



# Resolución Directoral

Lima, 21 de ~~Octubre~~ de 2024

**VISTO:** El Expediente Administrativo Registro N° 47412-2023, que contiene entre otros, el Acta N° 009-2024-CIHC-HNDM, de fecha 17 de setiembre de 2024, para la aprobación del formato denominado: "Informe e Indicaciones Médicas al Alta", 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, 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, el subnumeral 5.2.2, del numeral 5 - Disposiciones Específicas, de la precitada norma, define al Informe de Alta como: "Es el documento que bajo responsabilidad emite el médico tratante de la IPRESS, entregado, en forma gratuita y obligatoria a un paciente al egreso de la IPRESS, que especifica los datos del paciente, el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta, pronóstico y recomendaciones";

Que, mediante Informe Técnico N° 34-2024-HNDM-OGC, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, señala entre sus conclusiones que está proponiendo la institucionalización del formato de "Informe e Indicaciones Médicas al Alta" en las áreas correspondiente, incluyendo el proceso de los exámenes pendientes al alta para mejorar la calidad de la atención de los pacientes SIS, así como optimizar el uso de los recursos institucionales;

Que, mediante Memorandum N° 395-2024-OS-HNDM, de fecha 25 de julio de 2024, la Jefa de la Oficina de Seguros señala que emite su opinión favorable al formato denominado "Informe e Indicaciones Médicas al Alta";

Que, mediante Nota Informativa N° 201-2024-OGC-HNDM, de fecha 5 de setiembre de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite a la Dirección General el Formato denominado: "Informe e Indicaciones Médicas al Alta", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", para su aprobación a través del presente acto resolutorio;

Que, en atención al Informe N° 348-2024-OAJ-ETAJA-HNDM, de fecha 12 de setiembre de 2024, emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica, el Comité Institucional de Historias Clínicas, mediante Informe N° 017-2024-P-CIHC-HNDM, de fecha 24 de setiembre de 2024, remite el Acta N° 009-2024-CIHC-HNDM, de fecha 17 de febrero 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 denominado: "Informe e Indicaciones Médicas al Alta", 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, 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: : **INFORME E INDICACIONES MÉDICAS AL ALTA**, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", que en un total de una (01) foja, forma parte integrante de la presente resolución, y que será incorporada a 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 de la Oficina de Gestión de la Calidad, 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;**

  
  
M. VICTOR RAFAEL GONZALEZ PEREZ  
DIRECTOR GENERAL - DIRECCION GENERAL  
C.M.P. 21150 - 9116 - 1977

VRGP/JEVT/DLPA/dlpa.

- Dirección General,
- Órgano de Control Institucional,
- Dirección Adjunta,
- Comité de Historias Clínicas,
- Ofic. Gestión de la Calidad,
- Ofic. Asesoría Jurídica,
- Ofic. Estadística e Informática,
- Interesados,
- Archivo.



Departamento:	Servicio:..	Fecha registro: / /20....	N.º de Historia Clínica:
Solicita retiro voluntario Si ( ) No ( )	Fecha de ingreso: / /20....	Fecha de alta: / /20....	Condición: PAG ( ) SIS ( ) SOAT ( ) OTRO.....
Nombres y Apellidos de paciente:		Edad:	Sexo: F ( ) M ( )
.....		.....	DNI ( ) / CE ( ) OTROS..... Nº

**Instrucciones: REGISTRAR SOLO en caso que el paciente no sea responsable de su alta y/o solicita retiro voluntario.**

Yo..... de..... años de edad

Identificado con DNI ( ) / CE ( ) otro..... En mi calidad de: Paciente ( ) , Apoderado ( ) Parentesco: .....

**A. INFORME AL ALTA:** Registrar los diagnósticos según la epicrisis; si se realizó procedimiento quirúrgico, colocar la fecha que se realizó).

<b>I. DIAGNOSTICO(S) AL INGRESO.</b> No usar siglas.	<b>II. TRATAMIENTO RECIBIDO,</b> No usar siglas.
1. ....	1. ....
2. ....	2. ....
3. ....	3. ....
<b>III. DIAGNOSTICO AL ALTA.</b> No usar siglas.	<b>IV. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS</b>
1. ....	1. ....
2. ....	2. ....
3. ....	3. ....

**V. PRONOSTICO:** .....

**B. INDICACIONES AL ALTA:** Registrar la información correspondiente a las indicaciones mínimas y necesarias para el paciente.

**I. DIETA:** .....

**II. INMUNIZACIONES:** .....

**III. RECETA MEDICA:** Solo se hace entrega de medicamentos a los pacientes ASEGURADOS "SIS" y según disposición de farmacia, si se requiere.

MEDICAMENTO	INDICACIONES: dosis, días, otros.
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....
5. ....	.....

**IV. ACTIVIDAD FÍSICA:** .....

**V. SIGNOS DE ALARMA:** .....

**VI. SEGUIMIENTO POSTERIOR A LA HOSPITALIZACION POR CONSULTORIO EXTERNO:** Registrar fecha probable de atención. En caso NO hubiera disponibilidad se le bridaré una fecha cercana como adicional.

1. ....	/ /20...	3. ....	/ /20...
2. ....	/ /20...	4. ....	/ /20...

**VII. EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS PENDIENTES A REALIZARCE y/o PROGRAMADOS.** En caso de quedar pendientes procedimientos programados durante la hospitalización, considerar lo siguiente:

- **EN PACIENTES PAGANTES:** EL PACIENTE deberá acudir a su cita programada con su constancia de pago.
- **EN PACIENTES CON SIS:** EL MÉDICO TRATANTE consignará en la hoja FUA (cara posterior, en la parte de observaciones) el estado de "PENDIENTE", describiendo el tipo de examen y fecha para la apertura de una nueva Cuenta para el día del procedimiento. Asimismo, el médico informará a los PACIENTES SIS Y PAGANTES que deberán asistir el día de la cita programada al servicio para la realización del procedimiento, cumpliendo las recomendaciones para la preparación. En caso de requerir mayor información el paciente puede acudir al servicio en el que se realizará el procedimiento a solicitar indicaciones para su preparación.

1. ....	/ /20....	3. ....	/ /20....
2. ....	/ /20....	4. ....	/ /20....

**VIII. OTRAS RECOMENDACIONES** .....

<b>IX. DESCANSO MEDICO POSTERIOR A LA HOSPITALIZACION</b>	NO ( ) SI ( ) ..... DIAS	Si el paciente requeriré Informe Médico puede tramitarlo a través de mesa de partes, indicando, de ser el caso, los días de descanso médico posterior a la hospitalización.
---	--------------------------	---

He revisado las instrucciones de alta con el médico, me entregaron medicinas y control por consultorio externo, según lo descrito líneas arriba; realicé preguntas y comprendí las indicaciones que me han dejado, y recibí una copia de las instrucciones las cuales **me comprometo a seguir hasta mi control por consultorios, TRAERÉ EL PRESENTE FORMATO EN LAS SIGUIENTES ATENCIONES POR CONSULTA EXTERNA.**

Firma Paciente ( ) / Tutor / Apoderado ( ) / Representante legal ( )  
 Nombre: .....  
 Celular: .....  
 DNI N.º: .....



Firma y Sello del Médico tratante