



# Resolución Directoral

Lima, 15 de Julio de 2024

**VISTO:** El Expediente Administrativo Registro N° 20858-2024, que contiene entre otros, el Acta N° 005-2024-CIHC-HNDM, de fecha 2 de julio de 2024, para la aprobación del Formato denominado: Lista de Chequeo de Recepción de Paciente Quirúrgico, del Servicio de Centro Quirúrgico, del Departamento de Enfermería, del Hospital Nacional Dos de Mayo";

## CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II, del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, y modificatorias, refiere que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, con la Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", la cual tiene como finalidad disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud, con el objetivo de estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud;

Que, la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, en los numerales 4.2.6., 4.2.8., 4.2.12., 4.2.19. y 5.2.2., establecen que, los formatos de atención que forman parte de la historia clínica deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad, en el caso de hospitalización debe registrarse también el servicio, el número de cama y el episodio de hospitalización, en cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente. El personal de la salud es responsable de la veracidad y legibilidad de los datos e información que se registren en los diferentes formatos que integran la historia clínica, así como de la custodia y conservación de estas, cuando les sean entregadas para las actividades de atención, docencia e investigación. Son funciones del Comité Institucional de Historias Clínicas, entre otras, emitir opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran. En el caso de prestaciones especializadas o altamente especializadas que requieran del diseño de formatos adicionales a los establecidos previamente o incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos previamente establecidos, deberán formalizarse a través de un acto resolutorio para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en la presente norma;

Que, mediante Informe N° 232-RRL-SCQ-DE-HNDM-2024, de fecha 29 de mayo de 2024, la Jefa del Servicio de Centro Quirúrgico, señala que el Formato denominado: Lista de Chequeo de Recepción de Paciente Quirúrgico, del Servicio de Centro Quirúrgico, del Departamento de Enfermería, del Hospital Nacional Dos de Mayo", servirá como parte de la aplicación de las buenas practicas para la seguridad y protección del paciente, ya que se entiende que la seguridad del paciente es el principio fundamental de la atención sanitaria y como componente clave de la gestión de calidad, se considera una prioridad en la asistencia sanitaria prever posibles eventos adversos en la atención, siendo indispensable crear un clima de seguridad que lleve al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud;

Que, mediante Nota Informativa N° 120-2024-OGC-HNDM, de fecha 11 de junio de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite a la Dirección General el Formato denominado: Lista de Chequeo de Recepción de



Paciente Quirúrgico, del Servicio de Centro Quirúrgico, del Departamento de Enfermería, del Hospital Nacional Dos de Mayo", para su aprobación a través del presente acto resolutivo;



Que, en atención al Informe N° 206-2024-OAJ-ETAJA-HNDM, de fecha 21 de junio de 2024, emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica, el Comité Institucional de Historias Clínicas, mediante Informe N° 010-2024-P-CIHC-HNDM, de fecha 4 de julio de 2024, remite el Acta N° 005-2024-CIHC-HNDM, de fecha 2 de julio de 2024, a través del cual el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, emite opinión técnica favorable para la aprobación e incorporación en la historia clínica del formato: Lista de Chequeo de Recepción de Paciente Quirúrgico, del Servicio de Centro Quirúrgico, del Departamento de Enfermería, del Hospital Nacional Dos de Mayo";

Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa del Departamento de Enfermería, del Jefe de la Oficina de Estadística e Informática; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;



De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 0886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.** - Aprobar el formato denominado: **LISTA DE CHEQUEO DE RECEPCIÓN DE PACIENTE QUIRÚRGICO**, del Servicio de Centro Quirúrgico, del Departamento de Enfermería, del Hospital Nacional Dos de Mayo", que en un total de una (01) foja, forma parte integrante de la presente resolución, el mismo que formará parte de la historia clínica.

**Artículo 2°.** - Disponer que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, realice la impresión y distribución, del formato aprobado a través del artículo primero de la presente resolución.

**Artículo 3°.** - Disponer que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, convierta el formato aprobado, en el artículo primero de la presente resolución, en formato digital, para su implementación en la historia clínica electrónica del Hospital.

**Artículo 4°.** - Disponer que la Jefatura del Departamento de Enfermería, haga el seguimiento para el uso adecuado, del formato aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

**Artículo 5°.** - Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.



**Regístrese, comuníquese y publíquese;**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
M.S. VICTOR RAFAEL GONZÁLES PÉREZ  
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL  
C.M.P. 27450 - R.N.E. 43977

- VRGP/JEVT/ dlpa.  
C.c:  
- Dirección General.  
- Órgano de Control Institucional.  
- Dirección Adjunta  
- Comité de Historias Clínicas.  
- Dpto. de Enfermería.  
- Ofic. Gestión de la Calidad.  
- Ofic. Asesoría Jurídica.  
- Ofic. Estadística e Informática.  
- Archivo.



LISTA DE CHEQUEO DE RECEPCIÓN DE PACIENTE QUIRÚRGICO

Nombres y apellidos del paciente:			N.º Historia clínica:		
Edad:	Sexo: F ( ) M ( )	Condición paciente. SOAT ( ) Pagante ( ) SIS ( ) Otro : .....	DNI / Carnet de Extranjería / Otro:		
Diagnóstico pre quirúrgico:		Intervención quirúrgica programada:	Tipo de cirugía: ( ) Emergencia ( ) Electiva ( ) Ambulatorio		
Servicio de procedencia:		ALERGIAS (Letra imprenta y lapicero rojo):			

Instrucciones: Registrar el presente formato antes de trasladar (servicio de procedencia) al paciente a sala y/o área de procedimiento, el mismo será corroborado por el personal que recibe al paciente, quien registrará observaciones si corresponde. Registrar, firmar y sellar, según corresponda.

ITEM	PREGUNTAR Y VERIFICAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES DEL QUE RECEPCIONA
NADA POR VÍA ORAL (NPO)	¿Tiene más de 8 horas de ayuno?				
¿PACIENTE ORIENTADO?	¿Dice su nombre completo?				
	¿El paciente sabe dónde está y que día es hoy?				
ASEO	¿Recibió baño hoy?				
	¿Tiene las uñas limpias, cortas, sin esmalte?				
USO DE METALES	¿Tiene aretes, anillos, reloj, lentes, otros?				
	¿Tiene prótesis: dental, auditivas, otros?				
VENDAJES	¿Tiene vendaje en miembros inferiores hasta tercio medio de muslo?				
CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	¿Sabe que cirugía le van a realizar?				
	¿Identifica dónde es la zona de la cirugía?				
	¿Cirujano ha marcado la zona quirúrgica?				
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Cirugía ¿Firmado por paciente y médico informante?				
	Anestesiología ¿Firmado por paciente y médico informante?				
	Docencia ¿Firmado por paciente y médico informante?				
	Si es menor de edad, ¿Los padres y/o apoderados han firmado?				
VÍA PERIFÉRICA	¿El catéter endovenoso está rotulado con fecha de inserción?				
	Ubicación de catéter: Brazo: Dcha. ( ) / Izq. ( ) Pierna: Dcha. ( ) / Izq. ( )				
CATÉTER VENOSO CENTRAL	¿Tiene apósito autoadhesivo transparente, limpio? Fecha: ...../...../20.....				
LÍNEA ARTERIAL	¿Tiene apósito autoadhesivo transparente, limpio? Fecha: ...../...../20.....				
SONDAS	Tiene sonda foley: Fecha: ...../...../20.....				
	Tiene sonda nasogástrica: Fecha: ...../...../20.....				
BOLSAS	Tiene ileostomía: Fecha: ...../...../20.....				
	Tiene colostomía: Fecha: ...../...../20.....				
PRE MEDICACIÓN	Profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos:				
PACIENTE DIABÉTICO	Tiene resultados de glucosa, 2 horas previas: mg/dL				
PACIENTE HIPERTENSO	Con indicación de tratamiento antihipertensivo: Nombre: Hora: : am/pm				
EXÁMENES RADIOLÓGICOS	Radiografías: Cant N.º				
	Tomografías: Cant N.º				
	Resonancia magnética Cant N.º				
OTROS					

Fecha y hora de registro de servicio origen: ...../...../20..... ; ..... am/pm	Fecha y hora de registro del área de recepción: ...../...../20..... ; ..... am/pm
Nombre y firma del responsable del paciente en servicio de origen:	Nombre y firma del responsable de recepción del paciente en área de recepción.