLOGICO Y PSIQUIATRICO
■ <b>DG.NET</b> HCCM03N80
OTROS HALLAZGOS DEL EXÁMEN FÍSICO

La pestaña **CANALISIS** contiene dos campos de texto llamados análisis e interpretación paraclínicos. En el campo análisis de solo texto el médico puede llenar el análisis del paciente, como se muestra a continuación:

IMPORTA		EXÁMEN FÍSICO AN	NÁLISIS PLAN		
ANÁLISIS	5				
					<b>^</b>
					-

En el campo interpretación paraclínicos de solo texto el médico puede llenar los paraclínicos del paciente, como se muestra a continuación:

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 55 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Numero Orden	Folio Fecha Solicitud	Servicio Tomado Confirmado	Interpretado	Anulado Resultado	D	
4973439 388	19/05/2017 06:14 p.m.	CLORO EN SUERO Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado	94.80 (98 - 107)
mmol/L						
4973439 388	19/05/2017 06:14 p.m.	POTASIO EN SUERO Seleccion	ado Seleccion	ado No seleco	ionado No selecc	ionado 4.84 (3.5 -
4.5) mmol/L						
4973439 388	19/05/2017 06:14 p.m.	SODIO EN SUERO Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado	132.00 (135 - 148)
mmol/L						
4973439 388	19/05/2017 06:14 p.m.	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado
0.87 (0.51 - 0.95)	mg/dl					
4973439 388	19/05/2017 06:14 p.m.	NITROGENO UREICO (BUN) EN SUERO	Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado
10.72 (6 - 20) mg/d						
4973439 388	19/05/2017 06:14 p.m.	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA S	EMICUANTITATIVA	Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado
No seleccionado	150.10 (0 - 5) mg/l					
4973439 388	19/05/2017 06:14 p.m.	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA H	EMATOCRITO Y LEU	ICOGRAMA	Seleccionado	Seleccionado
No seleccionado	No seleccionado NEU 5.92	2 ml/mm3 NEU% 62.1 (35 - 60) % LYM	2.12 ml/mm3 LYM%	6 22.2 (25 - 50) % I	MONO 1.25 ml/mm3	MONO% 13.1 (1 - 6)
% EOS 0.08 ml/m	m3 EOS% 0.8 (1 - 5) % BAS(	O 0.08 ml/mm3 BASO% 0.8 (0 - 2) % R	BC 4.17 (4 - 4.5) x1	10^6/ul HGB_CH 7.8	3 (12 - 16) g/dl HCT	_CH 29.3 (37 - 48)
% MCV 70.3 (86 -	98) fL MCH 18.7 (27 - 32) pg	MCHC 26.6 (33 - 37) g/dl PLT 595 (150	- 450) x 10^3/ul M	PV 8.6 fl WBC (GL	OBULOS BLANCOS) 9	9.5 (5 - 10) x
10^3/ul_RDW_SD	61.4 fL RDW_CV 24.9 % IP	F0.0 % IG#0.10 x 10^3/ul IG% 1.0	% NRBC#0.08 %	NRBC%0.8 %		

La pestaña PLAN contiene un campo texto que no tiene ningún nombre pero se hace suponer que es el plan que se le da al paciente por parte del médico.

IMPORTANTE	CONDICIONES GENERALES	EXÁMEN FÍSICO	ANÁLISIS	PLAN		

Por otra parte, hay unos campos de selección llamados personal que interviene, de donde salen otros campos de selección llamados médico especialista (este campo está marcado en rojo quiere decir que es obligatorio), médico residente, médico general, médico interno y por último el registro no pos.

PERSONAL QUE INTERVIENE campo obligatorio					
MEDICOS ESPECIALISTA	× vacio> → +				
MEDICO RESIDENTE	<vacio> • •</vacio>				
MEDICO GENERAL	<vacio> • •</vacio>				
MEDICO INTERNO					
REGISTRO NO POS	0 🛟				

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 56 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

# 9.4. ANEXO 4. INSTRUCCIONES PARA REALIZAR REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET)

Ingrese al menú Procesos y Seleccione la opción Historia Clínica. A continuación, se despliega la siguiente pantalla:

7	e 🗉 🛛 👼				_ @ X
	Principal Formulario				* 🕦 🕐
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consultar Eliminar Imprimir Cerrar Edición Herramientas				-
»	Toos de Historia Almacenes Inoreso Historia Clínica X				
	C Historia Clinica Información General			Agenda d	le Citas: Seleccione 🔻
	Padente: <vacio> +</vacio>	Edad Pacient	e: Se	exo: Ingreso:	- + Cama:
	lipo Historia: • •	Causa Extern Tino Foli	a: Hi	P Enlin:	· +
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		Ref Abrir Folio
2		Dinámica Gerencial .NET			_ # X
	Principal Formulario				* 🚺 😨
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consultar Eliminar Imprimir Cerrar PortaPapeles				
	Edición Herramientas				
	C Historia Clinica			Agenda d	le Citas: Seleccione 🔻
	Paciente: <vacio> +</vacio>	Edad Pacient	e: Se	exo: Ingreso:	· + Cama:
	Area Servicio:	Causa Extern Tipo Foli	o: Nuevo En Blanco V N	° Folio:	+ Abrir Enlin
	~				
so					
Módu					
	ián Gen				
	ju or				

Paciente: Campo que permite digitar el número del documento que identifica al paciente. Si no lo tiene se

puede consultar con ayuda del botón Buscar 🖾 o con la lupa 💹 para poder visualizar los que se encuentren en estado registrado.

**Nombre:** Campo que permite visualizar el nombre del paciente teniendo en cuenta el número de identificación digitado.

Edad Paciente: Campo que permite visualizar la edad del paciente al momento de la atención.

Sexo: Campo que permite visualizar el sexo del paciente.

Ingreso: Campo que permite seleccionar el número de ingreso asociado al paciente o visualizarlo.

**Cama:** Campo que permite visualizar el código de la cama en la que se encuentra el paciente en caso de que se encuentre en Hospitalización.

**Tipo Historia:** Campo que permite digitar el código del tipo de historia del paciente o seleccionarlo del Listado.

**Causa Externa:** Campo que permite digitar los motivos para la solicitud de la atención, este campo debe ser indagado y determinado por el médico que ejecuta la atención.

HOSPITAL UNIVERSITARIO	$\mathbf{b}$	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 57 de 90
DE SANTANDER		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Finalidad de la Consulta: Campo que permite seleccionar cual es la patología que presenta el paciente o sintomatología.

Área Servicio: Campo que permite digitar el código del área de servicio en el cual se ingresó la atención de historia clínica.

**Tipo Folio:** Campo que permite seleccionar la opción correspondiente para el folio de historia clínica, así: Nuevo en blanco, Nuevo desde el último folio, Nuevo desde folio seleccionado o Consultar.

N° Folio: Consecutivo de las atenciones del paciente generado automáticamente por la aplicación y es único para cada paciente, a fin de controlar las actividades realizadas y registradas en la aplicación, este campo se activa únicamente cuando el campo Tipo es Nuevo desde folio seleccionado o Consultar.

Después de capturar la información general se habilita el botón Abrir Folio haga Clic en él para tener acceso al diseño del modelo de Historia Clínica y realizar el ingreso de la información pertinente. Al realizar Clic en este botón aparece la siguiente pantalla:

7 T	8 🔟 🐻								- 0	×
	Principal Formulario								* 🤅	0
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consul Edicón	Atar Elminar Imprimir	PortaPapeles Herramientas							
»	(Nuevo) Historia Clínica 🗵									
	C Historia Clínica							Agenda de C	itas:	~
	Información General									
	Paciente: 13854230	+ HERIBERTO AS	PRILLA MENDOZA		Edad Paciente:	35 Años \ 2 Meses \ 28 Día	Sexo: M Ingreso:	370059 ~	+ Cama: 821A	
	Tipo Historia: EVOHOS - + E	EVOLUCION MEDICA			Causa Externa:	Otra ·	Finalidad Consulta:	No Aplica		•
	Área Servicio: 732005 - + H	HOSPITALIZACION NEUROCIR	JGIA		Tipo Folio:	Nuevo En Blanco	N° Folio:		+ Abrir Fi	alo
						08/03/2016 03:15	•		-0	
	Información General 🛛 兴	MPORTANTE CONDIC	ONES GENERALES 📔 EXÁMEN FÍSICO 🕺 ANÁLISIS	PLAN						
8	Historia Clinica									
10du	Ayuda en Línea		ATENCION Si va a responder interco	nsulta siga esta ruta: Otros Proced	imientos\Re:	spuesta Interconsult	а			
~	Antecedentes		NO LO HAGA DENTRO DE LA I	NFORMACION SUBJETIVA DI	EL PACIEN	TE				-
				Sin imagen						
	Orden de Hospitalización									
	Constancia									
	Autorización Intervenciones									
	Incapacidad Médica									
	Información General									
	Diagnósticos y Medicamentos									
- 20-	Solicitudes y Procedimientos									
8-8	Otros Procedimientos									
	~									-
~	Observaciones Generales:			•	QUIN	TERO GUERRERO JONAT	HAN FABIAN	🔚 Gra	bar 🔀 Cerra	ar
E DGEm	npres50 👤 JFQ-JONATHAN	FABLAN QUINTERO	GUERRERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOS	PITAL UNIVERSI	FARIO DE SANTANDER] NIT	[900006037-4] Ve	rsión: 2012 Upg	ade: 10 Parche: 1	10.16

En esta pantalla se encuentra la información del paciente dividido en dos paneles: Información general, la historia clínica. Adicionalmente se mostrarán diferentes pestañas en el panel de información general como, por ejemplo: Información general, Diagnósticos y medicamentos, Solicitudes y procedimientos, Otros procedimientos, teniendo en cuenta como fue parametrizado el tipo de historia y qué opciones se visualizan al abrir el folio.

#### PANEL DE INFORMACION GENERAL

#### **HISTORIA CLÍNICA**

Esta pantalla depende del diseño de historia que se haya creado en la opción Archivos / Tipo de Historia Clínica el cual contiene los campos a diligenciar por parte del médico.

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 58 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

	A 🔟 🖸 📭 Dinám		- a x
	Principal Pormulario		* 🚯 🚱
Agregar	Heidfiner Gradbar Consultar Empires Express Cerrar		
**	(Nuevo) Historia Clínica 🙁		
	C Historia Clínica		Agenda de Citas:
	Información General		
	Pacientei 13854230 + HERIBERTO ASPRILLA MENDOZA	Edad Paciente: 35 Años \ 2 Meses \	8 Dias Sexo: M Ingreso: 370059 + Cama: 821A
	Tipo Historia: EVOHOS · + EVOLUCION MEDICA	Causa Externa: Otra	Finalidad Consulta: No Aplica
	Area Servicio: 732005 • + HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA	Tipo Folio: Nuevo En Blanco	Ve Folio:
		08/03/2016 03:1	·
	* MPORTANTE CONDICIONES GENERALES EXÁMEN PÍSICO ANÁLISIS PLAN		Â
8			
3	ATENCION Si va a responder interconsulta siga esta ruta: Otro	s Procedimientos\Respuesta Interconsulta	
-	NO LO HAGA DENTRO DE LA INFORMACION SUBJET	IVA DEL PACIENTE	
	32	Sin Imagen	
	1 98		
1			
~	Observaciones Generales:	<ul> <li>QUINTERO GUERRERO J</li> </ul>	MATHAN FABIAN
E DGEn	ngres50   🤶 HO-JONATHAN LABIAN OUINTERO GUERRERO	LICENCIADO A: [E.5.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDE	R] NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

#### **ANTECEDENTES**

	2 🖸 🖸 🐂											- • ×
	Principal Formulario											* 🚯 🕜
Agregar	ar Modificar Grabar Deshacer Consultar Emmin Imprimi Cerrar											
>>>	(Nuevo) Historia Clínica 🔀											
	G Historia Clínica									Agenda	de Citas:	~
	Información General											
	Paciente: 91257205	+ NEPTA	ALI PATIÑO GARCIA				Edad Paciente	48 Años \ 10 Meses \ 30 Día	Sexo: M	Ingreso: 380975	- + Cama:	9288
	Tipo Historia: EVOHOS · + E	EVOLUCION MEDICA					Causa Externa	: Otra 👻	Finalidad (	Consulta: No Aplica		*
	Área Servicio: 732007 • +	IOSPITALIZACION CI	IRUGIA GENERAL				Tipo Folio	Nuevo En Blanco 🗸	N° Folio:		· •	Abrir Folio
								14/04/2016 10:04 -				
	Información General 🛛 兴	ANTECEDENTES										
10	Historia Clinica	_			Listado de Anteceder	ntes	_			Informac	ión de Detalle	e
- Re-	Ayuda en Línea	Arrastre una colum	na aquí para agrupar po	r dicha columna						Fecha:	09/02/2016	
2	Antecedentes	Fecha	Tino	Detaile					M	édico: F	REDDY MAURIC	CIO Q
		8	1410						D	etalle: N	NO REFIERE	Medicos
	Orden de Hospitalización	> 09/02/2016	Médicos	NO REFIERE								
	Constancia	09/02/2016	Quirúrgicos	NO REFIERE								
	Autorización Intervenciones	09/02/2016	Alérgicos	NO REFIERE								
	Incapacidad Médica	09/02/2016	Tóxicos	NO REFIERE					1			
	Información General								_			
	Diagnósticos y Medicamentos											
80	Solicitudes y Procedimientos											
	Otros Procedimientos								_			
	~	HI II Registro	1de 4 → → → + +	× × <								
~	Observaciones Generales:					•	QUII	ITERO GUERRERO JONATH	AN FABIA	N 🔛	Grabar	Cerrar
DGEm	pres50 👤 JFQ-JONATHAN	FABIAN QUIN	ITERO GUERRER	0		LICENCIADO A: [E.S.E. HOSP	PITAL UNIVERSI	TARIO DE SANTANDER] NIT	90000603	7-4] Versión: 201	2 Upgrade: 10 P	Parche: 10.16

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo permite acceder a los antecedentes del paciente que ya han sido registrados en folios anteriores y en el panel derecho se visualiza la información del detalle de dicho

antecedente, se puede hacer la búsqueda de un antecedente específico dando clic en termitirá agregar un nuevo antecedente:

C (Nuevo) Antecedente		$\times$
Formulario		
C Registro de Antecedente		
Opdón: Ninguno	Resaltar Antecedent	te: 📼
Detalle		
	🔚 Grabar 🔀 Ce	rrar

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 59 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

**Tipo Antecedente:** Campo que permite seleccionar el tipo de antecedente, entre los cuales se puede encontrar médico, quirúrgico, Transfusionales, Toxico, Inmunológicos, Alérgicos, Traumáticos, Psiquiátricos, Ginecobstetricias, Farmacológicos, Familiares, Psicológicos, Otros y Medicamento Contraindicado.

**Opción:** Campo que permite seleccionar el tipo de antecedente tabaquismo, alcoholismo, etc., este campo se activa cuando se selecciona Tipo de Antecedente Toxico.

Resaltar Antecedente: Campo que permite validar si el antecedente es de alta importancia y lo marca como importante.

Detalle: Campo que permite digitar los detalles del antecedente.

Para eliminar un antecedente, se debe de utilizar el botón de Eliminar 💌 que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

# DIAGNÓSTICOS

7	2 💼	🖲 😨							_ @ X
- 💷 🗸	- P	Principal Formulario							* 🚯 🔞
Agregar	Modifica	7 III 7 Consultar Emnar Imprime Cerrar Beshacer Consultar Emnar Imprime Cerrar Edición							
»	(Nuev	vo) Historia Clínica						ada da cita a	
	Infor	mación General					Age	nda de Citas:	
	Pa	viente: 10955831011 - + COM HIJO DE GENESIS VILLAMIZAR BARRETO		Edad Paciente:	0 Años \ 3 Meses \ 3 Días	Sexo:	M Ingreso: 4575	35 - + Ca	ma: 416B
	Tipo H	fistoria: EVOHOS + EVOLUCION MEDICA		Causa Externa:	Otra -	Finalid	ad Consulta: No A	plica	•
	Área Se	ervicio: 732301 · + RECIEN NACIDOS		Tipo Folio:	Nuevo En Blanco -	Nº Fol	io:	- +	The second
					26/12/2016 12:34 -	-			Abrir Polio
	»	LISTADO DE DIAGNOSTICO							
		Listado de Diagnostico					Infor	nación de Deta	alle
grip	g	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna							
ž	ame	Diagnostico	Principal	▼ Tipo			Codigo:	X227	Disgoostica
	fedic	2				_	Diagnostico:	CONTACTO	
	4 × 50	> CONTACTO TRAUMATICO CON ESCORPION: GRANJA			Presu	ntivo		TRAUMATIC ESCORPION	CO CON N: GRANJA
	Stice						4	No_	Corresponde
	- Me					:	Tipo: Diagnóstico Egre	so: i	Presuntivo
	<b>^</b>						Diagnóstico Ingr	so:	
						- 1	Principal:		<b>v</b>
						- 1	Resaltar:	·	
	_					- 1	Observaciones:	muy enferm	10
	-					- 1			
	~	···· ← Registro 1 de 1 → → → + ← ✓ X つ ▲ ♥							
~	Observ	vaciones Generales:	•	QUIN	TERO GUERRERO JONATH	IAN FAI	BIAN	🔚 Grabar	Cerrar
E DGEn	npres80	1 JEQ JONATHAN FABIAN QUINTERO GUERRERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOS	PITAL UNIVERSI	TARIO DE SANTANDER] NIT	[900006	5037-4] Versión:	2012 Upgrade:	10 Parche: 10.16

Esta opción permite registrar los diagnósticos correspondientes a la atención del paciente. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo listado de diagnóstico y en el derecho información de detalle.

Se puede hacer la búsqueda de un diagnostico específico ingresando el parámetro que se quiera encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Diagnostico, Principal, Tipo) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Dando clic en 📩 permitirá agregar un nuevo diagnóstico:

Diagnóstico: Campo que permite digitar o seleccionar el diagnóstico del paciente.

Principal: Campo que permite seleccionar si el diagnóstico es principal o no.

Diagnóstico de Ingreso: Campo que permite validar si el diagnóstico es de ingreso.

Diagnóstico de Egreso: Campo que permite validar si el diagnóstico es de egreso.

Resaltar Diagnóstico: Campo que permite resaltar el diagnóstico si el profesional lo considera importante.

Tipo: Campo que permite seleccionar el tipo de diagnóstico, si es Presuntivo o Definitivo.

**Clase:** Campo que permite seleccionar la clase del diagnóstico, si es de Impresión Diagnóstica, Confirmado Nuevo o Confirmado Repetido.

Se debe marcar si corresponde a alguno de los siguientes eventos: No Corresponde, Preoperatorio, Posoperatorio e Histopatológico.

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 60 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

**Listado Ítem Guía de Atención:** Campo que permite seleccionar procedimientos quirúrgicos, exámenes, procedimientos no quirúrgicos, medicamentos de acuerdo a la parametrización de la guía de atención por Diagnósticos

**Observaciones:** Campo que permite digitar las observaciones indicadas en caso de ser necesarias.

Para eliminar un diagnóstico, se debe de utilizar el botón de Eliminar que se encuentra abajo en el panel de listado de diagnóstico.

# PLAN DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO

7	2 🗈	<b>0</b>								_ @ X
	F	Principal Formulario								× 🕕 🕐
Agregar	Modific	ar Grabar Deshacer Consultar Elminar Imprimir Cerrar Edición								
»	(Nue	vo) Historia Clínica 🙁								
	<b>™</b> G ⊨	listoria Clínica						Agenda	de Citas:	v.
	Infor	rmación General								
	Pa	aciente: 10955831011 • + 🖉 HIJO DE GENESIS VILLAMIZAR BARRE	ETO		Edad Paciente:	0 Años \ 3 Meses \ 3 Días	Sexo: M I	ngreso: 457535	🗸 🔸 Car	ma: 416B
	Tipo H	listoria: EVOHOS · + EVOLUCION MEDICA			Causa Externa:	Otra 🗸	Finalidad Co	onsulta: No Aplica		-
	Área S	ervicio: 732301 + RECIEN NACIDOS			Tipo Folio:	Nuevo En Blanco	N° Folio:		· +	Abrir Folio
						26/12/2016 12:34 -				
	»	LISTADO DE SOLICITUDES DE PLAN DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO	MEDICAMENTO							
8		Listado de Solici	itudes de Plan de Manejo IntraHospitalar	rio Medicamento	_			Informaci	ión de Deta	ille
ódulo	tos	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna								
ž	amen	Medicamento/Servicio	Tino	de Orden	Cantid	ad	Cod	ligo:	000002	
	edica	7					Med	licamento:	DISPOSITIV	
	s y N	DISPOSITIVO NO API ICA POS		Medic	amento		1		APLICA POS	S
	stico						Tipo	de Orden:	25 - NO API	lica ledicamento
	iĝinó						Fed	ha Documento:	29/03/2017	
	ă						Can	tidad:		1
							Unic	ad Presentacion:	se requiere	Gramo g
	-						Pres	sentacion Dosis:	4,	00
							Unic	dad Dosis:	F	Gramo_g
							Free	cuencia:	4,	00
88	-						Tipo	Frecuencia:		Hora
	-						Via Prio	Administracion: ridad:		Urgente
- <u>-</u>	~	Hi Hi Hi Registro 1 de 1 → Hi H V X A A V								
~	Obser	vaciones Generales:		<b>•</b>	QUIN	TERO GUERRERO JONATH	AN FABIAN		Grabar	Cerrar
🚆 DGEn	pres80	👤 JEQ-JONATHAN FABIAN QUINTERO GUERRERO		LICENCIADO A: [E.S.E. HOSP	ITAL UNIVERSI	TARIO DE SANTANDER] NIT	(900006037-	-4] Versión: 201	2 Upgrade: 1	.0 Parche: 10.16

Esta opción permite registrar los medicamentos correspondientes a la atención del paciente de tipo hospitalario. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se visualiza el listado de solicitudes y en el derecho se visualiza la información del detalle.

Se puede hacer la búsqueda de un medicamento específico ingresando el parámetro que se desea encontrar en los campos de búsqueda del panel (Medicamento/Servicio, Tipo de orden, Cantidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Modificar al seleccionar uno de ellos se mostrará en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se da clic en el botón

en el botón . para eliminar dar clic en el botón , para visualizar el control de los medicamentos suministrados dar clic en el botón .

Dando clic en 📩 permite agregar un nuevo medicamento intrahospitalario:

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 61 de 90
UNIVERSITARIO		-
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1
🔏 (Nuevo) Solicitud de Medicamento Plan	de Manejo IntraHospitalario	×
Formulario		
😿 Solicitud de Medicamento (Plan de Manejo In	traHospitalario)	
Tipo Orden: 💿 Medicamento	Indicacion Paciente	💿 Servicio
Medicamento: 😒 🛛 🗸 🔹	•	
Concentración:	FormaForma Farmacéutica:	
Unidad Consumo:	Condiciones Administración:	<b>*</b>
Prioridad: 😢 🚽 Vía	de administración: 🙁 Ninguna 🚽 Frecuencia: 🤅	3
Dosis: 😢 0,00 🗘 😣	✓ Presentación: ② 0,00 ⁺ ③	Cantidad: 1
Posología:		<u>^</u>
		-
Aclaraciones acuerdo 029/11:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		Grabar 🛛 🔀 Cerrar

**Tipo Orden:** Campo que permite seleccionar si la orden para el paciente es un medicamento, una indicación o servicio, en el caso de ser medicamento se activan los demás campos, en caso contrario solo se activa el campo Termino y Posología.

**Medicamento:** Campo que permite digitar el código del medicamento que se va a ordenar, recuerde que puede ayudarse en la búsqueda con la opción Buscar que se encuentra al lado del campo.

**Concentración:** Campo que permite visualizar la concentración del medicamento cargado.

Unidad Consumo: Campo que permite visualizar la unidad de consumo del medicamento.

Forma Farmacéutica: Campo que permite visualizar la forma farmacéutica del medicamento.

**Condiciones de administración:** Campo que permite consultar las condiciones de administración del medicamento de acuerdo a la parametrización realizada en la opción Archivos / condiciones de administración.

Vía Administración: Campo que permite seleccionar el tipo de aplicación que debe hacer el paciente, puede ser Oral, endovenosa, intramuscular, etc.

Dosis: Campo que permite seleccionar la cantidad de medicamentos que se deben aplicar al paciente.

Presentación: Campo que permite digitar la presentación del medicamento.

Frecuencia: Campo que permite digitar con qué frecuencia se va administrar el medicamento.

**Posología:** Campo que permite digitar el tratamiento que debe seguir el paciente en el momento de tomar los medicamentos o seguir las indicaciones.

#### PLAN DE MANEJO EXTERNO

	A 🔲 🔍 👘			_ @ X
	Principal Formulario			* 🕦 🔞
Agregar	Modificar Grader Deshacer Consultar Eliminar Engrand Certar Eliminar Engrand Certar Eccol			
»	(Nuevo) Historia Clínica 💌			
	G Historia Clinica			Agenda de Citas:
	Informacion General		and Device to a D Adice 1 2 Marces 1 2 Direc	un M Tograco AE7835 - A Campi A16B
		Con Con	and Paciente: O knos ( 3 Meses ( 3 Data ) Se	asidad Consultar No Apica
	Area Sender 72/201 + RECENNACIONS	Cau	Tipo Folio: Nuevo En Blanco	P Enlos
			26/12/2016 12:34 *	Abrir Folio
	LISTADO DE SOLICITUDES DE PLAN DE MANEJO EXTERNO MEDICAMENTO			
	Listado de Solicitudes de Plan de Manejo	Externo Medicamento		Información de Detalle
-In Island	8 American and an and an a second state and and			
No.	All asue una columna aqui para agrupar por cicha columna			
	Nedicamento/Servicio	Tipo de Orden	Cantidad	
8	91			-
	501			
	Dia 1			
20				1
	→ +++ ++ Registro 0 de 0 → +> ++ + + × × つ ♥			
~	Observaciones Generales:	·	QUINTERO GUERRERO JONATHAN	FABIAN 🔚 Grabar 🔀 Cerrar
DGEn	1 10 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 1	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITA	AL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [90	0006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

HOSPITAL UNIVERSITARIO	$\mathbf{b}$	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 62 de 90
DE SANTANDER		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Esta opción permite registrar los medicamentos correspondientes a la atención del paciente de tipo ambulatorio. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se visualiza el listado de solicitudes y en el derecho se visualiza la información del detalle.

Se puede hacer la búsqueda de un medicamento específico ingresando el parámetro que se se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Tipo de Orden, Descripción, Cantidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se pueden modificar, al seleccionar uno de ellos se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el

botón 😽, para eliminar deberá dar clic en el botón 🔀.

Dando clic en metrirá agregar o formular medicamentos a pacientes de tipo ambulatorio:

🔏 (Nuevo) Solicitud de Medicamento Plan de Manejo Externo 🛛 🗙					
Formulario					
C Solicitud de Me	dicamento (Plan de Manejo Ext	erno)			
Tipo Orden:	Medicamento	🔘 Indicaci	on Paciente	🔘 Servicio	
Medicamento:	S + +				
Concentración:		FormaForma Farmacéutica:			
Unidad Consumo:		Condiciones Administración:		-	
Via Administración:	Oral 👻	Cantidad: 1 🗘			
Termino:	💿 Indefinido 🔘 Definido	N° Días: 0 🗘			
Posología:					
	8				
Adaraciones					
acuerdo 029/11:					
				6	🚽 Grabar 🛛 🔀 Cerrar

**Tipo Orden:** Campo que permite seleccionar si la orden para el paciente es un medicamento, una indicación o servicio, en el caso de ser medicamento se activan los demás campos, en caso contrario solo se activa el campo Termino y Posología.

**Medicamento:** Campo que permite digitar el código del medicamento que se va a ordenar, recuerde que puede ayudarse en la búsqueda con la opción Buscar, que se encuentra al lado derecho del campo.

Concentración: Campo que permite visualizar la concentración del medicamento cargado.

Unidad Consumo: Campo que permite visualizar la unidad de consumo del medicamento.

Forma Farmacéutica: Campo que permite visualizar la forma farmacéutica del medicamento.

Condiciones de administración: Campo que permite consultar las condiciones de administración del

Medicamento de acuerdo a la parametrización realizada en la opción Archivos / condiciones de administración.

Vía Administración: Campo que permite seleccionar el tipo de aplicación que debe hacer el paciente, puede ser Oral, endovenosa, intramuscular, etc.

Cantidad: Campo que permite seleccionar la cantidad de medicamentos que se deben aplicar el paciente.

**Termino:** Campo que permite seleccionar si el paciente debe consumir los medicamentos o seguir las indicaciones, puede ser por tiempo definido o indefinido, en caso de ser definido, se activa el campo N° Días.

N° Días: Campo que permite digitar el número de días que el paciente debe consumir el medicamento o seguir las indicaciones.

**Posología:** Campo que permite digitar el tratamiento que debe seguir el paciente en el momento de tomar los medicamentos o seguir las indicaciones.

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 63 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

# SOLICITUD EXÁMENES

7	2 🗈	🗵 👼 Dinámica (						_ # X
- 1	F	Principal Formulario						* 🕕 🕐
Agregar	Modific	ar Grabar Deshacer Consultar Liminar Imprimiz Cerrar Ecocon						
»	(Nue	evo) Historia Clínica 💌						
	۳	Historia Clínica					Agenda de C	tas:
	Infor	rmadón General						
	Pa	aciente: 10955831011 • • HIJO DE GENESIS VILLAMIZAR BARRETO	Eda	ad Paciente:	) Años \ 3 Meses \ 3 Días	Sexo: M Ingreso:	457535	+ Cama: 416B
	Tipo H	Historia: EVOHOS · + EVOLUCION MEDICA	Cau	usa Externa:	Otra 👻	Finalidad Consulta:	No Aplica	-
	Area S	Servido: 732301 · + RECIEN NACIDOS		Tipo Folio:	luevo En Blanco	N° Folio:		Abrir Folio
					26/12/2016 12:34 *			
	»	SOLICITUD DE EXAMEN					- (	D-t-ll-
8		Listado de Solicitudes de Examen		_	_		nformación d	e Detalle
40du	ltos	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna						
~	mie	Servido Est	tado	Cantida	d			
	oced	♥						
	syP							
	tude							
	Solid							
	-							
	-							
20	_							
	-							
	~					- <b>F</b>		
~	Obser	rvaciones Generales:	•	QUINT	ERO GUERRERO JONATH	IAN FABIAN	🔚 Gra	bar 🔀 Cerrar
E DGEm	pres80	🤽 JFQ-JONATHAN FABIAN QUINTERO GUERRERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITA	L UNIVERSIT	ARIO DE SANTANDER] NIT	[900006037-4] Ver	sión: 2012 Upg	ade: 10 Parche: 10.16

Esta opción permite registrar los exámenes correspondientes a la atención del paciente. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se visualiza el listado de solicitudes y en el derecho se visualizan la información de detalle. Recuerde que puede hacer la búsqueda de un examen específico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Servicio, Estado, Cantidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede modificar al seleccionar uno de ellos se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el

botón 😽, para eliminar deberá dar clic en el botón 🔀.

	permitina agregar		enes.		
🐻 (Nuevo) Soli	icitud de Examen				
Formulario					
C Solicititud de	Examen				
Servicio:	8	+			
Estado:	Rutinario	▼ Cantidad:	1 ‡		
Observaciones:					
				Grabar	Cen

Dando clic en termitirá agregar o adicionar exámenes:

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 64 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Servicio: Campo que permite digitar el código del servicio que se requiere, el sistema carga automáticamente el nombre del mismo.

Estado: Campo que permite seleccionar el estado de la solicitud del examen puede ser Rutinario o Urgente.

Cantidad: Campo que permite digitar la cantidad de exámenes a realizar.

**Observaciones:** Campo que permite digitar las observaciones necesarias para la solicitud del examen.

# SOLICITUD PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

7	2 🗈	O 💀 Dinán						_ © X
	- P	Principal Formulario						* 🕕 😨
Agregar	Modifica	ar Grabar Deshacer Consultar Elminar Imprimir Cerrar Edición						
»	(Nue	vo) Historia Clínica 🗵						
	Infor	mación General					Agenda de Cit	as:
	Pa	aciente: 10955831011 + HIJO DE GENESIS VILLAMIZAR BARRETO		Edad Paciente:	0 Años \ 3 Meses \ 3 Días	Sexo: M Ingreso:	457535 - +	Cama: 416B
	Tipo H	listoria: EVOHOS + EVOLUCION MEDICA		Causa Externa:	Otra -	Finalidad Consulta:	No Aplica	•
	Área S	servicio: 732301 · + RECIEN NACIDOS		Tipo Folio:	Nuevo En Blanco 🗸	Nº Folio:		+ Abric Folio
					26/12/2016 12:34 -			
	»	SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO				18.		
8		Listado de Solicitudes de Procedimiento	Quirurgico	_		1	nformación de	Detalle
odule	ğ	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna						
2	mier	Servicio	Estado	Cantida	ad			
	oced	2						
	s y Pr							
	tude							
	Solid							
						i i		
~~	-							
	-							
1								
4	~							
~	Obser	vaciones Generales:	•	QUIN	TERO GUERRERO JONATH	IAN FABIAN	🔚 Graba	r 🔀 Cerrar
E DGEn	npres80	👤 JFQ-JONATHAN FABIAN QUINTERO GUERRERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSP]	ITAL UNIVERSIT	TARIO DE SANTANDER] NIT	[900006037-4] Ve	sión: 2012 Upgra	de: 10 Parche: 10.16

Esta opción permite registrar los procedimientos quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se visualiza el listado de solicitudes y en el derecho se visualiza la información de detalle.

Recuerde que puede hacer la búsqueda de un procedimiento específico ingresando el parámetro que se se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Código, Examen, Estado, Cantidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se pueden modificar al seleccionar uno de ellos se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el

botón 😽, para eliminar deberá dar clic en el botón 💌 .

Dando clic en *permitirá agregar procedimientos quirúrgicos:* 

🐻 (Nuevo) Solici	tud de Procedimiento Quirúrgico	×
Formulario		
🐻 Solicitud de Pro	ocedimiento Quirúrgico	
Servicio:	8 · · +	
Estado:	Rutinario - Cantidad: 1 🗘	
Observaciones:		
	🔚 Grabar 🔀 Cerrar	

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 65 de 90	
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1	

Servicio: Campo que permite seleccionar el servicio a solicitar.

Estado: Campo que permite seleccionar el estado del servicio a solicitar, si es rutinario o urgente.

Cantidad: Campo que permite digitar la cantidad de servicios a solicitar.

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones de la solicitud.

# SOLICITUD PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

7	🖁 🔟 😨				_ @ X
	Principal Formulario				* 🚯 😨
Agregar	Modificar Grabar Deshacer Consultar Eliminar Imprimir Cerrar PortaPopeles				
»	(Nuevo) Historia Clínica 💌				
	C Historia Clínica			Agenda de Ci	tas: ·
			a 17 1 au 1 a ar		
	Padente: 10955831011 + HIJO DE GENESIS VILLAMIZAR BARRETO	Edad Paciente	e: U Anos \ 3 Meses \ 3 Dias	Sexo: M Ingreso: 457535	+ Cama: 4168
	Area Service 732301 + PECTEN NACTOOS	Causa Externa	a: Utra *	Finalidad Consulta: No Aplica	
	Alea Selvicio, 1920 1 1 1 (Leczo Hirkeboo)	hporok	26/12/2016 12:34 *		Abrir Folio
	SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO NO OUTRURGICO			]	
	Listado de Solicitudes de Procedimiento No Qui	rurgico		Información de	Detalle
nlos	V Acceleration and many and care and fight reliming				
žě.	Arraste una columna aqui para agrupar por dicha columna				
	E Servido Esta	ado Canti	idad		
	8			-	
	des y				
	8				
-					
88					
				•	
~	Observaciones Generales:	- QUI	NTERO GUERRERO JONATHA	AN FABIAN	oar 🔀 Cerrar
E DGEn	pres80 🔽 JFQ-JONATHAN FABIAN QUINTERO GUERRERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERS	SITARIO DE SANTANDER] NIT [	[900006037-4] Versión: 2012 Upgr	ade: 10 Parche: 10.16

Esta opción permite registrar los procedimientos NO quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se registran y en el derecho se visualizan.

Se puede hacer la búsqueda de un procedimiento específico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Servicio, Estado, Cantidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Modificar al seleccionar uno de ellos se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el botón w, para eliminar deberá dar clic en el botón .

Dando clic en termitirá agregar procedimientos no quirúrgicos:

🐻 (Nuevo) Soli	itud de Procedimiento No Quirúrgico	×
Formulario		
C Solicitud de P	rocedimiento No Quirúrgico	
Servicio:	8 · · +	
Estado:	Rutinario - Cantidad: 1 ‡	
Observaciones:		
		-
	🔚 Grabar 🔯 Ce	errar

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 66 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Servicio: Campo que permite seleccionar el servicio a solicitar.

Estado: Campo que permite seleccionar el estado del servicio a solicitar, si es rutinario o urgente.

Cantidad: Campo que permite digitar la cantidad de servicios a solicitar.

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones de la solicitud.

<b>7</b>	2 🗈	🖸 👼 Dinámica			_ @ X
	- F	Yincipal Formulario			* 🚯 😨
Agregar	Modific	Gradar Deshacer Consultar Eliminar Imprimir Cerar      Edicán			
»	(Nue	vo) Historia Clínica 🙁			
	G	Istoria Clínica			Agenda de Citas:
	Info	mación General			
	Pa	idiente: 10955831011 + Align HIJO DE GENESIS VILLAMIZAR BARRETO	Eda	d Paciente: 0 Años \ 3 Meses \ 3 Días	Sexo: M Ingreso: 457535 + Cama: 4168
	Tipo H	istoria: EVOHOS · + EVOLUCION MEDICA	Caus	a Externa: Otra 🔹	Finalidad Consulta: No Aplica •
	Área S	ervicio: 732301 · + RECIEN NACIDOS		Tipo Folio: Nuevo En Blanco	N° Folio:
				26/12/2016 12:34 -	
	»	SOLICITUD DE PATOLOGIA			
8		Listado de Solicitudes de Patologia			Información de Detalle
piduce	8	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna			
Σ	mien	Service	stado	Cantidad	
	cedi	7			-
	Y Pro				-
	Ides				
	licitu				
	S				
	-				
123					
	-				
4	~	$+ + + + \text{Registro 0 de 0} \rightarrow + + + + + + + + + + + + + + + + + + $			
~	Obser	vadones Generales:	•	QUINTERO GUERRERO JONATH	AN FABIAN
E DGEm	pres80	1 JEQ-JONATHAN FABYAN QUINTERO GUERRERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL	UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT	900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

#### SOLICITUD PATOLOGIAS

Esta opción permite registrar las patologías correspondientes a la atención del paciente. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se registran y en el derecho se visualizan.

Se puede hacer la búsqueda de una patología específica ingresando el parámetro que se se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Servicio, Estado, Cantidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se pueden modificar al seleccionar uno de ellos, se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el botón w, para eliminar deberá dar clic en el botón .

Dando clic en **transportation** permitirá solicitar patologías:

🔭 (Nuevo) Solia	itud de Patologia 🛛 🗙
Formulario	
Colicitud de Pa	atologia
Servicio:	8 • •
Estado:	Rutinario   Cantidad: 1
Observaciones:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	_
Origen Muestra:	
	0
	🔚 Grabar 🛛 🔀 Cerrar

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 67 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Servicio: Campo que permite seleccionar el servicio a solicitar.

Estado: Campo que permite seleccionar el estado del servicio a solicitar, si es rutinario o urgente.

Cantidad: Campo que permite digitar la cantidad de servicios a solicitar.

**Observaciones:** Campo que permite digitar las observaciones de la solicitud.

Origen Muestra: Campo que permite digitar el origen de la muestra.

## INTERCONSULTA

										- = ×
Principal Formul	ario									* 🕦 🕜
Agregar Modificar Grabar Deshace	r Consu	Itar Elminar Imprimir	Cerrar PortaPapeles Herrarnientas							
Módulos «	(Nuer	vo) Historia Clínica 🗙								
Historias Clínicas	Ğн	istoria Clínica							Agenda de Cita	as: ·
	Infor	mación General								1
Procesos	Pa	ciente: 13539695	+ NELSON YESID PEREZ BLANCO			Edad Paciente	32 Arios \ 5 Meses \ 6 Dias	Sexo: M Ingreso:	457072 +	Cama: UCIA12
Control de Triage	Tipo H	istoria: EVOHOS	+ EVOLUCION MEDICA			Causa Externa	Otra +	Finalidad Consulta:	No Apica	•
	Area S	ervicio: 732101	+ OCIADOLIOS			Tipo Folio	Nuevo En Bianco	Nº Folio:		+ Abrir Folio
Presupuestos Odon	_	DECISTDO DE INTE	DCONCILLTA				22/12/2016 07:57 +	]		
🛅 Historia Clínica	<u> </u>	REGISTRO DE INTER	RECONSOLTA	o de InterConsulta				1 1	nformación de	Detalle
Órdenes de Hospita			Registre	o de interconsulti.		_			inormación ac	Detaile
	8	Arrastre una columna a	aqui para agrupar por dicha columna							
	ier	Consecutivo	Diagnóstico		Clase	Especi	alidad			
Resultados a Proce	edim	8						_		
Registro de Enferm	Per la									
	Gte									
Registro de Evento										
InterConsultas Pen										
Gestión de Evámenes										
inicio Inicio	-									
Módulos										
Utildades	~	144 44 A Registro 0 d	le 0 > >> + + + + × ×					•		
~	Observ	/aciones Generales:				QUIM	TERO GUERRERO JONATI	IAN FABIAN	🔛 Graba	ar 🔀 Cerrar
DGEmpres80	THAN	FABIAN QUINT	ERO GUERRERO	lic	ENCIADO A: [E.S.E. HOSP	PITAL UNIVERSI	TARIO DE SANTANDER] NIT	[900006037-4] Ve	sión: 2012 Upgra	de: 10 Parche: 10.16

Esta opción permite acceder a las interconsultas y hacer el registro de ellas.

Recuerde que puede hacer la búsqueda de un registro de interconsulta especifico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda (Consecutivo, Diagnostico, Clase, Especialidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Agregar +, Modificar y Eliminar Al hacer Clic en Agregar + o Modificar , se despliega la siguiente ventana:

🐻 (Nuevo) Int	erconsulta						×
Formulario							
C Registro de 1	InterConsulta						
Consecutivo:	0	Fecha:	30/03/2017 👻	Tipo:			
Médico:	JFQ		QUINTERO GUE	RRERO JONATHAN FABIAN			
Área Servicio:	S <vacio></vacio>	- +					
Diagnóstico:	⊗ <vacio></vacio>	- +			Clase:	Impresion Diagnostica	-
Especialidad:	⊗ <vacio></vacio>	- +					
Servicio:	S <vacio></vacio>	- +			 		
Motivo:							^
	8						
							-
Observaciones:							~
							_
	[						
						🗐 Grabar 🛛 🔀 Ce	rrar

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 68 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

**Consecutivo:** Campo que permite visualizar el consecutivo de interconsulta. Este valor se genera automáticamente. **Área Servicio:** Campo que permite seleccionar el área de servicio a la que se remite la consulta.

**Diagnóstico:** Campo que permite seleccionar el diagnóstico del paciente.

Clase: Campo que permite seleccionar la clase del diagnóstico seleccionado.

Especialidad: Campo que permite seleccionar la especialidad que se solicita como interconsulta.

Servicio: Campo que permite seleccionar el servicio por el cual se hace la interconsulta.

Motivo: Campo que permite digitar el motivo de la interconsulta.

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones necesarias para la interconsulta.

Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en Grabar

para guardarlos o haga Clic en Cerrar

Cerrar

para abandonar la ventana.

## RESPUESTA A INTERCONSULTA PESTAÑA INTERCONSULTAS PENDIENTES

En esta pestaña se visualizan todas las interconsultas asociadas al paciente que se encuentran pendientes por responder.

Grabar

															_ = ×
Principal Formu	lario														* 🚯 🔞
Agregar Modificar Grabar Deshace	Consulta dición	ar Elimina	ar Imprin	nir Cerrar	PortaPapeles Herramientas										
Módulos «	(Nuevo)	) Historia	Clínica (	×											
Historias Clínicas	G Histo	oria Clínic	a											Agenda o	de Citas:
	Informa	sción Gen	eral												
Procesos	Pacie	ente: 135	39695	· +	NELSO	N YESID PEREZ	Z BLANCO				Edad Paciente	: 32 Años \ 5 Meses \ 6 Días	Sexo: M Ing	reso: 457072	- + Cama: UCIA12
- Control de Triage	Tipo Histo	oria: EVO	HOS	+ EVOLU	JCION MEDICA						Causa Externa	Otra ·	Finalidad Con	sulta: No Aplica	•
Triage	Area Serv	vicio: 732	101	* + UCI A	DULTOS						Tipo Folio	Nuevo En Blanco	N° Folio:		Abrir Folio
		_										22/12/2010 07:57			1
	»	INTI	ERCONS	ULTAS PEND	IENTES		Linterda d	- Tabar Canadhaa	Dandiantas				_	Tafaunaaid	a da Datalla
	tes						LISLAGO G	e interconsultas	Pendientes		_	_		Informació	n de Detaile
	ndier S	Arras	stre una o	columna aquí p	ara agrupar por	dicha columna									
	iento as Pe	F	olio	Consecutivo	Diagnóstico				C	Clase	Esp	ecialidad			
	edim .	2											_		
	s Proc														
	Otros	1													
	¥	9													
Gestión de Evámenes															
Inicio	nterCo														
Módulos		. D cbics													
Utilidades			←← Reg	gistro 0 de 0 →	-> + ~ ~ <								•		
~	Observad	ciones Ge	nerales:							•	QUIM	ITERO GUERRERO JONATI	IAN FABIAN		Grabar 🗵 Cerrar
E DGEmpres80	THAN P	FABIA	N QUI	NTERO GL	IERRERO				LICENCIADO	D A: [E.S.E. HOSF	PITAL UNIVERSI	TARIO DE SANTANDER] NIT	[900006037-4]	Versión: 2012	Upgrade: 10 Parche: 10.16

Recuerde que puede hacer la búsqueda de un registro de interconsulta especifico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda (Fecha, Consecutivo, Diagnostico, Clase y Especialidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se puede dar Clic en Responder a lo que se despliega la siguiente ventana

Spital Itario		MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 69 de 9
DEL ESTADO		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1
🥂 (Nuevo) Resp	ouesta a InterConsult	ð	x
Fo	ormulario		*
G Respuesta a I	InterConsulta		
Respuesta a Inte	rConsulta	. 101	
Área Solicitante:	301 +	HOSPITALIZACION - ESTANCIA GENERAL	
Área Solicitada:	201 +	CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS	
Diagnóstico:	A000 · +	COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAE 01, BIOTIPO CHOLERAE	Clase: Impresion Diagnos
Medico:	999 - +	EMPRESA DE PRUEBAS SYAC	
Especialidad:	021 - +	ANESTESIOLOGIA	
Servicio:	890402 - +	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	
Motivo:	asd		<u>^</u>
Observaciones:	asd		
Información de R	espuesta		
Área Servicio:	301 - +	HOSPITALIZACION - ESTANCIA GENERAL	
Especialidad:	781 - +	MEDICINA GENERAL	
Análisis Subjetivo:	0		<u>_</u>
Análisis Objetivo:	0		
Description of the	<b>2</b>		
Respuesta:	0		÷.
Diagnóstico:	3 <vacio> - +</vacio>		
Tratamiento:			
	8		
			<u></u>

# **RESPUESTA A INTERCONSULTA**

Consecutivo: Campo que permite visualizar el consecutivo de la interconsulta registrada.

Área Solicitante: Campo que permite visualizar el área solicitante.

Área Solicitada: Campo que permite visualizar el área solicitada.

Diagnóstico: Campo que permite visualizar el diagnostico por el cual se registró la interconsulta.

Medico: Campo que permite visualizar el médico que solicito la interconsulta.

Especialidad: Campo que permite visualizar la especialidad del médico que solicita la interconsulta.

Servicio: Campo que permite visualizar el servicio correspondiente a la interconsulta.

Motivo: Campo que permite visualizar el motivo por el cual se realiza solicita la interconsulta.

Observaciones: Campo que permite visualizar las observaciones de la solicitud de interconsulta.

# INFORMACIÓN DE RESPUESTA

Área de Servicio: Campo que permite seleccionar el área de servicio correspondiente a la respuesta.

Especialidad: Campo que permite seleccionar la especialidad correspondiente a la respuesta de interconsulta.

Análisis Subjetivo: Campo que permite digitar el análisis subjetivo de la respuesta a la interconsulta realizada.

Análisis Objetivo: Campo que permite digitar el análisis objetivo de la respuesta a interconsulta.

Respuesta: Campo que permite digitar la respuesta a la interconsulta.

**Diagnóstico:** Campo que permite seleccionar el diagnostico determinado en la interconsulta realizada.

Tratamiento: Campo que permite digitar el tratamiento a realizar el paciente.

Grabar

para guardarlos o haga Clic en Cerrar

Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en Grabar

🔯 Cerrar

para abandonar la ventana.

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 70 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

# PESTAÑA RESPUESTA A INTERCONSULTAS

En esta pestaña se muestra un listado de las interconsultas a las que se le dieron respuesta:

7 2 0 0 5					_ # X
Principal Formu	ario				* ĵ 🕐
Agregar Modificar Grabar Deshace	r Consultar Eliminar Imprimir Cerrari Ecón				
Módulos «	(Nuevo) Historia Clínica				
Hc Historias Clínicas -	C Historia Clínica			Agenda de Ci	as: ×
🕀 🦲 Archivos 🔺	Paciente: 13539695 + NELSON YESID PEREZ BLANCO	Edad Paciente	32 Años \ 5 Meses \ 6 Días	Sexo: M Ingreso: 457072	Cama: UCIA12
Procesos	Tipo Historia: EVOHOS + EVOLUCION MEDICA	Causa Externa	Otra +	Finalidad Consulta: No Aplica	
- Triage	Área Servicio: 732101 - + UCI ADULTOS	Tipo Folio	Nuevo En Blanco 🗸	N° Folio:	+ Abrir Eolio
			22/12/2016 07:57 *	]	ADII POIO
	* RESPUESTAS A INTERCONSULTAS				
Cridenes de Hospita     Constancias     Constancias	Listado de Respuestas a Il Arrastre una columna aquípar a agrupar por dicha columna I. Consecutivo Diagnóstico ♥ Het Het Heggistro 0 de 0 → → → → × ×	nterConsultas		Información de	petalle
~	Observaciones Generales:	- QUI	ITERO GUERRERO JONATH	AN FABIAN 🔒 Grab	ar 🔀 Cerrar
E DGEmpres80	THAN FABIAN QUINTERO GUERBERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSI	TARIO DE SANTANDER] NIT [	[900006037-4] Versión: 2012 Upgr	ide: 10 Parche: 10.16

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Modificar 🛩 y Eliminar 🗻.

# REFERENCIA

En esta opción puede ingresar referencias del paciente para hacer una remisión a otra institución, para esto debe hacer Clic en Agregar⁽⁺⁾, entonces se despliega una ventana donde debe ingresar la siguiente información:

				Dinámica Gerencial .NET				- @ X
Elso         Principal         Formula           Agregar         Modificar         Grabar         Deshac	ulario er Cons	sultar Eliminar Imprimir Cerrar	PortaPapeles Herramientas		-	_	_	* 🛈 🕼
Módulos « HC Historias Clínicas • Procesos Procesos 	(Nue Info P Tipo I Área S	evo) Historia Clínica 🙁 Historia Clínica Internation General Padiente: [13539695 • + Historia:[EVOHOS • + EVOL Servido: 732101 • + [UCI	UCION MEDICA		Edad Paciente Causa Externa Tipo Folio	32 Años \ 5 Meses \ 6 Días Otra - Nuevo En Blanco -	Agen Sexo: M Ingreso: 45707 Finalidad Consulta: No Apl N° Folio:	da de Citas: • 2 • • Cama: UCIA12 Cama: UCIA12 Cama: • • • •
Clasificado Triage     Construction Other,     Construction Other,     Construction     Construction	Otros Procedimientos ×	REGISTRO DE RIFEREINCIA Arrastre una columna aquí poro Consecutivo P	agrupar por dicha columna Presatadora de Salud	Listado de Referencias		22/12/2016 07:57 -	Inform	acion de Detalle
Midulos Midulos Utildades	Obser	IN A Registro 0 de 0 > >	н <b>+ v х</b> -	•	QUIM	ITERO GUERRERO JONATH	IAN FABLAN	🚛 Grabar 🔀 Cerrar

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 71 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Recuerde que puede hacer la búsqueda de un registro de referencia especifico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda (Consecutivo o Prestadora de Salud) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Agregar +, Modificar ✓ y Eliminar × Al hacer Clic en Agregar + o Modificar ✓, se despliega la siguiente ventana:

🦟 (Nuevo) R	egistro d	le Referencia										×
	Formula											
C SISTEMA D	E REFER	ENCIA Y CONT	RAREFEREN	ICIA 412-A								
Referencia No:	0		Fecha Solici	tud: 13/04/20	14	-						
Historia Clínica:	4411464	-	Fecha Ingre	eso: 01/08/20	13	-	Cama:	CU5				
Institución Pr	estado	a de Salud			10.00							
Nombre IPS:	MEDICO	PRUEBA			Niv	el: 3	Municipio:	MEDELLIN				
Paciente:	OCTAVIO	DE JESUS SA	ANCHEZ SAL	AZAR			Sexo:	Masculino		Edad:	70 Años \	7 Meses \ 29 [
Tipo Docume:	Cédula_	Ciudadanía	No	. Identificación	: 441146	4	Zona:	Rural		Teléfono:	31363535	71
Dirección de Re	sidencia:	VEREDA LOS	POTREROS				Municipio:	SONSON				
Seguridad So	cial en S	alud Contrib	utivo: 🛄 E	E.P.S:						Población	especial:	
Subsidiado: 🔽	A.R.S:	ALIANZA MED	ELLIN ANTIO	OQUIA EPS			Nivel Socio	Económico A	RS: 🔘 Ni	vel 0 🔘	Nivel 1	🔿 Nivel 2
Vinculado: 🕅	Ficha S	ISBEN:		Nivel :	ocioEcond	ómico SISBEN	Nivel	0 💿 N	ivel 1	Nivel 2	0	livel 3
Evento Enfer	medad G	eneral: 🔽	Accidente	de Tránsito (	ioat): 🕅	] [	Accidente de	e Trabajo (AR	2P): 🗐	Evento Ca	atastrófico	(FOSYGA): 🗐
Informacion P	ersona R	esponsable										
Tipo Documento	o:		*	Documento: 🤅	3	1.000						
Primer Nombre	EDILM	A SALAZAR				Segundo	Nombre: 🕻					
Primer Apellido	o: 🕴					Segundo	Apellido: 🧯					
Direccior	n: SONZO	N				Te	elefono: 3	137844530				
Municipio	o: 756		- +	SONSON								
Resumen Histo	oria Clínic	3	Insti	itución a la que	se remite		Dia	ignósticos		Ser	vicios	
Motivo de C	Consulta:	Motivo de Cor	nsulta			-	Enfermeda	ad Actual: Er	nfermedad A	Actual:		-
Anteo	edentes:	Fecha: 31/12	/2012, Tipo:	Médicos		-	Exam	ien Físico: 🕴				*
Signos Vitale	s T.A:	F/R	: 18 🗘	F.C: 94 🕻	X'min Gla	asGow:	0 \$ /	0 🗘 TC:	0 🗘 Pe	so: 0	C Kg En	nbarazo: 🕅
Ginecoobstét	tricos G:	0 C P	0.0	A: 0 0	C:	0 0 FUR:		- E	dad Gestaci	ón: C	C Semar	las
	FCF:	0 C X	Alt Uter	rina: 0 (	cm							
Actividad	Uterina:	IT ORe	oular (G	Irregular	Amin	orrea:	uptura de l	4embrana: T				
Tiempo de ev	olución	0 C Min	T.V Dilatad	ión: 0 🕻	Borran	niento:	0 0 %	Estación:	0 ()	Cefálico		
Resultados Exá	imenes di	agnósticos:			-							•
Motivo de R	emisión:	Falta Cama IP	S Remite			+	Descripció	in Motivo:				•
											Grabar (	Cerrar

# INFORMACIÓN PERSONA RESPONSABLE

Tipo Documento: Campo que permite seleccionar el tipo de identificación de la persona responsable.
Documento: Campo que permite digitar el número de identificación de la persona responsable.
Primer Nombre: Campo que permite digitar el primer nombre de la persona responsable.
Segundo Nombre: Campo que permite digitar el segundo nombre de la persona responsable.
Primer Apellido: Campo que permite digitar el primer apellido de la persona responsable.
Segundo Apellido: Campo que permite digitar el segundo apellido de la persona responsable.
Dirección: Campo que permite digitar la dirección de la persona responsable.
Teléfono: Campo que permite digitar el número de teléfono de la persona responsable.
Municipio: Campo que permite seleccionar el lugar de residencia de la persona responsable.

# PESTAÑA RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Ingresar la siguiente información:

Motivo Consulta: Campo que permite digitar la razón por la cual el paciente acude a consulta.

Enfermedad Actual: Campo que permite digitar la enfermedad que presenta el paciente.

Antecedentes: Campo que permite digitar los eventos anteriores al motivo de consulta.

Examen Físico: Campo que permite digitar el resultado del examen físico.

**Signos Vitales:** Campo que permite digitar los valores presentados en signos vitales como tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca.

Peso: Valor en kilogramos del peso del paciente.

Embarazo: Campo que permite marcar el campo si la paciente se encuentra en embarazo.

**Resultado de Exámenes Diagnósticos:** Campo que permite digitar el resumen del resultado de los exámenes practicados.

RUSPIIAL	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 72 de 90
UNIVERSITARIO		
DE SANTANDER		Varaián, 1
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-WA-UT	version:

Motivo de la remisión: Campo que permite seleccionar entre las opciones el motivo por el cual se realiza la remisión del paciente a otra institución.

Descripción Motivo: Campo que permite digitar la información complementaria que justifica la remisión.

# PESTAÑA INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE

(Hidevo) itt	agisero e		cio										
	Formula	io											
G SISTEMA D	E REFERI	ENCIA Y CO	NTRAREFERENCI	A 412-A									
Referencia No:	0		Fecha Solicitui	d: 13/04/2014		-		± CU5					
Historia Clínica:	4411464		Fecha Ingreso	01/08/2013		÷	Cama						
Nombre IPS:	MEDICO	PRUEBA			Nivel:	3	Municipio:	MEDELLIN					
Paciente:	OCTAVIO	D DE JESUS	SANCHEZ SALAZ	AR			Sexo	Masculino		Edad:	70 Años	\7 Meses \29	
Tipo Docume:	Cédula (	Siudadanía	No. I	dentificación:	4411464		Zona	Rural		Teléfono:	3136353	571	
Dirección de Res	cción de Residencia: VEREDA LOS POTREROS						Municipio	SONSON	SONSON				
Seguridad So	cial en S	alud Cont	ributivo: 🖭 E.P	.S:						Población	especial:	1	
Subsidiado:	A.R.S:	ALIANZA N	EDELLIN ANTIO	UIA EPS			Nivel Soci	oEconómico	ARS:	Nivel 0	Nivel 1	© Nivel 2	
Vinculado: [***]	Ficha S	ISBEN:		Nivel Soci	ioEconómi	CO SISBEN:	Nivel	0	Nivel 1	© Nivel 2		Nivel 3	
Evento Enfer	medad G	eneral: 🔽	Accidente d	e Tránsito (SOA	AT): 🗐	A	ccidente d	de Trabajo (	ARP):	Evento Ca	atastrófic	o (FOSYGA):	
Informacion Pe	ersona Re	esponsable											
Tipo Documento			- Do	cumento: 🕴									
Primer Nombre	EDILM.	A SALAZAR				Segundo I	Nombre: 🧉	3					
Primer Apellido	. 3					Segundo	Apellido: 🍕	3					
Direction	SONZC	214				Te	lefono: 3	3137844530					
Municipio	756		+ + SC	NSON									
Resumen Histo	oria Clínica		Institu	ción a la que se	remite		DI	agnósticos	_	Ser	vicios		
Nombre d	le la IPS:	<vacio></vacio>	~ +					1	vivel:				
Depart	tamento:						Municipi	io:					
Fecha Confi	irmación:		+ Fech	a Salida Pacien	te:	-	Conducto	or:					
Servicio que	Remite:	Urgencias				-	Descripció	m:					
Servicio al que se	e remite:	Urgencias				· ·	Descripció	n:					
Resumen Historia	a Clínica:											-	
		8											
		10											
											Grabar	Cerrar	

Nombre de la IPS: Campo que permite digitar el nombre de la IPS a la cual se remite al paciente.

Nivel: Seleccione el nivel de la IPS a la que se remite al paciente.

Fecha Confirmación: Campo que permite seleccionar la fecha en la cual se confirmó que se podía hacer la remisión.

Fecha Salida Paciente: Campo que permite seleccionar la fecha de salida del paciente.

Conductor: Campo que permite digitar el nombre del conductor que lleva al paciente.

Servicio que Remite: Campo que permite seleccionar y describir el servicio que está remitiendo al paciente. Servicio al que se Remite: Campo que permite seleccionar y describir el servicio al que se está remitiendo al paciente.

Resumen de la Historia Clínica: Campo que permite digitar el resumen de la historia clínica del paciente.

Las pestañas de diagnósticos y Servicios, son de carácter informativo y presentan la información registrada del paciente en la institución actual.

# PESTAÑA DIAGNÓSTICOS

Registre en esta pantalla los diagnósticos de referencia que manejo.

Forma SISTEMA DE REF Referenda No: O Historia Clínica: Hatturión Prestad Nombre Itas: MEDIC Paciente: OCTA Tipo Docume: Cédua	Ilario ERENCIA Y CONTI 164 fora de Salud CO PRUEBA VIO DE JESUS SA	RAREFERENCIA 4 Fecha Solicitud: Fecha Ingreso: 0	112-A 13/04/2014 51/08/2013 Nivel:	*	Cama	cus			
C SISTEMA DE REH Referencia No: 0 Historia Clínica: 44114 Institución Presta Nombre IPS: MEDIC Paciente: OCTA Tipo Docume: Octa	IG4	RAREFERENCIA 4 Fecha Solicitud: [ Fecha Ingreso: [	112-A 13/04/2014 01/08/2013 Nivel:	*	Cama	cus			
Referencia No: 0 Historia Clínica: 44114 Institución Prestad Nombre IPS: MEDIO Paciente: OCTA Tipo Docume: Céduk	I64 Iora de Salud CO PRUEBA VIO DE JESUS SA	Fecha Solicitud: Fecha Ingreso: (	13/04/2014 01/08/2013 Nivel:	* *	Cama	cus			
Historia Clínica: 44114 Institución Prestad Nombre IPS: MEDIC Paciente: OCTA Tipo Docume: Cédula	IG4 Iora de Salud CO PRUEBA VIO DE JESUS SA	Fecha Ingreso: 🛛	01/08/2013 Nivel:	-	Cama	cus			
Institución Prestad Nombre IPS: MEDIC Paciente: OCTA Tipo Docume: Cédula	lora de Salud CO PRUEBA VIO DE JESUS SA		Nivel:	3					
Paciente: OCTA Tipo Docume: Cédula	VIO DE JESUS SA				Municipio	MEDELLIN			
Tipo Docume: Cédula		NCHEZ SALAZAR			Sexo	Masculino	Edad:	70 Años \	7 Meses \ 29
Discount day day Department	a_Ciudadanía	No. Ider	tificación: 4411464		Zona	Rural	Teléfono:	31363535	71
Direction de Residencia	a: VEREDA LOS F	OTREROS			Municipio	SONSON			
Seguridad Social er	a Salud Contribu	tivo: E.P.S:					Población	especial:	
Subsidiado: V A.R.	S: ALIANZA MED	ELLIN ANTIOQUIA	A EPS		Nivel Soci	oEconómico ARS: 🛛 💿	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2
Vinculado: [!!!] Ficha	SISBEN:		Nivel SocioEconómi	CO SISBENI	Nivel	0 © Nivel 1	Nivel 2	01	livel 3
Evento Enfermedad	General: 🔽	Accidente de Ti	ránsito (SOAT):	A	accidente d	le Trabajo (ARP):	Evento Ca	tastrófico	(FOSYGA):
Informacion Persona	Responsable	-							
Tipo Documento:		- Docur	nento: 😆			- 0			
Primer Nombre: EDIL	LMA SALAZAR			Segundo r	Nombre:				
Primer Apellido:	100100.00			Segundo /	Apellido:	<b>)</b>			
Direction: SON	12011	, lleere		Te	efono:	137844530			
Municipio: 756		+ +   sons	DN				1 contraction of the		
Resumen Historia Clir	nica	Institución	i a la que se remite		Di	agnósticos	Serv	victora	
Código	Nombre								Eliminar
494			Click here t	to add a ne	W TOW				
HOSPITAL	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 73 de 90							
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------							
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1							

# **PESTAÑA SERVICIOS**

Cerrar

8

Registre en esta pestaña los servicios de referencia que manejo

SISTEMA DE REFERENCIA Y CON	TRAREFERENCIA 412-A					
Referencia No: 0	Fecha Solicitud: 13/04/2	014	-			
Historia Clínica: 4411464	Fecha Ingreso: 01/08/2	013	- Cama	: CU5		
Institución Prestadora de Salud				-		
Nombre IPS: MEDICO PRUEBA		Nivel: 3	Municipio	MEDELLIN		
Paciente: OCTAVIO DE JESUS S	SANCHEZ SALAZAR		Sexo	: Masculino	Edad: 70	Años \ 7 Meses \ 29
Tipo Docume: Cédula_Ciudadanía	No. Identificaci	in: 4411464	Zona	: Rural	Teléfono: 313	36353571
Dirección de Residencia: VEREDA LOS	POTREROS		Municipio	SONSON		
Seguridad Social en Salud Contri	butivo: 🗐 E.P.S:				Población esp	ecial:
Subsidiado: V A.R.S: ALIANZA ME	DELLIN ANTIOQUIA EPS		Nivel Soc	ioEconómico ARS:	Nivel 0 🔘 Niv	el 1 🔘 Nivel 2
Vinculado: Ficha SISBEN:	Nive	SocioEconómico SIS	BEN: O Nive	0 ONivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Evento Enfermedad General:	Accidente de Tránsito	(SOAT): [[]]	Accidente	de Trabajo (ARP): [	Evento Catas	trófico (FOSYGA):
Tico Doc mentor	- Deserventer	0				
Dimes Namhars EDI MA SALAZAD	+   Documento:	Security Security	odo Nombrou			
Drimer Applieder		Segu	ndo Apolidou	<u> </u>		
Primer Apelido:		segu	Teleferrer	2127944520		
birection: 30N20N	- + CONCON		reletono:	5157644550	7	
Manicpio: 736					20	
Resumen Historia Clinica	Institución a la q	ue se remite	D	lagnósticos	Servicio	s
Código Nombre						Eliminar
*		Click here to add	a new row			
					Grab	ar 🔯 Cerrar
P			in n	and the second second		

en Cerrar

para abandonar la ventana.

# CONTRAREFERENCIA PESTAÑA REFERENCIAS SIN CONTRAREFERENCIA

Esta opción permite diligenciar la respuesta a las remisiones o referencias de los pacientes.

🧟 🛛 🖸 🛼											_ # X
Principal Formula	ario										* 🕕 🕜
Agregar Modificar Grabar Deshace	r Consultar	Eliminar Imprimir C	Cerrar PortaPapeles								
	(Atoma) M	tataria Claira 🛛	rienamientas								
Modulos «	(NUEVO) H	ia Cínica								Agenda de Ci	itae v
Hc Historias Clínicas 🔹	Informacio	ión General								Agenda de el	itus.
🕀 🦲 Archivos 🔼	Pacient	te: 13539695	+ NELSON	YESID PEREZ BLANCO			Edad Paciente:	32 Años \ 5 Meses \ 6 Días	Sexo: M Ingreso:	457072 -	+ Cama: UCIA12
Procesos	Tipo Histori	ia: EVOHOS - 4	+ EVOLUCION MEDICA				Causa Externa:	Otra 👻	Finalidad Consulta:	No Aplica	•
Triage	Área Servici	io: 732101 - +	+ UCI ADULTOS				Tipo Folio:	Nuevo En Blanco 🗸	Nº Folio:		+ Abrir Folio
								22/12/2016 07:57 +			
Presupuestos Odon	» 🧧	REFERENCIAS SI	IN CONTRAREFERENCIA						*		
Órdenes de Hospita	rend			1	Listado de Referen	cias			In	formacion de	Detalle
	Refe	Arrastre una colum	ina aquí para agrupar por o	icha columna							
Autorización de Int	ntos	Folio	Consecutivo	Presatadora de Salud							
Resultados a Proce	SinC	8									
	roced										
Registro de Enferm	ros P ferer										
Registro de Evento	a a										
InterConsultas Pen	.8										
Bloqueos de Histori	strac										
i Gettin de Evamenec	<u>Rej</u>										
Inicio Inicio	Licias										
Módulos	Refere										
Utildades	<ul> <li>Contra</li> </ul>	Hi i Registro	0 de 0 → ->> >> ~ <								
~	Observacio	ones Generales:				•	QUIN	FERO GUERRERO JONATH	AN FABIAN	🔚 Gra	bar 🔀 Cerrar
🗮 DGEmpres80 👤 1FQ-10NA	THAN 64	ABIAN QUINTE	RO GUERRERO			LICENCIADO A: [E.S.E. HOS	PITAL UNIVERSIT	ARIO DE SANTANDER] NIT [	900006037-4] Ver	sión: 2012 Upgr	rade: 10 Parche: 10.16

Recuerde que puede hacer la búsqueda de un registro de referencia sin contra referencia especifico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda (Folio, Consecutivo o Prestadora de Salud) y

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 74 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se puede dar Clic en Contra Referencia a lo que se despliega la siguiente ventana:

🧒 (Nuevo) Reg	gistro de C	ontraReferer	ncia									×
F F	Formulario											×
G SISTEMA DE	REFERENC		REFERENCIA	412-8								
0		1			1	1.00	E	- Leeve				
Referencia Nº:	18	HIS	toria Clinica:	4411464	Folic	138	Fecha Diligenc	amiento: 13/0	04/2014	-		
Nombre IPS:	MEDICO PE	RUEBA	0		Nive	1: 3						
Municipio:	MEDELLIN				Fed	a Ingreso:	01/08/2013	- Fed	a Egreso:	13/04/2014		
Informacion Per	sona Respo	osable				-						
Tipo Documento:			- Doc	umento: 🔞								
Primer Nombre:	EDILMA SA	LAZAR			Se	gundo Nomi	ore: 🔞					
Primer Apellido:	8				Se	gundo Apell	ido: 😋					
Direccion:	SONZON					Telefo	no: 31378445	30				
Municipio:	756		- + SON	ISON								
Resumen de His	toria Clínica	(Respuesta a	la remisión)		Diagn	ósticos de I	ngreso		Diagnóstic	os de Salida		
Hallazgo	os Clínicos:	8										-
Resultados Proce	dimientos:	8										-
Tratamientos In:	staurados:	8										-
Recome	ndaciones:	8										-
Relación d	le Anexos:											-
	Conducta:	Contrareferen	cia Entidad P	Remite	- C	escripción:						-
Institución a la c	que se contr	aremite										
N	ombre IPS:	S <vacio></vacio>	- +	1				Nivel:				
Depa	artamento:							Municipio:				
Fecha Cor	nfirmación:		-	Fecha Salida P	aciente:			Conductor:				
											Low	

Ingrese la siguiente información: INFORMACIÓN PERSONA RESPONSABLE

Tipo Documento: Campo que permite seleccionar el tipo de identificación de la persona responsable.
Documento: Campo que permite digitar el número de identificación de la persona responsable.
Primer Nombre: Campo que permite digitar el primer nombre de la persona responsable.
Segundo Nombre: Campo que permite digitar el segundo nombre de la persona responsable.
Primer Apellido: Campo que permite digitar el primer apellido de la persona responsable.
Segundo Apellido: Campo que permite digitar el segundo apellido de la persona responsable.
Dirección: Campo que permite digitar la dirección de la persona responsable.
Teléfono: Campo que permite digitar el número de teléfono de la persona responsable.
Municipio: Campo que permite seleccionar el lugar de residencia de la persona responsable.

#### PESTAÑA RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (RESPUESTA A LA REMISIÓN)

Hallazgos Clínicos: Campo que permite digitar lo objetivo que encuentra el medico al paciente.
Resultado de Procedimientos: Campo que permite digitar los resultados de procedimientos de diagnóstico.
Tratamientos Instaurados: Campo que permite digitar los tratamientos realizados a los pacientes.
Recomendaciones: Campo que permite digitar Recomendaciones al paciente.
Relación de Anexos: Campo que permite digitar otros documentos del paciente.
Conducta: Campo que permite seleccionar el tipo de Contra Referencia.
Descripción: Campo que permite digitar una descripción a la contra referencia.

# PESTAÑA DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

Registre en esta pantalla los diagnósticos de ingreso del paciente:

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 75 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

🦝 (Nuevo) Regi	stro de C	ContraRefer	encia											×
Fo	rmulario 🗧													
C SISTEMA DE R	REFERENC	IA Y CONTR.	AREFERE	NCIA 412-B										
Referencia Nº: 1	18	ł	listoria Cl	inica: 441146	54	Folio:	138	Fecha	Diligenciar	miento: 1	3/04/2014	*		
INSTITUCIÓN P	RESTADO	ORA DE SAL	UD											
Nombre IPS:	MEDICO PR	RUEBA			•	Nivel:	3							
Municipio:	MEDELLIN					Fecha	Ingreso:	01/08/	2013	÷ F	echa Egreso	: 13/04/201	4	*
Informacion Perso	ona Respo	nsable												
Tipo Documento:				Documento:	8									
Primer Nombre:	EDILMA SA	LAZAR				Segu	indo Nom	bre: 🙆						
Primer Apellido: 🤅	3					Segu	indo Apel	lido: 🕴						
Direccion: S	SONZON					]	Telefo	no: 31	378 <mark>445</mark> 30	0				
Municipio: 7	756		- +	SONSON										
Resumen de Histo	oria Clínica	(Respuesta	a la remis	ión)		Diagnós	sticos de l	Ingreso			Diagnostic	os de Salida		
Código	N	lombre												Eliminar
*					Click h	ere to a	add a new	row						
> A014	FI	IEBRE PARA		NO ESPECT	EICADA									×
Institución a la qu	ie se contr	aremite												
Nor	mbre IPS:	5615077200	)1 ,	+ CENTR		SCULAR		INCARE	SA	Nive		τv		
Deeper	tomonto	ANITIOOUIA				U COLAI	COOLER			Municipia		2		
Eacha Coof	firmación:			* Eacha	Salida Dacion	tar				Conductor	0			
recha Cont	amacion:			- recha	Sallua Paclen				•	lonductor	.[5	[	Ĩ.	
												Grab	ar 🗵	Cerrar

Para eliminar un registro de Clic en Eliminar 🗡 .

# PESTAÑA DIAGNÓSTICOS DE SALIDA

Registre en esta pantalla los diagnósticos de salida del paciente:

-	-			[	1		1						
Referencia Nº: 1	.8	Histo	oria Clinica:	4411464	Folio:	138	Fecha	a Diligenci	amiento: 1	3/04/2014		-	
Nombre IPS: N	EDICO PE	I IEBA			Nixola	3	E.						
Municipios N		02011			Eacha	Ingrana	01/05	2/2013		scha Eoror	13/04	/2014	-
	-					ingreso.	101/00	,2015		echa Egres	0. [10/0 ]	/2011	
Informacion Perso	na Respo	nsable					-						
ipo bocumento.			* Docu	mento:	1.000			-					
Primer Nombre:	DILMA SA	LAZAR			Segu	Indo Nomi	ore: C	-					
Primer Apellido:	9				Segu	Indo Apell	ido: 🗳	3	-				
Direction: S	ONZON		lleer			Telefo	no: [3	13784453	30				
Municipio: 7	56			SON			-			ur .			
Resumen de Histo	ria Clínica	(Respuesta a la	remisión)		Diagnós	sticos de I	ingres	2		Diagnós	ticos de S	alida	
Código	N	lombre											Elimina
Seleccione													<b>X</b>
A014	FI	EBRE PARATIFO	DIDEA, NO	ESPECIFICADA									X
Institución a la qu	e se contr	aremite											
	nbre IPS:	56150772001	- +	CENTRO CARDIOV	ASCULA	R SOMER	INCAR	ESA	Nivel	:		IV	
Non		ANTIQUITA							Municipio	RIONEGR	RO		
Non Depart	camerico;												

Para eliminar un registro de Clic en Eliminar. X

#### INSTITUCIÓN A LA QUE SE CONTRA REMITE

Nombre IPS: Campo que permite seleccionar la IPS a la que se devuelve el paciente.

Nivel: Campo que permite visualizar el nivel de la IPS a la que se devuelve el paciente.

**Departamento:** Campo que permite visualizar el departamento en el que se ubica la IPS a la que se devuelve el paciente.

Municipio: Campo que permite visualizar el municipio en el que se ubica la IPS a la que se devuelve el paciente.

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 76 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Fecha de Confirmación: Campo que permite seleccionar la fecha en la que se confirma la devolución del paciente. Fecha Salida Paciente: Campo que permite seleccionar la fecha de salida del paciente. Conductor: Campo que permite digitar el nombre del conductor que transporta el paciente.

Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en Grabar

Grabar

para guardarlos o haga Clic en Cerrar



para abandonar la ventana.

# INDICACIONES MÉDICAS

Esta opción permite seleccionar las indicaciones médicas dadas por el profesional al paciente: Hospitalización, Cirugía, Morgue, Salida de Consulta Externa, Urgencias Observación, Remisión, Salida.

								_ = ×
Principal Formula	ario							× 🚯 🔞
Agregar Modificar Grabar Deshacer	Consultar Eliminar Imprimir	PortaPapeles Herramientas						
Módulos «	(Nuevo) Historia Clínica 💌						Agenda de Citas:	
Hittorias Clínicas      Archivos      Procesos      Control de Triage      Gorden Triage	Información General Paciente: 13539695 Tipo Historia: EVOHOS - + Área Servicio: 732101 - +			Edad Paciente: Causa Externa: Tipo Folio:	32 Años \ 5 Meses \ 6 Días Otra • Nuevo En Blanco •	Sexo: M Ingreso: Finalidad Consulta: Nº Folio:	457072 + Ca No Aplica	Abrir Folio
Clasificación Triage Presupuestos Odon Historia Clínica Órdenes de Hospita	NDICACIONES MÉDICA     Tipo de Indicación:     S	AS	© Cirugia	D Morgue	22/12/2016 07:57 -	Salida Consult	ta Externa	
Constancias	State Indicación:	) Urgendas Observadon	Remision	D Salida				
InterConsultas Pen Bloqueos de Histori			Listado Medicamentos Suspe	endidos				
Gaetión de Evámenee	Arrastre una columna aquí Código	para agrupar por dicha columna Nombre						
Módulos								
Utilidades	Medicamento 0 a	de 0 > >> >> <						
	Observaciones Generales:		LICENCIADO A: (E.S.E. H		TERO GUERRERO JONATH	IAN FABIAN	Grabar	Cerrar

Ingrese la siguiente información:

**Tipo Indicación:** Campo que permite seleccionar el tipo de indicación correspondiente al paciente. **Indicación:** Campo que permite digitar las indicaciones del paciente.

# **PESTAÑA MEDICAMENTOS**

En esta pestaña se puede visualizar un registro de los medicamentos que le han sido solicitados al paciente. Si se realiza un registro de medicamento se puede dar Clic en Actualizar para ver el nuevo registro ingresado.

# TRASLADO PACIENTE

Esta opción permite diligenciar los traslados del paciente a las diferentes áreas de servicio de la institución.

🥿 🔰 🔎 💭 💫 👘			_
Principal Formu	lario		* 🚯 😨
Agregar Modificar Grabar Deshace	Consultar Elevinar Ingrimir Cerrar		
Módulos 66	(Naevo) Historia Clinica (X)		
	C Historia Clínica	Agenda de Citas:	~
HC Historias Clínicas -	Información General		
P Archivos	Pacientei 13539695 + NELSON YESID PEREZ BLANCO	Edad Pacientei 32 Años \ 5 Meses \ 6 Días Sexoi M Ingreso: 457072 - + Car	ma: UCIA12
Control de Triage	Tipo Historia: EVOHOS · + EVOLUCION MEDICA	Causa Externa i Otra Finalidad Consulta i No Aplica	-
Triage	Área Servicio: 732101 · + UCI ADULTOS	Tipo Folio: Nuevo En Blanco V P Folio: V +	Hal Abrir Folio
Clasificación Triage		22/12/2016 07:57 ~	
Presupuestos Odon	>> TRASLADO PACIENTE		
- Órdenes de Hospita	Consecutivo: 0 Fecha: 30/03/2017 - Requiere Traslade	o de Cama: 💿 No 🔿 Si	ar Traslado
Constancias	Área de Servicio Actual: 732101 UCI ADULTOS		
- Autorización de Int	Se Trasladar a Área de Servicio: Se <vacio> • •</vacio>		
Resultados a Proce	B Motivo de Traslado		
[***] Epicrisis Pendientes	Long to the second seco		
Registro de Enferm			
Vacunación Paciente	8		
- InterConsultas Pen			
III Bloqueos de Histori			
Gestión de Exámenes			
Inicio			
Módulos			
Utildades			-
×	Observaciones Generales:	V QUINTERO GUERRERO JONATHAN FABIAN	Cerrar
📰 DGEmpres80   👤 11 g - 10 N/	THAN FABLAN QUINTERO GUERRERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 1	0 Parche: 10.16

HOSPITAL UNIVERSITARIO	$\mathbf{b}$	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 77 de 90
DE SANTANDER		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Ingrese la siguiente información:

Consecutivo: Campo que permite visualizar el consecutivo del traslado. Este valor se genera automáticamente.

Fecha: Campo que permite visualizar la fecha en la que se realizará el traslado del paciente. Se postula automáticamente la fecha actual.

Requiere Traslado de Cama: Campo que permite seleccionar si el traslado también requiere traslado de cama.

Área de Servicio Actual: Campo que permite visualizar el área de servicio donde se encuentra actualmente el paciente.

**Trasladar a Área de Servicio:** Campo que permite seleccionar el área servicio a donde va a ser trasladado el paciente.

Motivo de Traslado: Campo que permite digitar el motivo del traslado del paciente.

#### SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Esta opción le permite realizar la solicitud de transfusión de sangre, componentes y derivados en caso de que un paciente lo requiera.

Principal Formu	ulario			* 🚯 🚱
Agregar Modificar Grabar Deshac	er Consultar Elmon Izoponia (Cerrar PortaPapeles Cerrar December (Preve) Hotoria Clinica (x)			
He Meterine Clinicae	Tistoria Clínica			Agenda de Citas:
Thiothas Curical     Thiothas Curical     Thiothas Curical     Thiothas Curical     Thiothas     Thiotha	Información General         Pacentel 1530/053         •         NELSON YESID PEREZ BLANCO           Pacentel 1530/053         •         EVOLUCIÓN MEDICA         Area Servico / 732101         •         UCI ADUATOS           Por betraria         Solotitud de Transfusión de Sengre y Derivados         •         UCI ADUATOS         •           Solotitud de Transfusión de Sengre y Derivados         •         •         •         •         •           Unidom Sengre y Derivados         •         •         •         •         •         •           Oportos Sanguineo:         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         •         • <th>Postvo Negativo</th> <th>acontel 32 Añes / S Meses \ 6 Dias il sevol / M   Ingreso: External Ota / Pinaldad Consulta: po Polo (Nurve 05 Minoco / N*Polo ( 22/12/2016 07:57 + )</th> <th>457072 • Camai (UCIA12 No Aplica • • • I Gaj Abrer Polo • • • • • • • • • • • • • • • • • • •</th>	Postvo Negativo	acontel 32 Añes / S Meses \ 6 Dias il sevol / M   Ingreso: External Ota / Pinaldad Consulta: po Polo (Nurve 05 Minoco / N*Polo ( 22/12/2016 07:57 + )	457072 • Camai (UCIA12 No Aplica • • • I Gaj Abrer Polo • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
- Registro de Evento		Listado de Componentes		1
Bloqueos de Histori	Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna			
Inicio     Módulos	Componente Descripción	Pulse aquí para añadir una nueva fila		Cantidad
Utilidades	✓ H4 44 4 Componente 0 de 0 → H H →			
~	Observaciones Generales:	-	QUINTERO GUERRERO JONATHAN FABIAN	🔚 Grabar 🔯 Cerrar
📰 DGEmpres80   👤 1FQ-301W	II ATHAN FABIAN QUINTERO GUERRERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNI	NIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4] Ver	sión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

Ingrese la siguiente información:

%HTO: Campo que permite digitar el % de Hemoglobina en la sangre.

**HB:** Campo que permite digitar la Hemoglobina en la sangre.

Indicación: Campo que permite digitar la indicación del paciente.

Diagnóstico: Campo que permite digitar el diagnóstico del paciente.

Grupo Sanguíneo: Campo que permite seleccionar el grupo sanguíneo del paciente.

Factor RH: Campo que permite seleccionar el tipo de sangre.

Fenotipo: Campo que permite digitar el fenotipo.

Observaciones: Campo que permite digitar la descripción o detalle de la transfusión.

**CDE:** Campo que permite seleccionar si el cde es positivo o negativo.

DU: Campo que permite seleccionar si el DU es Positivo o negativo.

Rastreo Anticuerpos: Campo que permite digitar si el rastreo anticuerpos es positivo o negativo.

#### **BOTON DE GRABAR**



Cuando se termina de diligenciar la historia clínica, se procede a grabar la historia clínica. El sistema va indicando por medio de mensajes que hizo falta consultar antecedentes al paciente, las indicaciones médicas o diagnosticar el paciente como se muestra en las imágenes:

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 78 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

## Mensaje de indicación medica

Ø 0 0 €				- 0
Principal Formu	lario			* 🚯
Agregar Modificar Grabar Deshace	Consultar Elminar Imprimir Cerr	PortaPapeles Herramientas		
Módulos «	(Nuevo) Historia Clínica 🗴			
	G Historia Clínica			Agenda de Citas:
FIC Historias Clinicas 🔹	Información General			
Archivos	Paciente: 1095937479	+ JORGE ALEXANDER LEAL DELGADO	Edad Paciente: 22 Años \ 9 Meses \ 30	Días Sexo: M Ingreso: 386070 · + Cama: PQX25
Procesos	Tipo Historia: NOTMED 🔹 🔸	NOTA ACLARATORIA	Causa Externa: Otra	<ul> <li>Finalidad Consulta: No Aplica</li> </ul>
Triage	Área Servicio: 730102 🔹 🔹	URGENCIAS ADULTOS	Tipo Folio: Nuevo En Blanco	• Nº Folio: • •
			30/04/2016 02:04	-
Presupuestos Odon	Información General 🛛 🔍	Resumen de Act Dinámica Gerencial .Net Versión: Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 1	.0 x	
	Historia Clinica		OLIO ACTUAL	
Constancias	Avuda en Línea	Arrastre una colur		
	Antecedentes			
	Antecedentes	Aceptar		Consultar Registros
Resultados a Proce	Orden de Hornitalización			
	Graekasia			
	Constancia			
📆 Registro de Evento	Autorización Intervenciones			
	Incapacidad Medica			
Gestión de Evámenes	Información General			
····	Diago (aliana Madiamanka			
m niao	Diagnosticos y Medicamentos			
Módulos	Solicitudes y Procedimientos			
···	Otros Procedimientos			
Utilidades	×	···· ← Registro 0 de 0 → → → →		

## Mensaje diagnóstico

-			Dinámica Gerencial .NET					_ @ X
Principal Formu	lario							* 🕦 🤅
Agregar Modificar Grabar Deshace	er Consultar Eliminar Imprimir Cen	PortaPapeles Herramentas						
Módulos «	(Nuevo) Historia Clínica 🗴							
	G Historia Clínica						Agenda de	Citas:
HC Historias Clínicas •	Información General							
P- Archivos	Paciente: 1095937479	+ JORGE ALEXANDER LEAL DELGADO		Edad Paciente:	22 Años \ 9 Meses \ 30 Días	Sexo: M Ingreso:	386070	+ Cama: PQX25
Procesos	Tipo Historia: NOTMED 🐳 🔸	NOTA ACLARATORIA		Causa Externa:	Otra -	Finalidad Consulta:	No Aplica	•
Triage	Área Servicio: 730102 🔹 +	URGENCIAS ADULTOS		Tipo Folio:	Nuevo En Blanco -	Nº Folio:		* +
Clasificación Triage				[	30/04/2016 02:04 +	-		Le Abrir Folio
Histria Clinica     Godense de Hospita     Cordensa de Hospita     Incapaidades Méd     Incapaidades Méd     Resittades a Proce     Spicrias Pendientes     Registro de Enferm     Vocunación Paciente     Registro de Evento     Montechin de Evento     Boqueso de Histor     Boqueso de Histor	Historia Clinica Ayuda en Línea Antecedentes Orden de Hospitalización Constancia Autorización Intervenciones Incapacidad Médica	Arrastre una colur Tipo de Regist T	HistoriaClinica.HCENFolio) DIAGNOSTICCO Principal		ICTUAL			Consultar Registros
Módulos	Diagnósticos y Medicamentos Solicitudes y Procedimientos Otros Procedimientos							
·	Observaciones Generales:	I ≪I ←I Registro 0 de 0 → → → × <		QUIN	TERO GUERRERO JONATI	IAN FABIAN		Grabar 🔀 Cerrar

HOSPITAL UNIVERSITARIO		MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 79 de 90
DE SANTANDER		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Al momento de darle clic en el botón aceptar me despliega la ventana de todos los diagnósticos para ingresar al paciente como se muestra en la siguiente imagen.



#### Mensaje antecedente

ō 🛛 🔏 🖸 🔯 🧋			Dinámica Gerencial .NET					_ 5 X
Principal Formu	ulario							* 🗊 🕄
Agregar Modificar Grabar Deshac	er Consultar Eliminar Imprimir Cen	Rar PortaPapeles						
E	dición	Herramientas						
Módulos «	(Nuevo) Historia Clínica 🗴							
Historias Clinicas	G Historia Clínica						Agenda d	e Citas:
	Información General							
Archivos	Paciente: 1095937479	+ JORGE ALEXANDER LEAL DELGA	DO	Edad Paciente:	22 Años \ 9 Meses \ 30	Días Sexo: M I	ngreso: 386070	<ul> <li>+ Cama: PQX25</li> </ul>
	Tipo Historia: NOTMED 🔹 🔸	NOTA ACLARATORIA		Causa Externa:	Otra	<ul> <li>Finalidad Co</li> </ul>	onsulta: No Aplica	•
Triage	Área Servicio: 730102 🔹 +	URGENCIAS ADULTOS		Tipo Folio:	Nuevo En Blanco	Nº Folio:		• +
					30/04/2016 02:04	-		
Presupuestos Odon	Información General «	Resumen de Act Dinámica Gerencial .Ne	t Versión: Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10	x				
Historia Clinica	Historia Clinica			OLIO	ACTUAL			
Constancias	Averda en Línea	Arrastre una colur Debe consultar	los antecedentes antes de grabar!					
Autorización de Int	Ayuua en cinca							
	Antecedentes	Tipo de Regist	Aceptar					Consultar Registros
		8						
	Orden de Hospitalización	Diagnosticos DIAGNÓS	TICOS REGISTRADOS: 1					Ver Registros
Vacunación Paciente	Constancia							
Registro de Evento	Autorización Intervenciones							
	Incapacidad Médica 🖉							
🛅 Bloqueos de Histori								
Gestión de Evámenes	Información General							
Inicio	Diagnósticos y Medicamentos							
	Solicitudes y Procedimientos							
Modulos	Otros Procedimientos							
Utilidades								
	Ľ.	🗰 🔲 Registro 1 de 1 🔸 👾 😽						
×	Observaciones Generales:		v	QUIN	TERO GUERRERO JON	ATHAN FABIAN		Grabar 🛛 🔀 Cerrar
EDGEmpres80	T ATHAN FABIAN OUTNIER	D GUFRRERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOS	PITAL UNIVERSI	TARIO DE SANTANDER]	NIT [900006037-	4] Versión: 2012 l	Upgrade: 10 Parche: 10.16

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 80 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Después de consultar los antecedentes se procede a darle clic nuevamente al botón de grabar si todo quedo bien diligenciado en todo el proceso anterior debe de mostrar un mensaje con el número de folio a grabar como muestra en la imagen:

ଟ 🛛 🔎 🖻 🖉 🧋		Dinámica Ge	erencial .NET			_ @ X
Principal Formu	ario					* 🕦 🕘
Agregar Modificar Grabar Deshace	r Consultar Eliminar Imprimir Cerrar Idón	apeles rientas				
Módulos «	(Nuevo) Historia Clínica 🗙					
	G Historia Olínica				Aç	genda de Citas:
HC Historias Clinicas •	Información General					
Archivos	Paciente: 1095937479 +	JORGE ALEXANDER LEAL DELGADO	Edad Paci	ente: 22 Años \ 9 Meses \ 30 Días	Sexo: M Ingreso: 38	86070 - + Cama: PQX25
Control de Triage	Tipo Historia: NOTMED · + NOTA ACLA	RATORIA	Causa Ext	erna: Otra	Finalidad Consulta: No	Aplica •
Triage	Área Servicio: 730102 + URGENCIAS	ADULTOS	Tipo	Folio: Nuevo En Blanco	N° Folio:	+ + Abrir Folio
				30/04/2016 02:04	•	-0 /5/1/ / 0/0
	Información General « Resumen	de Act Dinámica Gerencial .Net Versión: Versión: 20:	.2 Upgrade: 10 Parche: 10 🗙			
Historia Cinica     Órdenes de Hosnita	Historia Clinica		0	LIO ACTUAL		
	Avuda en Línea Arrastre u	na colur Registro grabado correctamente				
	Antecedentes					Consultan Desistant
Incapacidades Médi		Aceptar				Consultar Registros
Resultados a Proce	Orden de Hosnitalización					
Registro de Enferm	Constancia	DIAGNOSTICOS REGISTRADOS: 1				Ver Registros
Registro de Evento	Autorización Intervenciónes					
InterConsultas Pen						
Gestión de Evámenes	Información General					
	Diagnósticos y Medicamentos					
R	Solicitudes y Procedimientos					
Modulos	Otros Procedimientos					
Utilidades	× 141 41 4	Registro 1 de 1 ->->> >>> >> >> >>> >>> >>> >>>>>>>>>				Þ
~	Observaciones Generales:		- (	QUINTERO GUERRERO JONATI	HAN FABIAN	🔚 Grabar 🗵 Cerrar
EDGEmpres80	THAN FABIAN QUINTERO GUERR	LERO	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIV	ERSITARIO DE SANTANDER] NIT	[900006037-4] Versió	n: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

Después de que muestra el mensaje de grabado satisfactoriamente con el número de folio correspondiente se da clic al botón de aceptar y se genera una ventana nueva para imprimir lo que se requiera como muestra en la imagen.

5 🔪 🚨 🖸 🗟 🔵					)
Principal Formu	lario				* 🚯 🌘
📑 🗁 🗐 🄊	🔍 X 🍠 🛛 🛛	6	🐨 Impresión de Historia Clínica	x	<
Agregar Modificar Grabar Deshac	er Consultar Eliminar Imprimir Cerrar Portal	apeles	Formulario		
E Módulos «	dicón Herrar (Nuevo) Historia Clínica 💌	ientas	Folio de Historia Clínica (F Folio de Historia Clínica Solicitud de Exámenes	FOLIO:25)	
	G Historia Clínica		Procedimientos Quirúrgio	os	Agenda de Citas:
Historias Clínicas -	Información General		📄 Procedimientos No Quirú	rgicos	
🕒 🦲 Archivos 📃	Paciente: 1095937479 +	JORGE ALEXANDE	Procedimientos QX Ejecu	tados	Edad Paciente: 22 Años \ 9 Meses \ 30 Días Sexo: M Ingreso: 386070 - + Cama: PQX25
Procesos	Tipo Historia: NOTMED - + NOTA ACLA	RATORIA	Plan de Manejo Interno		Causa Externa: Otra
Triage	Área Servicio: 730102 - + URGENCIAS	ADULTOS	🖉 Plan de Manejo Externo		Tipo Folio: Nuevo En Blanco Vº Folio: +
- 🛗 Clasificación Triage			Justificación Medicamente	os No POS	30/04/2016 02:04 -
📅 Presupuestos Odon	Información General « Resumen	de Actividades Regis	InterConsulta	PUS	
- III Historia Clínica	Historia Clinica		Respuesta InterConsulta		UCIÓN DEL FOLIO ACTUAL
Constancias	Avanda an Linea	a columna aquí para	Referencia		
Autorización de Int	Ayuda en únea Arraste o	ia coluinna aqui para	ContraReferencia		
- 📅 Incapacidades Médi	Antecedentes Tipo de	Registro	Indicación de Salida		Consultar Registros
🛗 Resultados a Proce	<b>V</b>		Traslado Paciente		
Epicrisis Pendientes	Orden de Hospitalización > Diagno	ticos	📃 Orden Hospitalización		Ver Registros
Vaguezzión Paciente	Constancia	I	Constancia		
Registro de Evento	Autorización Intervenciones	I	Incapacidad Médica		
InterConsultas Pen	Incapacidad Médica	I	Solicitud Transfusión San	iguínea	
🔠 Bloqueos de Histori		I	Notificación de Diagnóstic	:0S	
Gestión de Evámenes	Información General	I	Generar Epicrisis		
Inicio	Diagnósticos y Medicamentos				
Módulos	Solicitudes y Procedimientos	I			_
	Otros Procedimientos	I	Todos	Ninguno	
Utilidades	× 181-41-4	Registro 1 de 1 →	Unir Reportes Seleccionados	Dimprimir Selección	
~	Observaciones Generales:				- QUINTERO GUERRERO JONATHAN FABIAN 🔚 Grabar 🔯 Cerrar

Se seleccionan los campos a imprimir o si no se desea imprimir simplemente se da clic a la x y finaliza el diligenciamiento de la historia clínica.



#### 9.5. ANEXO 5. INSTRUCCIONES PARA NOTA ACLARATORIA

Antes de empezar a trabajar en la nota se encuentra un mensaje informativo donde muestra la ruta para que el medico pueda responder las interconsultas pendientes, orientando al médico que las interconsultas no se respondan por acá.

ATENCION... Si va a responder interconsulta siga esta ruta: Otros Procedimientos\Respuesta Interconsulta

# NO LO HAGA DENTRO DE LA INFORMACION SUBJETIVA DEL PACIENTE

Inicialmente se tiene un campo solo texto llamado NOTA MEDICA este campo cabe aclarar que está limitado a 500 caracteres donde el médico puede llenar la información de la nota aclarando lo sucedido, como se muestra a continuación:

NOTA MÉDICA

Los siguientes campos son de tipo selección el cual despliega todos los usuarios registrados en dinámica.net, el médico que está realizando su nota aclaratoria debe buscar su usuario y nombre en esos campos, cabe resaltar que el campo de (MEDICO ESPECIALISTA) es obligatorio como se muestra en la siguiente imagen.

Arrastre	una coli	umna aquí para agrupar	por dicha column						
Codig	jo 🔺	Tipo Documento	Documento	Nombre Completo	Tipo Medico	Tipo Contribuyente	Tipo Retencion	Telefono Principal	Estado Actual
7									
666		Cedula de Ciudadanía	6660006666	PRUEBA ENFERMERA JEFE	Enfermera	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	66666666	Activo
777		Cedula de Ciudadanía	7770007777	PRUEBA MEDICO	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención		Activo
AAA		Cedula de Ciudadanía	63489256	ARIAS AMAYA ADRIANA MILENA	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	3167408410	Activo
AAD		Cedula de Ciudadanía	1098719464	AMADO DURAN ANDREA STEFANIA	Auxiliar_Enfermeria	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	3178556158	Activo
AAH		Cedula de Ciudadanía	9093604	HERRERA HERNANDEZ ALVARO ANTONIO	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	6368296	Activo
AAJ		NIT	91530709	ARIZA ARIZA JESUS HARVEY	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	6363977	Activo
AAM		Cedula de Ciudadanía	1098710641	ARIAS MAYRA ALEJANDRA	Auxiliar_Enfermeria	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	6414438	Activo
AAN		Cedula de Ciudadanía 72234148		NORIEGA LABARCES ALEX ALFONSO	Medico_General	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	3125947702-3212601918 - 3102220364	Activo
AAR		Cedula de Ciudadanía 37546980		ACEVEDO RAMIREZ ALCIRA	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	3158717409	Activo
AARR	L .	Cedula de Ciudadanía	91462169	ARCINIEGAS RODRIGUEZ ALBERTO	Otro	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención		Activo
HI 41 4	Reg	Cedula de Ciudadanía jistro 0 de 2513 → H	37546735 HI 🕞		Enfermera	Regimen Simplificado	Hacer Petención	3162380044	Activo D
MEI	MEDICO ESPECIALISTA     V     +       campo obligatorio       MEDICO RESIDENTE								
ME	DICO G	ENERAL <vacio></vacio>	• • •						
× MEI	DICO IN	ITERNO							



#### 9.6. ANEXO 6. INSTRUCTIVO PARA REALIZAR UN CONTROL DE TRIAGE Y/O TRIAGE EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET)

Esta opción le permite ingresar el paciente para el control de Triage. Para ello: Ingrese al módulo de Historia Clínica menú **Procesos** y seleccione la opción **Control de Triage.** 

A continuación, se despliega la siguiente pantalla:

5 V	: 🖸 🕑 🖬				C	Dinámica	Gerencial .NET					_ = ×
	Principal Form	ulario										* 🕦 😨
Agregar	Modificar Grabar Deshad	Consultar Eliminar dición	Imprimir Ce	rrar								
»	(Nuevo) Control de Triag	e 🗙										
	Control de Triage											
	Información General											
	Centro Atención: 01	~ +	ESE HOSPI	TAL UNIVERSITARIO DE SANTANE	DER							
	Datos del Paciente						Signos Vitales	_	_	_		
	Datos del Paciente											
	Cédula:	Primer Apellido:		Segundo Apellido:	Primer Nombre:	S	egundo Nombre:					
	V25434675	MANRIQUE			GLORIMAR		ALEJANDRA					
NIos	Entidad: PART	- +	PARTICULA	R								
¥.	Municipio: 68001	-	BUCARAMA	NGA								
												🔚 Agregar 🛛 🔀 Cerrar
I						Listado d	e PreTriage					
	Arrastre una columna aqu	í para agrupar por dich	a columna									
	Documento	Nombre			Entidad		Fecha Ingreso	Tri	iage	Municipio	Departam	iento
2												
~	HI	0 > > > × × <										
DGEm	pres50 👤 JFQ-JON	ATHAN FABLAN	QUINTER	to guerrero			LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITA	AL UNIVERSITARI	O DE SA	NTANDER] NIT [90	0006037-4] Versión: 2	012 Upgrade: 10 Parche: 10.16

Ingrese la siguiente información:

**Centro de Atención**: Campo que permite seleccionar el centro de atención en el cual se realiza el Control de Triage para el paciente Si no existe en la lista se puede agregar *.

# PESTAÑA DATOS DEL PACIENTE

Cédula: Campo que permite digitar o seleccionar el número de cédula del paciente.

**Primer Apellido:** Campo que permite digitar el primer apellido del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

**Segundo Apellido:** Campo que permite digitar el segundo apellido del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

**Primer Nombre:** Campo que permite digitar el primer nombre del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

**Segundo Nombre:** Campo que permite digitar el segundo nombre del paciente siempre y cuando no Exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Entidad: Campo que permite seleccionar la entidad a la cual pertenece el paciente.

**Municipio:** Campo que permite seleccionar el código del municipio de residencia del paciente, siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

#### PESTAÑA SIGNOS VITALES

**Tensión arterial:** Campo que permite digitar la tensión arterial que se le toma previamente al paciente. **Frecuencia cardiaca:** Campo que permite digitar la frecuencia cardiaca que se le toma previamente al paciente.

HOSPITAL UNIVERSITARIO			MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 83 de 90
DE SANTANDER			CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Frecuencia respiratoria: Campo que permite digitar la frecuencia respiratoria que se le toma previamente al paciente.

**Temperatura:** Campo que permite digitar la temperatura al paciente que le toma previamente al paciente.

Estado de conciencia: Campo que permite seleccionar el estado en que se encuentra en ese momento el paciente entre esas están alerta, confuso, comatoso, estuporoso, obnubilado.

Peso (kg): Campo que permite digitar el peso del paciente.

Aliento a alcohol: Campo que permite seleccionar si el paciente ingresa en estado de embriagues o sobrio.

Línea de pago: Campo que permite seleccionar la línea de pago del paciente entre esas están. Contributivo, subsidiado, vinculado, particular, soat.

Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en Agregar para adicionarlos o haga Clic en

Cerrar Cerrar

para abandonar la ventana.

## ¿Cómo Registrar el Triage?

Esta opción permite hacer el registro de la atención inicial de pacientes en urgencias para valoración y priorización de la atención. Para ello:

Ingrese al módulo de Historia Clínica al menú Procesos y seleccione la opción Triage.

A continuación, se despliega la siguiente pantalla:

G	2 🛛 🔍 🗟	Dinámica Gerencial .NET	- 🕫 X
	Principal F	Formulario	× 🚯 🔞
Agregar	Modificar Grabar Des	Image: Consultar Eliminar Imprimit       Imprimit       Imprimit         Edddin       Edddin	
»	Triage 🗙		
	C Triage		<b>^</b>
	Información General		
	Centro Atención: 0	01 + + ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	
	Consecutivo:		firmado: 🔳
	Datos del Paciente		
	Cédula:	Primer Apelido: Segundo Apelido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	
	Entidad:	· · ·   Municipios _ ·	
Iulos	Edad Paciente:	0 🗍 🚽 Tipo Conducta: 🔹 🔹 Paciente Ausente: 🛅	
Móć	Especialidad:		
	Signos Vitales	Antecedentes y Diagnósticos	
	Signos Vitales		
	Tensión Arterial:	t / Frecuencia Cardíaca: Frecuencia Respiratoria: Temperatura: 502:	
	Estado de Conciencia	a: 🔄 v Por condición dínica del paciente no se pudo pesar: 🕅 Peso (xg): 0 🗘	
	Aliento a Alcohol	k 🗇 Linea Pago:	
	Motivo Consulta	1	<b>^</b>
2	Observaciones		
<u></u>	observaciones	24	
	Halanaa Darifi ura		
	al Examen:		^
×			
DGEr	mpres50 👤 JFQ-JC	ONATHAN FABIAN QUINTERO GUERRERO LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNDERSITARIO DE SANTANDER] NIT (200006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 1	10 Parche: 10.16

Ingrese la siguiente información:

**Centro Atención:** Campo que postula el centro de atención en el cual se realiza el Triage para el paciente si no existe en la lista se puede agregar *.

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 84 de 90
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

**Consecutivo:** Campo que permite generar el consecutivo del registro de forma automática al momento de crear el Triage.

Fecha: Campo que permite visualizar la fecha en la que se realiza el Triage (Fecha actual del sistema) No modificable.

**Control de Triage:** Campo que permite seleccionar el código del Triage que se creó anteriormente. **DATOS DEL PACIENTE** 

**Cédula**: Campo que permite digitar o seleccionar el número de cédula del paciente, mediante la cedula del paciente y una pistola lectora el sistema permite la captura de esta información.

**Primer Apellido:** Campo que permite digitar el primer apellido del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

**Segundo Apellido:** Campo que permite digitar el segundo apellido del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

**Primer Nombre:** Campo que permite digitar el primer nombre del paciente siempre y cuando no exista el Paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

**Segundo Nombre:** Campo que permite digitar el segundo nombre del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Entidad: Campo que permite seleccionar la entidad a la cual pertenece el paciente.

**Municipio:** Campo que permite seleccionar el código del municipio de residencia del paciente, siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Edad Paciente: Campo que permite digitar la edad del paciente.

Tipo Conducta: Campo que permite seleccionar la manera como el paciente ingresa a la institución

**Especialidad:** Campo que permite seleccionar la especialidad del médico, por defecto el sistema ingresa el nombre de la especialidad a la derecha del campo.

Signos Vitales         Tensión Arterial:       20       120       153,33       Frecuencia Respiratoria::       28       Temperatura:       56,0       SO2:       96         Estado de Conciencia:       Aferta       Por condición dinica del padente no se pudo pesar:       Peso (%g):       0;       .         Allento a Alcohol:       Linea Pago:       Subsidado       -       .       .       .         Motivo Consulta:       PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CURSINOD CON ENCEFALOPATIA HIPERTEINSTVA       .       .       .       .       .         Observaciones:       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .       .	Signos Vitales	Antecedentes y Diagnósticos
Tensión Arterial: 220 / [20] 153,33 Frecuencia Cardiaca: 100 Frecuencia Regiratoria: 28 Temperatura: 36,0 S02: 96   Estado de Conciencia:   Alerto a Alcohoi:   Linea Pago: Subsidado -   Motivo Consulta: PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CURSINDO CON ENCEFALOPATIA HUPERTENSIVA   Observaciones: -   Hallazgos Positivos:   al Examen:   Too de Llegada:   Consulta: Enfermedad:   Consulta: Spontianes:   Remisión: Enfermedad:   Consulta: Colasificación:   Stoalta Colasificación:   Stoalta Colasificación:   Stoalta Colasificación:   Stoalta Stoalta:   Consulta: Stoalta   Por de Llegada: Caminando   Vehiculo Particular: Ambulancia   Vehiculo Particular: Stoalta:   Consulta: Stoalt:   Consulta: <t< td=""><td>Signos Vitales</td><td></td></t<>	Signos Vitales	
Estado de Conciencia: Alerta  Por condición clínica del paciente no se pudo pesar: Peso (kg): 0  Alento a Alcohol: Linea Pago: Subaidado Observaciones: Hallazgos Positivos Estado de Conciencia: Antipertense antipe	Tensión Arterial: 2	220 / 120 153,33 Frecuencia Cardíaca: 100 Frecuencia Respiratoria: 28 Temperatura: 36,0 SO2: 96
Alento a Alcohol: Linea Pago: Subsidado Motivo Consulta: PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CURSINDO CON ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA Observaciones: Hallazgos Positivos al Examen: Arribo a Urgencias Top de Llegada: Consulta Expontáinea: Rensión: Enfermedad: Collar Cervical: Tabla Espinal: Férula Extremidades: Ovágeno: Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta: Intubación Traqueal: S. Vesical: Tubo Tórax: : LEV: Acción: SOAT: Consulta Externa HUB: SNG: Clasificación: STUACIONES DE URGENCU - + +	Estado de Conciencia: A	lerta 🔹 🔹 Por condición dínica del paciente no se pudo pesar: 🔄 Peso (Kg): 🛛 0 🗘
Motivo Consulta: PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CURSINDO CON ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA          Observaciones:         Hallazgos Positivos         al Examen:         Arríbo a Urgendas         Tipo de Llegada:         © Caminando         Vehículo Particular         Ambulancia         Vehículo Policía         Vehículo Bomberos         Consulta Espontánea:         Remisión:         Enfermedad:         Colar Cervical:         Tablazion:         Intubación Traqueal:         S. Vesical:         Tubo Tórax:         LEV:         Acción:         SOAT:         Consulta Externa HUB:         SNG:         Clasificación:         STUACIONES DE URGENCU:	Aliento a Alcohol:	Linea Pago: Subsidiado
Observaciones:         Hallazgos Positivos al Examen:         Arribo a Urgencias         Tpo de Llegada:         © Caminando       Vehículo Particular         Anbulancia       Vehículo Policía         Vehículo Bomberos       Taxi         Helicóptero       Por sus medios         Consulta Espontánea:       Remisión:         Enfermedad:       Colar Cervical:         Tabla Espinal:       Férula Extremidades:         Oxígeno:       Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta:         Intubación Traqueal:       S. Vesical:         Tubo Tórax:       LEV:         Acción:       SOAT:         Consulta Externa HUB:       SNG:         Clasificación:       STUACIONES DE LIGENCLI/ *	Motivo Consulta: F	PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CURSINDO CON ENCEFALOPATIA HIPERTEINSIVA
Observaciones:   Hallazgos Positivos   al Exament:     Arribo a Urgencias   Tipo de Uegada:   © Caminando   Vehículo Particular   Ambulancia   Vehículo Policía   Vehículo Bomberos   Taxi   Helicóptero   Por sus medios   No se estableció   Consulta Espontáneas:   Remisión:   Enfermedad:   Colar Cervical:   Tabla Espinal:   Férula Extremidades:   Oxógeno:   Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta:   Intubación Traqueal:   S. Vesical:   Tubo Tórax:   LEV:   Acción:   SOAT:   Consulta Externa HUB:   SNG:   Clasificación:   STUACIONES DE URGENCI:		
Observaciones:   Hallazgos Positivos   al Examen:     Arribo a Urgencias   Tipo de Llegada:   © Caminando   Vehículo Particular   Ambulancia   Vehículo Policía   Vehículo Bomberos   Taxi   Helicóptero   Por sus medios   Consulta Espontánea:   Remisión:   Enfermedad:   Colar Cervical:   Tabla Espinal:   Férula Extremidades:   Oxígeno:   Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta:   Intubación Traqueal:   S. Vesical:   Tubo Tórax:   LEV:   Acción:   SOAT:   Consulta Externa HUB:   SNG:   Clasificación:   SITUACIONES DE URGENCI/ **		
Observaciones:         Halazgos Positivos al Examen:         Arribo a Urgencias         Tpo de Llegada:         © Caminando       Vehículo Particular         Mubulancia       Vehículo Policía         Vehículo Bomberos       Taxi         Helicóptero       Por sus medios         Consulta Espontánea:       Remisión:         Enfermedad:       Collar Cervical:         Tabla Espinal:       Férula Extremidades:         Oxógeno:       Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta:         Intubación Traqueal:       S. Vesical:         Tubo Tórax:       LEV:         Acción:       SOAT:         Consulta Espontánea:       Soat:         Toto Tórax:       LEV:         Acción:       SOAT:		
Observaciones:         Hallazgos Positivos al Examen:         Arribo a Urgencias         Tipo de Llegada:		
Hallazgos Positivos al Examen: Arribo a Urgencias Tipo de Llegada: © Caminando © Vehículo Particular © Ambulancia © Vehículo Policía © Vehículo Bomberos © Taxi © Helicóptero © Por sus medios © No se estableció Consulta Espontánea: © Remisión: © Enfermedad: © Colar Cervical: © Tabla Espinal: © Férula Extremidades: © Oxígeno: © Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta: © Intubación Traqueal: © S. Vesical: © Tubo Tórax: © LEV: © Acción: © SOAT: © Consulta Externa HUB: © SNG: © Clasificación: SITUACIONES DE URGENCI/ • • ©	Observaciones:	
Hallazgos Positivos al Examen: Arribo a Urgencias Tipo de Llegada: Consulta Espontánea: Remisión: Enfermedad: Colar Cervical: Tabla Espinal: Férula Extremidades: Oxígeno: Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta: Intubación Traqueal: S. Vesical: Tubo Tórax: LEV: Acción: SOAT: Consulta Externa HUB: SNG: Clasificación: SITUACIONES DE URGENCI/ Consulta Externa HUB: SNG: Clasificación: SITUACIONES DE URGENCI/ Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta		
Halazgos Positivos al Examen: Arribo a Urgencias Tipo de Llegada: Consulta Espontánea: Remisión: Enfermedad: Collar Cervical: Tabla Espinal: Férula Extremidades: Oxígeno: Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta: Intubación Traqueal: S. Vesical: Tubo Tórax: LEV: Acción: SOAT: Consulta Externa HUB: SNG: Clasificación: SITUACIONES DE URGENCI/ Consulta SITUACIONES DE URGENCI/ Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consulta Consul		
Arribo a Urgencias         Tpo de Llegada:         © Caminando       Vehículo Particular         Ambulancia       Vehículo Policía         Vehículo Bomberos       Taxi         Helicóptero       Por sus medios         Consulta Espontánea:       Remisión:         Enfermedad:       Collar Cervical:         Tabla Espinal:       Férula Extremidades:         Oxógeno:       Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta:         Intubación Traqueal:       S. Vesical:         Tubo Tórax:       LEV:         Acción:       SOAT:         Consulta Externa HUB:       SNG:         Clasificación:       SITUACIONES DE URGENCI/	Hallazgos Positivos al Examen:	
Arribo a Urgencias Tipo de Llegada: Cominando Vehículo Particular Ambulancia Vehículo Policía Vehículo Bomberos Taxi Helicóptero Por sus medios No se estableció Consulta Espontánea: Remisión: Enfermedad: Collar Cervical: Tabla Espinal: Férula Extremidades: Oxígeno: Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta: Intubación Traqueal: S. Vesical: Tubo Tórax: LEV: Acción: SOAT: Consulta Externa HUB: SNG: Clasificación: STUACIONES DE URGENCI		
Tipo de Llegada: Caminando Vehículo Particular Ambulancia Vehículo Policía Vehículo Bomberos Taxi Helicóptero Por sus medios No se estableció Consulta Espontánea: Remisión: Enfermedad: Collar Cervical: Tabla Espinal: Férula Extremidades: Oxígeno: Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta: Intubación Traqueal: S. Vesical: Tubo Tórax: LEV: Acción: SOAT: Consulta Externa HUB: SNG: Clasificación: SITUACIONES DE URGENCI/ +	Arribo a Urgencias	
Consulta Espontánea: Collar Cervical: Tabla Espinal: Férula Extremidades: Oxígeno: Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta: Intubación Traqueal: S. Vesical: Tubo Tórax: LEV: Acción: SOAT: Consulta Externa HUB: SNG: Clasificación: SITUACIONES DE URGENCI/ +	Tipo de Llegada:	
Consulta Espontánea: Remisión: Enfermedad: Collar Cervical: Tabla Espinal: Férula Extremidades: Oxígeno: Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta: Intubación Traqueal: S. Vesical: Tubo Tórax: LEV: Acción: SOAT: Consulta Externa HUB: SNG: Clasificación: SITUACIONES DE URGENCI/ +		Caminando Veniculo Particular Ambulanda Veniculo Polida Veniculo Bomberos I Taxi Helicoptero Vero sus medios Vito se establedo
Intubación Traqueal: 🛛 S. Vesical: 🔲 Tubo Tórax: 🗋 LEV: 🗋 Acción: 📄 SOAT: 🗋 Consulta Externa HUB: 📄 SNG: 📄 Clasificación: SITUACIONES DE URGENCI/ - 🔸 🛄	Consulta Espontánea:	🛛 Remisión: 🗇 Enfermedad: 👘 Collar Cervical: 🗇 Tabla Espinal: 👘 Férula Extremidades: 👘 Oxígeno: 👘 Reingreso antes 72 horas por mismo motivo consulta: 👘
	Intubación Traqueal:	]S. Vesical: 🔲 Tubo Tórax: 🗍 LEV: 🗍 Acción: 🗐 🛛 SOAT: 🗍 Consulta Externa HUB: 👘 SNG: 📄 Clasificación: SITUACIONES DE URGENCI/ - 😽 🦲

# PESTAÑA SIGNOS VITALES

HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 85 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Tensión Arterial: Campos que permiten digitar los valores de tensión arterial para el paciente.

Frecuencia Cardiaca: Campo que permite digitar el valor de frecuencia cardiaca para el paciente.

**Frecuencia Respiratoria:** Campo que permite digitar el valor de frecuencia respiratoria para el paciente. **Temperatura:** Campo que permite digitar el valor de temperatura para el paciente.

**SO2:** Campo que permite digitar el valor de SO2 para el paciente.

Peso: Campo que permite digitar el valor de peso para el paciente.

**Por condición clínica del paciente no se pudo pesar:** Campo que permite validar si fue posible pesar al paciente, con el fin de obligar el diligenciamiento del campo Peso.

Estado de Consciencia: Campo que permite seleccionar el estado de consciencia del paciente.

Aliento a Alcohol: Campo que permite validar si el paciente presenta signos de haber ingerido alcohol.

Línea de Pago: Campo que permite seleccionar el tipo de línea de pago del paciente.

Motivo de Consulta: Campo que permite digitar el motivo de consulta del paciente.

**Observaciones:** Campo que permite digitar las observaciones correspondientes a la atención de triage.

Hallazgos Positivos al Examen: Campo que permite registrar los hallazgos por parte del médico tratante.

#### **ARRIBO A URGENCIAS**

**Tipo de llegada:** Campo que permite seleccionar el medio por el cual llega el paciente a la institución, entre las opciones se encuentran: Caminando, Vehículo Particular, Ambulancia, Vehículo Policía, Vehículo Bomberos, Taxi, Helicóptero, Por Sus Medios o No se estableció.

Adicionalmente permite validar si llega por: Consulta Espontanea, Remisión, Enfermedad, Collar Vertical, Tabla Espinal, Férula Extremidades, Oxigeno, Reintegro antes de 72 horas por mismo motivo consulta, Intubación Traqueal, S Sevical, Tubo Tórax, LEV, Acción, SOAT, Consulta Externa HUB y SNG.

Clasificación: Campo que permite seleccionar el tipo de clasificación de acuerdo a las clasificaciones creadas anteriormente.

Signos Vitales				Antecedentes y Diagnósticos							
Antecedentes											
Diabetes:	Enfermerdad Co	ronaria: 📃 🛛 ACV: 🗍	Convulsiones: E	Hipertenso: 📃 Enfermedad Pulmonar: 😑 Otros Antecedentes: 📃							
Cuales:				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
Cirugías:	Jrugias:										
Alergias:											
Medicamentos:											
Hospital	ización Reciente: 📃	Anticoagulado: 📃	Infarto Reciente: 📃								
Ant. Femeninos:	Parto Reciente: 📃	Planifica: 📃	Metodo de Planificación:	<ul> <li>Fecha último Regla:</li> </ul>							
Impresión Diagnóstica	1										
Diagnóstico 1:	~ +			Observationes:							
Diagnóstico 2:	- +										
Diagnóstico 3:	- +										
Recomendaciones:											
				🛋 Agregar 😰 Cerrar							

# PESTAÑA ANTECEDENTES Y DIAGNOSTICOS

#### ANTECEDENTES

Diabetes: Campo que permite validar si el paciente tiene diabetes.
Enfermedad Coronaria: Campo que permite validar si el paciente tiene Enfermedad Coronaria.
ACV: Campo que permite validar si el paciente tiene ACV (Accidente Cerebrovascular).
Convulsiones: Campo que permite validar si el paciente sufre de convulsiones.
Hipertenso: Campo que permite validar si el paciente sufre de Hipertensión.

HOSPITAL	
UNIVERSITARIO	$\mathbf{O}\mathbf{A}$
DE SANTANDER	

MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA

CODIGO: GII-EST-MA-01

Versión: 1

Enfermedad Pulmonar: Campo que permite validar si el paciente sufre de alguna enfermedad pulmonar. Otros Antecedentes: Campo que permite validar si el paciente posee otros antecedentes.

Cuales: Campo que permite digitar los antecedentes cuando se marca el campo Otros Antecedentes.

Cirugías: Campo que permite digitar las cirugías que se le han realizado al paciente. Alergias:

Campo que permite digitar lo que le causa alergia al paciente.

Medicamentos: Campo que permite digitar los medicamentos que consume el paciente

Hospitalización Reciente: Campo que permite validar si el paciente tuvo una hospitalización reciente.

Anti coagulado: Campo que permite validar si el paciente es anti coagulado o no.

Infarto Reciente: Campo que permite validar si el paciente tuvo algún infarto recientemente.

Parto Reciente: Campo que permite validar si el paciente tuvo parto reciente.

Planifica: Campo que permite validar si el paciente planifica.

Método de Planificación: Campo que permite seleccionar el método de planificación del paciente.

Última Fecha Regla: Campo que permite digitar la fecha de última regla del paciente.

# IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnósticos 1, 2 y 3: Campos que permiten seleccionar los diagnósticos correspondientes al triage. **Observaciones:** Campo que permite digitar las observaciones necesarias.

Recomendaciones: Campo que permite digita las recomendaciones necesarias en el triage.

Grabar Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en Grabar

para quardarlos o haga Clic en

Cerrar Cerrar para abandonar la ventana.

Después de grabado el registro y de postular la ventana de impresión del reporte del triage, se abrirá una ventana de impresión para que el usuario pueda realizar la impresión de dicho documento.



HOSPITAL UNIVERSITARIO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 87 de 90
DE SANTANDER	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

#### ¿Cómo Visualizar la Clasificación de Triage?

Esta opción permite observar el registro de la atención inicial de pacientes en urgencias para valoración y priorización de la atención. Para ello:

Ingrese al menú **Procesos** y seleccione la opción **Clasificación de Triage.** A continuación, se despliega la siguiente pantalla:

	Dinámica Gerencial .NET = 9 x												
	-	Principal	Formulario										* 🕦 😨
Agregar	Modif	lcar Grabar	Deshacer Co Edición	onsultar Eliminar Impri	mir Cerrar								
>>	Cla	sificación Triag	e 🖂										
	Clasticación de Trage												
	Arra	istre una colur	nna aquí para	agrupar por dicha colu									
		Triage		Información General						Estatus del Triag	je		
		Consecutivo	Documento	Apellido	Seg. Apellido	Nombre	Seg. Nombre	Especialidad	Centro de Atención	Fecha	Tiempo	Estatus	Clasificación
	v												
	>	202364	5552730	SARMIENTO		HUMBERTO		MEDICINA GENERAL	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	04/01/2017 08:03	161.07:20		SITUACIONES DE URGENCIA, DE POTENCIAL RIESGO VIT
12		202368	63507159	GUERRERO DELGADO		ANGELA		MEDICINA URGENCIAS	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	04/01/2017 08:26	161.06:57		SITUACIONES DE MENOR URGENCIA, POTENCIALMENTE
- 10		202369	1098677817	ALFONSO	CAMELO	AMANDA	CECILIA	GINECOLOGIA	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	04/01/2017 08:39	161.06:44		SITUACIONES DE URGENCIA, DE POTENCIAL RIESGO VIT
×		202370	1098785816	FLOREZ	TORREZ	DIEGO	FABIAN	MEDICINA URGENCIAS	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	24/04/2017 02:53	51.00:30:33	-	SITUACIONES NO URGENTES, QUE PERMITEN UNA DEMO
		a a Talaan											
-		inage	1004 6 66				11/22			110-1			
-	De	slor: escripción: SIT	UACIONES CO	ON RIE Descripc	ión: SITUACION	NES DE EMER	Descripci	ón: SITUACIONES DE UR	Color: Descripción: SITUACIONES DE MENO.	. Descripción	: SITUACIO	NES NO UF	Color: Co
4	4	_	_		_	_	_			_	_	_	
~													Actualizar Cerrar

En la ventana puede observar el estatus del Triage de los pacientes.

El proceso de CONFIRMACIÓN automática se realizará desde la opción de Procesos/Historia Clínica, cuando el médico del SERVICIO DE URGENCIAS ingrese a diligenciar el folio de Historia Clínica, en ese momento el paciente ya no se visualizará en el listado de CLASIFICACIÓN TRIAGE.

**Nota:** El campo Tiempo inicia cuando se graba el Triage al paciente, y se detiene cuando el paciente se le hace un ingreso en admisión en el cual se debe asociar el Triage y se le realiza un folio de Historia Clínica o cuando se selecciona el campo Confirmado y se da en el botón Actualizar.

Si se desea actualizar el control de registros, haga Clic en Actualizar

📄 Actualizar

para actualizarlos o haga Clic

en Cerrar 📕

Cerrar

para abandonar la ventana.

# CONSULTA DE TRIAGE

Esta opción permite visualizar un reporte de Triage asociado al ingreso. Para ello:

Ingrese al menú **Procesos**, Seleccionar la opción **Historia clínica**, seleccionar el paciente a consultar, abrir el **folio**, seleccionar en el menú de historia clínica la opción **otros procedimientos** y seleccionar la opción consulta de triage. A continuación, se despliega la siguiente pantalla:



	M
DE SANTANDER	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	

#### 9.7. ANEXO 7. INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR Y CONSULTAR EXAMENES DEL LABORATORIO CLINICO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET)

- Para solicitar exámenes del laboratorio clínico en la DGH.NET realice los siguientes pasos:
  - 1. Ingrese al módulo historia clínica
  - 2. Ingrese al módulo de solicitudes y procedimientos
  - 3. Realice la solicitud de exámenes. En ese momento se abre un panel donde se ingresa el código o nombre del examen que se va a solicitar y se completan los campos obligatorios y se da guardar.

Ingreso Dashboard Historia Glinica (Nuevo) Historia Clínica 🗴	Agenda de Citas:
Información General	
Paciente: 1222254110 🧹 🌾 (Nuevo) Solicitud de Examen	X 7 Meses \ 11 Días Sexo: M Ingreso: 527069 · + Cama 401C
Tipo Historia: SOLEXA - + SO Formulario	lad General 🔹 Finalidad Consulta: No Aplica 👻
Área Servicio: 732002 + HC C Solicititud de Examen	Blanco V Polio: V +
Servicio: 903112 + ACIDO PIRUVICO	/2017 12:03 -
Solicitudes y Procedimientos < Estado: Rutinario 👻 Cantidad: 1	
Solicitud Exámenes Observaciones:	Información de Detalle
Solicitud Procedimientos Qu	
Solicitud Procedimientos No	dad Codigo: 📀
Solicitud Patologías	Servicio:
Anexo Patología	1 Estado: Rutinario
Proc. Quirúrgicos Ejecutados	Observaciones:
	Grabar Cerrar
Información General	
Diagnósticos y Medicamentos	
- Solicitudes y Procedimientos	
Otros Procedimientos	
✓ ₩ ≪ ← Registro 1 de 1 → ⇒ ⇒ + ✓ × ○ ♥	
Observaciones Generales:	🔹 FUENTES FUENTES WILFER LUDWING 📓 Grabar 😢 Cerrar
FER LUDWING FUENTES FUENTES	LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4] Versión: 2013 Upgrade: 07 Parche: 08.8

- Para consultar exámenes del laboratorio clínico en la DGH.NET realice los siguientes pasos:
  - 1. Ingrese al módulo historia clínica, proceso y resultados a procedimientos
  - 2. Ingrese documento del paciente
  - 3. Ingrese área de servicio
  - 4. Consultar

De esta manera se ven los resultados de los exámenes solicitados.

ormacion del Pacie	nte									
nte: 1098793798		<ul> <li>+ JULIETH</li> </ul>	DAYANNA PINTO CARRILLO				Área Serv	icio: 734001 · •	LABORATORIO CLI	NICO 💭 Cor
ado de Procedimie	ntos									
olicitudes de Exam	en	So	licitudes de Patología	Solicitu	des de Procec	imientos Quirú	gicos	Solicitudes d	e Procecimientos No	Quirúrgicos
OLICITUD DE EX	<b>CÁMEN</b>	ES								
			Listado de Solicitudes d	e Exame	nes			<b>^</b>	Info	mación de Detalle
	na aquí j	para agrupar por dic	ha columna							Codigo: 19482
Numero Orden	Folio	Fecha Solicitud V	Servicio	Tomado	Confirmado	Interpretado	Anulado	Resultado	Servicio:	GASES ARTERIALES
5227001	10	06/08/2017 04:14	POTASIO EN SUERO			Enter pre toto		4.08 (3.5 - 4.5) m	Fecha Solicitud:	06/08/2017 04:14
5227001	10	06/08/2017 04:14	LACTATO					4.8 (0.4 - 2.2) mm	Medico Sol:	CORZO CORZO ROOUE J.
5227001	10	06/08/2017 04:14	GASES ARTERIALES			E		AaDO2 19.00	Estado:	Urger
	3	06/08/2017 07:19	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDI	100	100				Cantidad:	1
5225563	3	06/08/2017 07:19	SODIO EN SUERO	~	<b>V</b>		(F)	145.00 (135 - 148)	Tomado:	100
5225563	3	06/08/2017 07:19	POTASIO EN SUERO	~	<b>V</b>			3.35 (3.5 - 4.5) m	Confirmado:	<b>V</b>
5225563	3	06/08/2017 07:19	NITROGENO UREICO (BUN) EN SUERO	~	V			9.51 (6 - 20) mg/dl	Interpretado:	
5225563	3	06/08/2017 07:19	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS	~	<b>V</b>			146.90 (70 - 105)	Resultado:	AaDO2 19.00 mmHg PA.
5225563	3	06/08/2017 07:19	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	<b>v</b>	<b>V</b>			0.70 (0.51 - 0.95)	Anaisis:	-
5225563	3	06/08/2017 07:19	CLORO EN SUERO	<b>v</b>	<b>v</b>	1	1	102.70 (98 - 107)	Motivo:	
5225563	3	06/08/2017 07:19	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEB	<b>V</b>	<b>V</b>			7.00 (0 - 5) mg/l	Usuario:	
5225563	3	06/08/2017 07:19	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA	~	~		(TT)	NEU 25.20 ml/mm	Fecha:	

HOSPITAL UNIVERSITARIO	$\mathbf{b}$	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 89 de 90
DE SANTANDER		CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

#### • Consultar resultados de laboratorio clínico por el software del laboratorio ENTERPRISE

Para consultar los resultados, por el software ENTERPRISE, realice los siguientes pasos:

- 1. Ingrese con el navegador de internet Explorer
- 2. Abra el recuadro donde pide usuario y contraseña
- 3. Registre en usuario: consulta
- 4. Registre en contraseña: consulta
- 5. Seleccione la opción de usuario
- 6. Aceptar

	Inicio Sesió
Usuario Contraseña	consulta
	ente OSEDE OUsuario
	Aceptar
	Versión 1.15.1

Una vez se ingresa al software, se puede realizar los siguientes filtros de acuerdo a lo requerido:

- Por fecha
- Por orden
- Por apellido
- Por Historia

En este caso se realiza filtro por historia clínica y el software arroja el número de documento y nombre. Se da doble clic sobre el símbolo más (+) que aparece con el número de orden de ENTERPRISE y al lado derecho aparecen los resultados.

Sección:						Ord	en: 20	1712	1900
EISTERA ARENIS OSCAR FERNANDO (1098651893)	Historias Clinicas     Historias Clinicas     Historias Clinicas     Generos (1)Hásculino     Disercios (2) E 11 # 220-55 BABBIO 1.0.1	Apellidos SIERRA ARENIS Edad 29.8.24	Fecha De	Nombre OSCAR FERNANDO		Diagnó	stico Per	manente	•
	Cod Examen	Resultado	Valores de referencia	Resultado Anterior	Unidad	c	Α	G	v
	Seccion: MICROBIOLOGIA								
	6001 CULTIVO DE GERMENES COMUNES	Pendiente							

HOSPITAL UNIVERSITARIO			MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	<b>Página:</b> 90 de 90		
DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1		

# 10. SOCIALIZACIÓN

Una vez aprobado este manual, es responsabilidad del líder del proceso garantizar su socialización en todos los grupos primarios que le aplique, dejando evidencia en acta y lista de asistencia del grupo primario, los cuales deben ser enviados como soporte al correo institucional procesoscalidad@hus.gov.co.

11. CONTROL DE MODIFICACIONES								
Versión	Fecha	Descripción de la Modificación	Actualizado por	Revisado por	Aprobado por			
NA	NA	NA	NA	NA	NA			