



# Resolución Directoral

Lima, 28 de Marzo de 2025

**VISTO:** El Expediente Administrativo Registro N° 35944-2024, que contiene, entre otros, el Acta N° 012-2025-CIHC-HNDM, de fecha 4 de febrero de 2025, para la aprobación del Formato de Atención de Emergencia, para el Servicio de Emergencia y Trauma Shock, del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos; del Servicio de Enfermería de Emergencia, 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, el numeral 6.12 de la NTS N° 029-MINSA/DIGPRES.V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, señala que: "La Auditoría de Gestión Clínica o de Gestión Sanitaria es una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. (...) Se podrán utilizar según corresponda, los formatos de evaluación de: (...) Registro de (de la) Enfermero (a): Hoja de Balance Hídrico (...)";

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 resolutivo para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en la presente norma;

Que, mediante Memorándum N° 2669-DE-HNDM-2024, del Departamento de Enfermería y el Memorándum N° 02257-2024-DECC/HNDM, del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, emiten su opinión favorable sobre el Formato de Atención de Emergencia;

Que, mediante Informe Técnico N° 071-2024 -HNDM-OGC, de fecha 17 de diciembre de 2025, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite a la Dirección General el Formato de Atención de Emergencia, para el Servicio de Emergencia y Trauma Shock, del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos; del Servicio de Enfermería de Emergencia, del Departamento de Enfermería, del Hospital Nacional "Dos de Mayo" concluyendo que el citado formato

cumple con todos los parámetros establecidos en la normatividad vigente, además que cuenta con la opinión favorable de las unidades orgánicas involucradas;

Que, mediante el Informe N° 001-2025-P-CIHC-HNDM, de fecha 18 de febrero de 2025, la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínicas, remite el Acta N° 012-2025-CIHC-HNDM, de fecha 4 de febrero de 2025, expedido por el Comité Institucional de Historias Clínicas, a través del cual acuerdan por unanimidad brindar opinión favorable para la aprobación e incorporación, entre otros, del Formato de Atención de Emergencia, el mismo que se oficializara mediante el presente acto resolutivo;

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

De conformidad con lo establecido en 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 DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA**, para el Servicio de Emergencia y Trauma Shock, del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos; del Servicio de Enfermería de Emergencia, 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 Emergencia y Cuidados Críticos y la Jefatura del Departamento de Enfermería, hagan 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;**

VRGP/JEVT.

- Dirección General.
- Órgano de Control Institucional.
- Dirección Adjunta.
- Comité de Historias Clínicas.
- Dpto. de Enfermería.
- Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos.
- Ofic. Gestión de la Calidad.
- Ofic. Asesoría Jurídica.
- Ofic. Estadística e Informática.
- Archivo.



N° DE CUENTA:

Tipo y N° De Seguro/SOAT

Fecha y hora impresión:

**I. IDENTIFICACION - FILIACION:** Estos datos deben ser REGISTRADOS POR EL PERSONAL DE ADMISION de emergencia e impreso para la atención. Registrar los datos que el paciente o familiar refiera o registre en el DNI, caso contrario registrar "No Refiere".

<b>PACIENTE: NOMBRES Y APELLIDOS :</b>		<b>TIPO DOC. Y N°</b>
Sexo:	Edad	Religión
Lugar y fecha Nacimiento:	Grado de instrucción	Teléfono del paciente
Domicilio Actual (Distrito – Provincia)	Idioma	Parentesco:
Estado civil	Ocupación	
<b>ACOMPAÑANTE</b> Nombre de Responsable:		Teléfono Responsable
Domicilio de Responsable		DNI persona responsable
<b>TRIAJE</b> (Impreso de la evaluación de ingreso)	<b>REEVALUACION TRIAJE</b> (Registro a criterio médico)	<b>OBSERVACIONES:</b> (Registro a criterio médico)
PRIORIDAD:	Prioridad	
Motivo de consulta:	Motivo de consulta:	
Fecha y hora de Triaje:	Fecha y hora de Triaje:	

**II. ANAMNESIS- ENFERMEDAD ACTUAL :** Medico. Registrar según la información recibida. DIRECTA ( ) INDIRECTA ( ) MIXTA ( )

Tiempo de Enfermedad:	Fecha y hora de Atención de HC	___/___/20___ ; ___:___ Hs
Motivo principal de consulta:	Signos y Síntomas Principales:	

Relato cronológico :

**III. ANTECEDENTES:** Medico. Registra según corresponda. **Donde:** G:Gestante, PT:Parto Terminado; PP:Parto Prematuro; A:Aborto; NV:Nacido vivo

<b>Médicos:</b>	<b>Medicina habitual:</b>
<b>Cirugías:</b>	
Hábitos Nocivos: TABACO ( ) ALCOHOL ( ) DROGAS ( ) Otro ( )	<b>Contacto Sintomáticos Respiratorios últimos 14 días:</b>
<b>Estado Basal:</b> INDEPENDIENTE( ) /DEPENDIENTE PARCIAL( ) /DEPENDIENTE TOTAL( )	<b>Viajes:</b>

<b>MUJER</b>	Fecha de Última Regla: _____/_____/20_____	Gestante: _____ Semanas	G	PT	PP	A	NV	Fecha Último Parto _____/_____/20_____
--------------	--	-------------------------	---	----	----	---	----	--

**IV. FUNCIONES VITALES:** Medico. Marcar con " / " donde corresponda; en caso marque SI, describir.

FR: _____ /Min	T°: _____ °C	FC: _____ /Min	PA: _____ / _____ mmHg.	PAM: _____	Sat O2: _____ %	FIO2: _____ % Con: _____	Glicemia Capilar: _____
----------------	--------------	----------------	-------------------------	------------	-----------------	--------------------------	-------------------------

Donde: FR: frecuencia respiratoria; T°: Temperatura; FC:Frecuencia Cardiaca, PA: Presión Arterial, PAM: Presión Arterial Media; SatO2 Saturación Oxígeno, FIO2: Fracción Inspirada de Oxígeno

<b>ESTADO GENERAL:</b>	Hidratación:	Nutrición:	Conciencia:	Escala Glasgow:	<b>AO:</b> <b>RV:</b> <b>RM:</b> <b>Sumatoria:.....</b>	<b>Peso:</b> _____ Kg	<b>Talla:</b> _____ cm
------------------------	--------------	------------	-------------	-----------------	---	-----------------------	------------------------

Donde: AO: apertura de ojos; RV: respuesta verbal y RM: respuesta motora

**V. EXAMEN CLINICO:** Medico. Marcar con " / " donde corresponda; y en caso marque SI, describir.

REGIÓN Y/O SISTEMA	ALTERACIONES.	
	NO	SI
a) Piel y tejido celular subcutáneo.		
b) Cabeza, cuello y cavidad oral. /Ganglios linfáticos.		
c) Tórax y pulmones		
d) Cardiovascular		
e) Abdomen		
f) Urinario		
g) Genital: Masculino ( ) Femenino ( )		
h) Musculo esquelético		
i) Sistema nervioso		

**VI. PROBLEMAS DIAGNOSTICOS AL INGRESO**

	P	D	R	CIE X
1.				
2.				
3.				

No usar siglas o acronimos., donde P: Pendiente; D: Definitivo; R: Repetido

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO RESIDENTE

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE

**VII. TRATAMIENTO INMEDIATO:** *MEDICO*, Registrar el tratamiento con letra IMPRENTA, NO USAR SIGLAS. *ENFERMERIA* registra la hora de ADMINISTRACIÓN según turno: AZUL día y ROJO noche: Registrar Cumplimiento “/”; Suspensión “/”; No Cumplimiento “0”; En Espera “\*”; Condicional “C” y/o. Ambos TACHAR SI NO APLICA.

REGISTRO DEL MEDICO TRATANTE

Medicamento o insumo	Denominación Común CDC	Presentación	Dosis	Vía	Frec	Administración
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

ENFERMERA(O) REGISTRA HORA

Firma y sello MÉDICO TRATANTE

Firma y sello ENFERMERIA  
Responsable administración tratamiento

**VIII. PLAN DE TRABAJO MEDICO DE INGRESO:**

*Medico*: Registra: area con “/”, el plan de trabajo de ingreso; firma y sella. Posteriormente; al momento de la reevaluacion registra comentarios de los resultados, define diagnosticos. *Enfermera(o)*: realizará el seguimiento de lo indicado por el médico marcando con “O” o “/” en la columna que corresponda según su proceso de ejecución.

FECHA y HORA plan de trabajo: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_; \_\_\_:\_\_\_hs

Área:	Trauma-Shock	Medicina	Cirugia	Traumatología	Aislados
-------	--------------	----------	---------	---------------	----------

**A. PATOLOGIA CLÍNICA - LABORATORIO:** O: orden; M:muestra; R: resultado

1.	O	M	R	6.	O	M	R
2.	O	M	R	7.	O	M	R
3.	O	M	R	8.	O	M	R
4.	O	M	R	9.	O	M	R
5.	O	M	R	10.	O	M	R

**B. PROCEDIMIENTOS:** O: orden; R: resultado

1.	O	R	3.	O	R
2.	O	R	4.	O	R

**C. OTRAS PRUEBAS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO:** O: orden; R: resultado

1. EKG	O	R	4.	O	R
2. RX TORAX	O	R	5.	O	R
3. TEM.....	O	R	6.	O	R

**D. INTERCONSULTAS:** O: Orden; R: respuesta

1.	O	R	3.	O	R
2.	O	R	4.	O	R

**IX. REEVALUACIÓN PLAN TRABAJO CON RESULTADOS**

REEVALUACION: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_; \_\_\_:\_\_\_hs

Trauma-Shock	Medicina	Cirugia	Traumatología	Aislados
--------------	----------	---------	---------------	----------

Comentario médico de los resultados LABORATORIO:

Comentario médico y/o reporete medico de los PROCEDIMIENTOS

Comentario medico de los resultados RADIODIAGNÓSTICO

Comentario medico de los resultados INTERCONSULTAS:

PROBLEMAS DIAGNOSTICOS A LA REEVALUACION	P	D	R	CIE X
1.				
2.				
3.				

Firma y sello MÉDICO TRATANTE (Instaura plan de ingreso)

Análisis y comentarios en la reevaluación del paciente:

**X. INDICACIONES - REEVALUACION / ALTA MEDICA:** Médico, registra según corresponda. De continuar en Emergencia deberá elaborar NOTA de INGRESO

FORMA DE EGRESO Alta ( ) Retiro con Firma ( ) Retiro sin Firma ( ) Fuga ( ) CONDICIÓN EGRESO: Aliviado ( ) Fallecido ( )

TRANSFERIDO A: Al área / servicio y/u hospital: \_\_\_\_\_ Fecha y hora \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_; \_\_\_:\_\_\_hs CAMA \_\_\_\_\_

**INDICACIONES:**

- a) Medicamentos
- b) Cuidados generales
- c) Reevaluación posterior por consulta externa.

Firma y sello Médico Tratante

**XI. NOTAS DE ENFERMERÍA:** *Enfermera(o)*. Registra atención de enfermería, y según la indicación Médica. Fecha y hora \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_; \_\_\_:\_\_\_HS

F. Vitales:

PA:	FC:	FR:	SAT %	VÍA PERIF.:	MSD:	MSI	Otros	N° Calibre
SNG:	SF:	L. Gástrico	Cantidad	GLICEMIA:	I:	II	III	IV
Prev. Caídas:	Suj. Mecánica	Barandas	Baño/Higiene	Pre Operatorio				
Brazalete ( )	Cartel visible ( )	Diagnostico enfermería:						

Proc. Invasivo  
Seguridad paciente  
Identificación paciente

Firma y sello Enfermera(o) responsable

Nombres y Apellidos Paciente : \_\_\_\_\_ Área EMG: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_