



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Universidad Nacional de Colombia - sede Bogotá
Facultad de Ingeniería
Departamento de Sistemas e Industrial
Curso: Ingeniería de Software 1 (2016701)

Profesor: Oscar Eduardo Alvarez Rodriguez

Estudiante: Nelson Ivan Castellanos Betancourt

Historia de usuario #1 - PRE-REGISTRO

Módulo	Pre-registro de pacientes
Descripción de la(s) funcionalidad(es) requerida(s):	Permitir al sistema recibir y procesar los datos de pre-registro enviados por el usuario, validarlos y almacenarlos en la base de datos.

Descripción técnica

Backend

URL	Método	Código HTTP
localhost:8080/api/pre-registration	POST	201 400 401 422 500
<p>Caso de uso técnico</p> <p>Al procesar la solicitud, el sistema debe validar y guardar el pre-registro enviado. Si los datos son válidos devolverá el código 201 con el pre-registro creado. Si los datos están en un formato inválido devolverá el código 400 con un mensaje de error. Si los datos están incompletos o contienen campos inválidos devolverá el código 422 con un mensaje de error. Si se produce un error en el sistema devolverá código 500.</p>		
<p>Datos de entrada</p> <p>Body:</p> <pre>{ "data": { "patient": { "first_name": "Juan", "last_name": "Pérez", "birth_date": "1985-10-15", "id_type": "CC",</pre>	<p>Datos de salida</p> <p>Código HTTP response: 201</p> <p>Body:</p> <pre>{ "status": "success", "data": { "id": 1, "reference_code": "PRE-123456", "qr_code":</pre>	

<pre> "id_number": "123456789", "contact_number": "+573001234567", "email": "juan.perez@example.com" }, "medical_info": { "reason": "Dolor abdominal agudo", "allergies": "Ninguna", "preexisting_conditions": "Hipertensión" }, "third_party": { "relationship": "Familiar", "first_name": "Ana", "last_name": "Pérez", "contact_number": "+573009876543", "email": "ana.perez@example.com" } } } </pre>	<pre> "http://localhost:8080/file/qr/PRE-123456", "patient": { "first_name": "Juan", "last_name": "Pérez", "birth_date": "1985-10-15", "id_type": "CC", "id_number": "123456789", "contact_number": "+573001234567", "email": "juan.perez@example.com" }, "medical_info": { "reason": "Dolor abdominal agudo", "allergies": "Ninguna", "preexisting_conditions": "Hipertensión" }, "third_party": { "relationship": "Familiar", "first_name": "Ana", "last_name": "Pérez", "contact_number": "+573009876543", "email": "ana.perez@example.com" } } } </pre>
<p>Body:</p> <pre> { "data": { "patient": { "name": "Juan", "last_name": "Pérez", "birth_date": "1985-10-15", "id_type": "asdf", "id_number": "123456789", "contact_number": "+573001234567", "email": "hackerman@example.hackerman" }, "medical_info": { "reason": "Dolor abdominal agudo", "allergies": "Ninguna", "preexisting_conditions": "Hipertensión" }, "third_party": { "relationship": "Familiar", "name": "Ana Pérez", "contact_number": "+573009876543", "email": "ana.perez@example.com" } } } </pre>	<p>Código HTTP response: 400</p> <p>Body:</p> <pre> { "status": "error", "message": "Solicitud inválida. Por favor, revise los datos ingresados en el campo 'id_number', 'email'." } </pre>
<p>Headers:</p> <p>Body:</p>	<p>Código HTTP response: 422</p> <p>Body:</p>

<pre>{ "data": { "patient": {}, "medical_info": { "reason": "Dolor abdominal agudo", "allergies": "Ninguna", "preexisting_conditions": "Hipertensión" }, "third_party": { "relationship": "Familiar", "name": "Ana Pérez", "contact_number": "+573009876543", "email": "ana.perez@example.com" } } }</pre>	<pre>{ "status": "error", "message": "Validación fallida. Campos incorrectos o vacíos: 'patient'." }</pre>
<p>Body:</p> <pre>{ "data": { "patient": { "name": "Juan", "last_name": "Pérez", "birth_date": "1985-10-15", "id_type": "CC", "id_number": "123456789", "contact_number": "+573001234567", "email": "juan.perez@example.com" }, "medical_info": { "reason": "Dolor abdominal agudo", "allergies": "Ninguna", "preexisting_conditions": "Hipertensión" }, "third_party": { "relationship": "Familiar", "name": "Ana Pérez", "contact_number": "+573009876543", "email": "ana.perez@example.com" } } }</pre>	<p>Código HTTP response: 500</p> <p>Body:</p> <pre>{ "status": "error", "message": "Error interno del servidor. Intente nuevamente más tarde." }</pre>

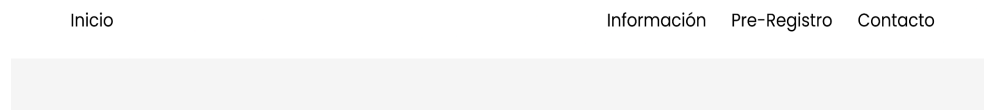
Frontend

Pantalla 1: El usuario está en la página web del centro médico. Esta pantalla le mostrará el menú de navegación donde se encuentra nuestra opción interés

Pre-registro.

- Interacción esperada: el usuario da click en el botón de pre-registro ubicado en la parte superior del menú de navegación.

- Prototipo:



Pantalla 2: Se muestra un formulario para ingresar la información personal del paciente e información médica relevante.

- Interacción esperada: el usuario llena el formulario con la información requerida, información personal e información médica, y da click en el botón **Siguiente** para continuar al siguiente paso.

- Prototipo:

Formulario de pre-registro del paciente

Progress: 1 of 3 steps (Step 1 is active)

Información personal del paciente

Nombres <input type="text" value="Juan"/>	Apellidos <input type="text" value="Pérez"/>
Tipo de identificación <input style="border-bottom: 1px solid black;" type="text" value="Cédula de ciudadanía"/>	Número de identificación <input type="text" value="1234567890"/>
Fecha de nacimiento <input type="text" value="DD-MM-YYYY"/>	Teléfono celular <input type="text" value="+57 312 456 7890"/>
Correo electrónico <input type="text" value="juanperez@gmail.com"/>	

Información médica

Motivo de consulta

Alergias conocidas <input type="text" value="Polen, Ácaros, Gluten"/>	Condiciones preexistentes <input type="text" value="Embarazo, Cáncer, Diabetes"/>
---	---

Siguiente

Pantalla 3: Se le pregunta al usuario si es un tercero quien llena el formulario. En caso de ser así, se solicita información de esta persona y su relación con el paciente.

- Interacción esperada: el usuario a través de un checkbox confirma si el formulario fue llenado por el paciente o no. Según el caso se solicitará la información del acompañante del paciente.

- Prototipos:

1. No se requiere información adicional.

Inicio Información Pre-Registro Contacto

Formulario de pre-registro del paciente

● ● ●

☒ ¿Es usted (quién llena le formulario) el paciente?

Terminar

2. Se requiere información del acompañante.

Inicio Información Pre-Registro Contacto

Formulario de pre-registro del paciente

● ● ●

☐ ¿Es usted (quién llena le formulario) el paciente?

Información del acompañante o tutor legal

Nombres Apellidos

Juan Pérez

Correo electrónico Teléfono móvil

juanperez@gmail.com +57 312 456 7890

Relación con el paciente

Familiar

Terminar

Pantalla 4: Se muestra una confirmación al usuario del registro realizado y la información que fue ingresada.

- Interacción esperada: no se espera una interacción del usuario, se espera que el usuario permanezca en la página para escanear el código QR y agilizar el ingreso del paciente al centro médico.
- Prototipo:

Formulario de pre-registro del paciente



Referencia de pre-registro: **PRE-123456**



Información personal del paciente

Nombre completo:	Juan Pérez
Tipo de identificación:	Cédula de ciudadanía
Número de identificación:	1234567890
Fecha de nacimiento:	01-01-2076
Teléfono celular:	312 456 7890
Correo electrónico:	juanperez@gmail.com

Información médica del paciente

Motivo de consulta:	Dolor abdominal
Alergias conocidas:	Polen, ácaros, gluten
Condiciones preexistentes:	Embarazo, cancer, diabetes

Pantalla de error: Se muestra un pop-up en la pantalla indicando la causa del error, esto puede ser tanto un error en el formulario cómo un error en el servidor. Se le mostrará un mensaje al usuario indicando la causa.

- Interacción esperada: la misma interacción de la propia pantalla en la que se encuentra el usuario.
- Prototipo:

Formulario de pre-registro del paciente

Información personal del paciente

Nombres

Juan

Apellidos

Pérez

Tipo de identificación

Cédula de ciudadanía

Número de identificación

1234567890

Fecha de nacimiento

DD-MM-YYYY

Teléfono celular

+57 312 456 7890

Corre electrónico

juanperez@gmail.com

Información médica

Alergias conocidas

Polen
Ácaros
Gluten

Condiciones preexistentes

Embarazo
Cancer
Diabetes

Siguiente

El campo de Nombres es inválido

Flujo general esperado:

The process consists of the following steps:

- Formulario de pre-registro del paciente (Step 1):** Collects personal and medical information.
 - Información personal del paciente:**
 - Nombres: Juan
 - Apellidos: Pérez
 - Tipo de identificación: Cédula de ciudadanía
 - Número de identificación: 1234567890
 - Fecha de nacimiento: 01-01-2076
 - Teléfono celular: +57 312 456 7890
 - Correo electrónico: juan.perez@gmail.com
 - Información médica:**
 - Motivo de consulta: Dolor abdominal
 - Alergias conocidas: Polen, cacahos, gluten
 - Condiciones preexistentes: Embarazo, cancer, diabetes
- QR Code:** A QR code with the reference number **PRE-123456** and the patient's details.
- Formulario de pre-registro del paciente (Step 2):** Collects information about the legal guardian or accompanier.
 - Información del acompañante o tutor legal:**
 - Nombres: Juan
 - Apellidos: Pérez
 - Correo electrónico: juan.perez@gmail.com
 - Teléfono móvil: +57 312 456 7890
 - Relación con el paciente: Familiar

Notas adicionales:

1. No se incluye el contenido de la página principal (Página de inicio del sitio web).