

RESOLUCIÓN DE DIRECCIÓN MÉDICA

Nº 02-2025-DM-ONKOS

Magdalena del mar, 10 de diciembre de 2025

VISTOS:

El Manual de Gestión de Historias Clínicas del Onkos Instituto Cancerológico, elaborado con base en la Norma Técnica de Salud N.º 139-MINSA/2018/DGAIN, la Ley General de Salud, la Ley N.º 29733, la normativa del Sistema Nacional de Archivos y demás disposiciones que regulan la apertura, uso, custodia, conservación, depuración y disposición final de las historias clínicas en soporte físico; y,

La necesidad institucional de aprobar un instrumento normativo técnico-administrativo que regule de manera estandarizada el manejo integral de la documentación clínica en todos los servicios asistenciales del Onkos Instituto Cancerológico, garantizando trazabilidad, seguridad, calidad de registro y cumplimiento normativo.

CONSIDERANDO:

Que, conforme a la Ley N.º 26842 – Ley General de Salud, la Historia Clínica es un documento medicolegal obligatorio que registra toda atención asistencial, y cuya adecuada administración es responsabilidad de los establecimientos de salud;

Que, la Norma Técnica de Salud N.º 139-MINSA/2018/DGAIN – Gestión de la Historia Clínica, establece los procesos técnicos y administrativos que las IPRESS deben aplicar para garantizar la apertura, registro, conservación, préstamo, devolución y disposición final de los expedientes clínicos;

Que, la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento y las disposiciones de SUSALUD imponen obligaciones estrictas respecto a la confidencialidad, integridad y uso adecuado de la información contenida en historias clínicas;

Que, de conformidad con la Ley N.º 25323, el D.S. N.º 008-92-JUS y las normas del Archivo General de la Nación, toda entidad sujeta a regulación sanitaria debe asegurar la correcta gestión archivística de los documentos clínicos, incluyendo plazos de conservación, depuración y autorización de eliminación;

Que, siendo el Director Médico la máxima autoridad técnica-normativa de la IPRESS, le compete aprobar los instrumentos que aseguren la adecuada gestión documentaria clínica y garanticen la calidad y seguridad de la atención;

En uso de las facultades conferidas por el Reglamento Interno del Onkos Instituto Cancerológico:

SE RESUELVE:

Artículo 1. – Aprobar el Manual de Gestión de Historias Clínicas del Onkos Instituto Cancerológico, que forma parte integrante de la presente Resolución y cuya aplicación es obligatoria en todos los servicios asistenciales y administrativos de la institución.

Artículo 2. – Disponer la implementación, supervisión y evaluación del cumplimiento del Manual aprobado, reportando periódicamente a la Dirección Médica y proponiendo acciones de mejora continua.

Artículo 3. – Encargar a todos los profesionales de la salud, personal administrativo de admisión y archivo, y demás áreas involucradas, el estricto cumplimiento de los procedimientos establecidos en el Manual, bajo responsabilidad funcional, ética y legal.

Artículo 4. – Disponer que la presente Resolución y el Manual aprobado sean difundidos mediante Circular Interna y publicados en los medios institucionales oficiales para conocimiento de todo el personal.

Archívese, comuníquese y cúmplase.



M.C. Jesús De Los Ríos Aguilar
DIRECTOR MÉDICO
CMP 39685

MANUAL DE GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ONKOS INSTITUTO DEL CANCER

ÍNDICE

1. Introducción
2. Objetivo
3. Base legal y normativa aplicable
4. Responsables
 - 4.1 Dirección Médica
 - 4.2 Comité Institucional de Historias Clínicas
 - 4.3 Responsable de Archivo Clínico
 - 4.4 Profesionales de la Salud
 - 4.5 Enfermería de Hospital de Día / Sala de Infusión
 - 4.6 Enfermería de Internamiento de Corta Estancia
 - 4.7 Personal Administrativo de Admisión y Archivo
5. Procedimientos
 - 5.1 Apertura de Historias Clínicas
 - 5.2 Registro de Atenciones
 - 5.3 Custodia de Historias Clínicas
 - 5.4 Préstamo y Devolución
 - 5.5 Conservación y Archivo
 - 5.6 Entrega de Copias
 - 5.7 Disposición Final y Depuración
6. Registros y Documentos Asociados
 - 6.1 Registros institucionales
 - 6.2 Documentos clínicos integrantes de la HC (orden según NTS 139)
 - 6.3 Documentos de gestión y soporte archivístico
 - 6.4 Conservación de registros
7. Indicadores de Cumplimiento
 - 7.1 Apertura y registro
 - 7.2 Custodia, préstamo y devolución
 - 7.3 Conservación y archivo
 - 7.4 Calidad de documentación clínica
 - 7.5 Entrega de copias
 - 7.6 Disposición final y depuración
8. Disposiciones Finales
 - 8.1 Carácter obligatorio
 - 8.2 Supervisión y control
 - 8.3 Responsabilidad por incumplimiento
 - 8.4 Actualización
 - 8.5 Vigencia

8.6 Mejora continua

1. DISPOSICIONES GENERALES

1.1 Presentación del Documento

El presente Manual constituye la norma interna que regula la gestión de las historias clínicas en el Onkos Instituto Cancerológico. Su propósito es establecer principios, lineamientos y procedimientos técnico-administrativos que aseguren el cumplimiento del marco legal vigente, la organización eficiente y estandarizada de los registros clínicos, la trazabilidad de la información de salud y la conservación adecuada de los archivos en soporte físico. De este modo, se busca garantizar que la información médica de cada paciente esté completa, disponible y resguardada para la continuidad de la atención, a la vez que se protegen los intereses legales tanto de los usuarios (pacientes) como del personal de salud y de la propia IPRESS. Este Manual, de carácter institucional, aporta seguridad jurídica, homogeneidad en los procesos y reduce riesgos frente a eventuales auditorías o supervisiones sanitarias, convirtiéndose en un pilar para la mejora continua de la calidad de atención.

Este instrumento es de aplicación obligatoria para todo el personal y todas las áreas asistenciales y de apoyo del Onkos Instituto Cancerológico involucradas en la generación, uso, archivo y control de historias clínicas físicas. Cubre el ciclo de vida completo de la documentación clínica, desde la apertura de la Historia Clínica del paciente, el registro y manejo de los formularios y anexos asistenciales, hasta los procesos de archivo, conservación y disposición final del expediente clínico. Asimismo, se definen las funciones y responsabilidades básicas en cada etapa, de modo que cada miembro de la institución conozca sus obligaciones en la custodia y gestión de la Historia Clínica. Con ello, se promueve un manejo documentario clínico ordenado, seguro y orientado a la atención centrada en el paciente.

1.2 Justificación Técnica y Normativa

La elaboración e implementación de este manual responde a la necesidad de estandarizar y mejorar el manejo de la Historia Clínica en la IPRESS, por su importancia como instrumento esencial para la continuidad de la atención médica, la toma de decisiones clínicas informadas y la salvaguarda de la información de salud del paciente. Un adecuado manejo, conservación y eventual eliminación de las historias clínicas contribuye directamente a mejorar la calidad de atención brindada a los usuarios de salud, asegurando que la información clínica esté disponible en forma veraz, oportuna y completa para cada acto médico. Adicionalmente, una gestión eficiente de estos documentos minimiza riesgos tales como la pérdida de información, duplicidades, errores en la atención por falta de datos, o incumplimientos legales que puedan derivar en sanciones.

Desde el punto de vista normativo, este Manual se justifica por la obligación de las IPRESS de contar con procedimientos claros para el manejo de la Historia Clínica, en concordancia con las disposiciones vigentes del Ministerio de Salud. El acto médico en el Perú debe estar respaldado por una historia clínica veraz y suficiente, ya sea en formato físico o electrónico, según lo establece la Ley General de Salud. En particular, la Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN – “*Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica*” – establece los procesos estandarizados que las IPRESS deben seguir para la administración de las historias clínicas a nivel nacional. Dicho estándar técnico nacional sirve de guía principal para este anual de Gestión de Historias Clínicas, garantizando que nuestros procedimientos internos estén alineados con los criterios técnicos y legales definidos por el MINSA. De esta manera, la institución no solo da cumplimiento a una exigencia reglamentaria, sino que adopta mejores prácticas reconocidas a nivel sectorial para la gestión documentaria clínica.

1.3 Ámbito de Aplicación y Exclusiones

Ámbito de aplicación: El presente Manual es aplicable a todas las atenciones de salud brindadas dentro del establecimiento (atención intramural) del Onkos Instituto Cancerológico, abarcando los diferentes servicios médicos especializados, hospitalarios, ambulatorios y de apoyo al diagnóstico/tratamiento que generen o utilicen historias clínicas en soporte papel.

Esto implica que todo proceso asistencial realizado en la IPRESS deberá quedar registrado en la Historia Clínica física del paciente, conforme a los lineamientos de este documento.

Exclusiones: Se deja expresamente establecido que no forman parte del alcance de este Manual las atenciones bajo la modalidad de telemedicina, ni aquellas realizadas fuera del establecimiento de salud (atenciones extramurales, como visitas domiciliarias o campañas externas). Del mismo modo, quedan excluidos de este, los aspectos relacionados a la gestión de historias clínicas electrónicas o digitales, dado que la IPRESS opera actualmente con un sistema documentario clínico exclusivamente en soporte físico.

En concordancia con ello, todos los procedimientos descritos se refieren al manejo de documentos impresos y originales en papel, no abarcando el uso de historias clínicas electrónicas ni sistemas informáticos de registro clínico. Esta delimitación del ámbito garantiza claridad en la aplicación del Manual y evita confusiones con procesos de naturaleza distinta que pudieran requerir lineamientos propios.

1.4 Articulación con el Sistema Documentario Institucional

Este Manual se integra y armoniza con el sistema documentario institucional vigente en Onkos, complementando al *Manual de Gestión Documentaria – Versión*

Administrativa (Soporte Físico) ya implementado en la organización. Cabe recordar que dicho manual administrativo excluyó deliberadamente de su alcance a los documentos asistenciales y clínicos, señalando que estos serían regulados mediante un instrumento específico por separado. En tal sentido, el presente Manual de Gestión de Historias Clínicas es el instrumento normativo complementario que desarrolla las pautas particulares para los documentos clínicos, cerrando así el ciclo integral de gestión documentaria en la institución.

La articulación entre ambos manuales asegura una gestión coherente y unificada de la documentación institucional. Los principios archivísticos y procedimientos generales (por ejemplo, en cuanto a clasificación, foliación, archivo central, conservación y eliminación documentaria) se mantienen congruentes entre la gestión administrativa y la gestión clínica, adaptándose cuando es necesario a las características especiales de la información de salud. Así, se dispone de un marco común que facilita la transición de documentos desde las unidades asistenciales hacia los archivos institucionales, respetando las políticas internas y normativas nacionales en materia de archivos. En resumen, Manual de Gestión de Historias Clínicas y el Manual de Gestión Documentaria Administrativa actúan de forma complementaria, garantizando que toda la documentación (tanto administrativa como asistencial) sea manejada bajo estándares uniformes de calidad, seguridad y legalidad.

1.5 Cumplimiento Normativo y Referentes Externos

Todas las disposiciones establecidas en el presente Manual están orientadas a asegurar el **cumplimiento estricto** de la normativa aplicable emitida por las autoridades competentes en materia de salud y archivos. En particular, Onkos Instituto Cancerológico adopta y cumple con los lineamientos de la *Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN* del Ministerio de Salud, garantizando que la gestión de la historia clínica se realice conforme a los estándares nacionales vigentes. Asimismo, se atienden las exigencias de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), ente fiscalizador que vela por la calidad de la atención y el respeto de los derechos de los usuarios; contar con una historia clínica completa y manejada adecuadamente es parte de los criterios supervisados por SUSALUD en las IPRESS. Del mismo modo, se observan las disposiciones del Sistema Nacional de Archivos y las directivas del Archivo General de la Nación (AGN) para la administración de documentos, especialmente en lo referente a plazos de conservación, confidencialidad y eliminación de historias clínicas. Es importante destacar que la eliminación o disposición final de los expedientes clínicos solo se realizará con la autorización y bajo las normas establecidas por el AGN, única entidad facultada para autorizar la destrucción de documentos de archivo en el país.

En síntesis, el presente Manual ha sido elaborado considerando el marco jurídico-normativo pertinente – entre otras, la Ley General de Salud, la Ley de Protección de Datos Personales, la Ley de Derechos de las Personas Usuarias de Salud, las normas del Sistema Nacional de Archivos y se alinea con las políticas y estándares dictados por el MINSA, SUSALUD y el AGN. Su correcta implementación permitirá a la IPRESS Onkos demostrar transparencia y responsabilidad en la gestión de la información clínica, evitando incumplimientos normativos y fortaleciendo la confianza de pacientes, autoridades y otras partes interesadas en la calidad de nuestros servicios de salud. Con ello, la institución no solo cumple con las obligaciones legales vigentes, sino que afianza su compromiso con la excelencia en la atención y la gestión sanitaria conforme a las mejores prácticas nacionales e internacionales.

2. OBJETIVO Y ALCANCE

2.1 Objetivo General

Establecer los lineamientos y procedimientos estandarizados para la gestión integral de las Historias Clínicas en el Onkos Instituto del Cáncer, garantizando su apertura, uso, custodia, conservación, préstamo, devolución, calidad, confidencialidad y disposición final en soporte físico, en cumplimiento estricto de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN y demás normativa aplicable.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Asegurar que toda atención brindada en consulta externa oncológica, hospital de día/sala de infusión, internamiento de corta estancia (≤ 72 h) Y emergencia, quede debidamente registrada en la Historia Clínica física del paciente.
- b) Proteger la integridad, veracidad, confidencialidad y trazabilidad de la información clínica.
- c) Uniformizar los procesos de apertura, archivo, préstamo, conservación y eliminación parcial de Historias Clínicas, de acuerdo con los estándares nacionales.
- d) Articular la gestión clínica con el sistema documentario institucional, en concordancia con el *Manual de Gestión Documentaria Versión Administrativa (Soporte Físico)* de ONKOS Instituto del Cáncer.
- e) Facilitar la supervisión y auditoría interna y externa (SUSALUD, MINSA, AGN).
- f) Contribuir a la seguridad del paciente y continuidad terapéutica en oncología clínica, mediante una administración eficiente y segura de la documentación clínica.

2.3 Alcance

- a) Este Manual es de aplicación obligatoria para todo el personal asistencial, administrativo y de apoyo que intervenga directa o indirectamente en la gestión de Historias Clínicas dentro del Onkos Instituto del Cáncer.
- b) Cubre todas las atenciones intramurales declaradas por la institución:
 - a. Consulta externa especializada en oncología clínica.
 - b. Hospital de día y sala de infusión para quimioterapia ambulatoria.
 - c. Internamiento de corta estancia (≤ 72 h) para quimioterapia continua, hidrataciones, control de efectos adversos y observación clínica.
 - d. Actividad de urgencia del campo oncológico, consistente en estabilización inmediata y referencia a mayor complejidad según protocolos vigentes.
- c) Incluye el ciclo de vida completo de las Historias Clínicas físicas: apertura, registro de información, custodia, préstamo, devolución, conservación, control de calidad y disposición final.
- d) Se excluyen expresamente:
 - a. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
 - b. Atención en UCI o soporte crítico.
 - c. Radioterapia y medicina nuclear propias.
 - d. Atenciones por telemedicina y modalidades extramurales.
 - e. Uso de soporte electrónico o híbrido de historias clínicas.

3. BASE LEGAL Y DEFINICIONES

3.1 Base Legal

El presente Manual de Gestión de Historias Clínicas se sustenta en las siguientes disposiciones normativas:

- a) Ley N° 26842 – Ley General de Salud, que establece la obligatoriedad de la Historia Clínica como documento medicolegal de registro de toda atención de salud.
- b) Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento (D.S. N° 003-2013-JUS).
- c) Ley N° 29414 – Ley de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, que reconoce el derecho de acceso a la Historia Clínica.
- d) Decreto Supremo N° 013-2006-SA – Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- e) Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN – Gestión de la Historia Clínica, que regula la apertura, custodia, conservación y disposición final.

- f) Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 – Categorías de Establecimientos del Sector Salud, que define las UPSS directas y de soporte obligatorias según campo clínico.
- g) Norma Técnica de Salud N° 018-MINSA/DGSP-V.01 – Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, que establece los procedimientos y responsabilidades para asegurar la continuidad de la atención entre niveles de complejidad, con especial relevancia en la atención de urgencias/emergencias y en la cartera de ONKOS.
- h) Decreto Legislativo N° 1161 – Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, que otorga al MINSA la rectoría en materia de salud.
- i) Normas del Sistema Nacional de Archivos y del Archivo General de la Nación (AGN), que regulan la conservación y eliminación de documentos de archivo.
- j) Normativa de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), referente a supervisión y fiscalización de la gestión de historias clínicas y derechos de usuarios.

3.2 Definiciones

- a) **Historia Clínica (HC):** Documento medicolegal único por paciente, de carácter obligatorio, que registra de manera ordenada y cronológica los datos de identificación, diagnósticos, procedimientos y evolución clínica.
- b) **Archivo Activo:** Conjunto de historias clínicas con atención en los últimos cinco (5) años.
- c) **Archivo Pasivo:** Conjunto de historias clínicas sin atención por más de cinco (5) años, conservadas hasta completar quince (15) años adicionales.
- d) **Disposición Final:** Eliminación o depuración de historias clínicas al concluir los plazos de conservación, autorizada por el AGN, preservando documentos esenciales.
- e) **Comité Institucional de Historias Clínicas (CIHC):** Órgano colegiado que supervisa la calidad de registros, la conservación y la disposición final.
- f) **Confidencialidad:** Principio que asegura que la información clínica solo puede ser conocida por el paciente, profesionales responsables y autoridades autorizadas por ley.
- g) **Epicrisis:** Resumen clínico elaborado al alta hospitalaria o de corta estancia, con diagnósticos, procedimientos, evolución y recomendaciones.
- h) **Consentimiento Informado:** Documento mediante el cual el paciente autoriza un procedimiento tras recibir información clara y suficiente.
- i) **Préstamo de Historia Clínica:** Procedimiento de entrega temporal del expediente clínico a un servicio autorizado, con registro de salida y devolución.

- j) **Depuración:** Conservación de documentos esenciales (epicrisis, consentimientos, informes quirúrgicos —cuando existan—, anatomía patológica, etc.) y eliminación de documentos no esenciales al término del plazo.
- k) **Referencia y Contrarreferencia:** Mecanismo normado por la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V.01 que asegura la derivación oportuna de pacientes a otro nivel de complejidad y la devolución formal de la información clínica al establecimiento de origen, garantizando continuidad asistencial.

4. RESPONSABLES

La adecuada gestión de la Historia Clínica exige la definición clara de funciones y responsabilidades institucionales. A continuación, se establecen los roles asignados a cada nivel de la organización, con el propósito de garantizar la trazabilidad, la seguridad y la legalidad en el manejo de la documentación clínica.

4.1 Dirección Médica

La Dirección Médica es la máxima autoridad técnica en la gestión de Historias Clínicas y actúa como garante de la implementación del presente Manual de Gestión de Historias Clínicas. Sus principales responsabilidades comprenden:

- a) Establecer la política institucional de gestión de Historias Clínicas y velar por su cumplimiento.
- b) Designar formalmente al Responsable del Archivo Clínico y al Comité Institucional de Historias Clínicas.
- c) Aprobar directivas internas, resoluciones y recursos necesarios para la adecuada gestión documentaria clínica.
- d) Garantizar la disponibilidad de ambientes, mobiliario, equipos y personal suficientes para el archivo de Historias Clínicas.

4.2 Comité Institucional de Historias Clínicas (CIHC)

El CIHC es un órgano colegiado encargado de supervisar la calidad, integridad y legalidad de las Historias Clínicas. Sus funciones están orientadas a la evaluación y mejora continua del sistema documentario clínico, tales como:

- a) Supervisar la implementación de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN en la institución.
- b) Revisar y validar el cumplimiento de las normas de apertura, archivo, conservación, depuración y disposición final de Historias Clínicas.
- c) Realizar control de calidad cuantitativo y cualitativo de las Historias Clínicas, en coordinación con la Dirección Médica.
- d) Emitir opiniones técnicas respecto a la conservación, transferencia o eliminación de Historias Clínicas, coordinando con el Comité Evaluador de Documentos y el AGN cuando corresponda.

- e) Recomendar medidas correctivas y capacitaciones al personal en caso de hallazgos o deficiencias.

4.3 Responsable del Archivo Clínico

El Responsable del Archivo Clínico tiene a su cargo la administración operativa del archivo central. Su labor consiste en asegurar la adecuada custodia, conservación y control de los expedientes clínicos. Sus principales atribuciones incluyen:

- a) Administrar el archivo central de Historias Clínicas (activo y pasivo).
- b) Asegurar el cumplimiento de plazos de devolución (consulta externa: día 0; internamiento: ≤48 h post-alta; emergencias: ≤24 h).
- c) Mantener actualizado el registro maestro de Historias Clínicas y controlar los préstamos mediante tarjetas de reemplazo y libro de control.
- d) Custodiar las Historias Clínicas en condiciones de seguridad, confidencialidad y conservación (temperatura, humedad, orden y foliado).
- e) Ejecutar las transferencias periódicas a archivo pasivo y coordinar los procesos de depuración y disposición final autorizados.

4.4 Profesionales de la Salud

Los profesionales de la salud son los principales responsables de la generación, integridad y calidad de la información contenida en la Historia Clínica. Su participación es crítica porque cada registro clínico constituye evidencia medicolegal y soporte para la continuidad terapéutica del paciente.

En particular, los médicos tratantes deben ejercer una responsabilidad reforzada, garantizando que la Historia Clínica cumpla con los estándares de veracidad, suficiencia clínica, trazabilidad y oportunidad. De manera complementaria, otros profesionales de salud (enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, entre otros) aportan registros especializados que enriquecen la visión integral del paciente oncológico.

Les corresponde:

- a) Registrar en la Historia Clínica cada atención de forma inmediata, completa, legible y veraz, evitando omisiones, tachaduras o enmendaduras.
- b) Identificarse con nombre completo, firma, sello y número de colegiatura o registro profesional en cada anotación.
- c) Formular diagnósticos y planes terapéuticos sustentados, consignando la base clínica o paraclínica de sus decisiones.
- d) Elaborar documentos obligatorios tales como consentimientos informados, epicrisis de internamiento de corta estancia, notas de evolución, hojas de indicaciones médicas y altas.
- e) Garantizar que cada orden médica (medicación, exámenes auxiliares, procedimientos terapéuticos) quede registrada en la Historia Clínica y refrendada.

- f) Verificar que los resultados de laboratorio, imágenes y anatomía patológica se integren en la Historia Clínica del paciente, asegurando continuidad diagnóstica.
- g) Velar por la confidencialidad de la información clínica y hacer uso de los expedientes únicamente para fines asistenciales o autorizados por norma.
- h) Entregar o devolver la Historia Clínica al archivo clínico dentro de los plazos establecidos (día 0 en consulta externa, ≤48 h en internamiento, ≤24 h en urgencias estabilizadas).
- i) Respetar la normatividad sobre conservación documental y no retener indebidamente Historias Clínicas en espacios personales o no autorizados.
- j) Participar en las auditorías de calidad de las Historias Clínicas, corrigiendo deficiencias señaladas por el Comité Institucional.
- k) Notificar oportunamente a la Dirección Médica o al Comité de Historias Clínicas cualquier incidencia de pérdida, mutilación o deterioro del expediente clínico.
- l) Promover una cultura de seguridad del paciente y de registro clínico responsable en la institución.

4.5 Enfermería de Hospital de Día / Sala de Infusión

El área de hospital de día constituye la unidad especializada donde se administran **quimioterapias ambulatorias** y tratamientos de soporte en pacientes oncológicos que no requieren internamiento. El rol de la enfermería en este servicio es crucial para la seguridad del paciente, ya que asegura la correcta preparación, verificación y administración de cada esquema terapéutico.

Corresponde al personal de enfermería en esta unidad:

- a) Verificar la identidad del paciente, el esquema prescrito y la preparación de Farmacia antes de cada administración.
- b) Registrar en la Historia Clínica la administración de quimioterapia de día, detallando hora, vía, dosis, lote de medicamento y nombre del responsable.
- c) Monitorear y consignar signos vitales antes, durante y después de la administración, documentando la tolerancia al procedimiento.
- d) Notificar y registrar en la Historia Clínica cualquier reacción adversa inmediata, consignando la intervención realizada y la comunicación al médico tratante.
- e) Adjuntar a la Historia Clínica los formatos de control de quimioterapia de día y otros documentos específicos de la sala de infusión.
- f) Asegurar la confidencialidad de la información clínica durante la atención y en el traslado de documentos hacia el archivo.
- g) Coordinar con el médico tratante y con Farmacia para garantizar la trazabilidad completa de cada ciclo de tratamiento.

- h) Entregar la Historia Clínica al archivo clínico el mismo día de la atención, una vez concluido y verificado el registro.

4.6 Enfermería de Internamiento de Corta Estancia

El personal de enfermería asignado al internamiento de corta estancia tiene la responsabilidad de custodiar y documentar la atención clínica de los pacientes internados hasta por 72 horas. Este servicio se emplea principalmente cuando el paciente requiere quimioterapia continua, hidratación prolongada o vigilancia estrecha ante complicaciones.

Corresponde al personal de enfermería en esta unidad:

- a) Custodiar la Historia Clínica mientras el paciente permanezca hospitalizado.
- b) Incorporar registros de enfermería por turnos, documentando control de signos vitales, balance hídrico, monitoreo de accesos venosos y cuidados generales.
- c) Registrar la administración de medicamentos y quimioterapia continua, consignando hora, dosis, vía, lote y nombre del profesional responsable.
- d) Vigilar y documentar la evolución clínica y la tolerancia a la terapia, notificando oportunamente al médico tratante cualquier evento adverso.
- e) Integrar en la Historia Clínica las hojas específicas de monitorización y control de quimioterapia continua.
- f) Entregar la Historia Clínica completa y ordenada al archivo clínico en un plazo máximo de 48 horas tras el alta.

4.7 Personal Administrativo de Admisión y Archivo

El personal administrativo constituye el soporte operativo del sistema documentario clínico. Su rol es asegurar que las Historias Clínicas se abran, clasifiquen, custodien y circulen de manera ordenada, con registros confiables que garanticen la trazabilidad de cada movimiento. Estas funciones son críticas porque permiten que los profesionales de la salud cuenten con expedientes completos y accesibles, a la vez que se cumplen las exigencias de control institucional y de supervisión externa.

Corresponde al personal administrativo de admisión y archivo:

- a) Aperturar nuevas Historias Clínicas siguiendo los procedimientos de identificación, codificación y foliado establecidos por la institución.
- b) Rotular, clasificar y organizar las carpetas clínicas conforme al sistema institucional de archivo.
- c) Custodiar el **Libro Maestro de Registro de Historias Clínicas**, asegurando correlatividad y evitando duplicidades.
- d) Controlar los préstamos de Historias Clínicas mediante tarjetas de reemplazo, libros de registro o sistemas equivalentes en soporte físico.

- e) Asegurar la devolución oportuna de los expedientes según los plazos normativos (día 0 en consulta externa, 24 h en urgencias, 48 h en internamiento).
- f) Recibir y archivar adecuadamente la Historia Clínica completa tras el alta, verificando que se encuentre foliado, firmado y con todos los documentos integrados.
- g) Gestionar las solicitudes de copias autenticadas de Historias Clínicas, asegurando la entrega en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles y dejando constancia documental del trámite.
- h) Brindar apoyo en los procesos de transferencia a archivo pasivo, depuración y disposición final, en coordinación con el Responsable del Archivo Clínico y el Comité Institucional de Historias Clínicas.
- i) Colaborar en auditorías internas y externas, facilitando la localización y entrega de expedientes completos para revisión.
- j) Mantener la confidencialidad de la información contenida en las Historias Clínicas, evitando accesos no autorizados.

5. PROCEDIMIENTOS

La gestión de la Historia Clínica en ONKOS comprende un conjunto de procedimientos secuenciales que regulan su apertura, uso, custodia, préstamo, conservación, entrega de copias, depuración y disposición final. Cada procedimiento se desarrolla en soporte físico, bajo condiciones de seguridad y confidencialidad, y responde a lo establecido en la NTS Nº 139-MINSA/2018/DGAIN.

5.1 Apertura de Historias Clínicas

La apertura constituye el inicio formal del expediente clínico del paciente en la institución.

Pasos específicos:

- a) Identificación del paciente: verificar documento de identidad (DNI, CE o pasaporte).
- b) Asignación de código único: corresponderá el mismo número de su DNI, CE o pasaporte, registrado en el Libro Maestro de Historias Clínicas.
- c) Preparación de carpeta física: foliar desde la primera hoja en el ángulo superior derecho, en orden correlativo.
- d) Rotulación externa: consignar nombres completos, DNI/CE, sexo, fecha de nacimiento, fecha de apertura y código único.
- e) Registro administrativo: asentar la apertura en el Libro Maestro y en el libro de control del Archivo Clínico.
- f) Responsable: Personal administrativo de admisión y archivo, bajo supervisión del Responsable de Archivo Clínico.

5.2 Registro de Atenciones

Todo acto asistencial debe quedar reflejado en la Historia Clínica, garantizando continuidad y veracidad.

Pasos específicos:

- a) Registrar fecha, hora, servicio y nombre del profesional que realiza la atención.
- b) Incorporar notas médicas (evoluciones, indicaciones, epicrisis en internamiento de corta estancia, etc.).
- c) Incorporar notas de enfermería (turnos, administración de medicamentos, monitoreo de quimioterapia).
- d) Adjuntar documentos complementarios: consentimientos informados, resultados de laboratorio, informes de imágenes, anatomía patológica, hoja de administración de quimioterapia.
- e) Garantizar que todas las anotaciones incluyan firma, sello y número de colegiatura o registro profesional.
- f) Prohibir espacios en blanco, tachaduras o correcciones sin enmienda validada.
- g) Responsables: Médicos tratantes, enfermería, profesionales de soporte (nutrición, psicología, etc.).

5.3 Custodia de Historias Clínicas

La custodia es la responsabilidad de mantener el expediente seguro y disponible durante la atención del paciente.

Condiciones:

- a) En hospital de día/sala de infusión, la custodia recae en el equipo de enfermería mientras dure el ciclo de quimioterapia.
- b) En internamiento de corta estancia, la custodia corresponde al servicio de enfermería hasta el alta.
- c) En consulta externa, la Historia Clínica debe devolverse al archivo central el mismo día (día 0).
- d) Está prohibido almacenar Historias Clínicas en escritorios, lockers personales o áreas no autorizadas.
- e) El archivo clínico debe contar con mobiliario cerrado, control de humedad y seguridad física.
- f) Responsables: Enfermería durante la atención; Responsable de Archivo Clínico en archivo central.

5.4 Préstamo y Devolución

El préstamo es temporal y debe quedar documentado.

Pasos específicos:

- a) Solicitar el expediente mediante tarjeta de préstamo o registro en libro de control.
- b) Consignar fecha, hora, nombre del solicitante, servicio y número de Historia Clínica.
- c) Cumplir plazos de devolución según contexto:
 - Consulta externa: devolución el mismo día.
 - Urgencias estabilizadas: devolución en ≤ 24 h.
 - Internamiento corta: devolución en ≤ 48 h tras el alta.
- d) Revisar que el expediente esté completo y foliado al momento de la devolución.
- e) Archivar nuevamente según orden correlativo en el archivo central.
- f) Responsable: Personal de archivo bajo supervisión del Responsable de Archivo Clínico.

5.5 Conservación y Archivo

La conservación garantiza que las Historias Clínicas se mantengan disponibles durante los plazos normativos.

Plazos:

- a) Archivo activo: 5 años desde la última atención.
- b) Archivo pasivo: 15 años adicionales tras pasar a inactividad.
- c) Casos de cáncer ocupacional: conservación por 40 años después de la exposición.

Condiciones:

- a) Archivar en mobiliario adecuado, por orden alfabético o numérico correlativo.
- b) Evitar exposición a humedad, polvo, plagas o manipulación indebida.
- c) Restringir acceso únicamente a personal autorizado.
- d) Mantener inventarios periódicos para detectar pérdidas o deterioro.
- e) Responsable: Responsable de Archivo Clínico y Comité de Historias Clínicas.

5.6 Entrega de Copias

Los pacientes tienen derecho a obtener copias autenticadas de su Historia Clínica.

Procedimiento:

- a) Recepción de la solicitud formal escrita (paciente o representante legal acreditado).
- b) Verificación de identidad y validez de la solicitud.
- c) Revisión de la Historia Clínica y preparación de las copias.
- d) Autenticación con firma y sello del Responsable de Archivo Clínico.
- e) Entrega en un plazo máximo de 5 días hábiles.
- f) Registro de la solicitud y entrega en libro físico.

g) Responsable: Responsable de Archivo Clínico.

5.7 Disposición Final y Depuración

La disposición final es el cierre del ciclo de vida de la Historia Clínica.

Pasos específicos:

- a) Identificar expedientes que han cumplido plazos de archivo activo y pasivo.
- b) Realizar depuración, conservando de manera indefinida los documentos esenciales: consentimientos informados, epicrisis, informes quirúrgicos (cuando existan), anatomía patológica, informes de necropsia y documentos complementarios definidos en la NTS 139.
- c) Elaborar acta de depuración aprobada por el Comité Institucional de Historias Clínicas.
- d) Solicitar autorización al Archivo General de la Nación para cualquier eliminación definitiva.
- e) Ejecutar la eliminación bajo métodos que garanticen confidencialidad (triturado, incineración controlada, etc.).
- f) Registrar todo el proceso con evidencias documentales y fotográficas.
- g) Responsables: Comité Institucional de Historias Clínicas, Responsable de Archivo Clínico, Dirección Médica.

6. REGISTROS Y DOCUMENTOS ASOCIADOS

La gestión de Historias Clínicas en ONKOS Instituto del Cáncer requiere del uso de registros auxiliares y documentos estandarizados que aseguren la trazabilidad, integridad y disponibilidad de la información clínica. Estos instrumentos respaldan los procedimientos establecidos en el presente Manual de Gestión de Historias Clínicas y constituyen evidencia documental para auditorías internas, supervisiones externas y procesos de control institucional. Su correcta organización y conservación permite verificar el cumplimiento de la normativa vigente, mantener la coherencia entre los servicios asistenciales y el archivo clínico, y garantizar la protección de los derechos de los pacientes.

6.1 Registros Institucionales

Los registros institucionales son instrumentos administrativos y técnicos que permiten controlar y dar seguimiento al ciclo de vida de las Historias Clínicas. Son obligatorios y deben mantenerse permanentemente actualizados, bajo custodia del Responsable de Archivo Clínico.

Entre ellos se incluyen:

- a) Libro Maestro de Historias Clínicas: consigna el número correlativo de apertura, datos de identificación del paciente y fecha de creación de cada expediente.

- b) Libro de Control de Préstamos y Devoluciones: registra la salida y retorno de cada Historia Clínica, indicando fecha, servicio solicitante, profesional responsable y observaciones.
- c) Tarjetas de Préstamo Sustitutorias: colocadas en el lugar físico de la Historia Clínica durante el préstamo, para evitar pérdida de ubicación.
- d) Libro de Solicitudes de Copias de Historias Clínicas: documento en el que se registran todas las solicitudes, el estado del trámite, fecha de entrega y responsable de la autenticación.
- e) Registro de Transferencias a Archivo Pasivo: listado de expedientes que pasan de activo a pasivo, con fecha, código, responsable y firma de conformidad.
- f) Actas de Depuración y Eliminación: documentos formales que sustentan la disposición final de expedientes, firmados por el Comité Institucional de Historias Clínicas y aprobados por la Dirección Médica.

6.2 Documentos clínicos integrantes de la Historia Clínica

La Historia Clínica física en ONKOS se estructura en **tres secciones**, siguiendo la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN y adaptada a la operatividad institucional. Cada sección contiene documentos obligatorios que deben mantenerse en orden correlativo, foliados y con firma y sello de responsabilidad.

6.2.1 Sección I: Filiación

Incluye los documentos que identifican al paciente y oficializan la apertura del expediente clínico.

- a) Hoja de Filiación: documento inicial con datos personales y administrativos.
- b) Hoja de Autorización de Ingreso (solo en internamiento de corta estancia).

6.2.2 Sección II: Registro de Atención

Contiene la secuencia cronológica de la atención asistencial, organizada en tres subgrupos de acuerdo con los servicios brindados en ONKOS:

- a) **Consulta Externa (Primera consulta y Consultas sucesivas)**
 - 1. Anamnesis y Examen Clínico: historia clínica inicial con antecedentes y hallazgos.
 - 2. Evoluciones Médicas: registro de consultas sucesivas, diagnósticos y conductas terapéuticas.
 - 3. Consentimientos Informados: se insertan cuando corresponda a procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados en consulta externa.
 - 4. Interconsultas: solicitudes y respuestas de otros especialistas.
- b) **Quimioterapia (Hospital de Día / Sala de Infusión)**

1. Hojas de Indicación Médica: prescripción de esquemas de quimioterapia.
2. Consentimientos Informados: autorizaciones obligatorias previas a la administración de quimioterapia y procedimientos relacionados.
3. Notas de Enfermería: registro detallado de administración de medicamentos (hora, vía, dosis, lote, firma), signos vitales y reacciones adversas.
4. Registros de Control y Monitorización: formularios institucionales de quimioterapia y reportes de efectos adversos.

c) **Internamiento de Corta Estancia**

El internamiento en ONKOS, aunque de corta estancia (≤ 72 horas), debe cumplir con el orden documental establecido por la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN.

Los documentos se organizan así:

Durante el internamiento (orden funcional):

1. Formato de filiación.
2. Gráfica de funciones vitales.
3. Hoja de balance hidro-electrolítico (si corresponde).
4. Historia clínica: anamnesis, examen, diagnóstico, plan de trabajo.
5. Hojas de evolución médica.
6. Hoja de prescripción médica.
7. Hoja de anotación de enfermería.
8. Exámenes auxiliares.
9. Consentimiento informado.
10. Otros formatos: Hoja de alta voluntaria (si aplica).

Al egreso (secuencia obligatoria):

1. Formato de filiación.
2. Epicrisis.
3. Informe de alta.
4. Gráfica de funciones vitales.
5. Anamnesis y examen físico.
6. Evolución.
7. Hoja de anotación de enfermería/obstetricia.
8. Informe de interconsultas (si aplica).
9. Exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento.
10. Formato de anestesia (si aplica).
11. Reporte operatorio/registro de parto (si aplica).
12. Hoja de autorización de ingreso.
13. Consentimiento informado (si aplica).
14. Hoja de alta voluntaria (si aplica).
15. Otros formatos

d) **Atención de Emergencia**

ONKOS debe estar preparado para registrar adecuadamente la atención de urgencias oncológicas o complicaciones derivadas de tratamientos. Los documentos de emergencia, según la NTS N.º 139-MINSA/2018/DGAIN, se integran en el siguiente orden:

1. Hoja de Atención de Emergencia.
2. Notas de Enfermería en Emergencia.
3. Consentimientos Informados.
4. Otros Documentos de Emergencia: exámenes auxiliares urgentes, referencias o contrarreferencias emitidas.

6.2.3 Sección III: Información Complementaria

Esta sección integra los documentos de soporte que complementan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico del paciente. Su adecuada organización es fundamental para brindar una visión integral de la atención.

Incluye:

- a) Resultados de Exámenes Auxiliares: informes de laboratorio clínico, anatomía patológica, imágenes diagnósticas (ecografías, radiografías, tomografías) y cualquier otro examen complementario relevante.
- b) Informes de Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico: evaluaciones y seguimientos de nutrición, psicología, trabajo social y otros profesionales de apoyo vinculados al proceso oncológico.
- c) Documentos Administrativos Relacionados con la Atención Clínica: referencias y contrarreferencias, constancias de atención y documentos de coordinación interinstitucional que formen parte de la historia del paciente.
- d) Otros Documentos Relevantes: cualquier registro adicional que contribuya a la continuidad del cuidado, tales como reportes de eventos adversos, fichas de vigilancia epidemiológica o informes de comités clínicos.

Nota ONKOS: Todos los documentos de esta sección deben integrarse a la HC en orden cronológico, estar firmados y sellados por el responsable correspondiente, y conservarse junto con las secciones I y II bajo las mismas condiciones de seguridad, confidencialidad y foliado.

7. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO

El monitoreo de la gestión de Historias Clínicas en ONKOS se realiza mediante indicadores de estructura, proceso y resultado, orientados a medir integridad, calidad y oportunidad de los registros clínicos. Estos indicadores permiten la evaluación continua, la identificación de brechas y la implementación de acciones correctivas.

7.1 Indicadores de Apertura y Registro

- a) % de Historias Clínicas abiertas con foliado y filiación completa.
 1. Fórmula: $(\text{Nº de HC con filiación y foliado completo} \div \text{Nº total de HC abiertas en el periodo}) \times 100$.
 2. Meta: ≥ 98 %.
- b) % de atenciones registradas en la HC en tiempo real.
 1. Fórmula: $(\text{Nº de atenciones registradas en el mismo día} \div \text{Nº total de atenciones observadas}) \times 100$.
 2. Meta: ≥ 95 %.

7.2 Indicadores de Custodia, Préstamo y Devolución

- a) % de devoluciones en plazos normativos.
 1. Consulta externa: día 0.
 2. Hospital de día: día 0.
 3. Urgencias: ≤ 24 h.
 4. Internamiento corta: ≤ 48 h post-alta.
 5. Fórmula: $(\text{Nº de HC devueltas dentro del plazo} \div \text{Nº total de HC prestadas}) \times 100$.
 6. Meta: ≥ 95 %.
- b) % de préstamos documentados en el libro o tarjeta de control.
 1. Fórmula: $(\text{Nº de préstamos registrados} \div \text{Nº total de préstamos realizados}) \times 100$.
 2. Meta: 100 %.

7.3 Indicadores de Conservación y Archivo

- a) % de expedientes transferidos a archivo pasivo según plazo (5 años).
 1. Fórmula: $(\text{Nº de HC transferidas} \div \text{Nº total de HC que cumplen plazos}) \times 100$.
 2. Meta: 100 %.
- b) % de expedientes conservados en condiciones adecuadas.
 1. Fórmula: $(\text{Nº de HC en archivo con condiciones óptimas} \div \text{Nº total de HC revisadas en muestra}) \times 100$.
 2. Meta: ≥ 95 %.

7.4 Indicadores de Calidad de Documentación Clínica

- a) % de epicrisis consignadas en Internamiento de corta estancia.
 1. Fórmula: $(\text{Nº de HC con epicrisis} \div \text{Nº total de altas hospitalarias}) \times 100$.
 2. Meta: 100 %.
- b) % de consentimientos informados en procedimientos oncológicos (quimioterapia).
 1. Fórmula: $(\text{Nº de HC con consentimiento firmado} \div \text{Nº total de pacientes que recibieron quimioterapia}) \times 100$.
 2. Meta: 100 %.

- c) **% de hojas de administración de quimioterapia completas (dosis, hora, lote, firma).**
 - 1. Fórmula: $(\text{Nº de hojas completas} \div \text{Nº total de hojas revisadas}) \times 100$.
 - 2. Meta: $\geq 95\%$.
- d) **% de registros de enfermería con identificación completa (firma, sello, colegiatura).**
 - 1. Fórmula: $(\text{Nº de notas completas} \div \text{Nº total de notas revisadas}) \times 100$.
 - 2. Meta: $\geq 95\%$.

7.5 Indicadores de Entrega de Copias

- a) **% de solicitudes de copia atendidas dentro del plazo de 5 días hábiles.**
 - 1. Fórmula: $(\text{Nº de copias entregadas en plazo} \div \text{Nº total de solicitudes}) \times 100$.
 - 2. Meta: 100 %.

7.6 Indicadores de Disposición Final y Depuración

- **% de expedientes depurados con acta formal y autorización del AGN.**
 - Fórmula: $(\text{Nº de procesos de depuración autorizados} \div \text{Nº total de procesos de depuración realizados}) \times 100$.
 - Meta: 100 %.
- **% de documentos esenciales conservados después de la depuración.**
 - Fórmula: $(\text{Nº de HC con conservación de documentos esenciales} \div \text{Nº total de HC depuradas}) \times 100$.
 - Meta: 100 %.

8. DISPOSICIONES FINALES

8.1 Carácter obligatorio

El presente Manual de Gestión de Historias Clínicas es de **cumplimiento obligatorio** para todo el personal asistencial, administrativo y de apoyo del Onkos Instituto del Cáncer, en todos los niveles jerárquicos. Ningún miembro de la institución podrá alegar desconocimiento de lo dispuesto en este documento.

8.2 Supervisión y control

La Dirección Médica y el Comité Institucional de Historias Clínicas son responsables de supervisar y hacer cumplir las disposiciones contenidas en este manual, aplicando auditorías periódicas y emitiendo las medidas correctivas necesarias ante incumplimientos detectados.

8.3 Responsabilidad por incumplimiento

El incumplimiento de las disposiciones del presente Manual de Gestión de Historias Clínicas genera responsabilidad administrativa, civil y/o penal según corresponda, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), la Ley General de Salud, la Ley de Protección de Datos Personales y las normas del Archivo General de la Nación.

8.4 Actualización

El Manual de Gestión de Historias Clínicas será revisado y actualizado de manera obligatoria cada dos (2) años, o antes si se produjeran cambios normativos nacionales, disposiciones del AGN o modificaciones en la organización y cartera de servicios de ONKOS.

8.5 Vigencia

El presente Manual de Gestión de Historias Clínicas entra en vigor a partir de la fecha de su aprobación mediante Resolución de Dirección Médica, quedando sin efecto cualquier directiva, instructivo o procedimiento anterior que se oponga a lo aquí establecido.

8.6 Mejora continua

La implementación de este manual se orienta a la mejora continua de la gestión clínica y documentaria de la institución. Cualquier propuesta de mejora o innovación en los procesos será evaluada por el Comité Institucional de Historias Clínicas y la Dirección Médica, para su incorporación formal en las futuras versiones del Manual de Gestión de Historias Clínicas.

HISTORIA CLÍNICA

Nº HISTORIA CLÍNICA

FECHA

DATOS DE FILIACION DEL PACIENTE

Nombres y apellidos

DNI / CE / Otro	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
			Femenino () Masculino ()

Dirección	Procedencia

Nº Teléfono celular	Nº Teléfono fijo	Correo electrónico

Ocupación actual o previa	Estado Civil	Grado de instrucción

DATOS DEL FAMILIAR O APODERADO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Apellidos y nombres	DNI / CE / Otro

Nº Teléfono celular	Correo electrónico	Parentesco o afinidad

¿Cómo nos encontró?

ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA

FECHA

HORA

Nº HISTORIA CLÍNICA

I. DATOS GENERALES

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

Sexo:

M

F

Edad

F. Nacimiento

II. ANAMNESIS

Tiempo de enfermedad:

Curso:

Evolución:

III. EXAMEN FISICO

T°: _____ PA: _____ FR: _____ FC: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

IV. EXAMENES AUXILIARES

V. PLAN - APRECIACIÓN

VI. TRATAMIENTO

VII. DIAGNÓSTICO

1				
2				
3				
4				
5				
6				
Proxima cita		CMP	Firma y sello	
Atendido por:				
Destino	Su casa			
	Hospitalización			

HISTORIA CLINICA DE HOSPITALIZACIÓN

FECHA DE HISTORIA CLÍNICA

--	--	--

NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA

--

I. DATOS FILIACION

Apellidos y nombres _____
Fecha de nacimiento _____ Ocupación _____
Edad _____ Nacionalidad _____
Sexo _____ Procedencia _____
Estado civil _____
Nombre de familiar _____ Teléfono _____

II. ANAMNESIS

III. ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Diabetes Mellitus
Hipertensión arterial
Asma
Hipotiroidismo
RAMS _____

Hipertiroidismo
Hepatitis B
Hepatitis C
Cirugías _____
Otros _____

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Hábitos, condiciones socioeconómicas, etc.

Consumo de alcohol Tabaquismo
Consumo de drogas _____
Otros _____

ANTECEDENTES FAMILIARES ONCOLÓGICOS

IV. EXAMEN FÍSICO

SIGNS VITALES

Temperatura	°C	Sat. Oxig.	%
Frecuencia Cardíaca	lat. por min	Peso	kg.
Frecuencia Respiratoria	resp. por min.	Talla	cm.
Presión arterial	mm/Hg	IMC	

EXAMEN FÍSICO GENERAL

INSPECCIÓN GENERAL

Estado de conciencia _____

Actitud _____

Posición _____

Marcha _____

Facie _____

PIEL Y FANERAS _____

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO _____

SOMA Huesos (conformaciones y sensibilidad), músculos y articulaciones.

EXAMEN FÍSICO REGIONAL

Cabeza y cuello _____

Torax y Pulmones _____

Aparato cardiovascular _____

Abdomen _____

Aparato Genitourinario _____

Examen prostático _____

Examen ginecológico _____

Examen neurológico _____

V. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (Resumen de resultados relevantes)

Laboratorio

Imagenología

Anatomía patológica

Estudio genético o molecular

VI. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO MÉDICO				D	P	R	CIE 10
1							
2							
3							
4							
5							
6							

VII. PLAN TERAPEUTICO

HOJA DE EVOLUCIÓN MÉDICA

HOJA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

EPICRISIS

Fecha de epicrisis

Nº Historia Clínica

I. DATOS GENERALES

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Sexo:	M	F	Edad	
			F. Nacimiento				
Lugar de nacimiento	Procedencia		DNI u otro documento				
Fecha de ingreso	Hora de ingreso	Fecha de alta	Hora de alta				
Servicio	Número de habitación	Estadía total (días)	Nº de habitación				

II. DIAGNÓSTICO DE INGRESO

D	P	R	CIE 10

III. RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

IV. RESUMEN DEL EXAMEN FISICO

V. EXAMENES AUXILIARES

VI. EVOLUCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

VII. TRATAMIENTO RECIBIDO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

VIII. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

IX. COMPLICACIONES OCURRIDAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

X. DIAGNÓSTICO DE EGRESO	D	P	R	CIE 10

XI. TIPO Y/O CONDICIÓN DEL EGRESO

Curado	<input type="checkbox"/>	Referencia	<input type="checkbox"/>	a donde?	<hr/>	
Recuperado						
Estable			Fallecido	<input type="checkbox"/>	Fecha:	<hr/>
Retiro voluntario					Hora:	<hr/>

XII. INFORMACIÓN REFERIDA AL FALLECIMIENTO SI CORRESPONDIERA

XIII. DATOS DEL MÉDICO QUE INDICÓ EL ALTA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	CMP	RNE
Firma y sello				

HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA

Fecha de atención	Hora	Prioridad de emergencia	Nº Historia Clínica
	:	I II IV IV	

I. DATOS GENERALES					
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Sexo:	M F Edad
				F. Nacimiento	
Lugar de nacimiento		Procedencia		Grupo sanguíneo	
				Factor Rh	
Grado de instrucción		Estado civil		Ocupación	
Nombres de familiar o apoderado		DNI/CE/Otro		Dirección	
II. ANTECEDENTES PERSONALES					
Antecedentes patológicos					
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>
Cirugías			RAMS		
Otros					
Antecedentes no patológicos					
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Consumo de drogas	
Otros					
Antecedente familiares oncológicos					
III. ANAMNESIS					
Motivo de consulta:	Tiempo de enfermedad:				
IV. EXAMEN FÍSICO					
T°: _____	PA: _____	FR: _____	FR: _____	Peso: _____	Talla: _____ IMC _____ Sat. Ox _____
V. DIAGNÓSTICO DE INGRESO					
					D P R
VI. EXAMENES AUXILIARES					

VII. TRATAMIENTO

VIII. DESTINO DEL PACIENTE

Su casa Área de observación Referido Alta voluntaria Fallecido

Referido a:

Fecha y hora:

Responsible de la atenció:

Nombres y apellidos

Firma y sello

IX. ATENCIÓN EN AREA DE OBSERVACIÓN

Fecha de ingreso Hora de ingreso

Evoluciòn (Hora):

X. DIAGNÓSTICO DE EGRESO

A. DIAGNÓSTICO DE ESTATUS	D	P	R	CIE-10
1				
2				
3				

XI. DESTINO DEL PACIENTE

Su casa Área de observación Referido Alta voluntaria Fallecido

Referido a:

Fecha y hora:

Nombres y apellidos

Firma y sello

HOJA GRAFICA DE FUNCIONES VITALES

HOJA DE CARDEX

Fecha de ingreso

Nº Historia Clínica

TRATAMIENTO	HORA	DOSIS	VÍA	FECHA:			FECHA:			FECHA:		
				MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
TIPO DE DIETA: _____ HORA DE INGRESO: _____ NOMBRE Y APELLIDO: _____ MEDICO TRATANTE: _____ HABITACIÓN: _____ OBSERVACIONES: _____				POST OPERADO: (SI) (NO) ó (en TTO) INTERVENCION DE: _____ BALANCE HÍDRICO: (SI) (NO)			INTERCONSULTA A: _____ Ex. LABORATORIO: _____ Dx. IMAGENES: _____ PROCEDIMIENTO: _____ TIPO DE PACIENTE: _____					

HOJA DE BALANCE HÍDRICO

Fecha	

Nº Historia Clínica

I. DATOS GENERALES

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Sexo:	M	F	Edad:	
							Fecha Nacimiento:
Servicio	Nº Habitación	Diagnóstico Médico:					

HORA	SUEROS Y MEDICINAS	INGRESOS						EGRESOS				TOTAL		
		VENA PERIFÉRICA		TRATAMIENTO ENDOVENOSO				V.O.	TOTAL	ORINA	VÓMITOS / SNG	APÓSITOS	TUBO PLEURAL	
		RESIDUO	PASO	RESIDUO	PASO	RESIDUO	PASO							
08:00														
09:00														
10:00														
11:00														
12:00														
13:00														
14:00														
15:00														
16:00														
17:00														
18:00														
19:00														
20:00														
TURNO DIURNO: 8:00 AM - 8:00 PM														
21:00														
22:00														
23:00														
0:00														
01:00														
02:00														
03:00														
04:00														
05:00														
06:00														
07:00														
08:00														
TURNO NOCTURNO: 8:00 PM - 8:00 AM														
RESULTADO DEL BALANCE HÍDRICO		INGRESO EN 24 HORAS				EGRESOS EN 24 HORAS				PÉRDIDAS INSENSIBLES				
TOTAL INGRESOS 24 HORAS		TOTAL EGRESOS 24 HORAS				TOTAL EGRESOS 24 HORAS				TOTAL EGRESOS 24 HORAS				

ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

ORDEN MÉDICA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA

FECHA	HORA	Nº HISTORIA CLÍNICA					
I. DATOS GENERALES							
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Sexo:	M	F	
				F. Nacimiento			
Diagnóstico Oncológico (CIE 10)			Estadio Clínico (TNM)				
II. RÉGIMEN PRESCRITO							
Esquema			Nº de ciclo		de un total de:		
Objetivo del tratamiento							
Curativo	<input type="checkbox"/>	Paliativo	<input type="checkbox"/>	Neoadyuvante	<input type="checkbox"/>	Adyuvante	<input type="checkbox"/>
III. CÁLCULO DE DOSIS							
Peso: _____ kg.		Talla: _____ cm.	Superficie corporal: _____ m ²				
Fórmula usada: _____							
Resultados de laboratorio pre quimioterapia:			Hemograma	<input type="checkbox"/>			
			Función renal	<input type="checkbox"/>			
			Función hepática	<input type="checkbox"/>			
			Otros: _____				
IV. MEDICAMENTOS							
Fármaco	Dosis total	Dosis/m ²	Vía	Diluyentes y volumen		Velocidad de infución	
V. PREMEDICACIÓN							
VI. VERIFICACIÓN							
DATOS DEL MEDICO ONCÓLOGO PRESCRIPTOR							
Nombres y apellidos				Firma y sello			
RNE							
DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN DEL CÁLCULO							
Nombres y apellidos				Firma y sello			
Colegiatura							

PROGRAMACIÓN DE CICLOS DE QUIMIOTERAPIA

CHECK LIST PRE-QUIMIOTERAPIA

FECHA	HORA	Nº HISTORIA CLÍNICA			
I. DATOS GENERALES					
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Sexo:	M	F
			F. Nacimiento		Edad
Diagnóstico Oncológico (CIE 10)			Estadío Clínico (TNM)		
II. VERIFICACIÓN PREVIA					
<input type="checkbox"/>	Identificación correcta del paciente (nombre completo, DNI e Historia clínica).				
<input type="checkbox"/>	Orden médica de quimioterapia vigente y firmada.				
<input type="checkbox"/>	Consentimiento informado específico para quimioterapia firmado.				
<input type="checkbox"/>	Resultados de laboratorio pre quimioterapia revisados (últimos 48 - 72 hs).				
<input type="checkbox"/>	Evaluación clínica y escala funcional (ECOG/Karnofsky).				
<input type="checkbox"/>	Medicamentos disponibles y revisados.				
<input type="checkbox"/>	Acceso venoso adecuado (periférico/port-a-cath/cateter central).				
<input type="checkbox"/>	Premedicaciones administradas según protocolo.				
<input type="checkbox"/>	Verificación doble de dosis y cálculos.				
<input type="checkbox"/>	Material de soporte disponible (antieméticos, medicación de rescate, etc).				
III. FIRMAS DE VALIDACIÓN					
DATOS DEL MEDICO ONCÓLOGO PRESCRIPTOR					
Nombres y apellidos			Firma y sello		
RNE					
DATOS DEL LICENCIADO DE ENFERMERÍA RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO					
Nombres y apellidos			Firma y sello		
Colegiatura					
DATOS DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO (si aplica)					
Nombres y apellidos			Firma y sello		
Colegiatura					

FORMATO DE EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA - QUIMIOTERAPIA

FECHA		HORA		Nº HISTORIA CLÍNICA

I. DATOS GENERALES

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Sexo:	M	F	Edad	
			F. Nacimiento				
Dirección				Número de teléfono			
Nombre del familiar o apoderado				Número de teléfono			

II. RÉGIMEN PRESCRITO

Esquema	Número de ciclos de quimioterapia

III. TEMAS ABORDADOS

- Objetivo del tratamiento.
- Posibles efectos secundarios y cómo manejarlos.
- Cuidados del acceso venoso (catéter / port-a-cath).
- Higiene y alimentación recomendada.
- Prevención de infecciones y autocuidado.
- Actividad física y descanso.
- Signos de alarma que requieren acudir a la clínica.
- Medicación de apoyo y de rescate.
- Información de contacto en caso de emergencia.

Observaciones adicionales:

IV. TEMAS COMPRENDIDOS

Totalmente Con dudas No comprende

V. DATOS DEL PACIENTE O APODERADO QUE CONFIRMA LA COMPRENSIÓN

Nombres y apellidos	
DNI / CE	
Firma y sello	

VI. DATOS DEL PROFESIONAL QUE APLICA EL FORMATO

Nombres y apellidos	
Colegiatura	
Firma y sello	

KARDEX DE REGISTRO DE INFUSIÓN CONTINUA PARA QUIMIOTERAPIA

FECHA _____ HORA _____ N° HISTORIA CLÍNICA _____

I. DATOS GENERALES

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Documento de identidad (DNI/CE)
					M	F

II. DATOS DE LA PRESCRIPCIÓN

ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA:

POST OPERADO: (SI) (NO) ó (en TTO)

INTERCONSULTA A:

CICLO N°

INTERVENCION DE:

Ex. I LABORATORIO:

TIEMPO TOTAL DE INFUSIÓN:

BALANCE HÍDRICO: (SI) (NO)

Dx. IMAGENES:

LOTE Y FECHA DE VENCIMIENTO:

VÍA: (1 Eco) (2 Eco) (3 Eco) (4 Eco)

PROCEDIMIENTO

MÉDICO TRATANTE:

ALEGRIAS: (SI) (NO)

TIPO DE PACIENTE

OBSERVACIONES:

NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)

FECHA		HORA		Nº HISTORIA CLÍNICA				
I. DATOS GENERALES								
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Sexo:	M F			
				F. Nacimiento				
Diagnóstico Oncológico (CIE 10)			Estadio Clínico (TNM)					
II. RÉGIMEN PRESCRITO								
Esquema			Nº de ciclo	de un total de:				
III. DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN								
Fecha de inicio:		Hora de inicio:						
Manifestaciones clínicas:								
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>								
Gravedad:	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>	Amenaza la vida
Relacionada temporalmente con la administración:				Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
IV. ACCIONES REALIZADAS								
Suspensión del fármaco:		Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>			
Medicación de soporte:								
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>								
Resultado del manejo:	<input type="checkbox"/>	Resuelto	<input type="checkbox"/>	En curso	<input type="checkbox"/>	Con secuelas		
V. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN								
Nombres y apellidos				Firma y sello				
Colegiatura								

REGISTRO DE EXTRAVASACIÓN Y EVENTOS CRÍTICOS - QUIMIOTERAPIA

FECHA	HORA	Nº HISTORIA CLÍNICA									
I. DATOS GENERALES											
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Sexo:	M	F	Edad		
						F. Nacimiento					
Diagnóstico Oncológico (CIE 10)					Estadio Clínico (TNM)						
II. RÉGIMEN PRESCRITO											
Esquema					Nº de ciclo		de un total de:				
III. TIPO DE EVENTO OCURRIDO											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extravasación Reacción alérgica / Anafilaxia Fiebre / Escalofríos Dificultad respiratoria Otro: _____										
IV. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO OCURRIDO											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											
V. TIPO DE INTERVENCIÓN											
Procedimientos realizados: _____ <hr/> <hr/> <hr/>											
Medicación administrada: _____ <hr/> <hr/> <hr/>											
Evaluación del paciente: _____ <hr/> <hr/> <hr/>											
VI. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE											
<input type="checkbox"/> Favorable			<input type="checkbox"/> Desfavorable								
VI. VERIFICACIÓN											
DATOS DEL LICENCIADO DE ENFERMERÍA RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN											
Nombres y apellidos					Firma y sello						
RNE											
DATOS DEL MEDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN (si aplica)											
Nombres y apellidos					Firma y sello						
Colegiatura											