



# Resolución Directoral

Lima, 18 de Noviembre de 2025

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 40184-2025, que contiene, entre otros, la Nota Informativa N° 1703-2025-Serv.TRAUMAYORTP/DC-HNDM, de fecha 26 de setiembre de 2025, emitida por la Jefa del Servicio de Traumatología, del Departamento de Cirugía, para la aprobación del formato denominado "Historia Clínica: Ortopedia y Traumatología";

## CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II 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, ubicado 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 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 requieren del diseño de formatos adicionales a los establecidos previamente o incorporar uno 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 el documento de visto, la Jefatura del Servicio de Traumatología, del Departamento de Cirugía, del Hospital Nacional "Dos de Mayo" remite el formato "Historia Clínica: Ortopedia y Traumatología", para su aprobación;



Que, mediante Nota Informativa N° 187-2025-OGC-HNDM, de fecha 30 de setiembre de 2025, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, brinda opinión favorable sobre el formato, denominado "Historia Clínica: Ortopedia y Traumatología";

Que, mediante Informe N° 018-2025-P-CIHC-HNDM, de fecha 3 de noviembre de 2025, la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínica, remite el Acta N° 028-2025-CIHC-HNDM, de fecha 23 de octubre 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 del formato denominado "Historia Clínica: Ortopedia y Traumatología", lo que se oficializa mediante el presente acto resolutivo;

Con las visaciones de la Dirección Adjunta de la Dirección General, del Jefe del Departamento de Cirugía, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la calidad; 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° 886-2023/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 1º.-** Aprobar el formato denominado "Historia Clínica: Ortopedia y Traumatología", del Servicio de Traumatología, del Departamento de Cirugía, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", que en un total de dos (2) fojas (reverso y anverso), forma parte integrante de la presente resolución, el mismo que a su vez forma parte de la historia clínica.

**Artículo 2º.-** Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática realice la impresión y distribución de los formatos aprobados a través del artículo primero de la presente resolución.

**Artículo 3º.-** 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 4º.-** Disponer que, el Departamento de Cirugía, difunda, monitore y supervise el uso adecuado del formato aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

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

Regístrese, comuníquese y publíquese;



VRGP/JEV/T/amcdyd.  
C.c.:  
- Dirección General.  
- Oficina de Control Institucional.  
- Dirección Adjunta.  
- Departamento de Cirugía.  
- Servicio de Traumatología.  
- Oficina de Asesoría Jurídica.  
- Oficina de Estadística e Informática.  
- Archivo.



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
M.C. VICTOR RAFAEL GONZALEZ PEREZ  
DIRECTOR GENERAL - DIRECCION GENERAL  
C.M.P. 27150 - R.N.E. 13977



PERÚ

Ministerio  
de Salud

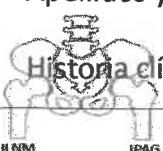
Hospital Nacional  
Dos de Mayo

# HISTORIA CLÍNICA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



**4.3. Examen regional:** Seleccione el estado que corresponda, y si la evaluación es anormal describa hallazgos.

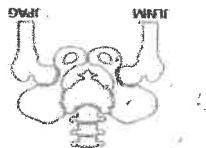
Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_



História clínica

Sala:

Gama:



Apellidos y números:		Historia clínica:		Sala:	Cama:
<p>V. <b>Exámenes de ayuda diagnóstica al ingreso:</b> Registrar y dibujar los hallazgos encontrados.</p> <p>5.1. INCIDENCIA ANTEROPOSTERIOR</p> <p>T SCHERNE</p> <p>GUSTILO ANDERSON</p> <p>CLASIFICACIÓN AO</p> <p>CLASIFICACIÓN MAS USA DA</p>					
<p>VII. <b>Diagnósticos - CIE-10:</b> Registrar diagnóstico (no usar acrónimos ni siglas) y el CIE-10 que corresponda.</p> <p>6.1. Diagnósticos presuntivos CIE-10: (1) CIE-10: (2) CIE-10: (3) CIE-10: (4) CIE-10: (5) CIE-10: (6)</p> <p>6.2. Diagnósticos definitivos CIE-10: (1) CIE-10: (2) CIE-10: (3) CIE-10: (4) CIE-10: (5) CIE-10: (6)</p> <p>Historia clínica elaborada por: _____</p> <p>Firma y sello del médico tratante: _____</p>					



**HISTORIA CLÍNICA**

**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**





PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital Nacional  
Dos de Mayo

# HISTORIA CLÍNICA

## ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_

Historia clínica: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

**III. Antecedentes:** Registrar según la información recibida, si la respuesta es SI, completar siguiente columna.

**3.1. Antecedentes Personales generales:**

Hábitos Nocivos:	Tabaco: No ( ) / Si ( ), Alcohol: No ( ) / Si ( ), Drogas: No ( ) / Si ( ), otros:		
Alergias:	Medicamentosas: : No ( ) / Si ( ), Alimentarias : No ( ) / Si ( ), Transfusionales: : No ( ) / Si ( ), otros:		
Otros:	Inmunizaciones:	Transfusiones .	
Otros:			

**3.2. Antecedentes Personales fisiológicos:**

Actividad sexual	No ( ) Si ( )	Nº de parejas sexuales: Conducta: Heterosexual ( ) Homosexual ( ) Frecuenta prostitución ( ) Métodos anticonceptivos: No ( ) / Si ( ) ¿Cuál?	
Gineco-obstétricos	Aplica ( ) No aplica ( )	Menarquía:	FUR: _____ Régimen catamenial: G P
Otros:			

**3.3. Antecedentes Personales patológicos:** Coloque "X" No o Si, según corresponda, si su respuesta es SI describa: Fecha diagnóstica y tratamiento:

Asma	No ( ) Si ( )		Infección por VIH:	No ( ) Si ( )	
Hipertensión arterial	No ( ) Si ( )		Tuberculosis pulmonar	No ( ) Si ( )	
Diabetes mellitus Tipo 1( ) / 2( )	No ( ) Si ( )		Enfermedad renal crónica	No ( ) Si ( )	
ECV isquémico / hemorrágico	No ( ) Si ( )		Cáncer:	No ( ) Si ( )	
Otros:	No ( ) Si ( )		Otros	No ( ) Si ( )	
Hospitalizaciones anteriores	No ( ) Si ( )		Intervenciones quirúrgicas	No ( ) Si ( )	
Accidentes y traumatismos	No ( ) Si ( )				

**3.4. Antecedentes familiares patológicos de importancia:** Padre, Madre, Hijos, Hermanos, Esposo(a), Conviviente, Otros:

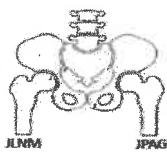
**IV. Examen físico:** Registrar los datos solicitados, según la evaluación realizada al ingreso al servicio.

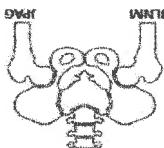
**4.1. Funciones vitales**

Presión Arterial:	Frecuencia cardíaca:	Frecuencia respiratoria:	Tº:	Peso:	Talla:	IMC:
/ mmHg	/min	/min	°C	Kg	cm	

**4.2. Aspecto general:** Seleccione el estado que corresponda, y si la evaluación es anormal describa hallazgos.

Estado general:	Estado de nutrición:	Estado de hidratación:	Fascies:
-----------------	----------------------	------------------------	----------





<b>I. FILIACIÓN:</b> Registrar según la información recibida, de preferencia datos del DNI, según corresponda. Modo de ingreso: Emergencia ( ) / Consultorio extreme ( ) / Transferencia de otro servicio ( )					
Nombres y apellidos del paciente: _____					
<b>SIS ( ) / Paciente ( ) / SOT ( ) / Otros ( )</b> Atención: _____					
Edad: _____ Sexo: _____ Ficha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____					
Grado de instrucción: _____ Religión: _____ Grupo étnico: _____ Lugar de nacimiento: _____					
Dirección actual Y Teléfono de paciente: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____					
Lugar de procedencia: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____					
Persona responsable: _____ Dirección Y Teléfono de la persona responsable: _____					
<b>II. ANAMNESIS:</b> Registrar según la información recibida. <b>Directa ( ) / Indirecta ( ) / Mixta ( )</b> Tiempo de enfermedad: _____ Forma de inicio: _____ Cursó: _____					
Fecha de lesión Y Mecanismo de lesión: _____					
Síntomas principales: _____					
Relato cronológico: _____					
Apetito: _____ Sed: _____ Duración (Orina): _____ Depósitos: _____ Sueño: _____ Catársis: _____ Funciones biológicas: _____					

## HISTORIA CLÍNICA: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



### HISTORIA CLÍNICA

### ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

