



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 1°.- 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 2°.- 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 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, el Departamento de Cirugía, difunda, monitore y supervise 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 de la publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



VRGP/JEVT/amdcyd.

- 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.



HISTORIA CLÍNICA

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



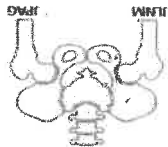
4.3. Examen regional: Seleccione el estado que corresponda, y si la evaluación es anormal describa hallazgos.

4.3. Examen regional: Seleccione el estado que corresponda, y si la evaluación es anormal describa hallazgos.	
PIEL Y FANERAS	
TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
CABEZA Y CUELLO	
TÓRAX Y PULMONES	
CARDIOVASCULAR	
ABDOMEN	
GENITO-URINARIO	
SISTEMA NERVIOSO.	
APARATO LOCOMOTOR:	LOCOMOTOR PREFERENCIAL: Instrucciones: Registrar según corresponda los datos solicitados de acuerdo a la numeración asignada. 1) Inspección; 2) Palpación; 3) Movilidad; 4) Activa; 5) Pasiva; 6) Arcos de movimiento; 7) Fuerza muscular; 8) Vascular.
General:	
Dominancia:	
Derecha ()	
Izquierda ()	
Ambidiestro ()	

Apellidos y nombres: _____

Historia clínica: _____ Sala: _____ Cama: _____





Historia clínica elaborada por:		Firma y sello del médico tratante:	
6.2. Diagnósticos definitivos	CIE-10: 4)	CIE-10: 5)	CIE-10: 6)
6.1. Diagnósticos presuntivos	CIE-10: 1)	CIE-10: 2)	CIE-10: 3)

VI. Diagnósticos - CIE-10: Registrar diagnóstico (no usar acrónimos ni siglas) y el CIE-10 que corresponda.

Otros exámenes:

5.2. INCIDENCIA LATERAL		CLASIFICACION AO		CLASIFICACIÓN MAS USADA	
5.1. INCIDENCIA ANTEROPOSTERIOR		T SCHERNE		GUSTILO ANDERSON	

V. Exámenes de ayuda diagnóstica al ingreso: Registrar y dibujar los hallazgos encontrados.

Apellidos y nombres:	Historia clínica:	Sala:	Cama:
----------------------	-------------------	-------	-------





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional
Dos de MayoHISTORIA CLÍNICA
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Apellidos y nombres: _____

Historia clínica: _____ Sala: _____ Cama: _____

III. Antecedentes: Registrar según la información recibida, si la respuesta es sí, 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 () Frecuente prostitución ()			
		Métodos anticonceptivos: No () / Si () ¿Cuál? _____			
Gineco-obstétricos	Aplica () No aplica ()	Menarquia:	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:

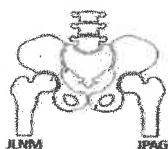
Asma	No () Si ()		Infección por VIH:	No () Si ()	
Hipertensión arterial	No () Si ()		Tuberculosis pulmonar	No () Si ()	
Diabetes mellitus Tipo 1 () / 2 ()	No () Si ()		Enfermedad renal crónica	No () Si ()	
ECV isquémico / hemorrágico	No () Si ()		Cáncer:	No () Si ()	
Otros:	No () Si ()		Otros	No () Si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

3.4. Antecedentes familiares patológicos de importancia: Padre, Madre, Hijos, Hermanos, Espos(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:
-----------------	----------------------	------------------------	----------





HISTORIA CLÍNICA
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Hospital Nacional
Dos de Mayo

PERÚ
Ministerio
de Salud



HISTORIA CLÍNICA: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha y hora de ingreso paciente a servicio		Sala		Número de HC	
Elaborado por:		Fecha y hora de elaboración de HC:		Cama	
Modo de ingreso: Emergencia () / Consultorio externo () / Transferencia de otro servicio ()					
I. Filiación: Registrar según la información recibida, de preferencia datos del DNI, según corresponda.					
Nombres y apellidos del paciente:					
Atención:		DNI:			
Edad:					
Sexo:		Fecha de nacimiento:		Estado civil:	
Grado de instrucción:		Religión:		Grupo étnico:	
Dirección actual y Teléfono de paciente:		Dirección y Teléfono de la persona responsable:		Lugar de procedencia:	
Distrito:		Provincia:		Departamento:	
Distrito:		Provincia:		Departamento:	
II. Anamnesis: Registrar según la información recibida.					
Tiempo de enfermedad:					
Forma de inicio:		Curso:		Fecha de lesión y Mecanismo de Lesión	
Signos y síntomas principales:					
Relato cronológico:					
Funciones biológicas:					
Apetito:		Sed:		Diuresis (Orina):	
Deposiciones:		Sueño:		Catarsis	

