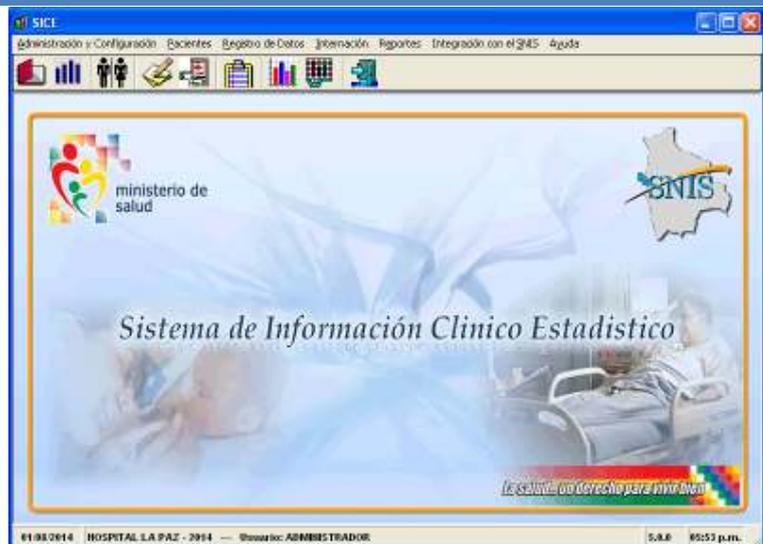


SICE

Manual de Usuario Sistema de Información Clínico Estadístico



Lic. Gabriel Jimenez

Ministerio de Salud

Sistema Nacional de información en Salud

SNIS-VE

Julio-2014

PRESENTACIÓN
SICE Sistema Integrado Clínico Estadístico

El SICE es una herramienta informática que apoya y mejora la gestión Hospitalaria de un establecimiento de salud, automatiza información Clínica estadística, es decir, podemos tener la Historia Clínica Computarizada y de modo que podemos obtener todo tipo información Estadística en línea y enviar la misma a las instancia superiores A través de la Web.

Tabla de contenido

CAPÍTULO I	5
1. Presentación	6
1.1 ¿Qué es el SICE?	6
1.2 ¿Qué aporta el SICE a la institución?	7
1.3 ¿En qué instituciones puede utilizarse el SICE?	7
CAPÍTULO II	8
2. Primeros Pasos	9
2.1 ¿Cómo ingresar al SICE?	9
2.2 Características de uso común	13
CAPÍTULO III	16
3. Configuración	17
3.1 Configuraciones de otros módulos	17
3.2 Definición de Cuadernos	17
3.3 Definición de Variables	20
3.4 Definición de Grupos de Columnas	22
3.5 Catálogos de variables genéricas	23
3.6 Dar permisos a cuadernos	24
3.7 Estado de Cuadernos	25
3.8 Inicialización de cuadernos	27
3.9 Intervalo de edades	28
3.10 Personal de Salud	30
3.11 Administración de turnos	31
3.12 Configuración de Reportes	31
CAPÍTULO IV	36
4. Procesos de sistematización y captura de datos	37
4.1 Administración de Archivo Clínico y Admisión de Pacientes	37
4.2 Registro de Información en Cuadernos	42
4.3 Internación	58
CAPÍTULO V	69
5. Reportes	70

5.1	Reportes Hospitalización	70
5.2	Reportes de cuadernos	78
5.3	Reporte de Morbilidad/Mortalidad	82
5.4	Generación de reportes	84
5.5	Impresiones por lote	90
5.6	Reportes de Quirófano	91
5.7	Reportes de dinámico morbilidad, mortalidad y producción	92
5.8	Reportes en plantillas Excel	95
5.9	Reportes dinámicos de hechos vitales	96
6.	Integración con el SNIS	98
6.1	Migra información al Software SNIS	98
6.2	Envío de información de morbilidad, mortalidad y producción	104
6.3	Envío información de hechos vitales	105
6.4	Actualizar estructura de establecimientos del SNIS	109
7.	ANEXO I	111
7.1	TIPO DE COLUMNAS	111
7.2	TIPO DESCRIPCIÓN FUNCIÓN	111
7.3	TIPOS DE DATOS - FORMA DE REGISTRO	111
8.	ANEXO II	116
8.1	ESTRUCTURA DE REPORTE	116

Manual del SICE

Capítulo I

1. Presentación

1.1 ¿Qué es el SICE?

El SICE es un sistema de información Integrado Clínico Estadístico cuyo objetivo principal es integrar en un solo lugar todos los registros médicos de un establecimiento de salud.

Los objetivos secundarios del SICE son:

- Organizar, revisar, mantener al día, archivar y custodiar los registros médicos y otros documentos hospitalarios de acuerdo a las normas establecidas.
- Convertirse en una herramienta informática que permita administrar de manera óptima el Archivo de HC.
- Recolectar, procesar y presentar la información estadística hospitalaria necesaria
- Apoyar a los estudios de investigación desarrollados por otras áreas del hospital
- Brindar facilidades para realizar estudios de investigación
- Brindar facilidades de análisis a los niveles gerenciales (dirección, planificación, comités de asesoramiento, etc.)

El SICE, es un instrumento informático de uso administrativo y operativo, pero puede servir como instrumento gerencial a través de sus reportes y su módulo de análisis de información. Por lo tanto el uso concierne en primera instancia a quienes tienen la responsabilidad de registrar la información clínica y estadística, en segundo lugar concierne al departamento de estadística del establecimiento que debe validar la información y finalmente concierne a los niveles de decisión del establecimiento que usarán los reportes emitidos por el módulo.

Los procesos principales que apoya son:

- Admisión de Consulta Externa
- Admisión Hospitalaria
- Archivo Clínico
- Registró de Consulta Externa desde el servicio de consulta externa y/o en estadística.
- Registro de Emergencias en el servicio de Emergencia o desde estadística.
- Internaciones y Altas hospitalarias.
- Servicios auxiliares como Rayos X, Ecografía, Laboratorio, Mamografía, Nutrición, etc. (Se puede configurar para que soporte otros servicios auxiliares y de apoyo al diagnóstico)
- Registro de Hechos Vitales
- Impresión y Generación de formularios de consolidación definidos por el SNIS.

- Envío de información de Hechos vitales al sistema SIAHV
- Generación de archivo desagregado atención por atención a plataforma web de consolidación del SNIS-VE.

1.2 ¿Qué aporta el SICE a la institución?

Con el SICE se logra que la información clínica y estadística se registre en un solo lugar y esté almacenada para que pueda ser usada por el establecimiento, uno de los principales problemas de la información clínica y estadística es que se utilizan muchos tipos de registros y cada registro es solo propiedad del servicio que lo llena, evitando así que la información sea útil a toda la institución.

Con la implementación del SICE se obliga a estandarizar los registros médicos.

Con la implementación del SICE se obliga a revisar todo el flujo de información de estadística y su procesamiento de datos.

Con la implementación del SICE se obliga a organizar el archivo clínico.

Con la implementación del SICE se obliga a revisar los flujos de información e instrumentos de registro de consulta externa, hospitalización, emergencias y servicios auxiliares.

El sistema permite tener la información clínica y estadística del establecimiento en línea, por ejemplo, en el momento en que laboratorio emita y registre el resultado de un análisis, el médico de consulta externa puede ingresar desde su consultorio a dicho análisis.

1.3 ¿En qué instituciones puede utilizarse el SICE?

El SICE puede aplicarse en establecimientos de salud II Y III nivel siempre y cuando exista personal que pueda realizar el registro.

Manual del SICE

Capítulo II

2. Primeros Pasos

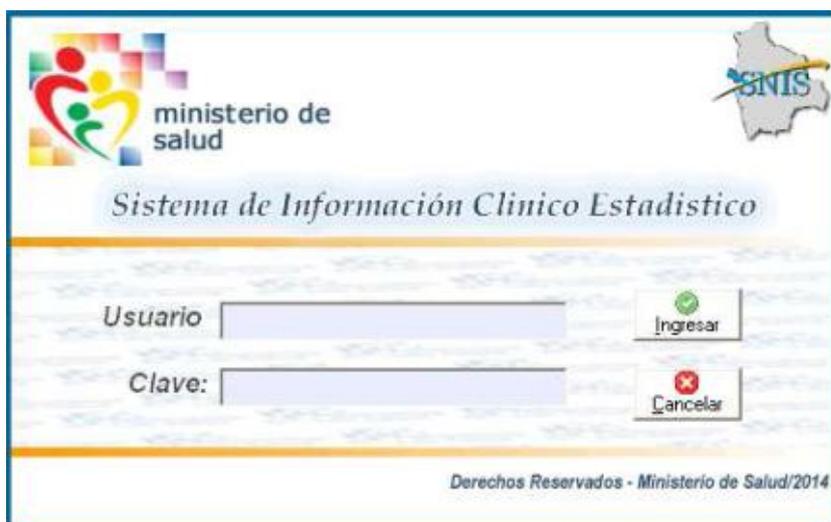
En este capítulo se explican los primeros pasos que usted debe conocer para manejar el sistema, como por ejemplo, características de los menús, de las interfases, etc.

2.1 ¿Cómo ingresar al SICE?

En este capítulo se encuentran las instrucciones necesarias para la utilización del entorno del Sistema

INICIAR LA SESION DEL SISTEMA

- Haga clic sobre el icono "SICE".
- A continuación se despliega la ventana de control de acceso al sistema



Donde se debe indicar:

Usuario: palabra que identifica al usuario.

Clave: clave o contraseña del usuario.

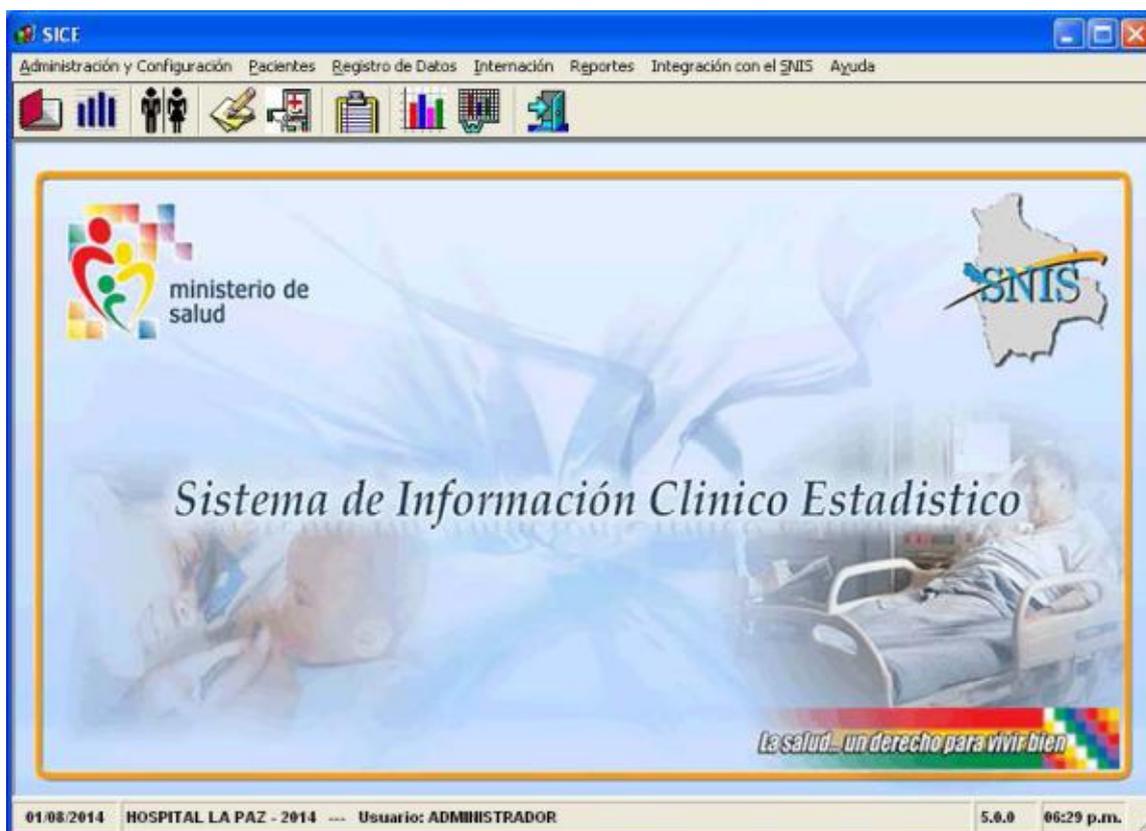
Luego se deberá seleccionar la empresa donde se trabajará.



A continuación aparecerá la pantalla de selección del cuaderno y centro de gestión.

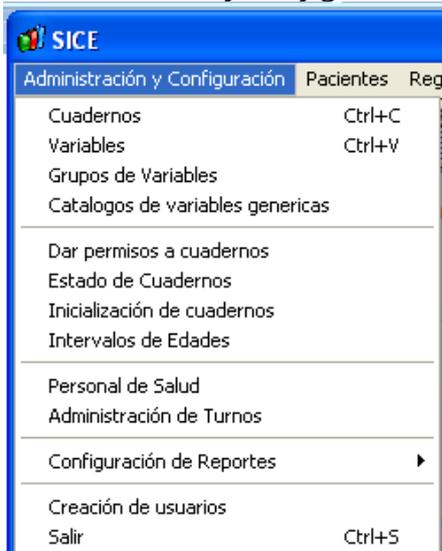


- Una vez iniciado el sistema, se presenta la pantalla principal del módulo de Estadística y hospitalización.

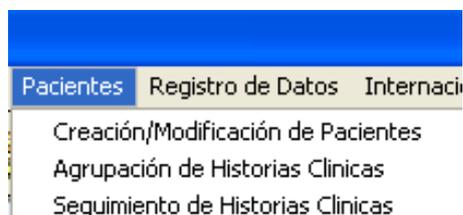


- Una vez iniciada la sesión del usuario en el Sistema, encontraremos el menú principal que describe uno a uno los procesos dentro del Sistema.

Administración y Configuración Permite definir toda la configuración del sistema



Pacientes Permite registrar los datos de los del pacientes, agrupar Historias clínicas y llevar un control de entradas y salidas de HC del archivo clínico.



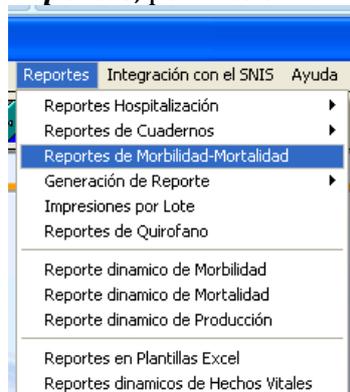
Registro de Datos, mediante esta opción se realiza todo el registro de información en el sistema, existe tres procesos de registro: registro de cuadernos o sistematización de hojas de registro, registro de atenciones por historia clínica del paciente y registro de formularios de hechos vitales: Certificado de Nacido Vivo, Certificado de Defunción General, Certificado de Defunción Perinatal.



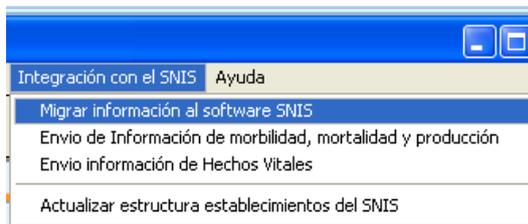
Internación, permite crear servicios, salas, camas del hospital, registrar y dar de alta a los pacientes hospitalizados, imprimir las ordenes de internación y de salida.



Reportes, permite emitir reportes bajo diferentes criterios.



Integración con el SNIS, permite generar e imprimir los formularios de consolidación 301 a, 301 b, 302 a, 302 b, además de generar el archivo de consolidación para el software del SNIS y para la plataforma web de consolidación.



Dependiendo de la opción elegida, es posible que encontremos elementos adicionales en cada menú.

2.2 Características de uso común

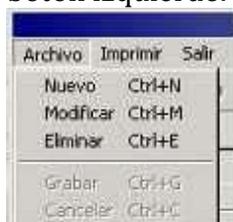
Botones y opciones de menús:

El sistema presenta una Barra de Herramientas común a todas las aplicaciones WINDOWS, con las opciones: Adicionar, modificar, eliminar, buscar, imprimir, grabar y cancelar.

El sistema presenta una Barra de Herramientas común a todas las aplicaciones WINDOWS, con las opciones: Adicionar, modificar, eliminar, buscar, imprimir, grabar y cancelar.



Opciones a las que se puede acceder con el mouse, haciendo un simple clic con el botón izquierdo.





El sistema también presenta un menú desplegable con las mismas opciones, a las que se accede con el mouse o con el teclado digitando las teclas ALT y la letra subrayada.

-  Adicionar: permite insertar un nuevo registro (CTRL + N)
-  Modificar: permite modificar el registro seleccionado. (CTRL + M)
-  Eliminar: permite eliminar o borrar el registro seleccionado. (CTRL + E)
-  Grabar: permite grabar el registro introducido o modificado. (CTRL + G)
-  Cancelar: permite cancelar el registro introducido o modificado. (CTRL+C)
-  Imprimir: permite imprimir el reporte. (ALT + I)
-  Buscar: permite buscar datos.
-  Salir: permite cerrar la ventana que se encuentre activa. (ALT + S)

Selección de Fecha:

Cuando se desee elegir una fecha simplemente utilizar el mouse y hacer clic sobre las flechitas. También al hacer clic sobre el nombre del mes, se elige el mes de la lista de meses. De otra manera se hace la selección utilizando el teclado numérico e introduciendo todos los datos día (pulsar flecha derecha)-> mes (pulsar flecha derecha)-> y año, seguidamente un pulsar **Enter (intro)**, con lo que la fecha queda establecida.





Selección para un dato de una lista: Existe selecciones donde se debe acceder a otra pantalla.

Esta acción se obtiene haciendo clic sobre el botón con tres puntos .

Por ejemplo:



Búsqueda de un documento: Para realizar la búsqueda de una solicitud específica, se debe ingresar el número, fecha o concepto de solicitud en el texto **Búsqueda (Nro. - Fecha-Concepto)**, luego presionar ENTER (Intro); acción que listará las notas por el criterio de introducido.



Manual del SICE

Capítulo III

3. Configuración

En este capítulo se explica cómo realizar la configuración del módulo, si no se hace la configuración previa según los estándares indicados en este capítulo, el sistema no podrá funcionar.

3.1 Configuraciones de otros módulos

Para que el sistema funcione es necesario que se configure otros módulos previamente, la configuración de dichos módulos está explicada detalladamente en sus manuales respectivos, aquí solamente se hace una explicación breve.

Administración

En el módulo de administración se debe definir:

- Usuarios
- Accesos a opciones de menú del SICE

Personal

En el módulo de Personal se debe definir:

- Lista de personal con los cargos actualizados, especialmente de médicos y enfermeras

Venta de Servicios

Después de que se configure el SICE, se tiene que configurar Venta de Servicios para establecer la relación entre los aranceles y los cuadernos

3.2 Definición de Cuadernos

Esta opción permite definir los cuadernos que es la estructura básica de registro de información del sistema, un cuaderno es un conjunto de filas y columnas, donde las filas son pacientes y las columnas las variables que se quieren registrar.

Para definir los cuadernos se debe ingresar a la opción del menú Administración y Configuración/Cuadernos



Después se desplegará la pantalla

The screenshot shows a window titled 'Cuadernos' with a toolbar and a form for configuring a notebook. The form includes the following fields:

- Datos del Cuaderno:**
 - Título del Cuaderno: PAPELERA DE RECICLAJE
 - Formato de Impresión: Predeterminado
 - Grupo Asociado: CONSULTA EXTERNA
 - Establecimiento SNIS: C.S. CORPA
 - Especialidad Snis: SIN ESPECIFICAR

Below the form is a table titled 'LISTA DE CUADERNOS VIGENTES' with the following data:

CODIGO	NOMBRE DE CUADERNO	FECHA CREACION	GRUPO ASOCIADO
1	PAPELERA DE RECICLAJE	19/12/2011	CONSULTA EXTERNA
2	RECIEN NACIDO	19/12/2011	PARTOS
3	ANTICONCEPCIÓN	19/12/2011	ANTICONCEPCION
4	VACUNAS	19/12/2011	VACUNAS
5	CE -PEDIATRIA	19/12/2011	CONTROL CRECIMIENTO Y DESARRO
6	CE -MEDICINA GENERAL	19/12/2011	CONSULTA EXTERNA
7	CE -CIRUGIA GENERAL	19/12/2011	CONSULTA EXTERNA
8	CE -CARDIOLOGIA	19/12/2011	CONSULTA EXTERNA
9	CE -TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia	19/12/2011	CONSULTA EXTERNA
10	CE -MEDICINA INTERNA	19/12/2011	CONSULTA EXTERNA
11	CE -OFTALMOLOGIA	19/12/2011	CONSULTA EXTERNA
12	CE -ODONTOLOGIA	19/12/2011	ODONTOLOGIA
13	CE -GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	19/12/2011	CONTROL PRENATAL Y PUERPERIO
14	CE -MEDICINA FAMILIAR	19/12/2011	CONSULTA EXTERNA
15	EMERGENCIA	19/12/2011	EMERGENCIA

En la anterior pantalla debe seleccionar el cuaderno a modificar, eliminar o se puede crear uno nuevo.

Los datos que se deben ingresar son:

- *Título del Cuaderno:* Nombre o descripción del cuaderno que permite identificarlo
- *Formato de Impresión:* Tipo de impresión que se realizará cuando se imprima filas de este cuadernos, la impresión de cada fila del cuadernos se puede realizar mediante plantillas word o mediante reportes predefinidos
- *Grupo Asociado:* Permite asociar el cuaderno a un grupo, esto se realiza con fines de emisión de reportes, por ejemplo todos los cuadernos de consulta externa deberían agruparse al grupo CONSULTA EXTERNA.
- *Establecimiento SNIS:* Esta opción permite al usuario asociar un cuaderno al establecimiento de de salud integrando el código asociado por el SNIS al cuaderno, esto con el fin de poder más adelante consolidar la información.
- *Especialidad SNIS:* Esta opción permite al usuario asociar una especialidad genérica que el SNIS despliega a nivel nacional con el cuaderno creado, esto con el fin de más adelante consolidar la información de establecimiento a nivel nacional.

Una vez configurada la cabecera del cuaderno, se debe configurar sus columnas mediante el botón.



La pantalla que se desplegará para la configuración es:

Edición del Cuaderno : CE -PEDIATRIA

Grupo de Columna:
 Grupo de Columna: CONSULTA EXTERNA Valor Total del Grupo: 0

Nueva Columna para Cuaderno:
 Posición: 1 Valor por Defecto:

Variable Asociada: ATENCION

Obligatorio Modificable Imprimir con separador de Miles Imprimir cursiva

COLUMNAS DEFINIDAS EN EL CUADERNO						
POS.	CODIGO	DESCRIPCION COLUMNA	GRUPO	OBLIGATORIO	NO	VALOR POR
1	1	ATENCION	CONSULTA EXTEI	N	S	
2	424	PESO	CONSULTA EXTEI	S	S	
3	4202	TALLA	CONSULTA EXTEI	S	S	
4	745	PESO PARA LA TALLA	CONSULTA EXTEI	N	N	
5	4203	TALLA PARA LA EDAD	CONSULTA EXTEI	N	N	
6	795	PESO PARA LA EDAD	CONSULTA EXTEI	N	N	
7	796	CONSULTA CONTROL	CONSULTA EXTEI	N	S	
8	4212	HIERRO SUP	CONSULTA EXTEI	N	S	
9	4187	VITAMINA A	CONSULTA EXTEI	N	S	
10	746	MEBENDAZOL	CONSULTA EXTEI	N	S	
11	747	CONSEJERIA	CONSULTA EXTEI	N	S	
12	758	DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO	CONSULTA EXTEI	N	S	
13	70	DIAGNOSTICO I	CONSULTA EXTEI	N	S	
14	71	DIAGNOSTICO II	CONSULTA EXTEI	N	S	
15	72	DIAGNOSTICO III	CONSULTA EXTEI	N	S	
16	744	TRATAMIENTO	CONSULTA EXTEI	N	S	
17	285	OBSERVACIONES	CONSULTA EXTEI	N	S	
18	420	TIPO DE ANESTESIA	CONSULTA EXTEI	N	S	

Las columnas son las variables que tiene cada cuaderno, se explica en el punto Variables, cómo se crean, modifican o eliminan, en esta pantalla es posible asociar a un cuaderno todas las variables necesarias, se debe tomar en cuenta que el sistema realiza una acción específica por cada casilla marcada.

Obligatorio, en el momento del registro del dato, el sistema exige que se ingrese una información.

Modificable, después de registrar el dato, se puede modificar su valor.

Imprimir con separador de miles, indica que se usará el formato ###,###,###.## para la impresión del valor de la variable.

Imprimir cursiva, indica que se imprimirá en *cursiva*, se utiliza para impresión de resultados de laboratorio.

3.3 Definición de Variables

En esta opción se definen las variables que se podrán usar en los cuadernos.



La pantalla de definición de variables es:

Columnas de Formularios

Registro Imprimir Salir

Descripción: ATENCION Rango Inicio: 0 -- Final: 0
 Tipo: NUMERICO CONTEO Modificable: Vigente:
 Extensión:

Descripción	Tipo de Dato	Rango Inicial	Rango Final	Modificable	Obligatorio	Extensión	Lista Genérica
▶ ATENCION	NUMERICO CONTEO	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTICO I	CIE 10	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTICO II	CIE 10	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTICO III	CIE 10	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
OBSERVACIONES	DESCRIPCIONES	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TIPO DE ANESTESIA	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ANESTESIA
TIPO DE NACIMIENTO	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TIPO DE NACIMIENTO
CONDICION AL NACER RN1	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		CONDICION AL NACER
PESO	NUMERO AGRUPA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KG.	
PESO DEL RN1	NUMERO AGRUPA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GR	
CONDICION AL EGRESAR RN1	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGRESO DEL RN
TAMAÑO DE CIRUGIA	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TAMAÑO
NOMBRE OPERACION	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		OPERACION
NRO. DE SEMANAS DE GESTACION	NUMERO AGRUPA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TIEMPO DE DURACION DE LA CIRUGIA	NUMERICO CONTEO	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minutos	
SEXO RN2	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SEXO
SEXO RN3	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SEXO
SEXO RN4	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SEXO
CONDICION AL NACER RN2	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		CONDICION AL NACER
CONDICION AL NACER RN3	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		CONDICION AL NACER
CONDICION AL NACER RN4	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGRESO DEL RN
PESO DEL RN2	NUMERO AGRUPA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PESO DEL RN3	NUMERO AGRUPA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PESO DEL RN4	NUMERO AGRUPA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CONDICION AL EGRESAR RN2	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGRESO DEL RN
CONDICION AL EGRESAR RN3	LISTA GENERICA	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGRESO DEL RN

Para Adicionar, Modificar o Eliminar una Columna, seguir los siguientes pasos:

- Seleccionar en el menú **Catálogos** el ítem **Columnas**
- Se presentará una ventana que contiene el listado de los registros de las columnas en general.
- Accediendo a la barra de herramienta o menú de la ventana se realiza el proceso que se necesite.

Los campos que debe llenar son:

- Descripción, nombre de la variable
- Rango de inicio, valor mínimo que acepta la variable, si está en 0 no se toma en cuenta
- Rango final, valor máximo que acepta la variable, si está en 0 no se toma en cuenta
- Modificable, si la variable puede modificarse después de que se registre un valor.
- Extensión, es la extensión que se asigna a la columnas para las impresiones. Por ejemplo si definimos una columna de tipo numérico conteo cuyo nombre sea peso la extensión en este caso sería "Kg".
- Tipo, es el atributo más importante de la variable porque indica que tipo de información se almacenará y las acciones que el sistema tomará en cada caso.
 - 0 FALSO/VERDADERO Se admite 0 o 1: Falso: 0; Verdadero: 1.
 - NUMERICO SUMA Se admite valores numéricos, que para Estadística son utilizados para sumarlos. Por ejemplo: Se introducen los datos, Dato 1: 5 Dato 2: 7 Dato 3: 3 Dato 4: 20 Entonces, el resultado es: 35
 - FECHA Admite datos solo de tipo fecha
 - CIE 10 Solo admite códigos CIE10.
 - DESCRIPCIONES Admite texto, no es válido para estadísticas.
 - NUMERO AGRUPA Se admite valores numéricos, que para Estadística son utilizados para agrupar y contarlos. Por ejemplo: Se introducen los datos, Dato 1: 4 Dato 2: 6 Dato 3: 4 Dato 4: 20 Dato 5: 6 Entonces, el resultado es: Grupo de 4: 2 Grupo de 6: 2 Grupo de 20: 1
 - HORA Se admite datos del tipo hora.
 - NUMERICO CONTEO Se admite valores numéricos, que para Estadística son utilizados para contar. Por ejemplo: Se introducen los datos, Dato 1: 1 Dato 2: 4 Dato 3: 7 Dato 4: 3 Entonces, el resultado es: 4
 - MEDICO Admite códigos de médicos. Estos códigos son definidos en el módulo de personal.
 - ENFERMERA Admite códigos de enfermeras. Estos códigos son definidos en el módulo de personal
 - INTERNOS RECIDENTES Admite códigos de internos. Estos códigos son definidos en el módulo de personal
 - PARAMEDICOS Admite códigos de paramédicos. Estos códigos son definidos en el módulo de personal
 - PROFESIONAL EXTERNO Admite códigos de médicos externos. Estos códigos son definidos en el módulo de personal
 - LISTA GENERICA Admite valores de los archivos que definen los usuarios, por ejemplo si el usuario define un archivo de tipos de cirugía y se asocia a esta lista, entonces dicha columna solo admitirá valores de ese archivo.
 - IMAGEN Admite imágenes, por ejemplo podríamos definir en el cuaderno de rayos X una columna de este tipo donde almacenemos la placa.

3.4 Definición de Grupos de Columnas

El registro y mantenimiento de los grupos de columnas permite agrupar un conjunto de columnas que tengan las mismas características con fines de mejor organización, por ejemplo se puede agrupar a todas las columnas de datos generales de un examen, todas las columnas de resultado, etc.

Para Adicionar, Modificar o Eliminar un Grupo, seguir los siguientes pasos:

- Seleccionar en el menú **Catálogos** el ítem **Grupos de Columnas**, o al botón de la barra de herramientas con el icono arriba mostrado.
- A continuación se presentará una ventana que contiene el listado de los registros.

Código	Descripción
5102	
8039	ANTICONCEPCION
8048	COAGULOGRAMA
2002	CONSULTA EXTERNA
5041	CONSULTA EXTERNA
8040	DATOS GENERALES
8049	ECOGRAFÍA
8038	EMERGENCIA Y ENFERMERIA
8041	EXAMEN DEL SEDIMENTO
3003	EXAMEN FISICO
3004	EXAMEN QUIMICO
3009	FORMULA LEUCOCITARIA
8047	FROTIS SANGUINEA
5027	GRUPO SANGUINEO Y RH
2001	GRUPOS HOSPITALIZACIÓN
2	HEMOGRAMA COMPLETO

- Los recuadros en blanco de la parte superior de la ventana son los datos que se deben registrar.

Código. Registrar el código numérico del Grupo, teniendo cuidado en no duplicar con los anteriormente ingresados, sin embargo el sistema validara e informara de esta situación.

Descripción. Representa el nombre del grupo farmacéutico.

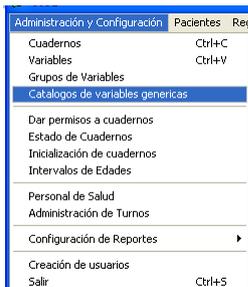
Para Buscar, se accede al botón de búsqueda, se habilitarán los datos de registro, donde se digitan el dato que se desee buscar, y nuevamente se accede al botón de búsqueda para obtener el resultado de la búsqueda.

3.5 Catálogos de variables genéricas

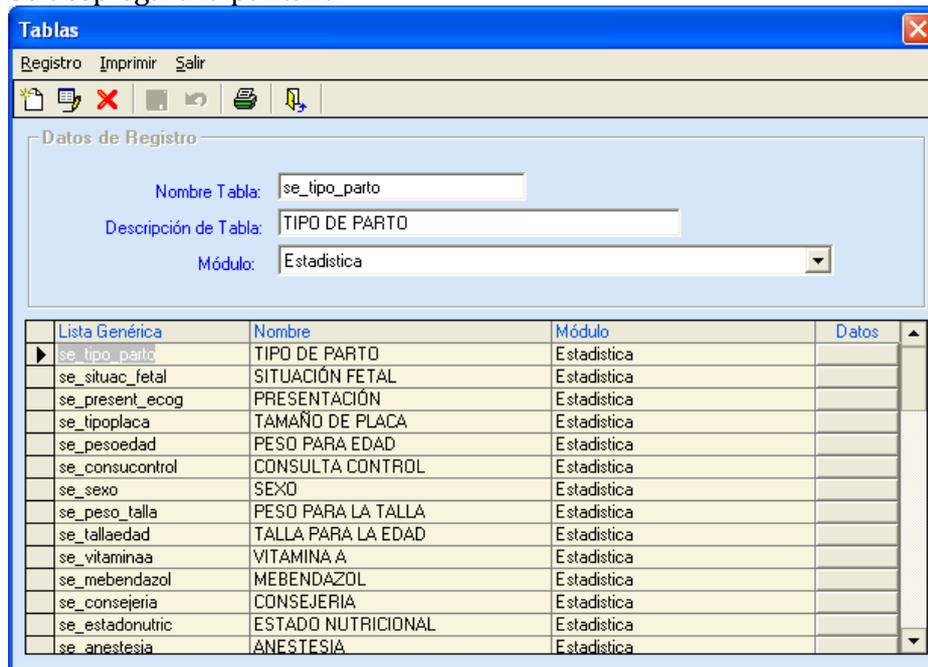
En esta opción nos permite definir catálogos (contenidos) para aquellas variables creadas como listas genéricas, esto hace dinámico el manejo de las mismas por parte de los usuarios, ya que permite crear listados de variables dentro de otras variables, dando la característica al sistema de selección de opción para una variable.

Para el tipo de columna lista genérica se debe definir una tabla asociada, en esta opción se puede definir las tablas que usarán las columnas de tipo lista genérica.

Los catálogos dinámicos son datos que el usuario puede definir para un determinado conjunto de opciones, por ejemplo: columna color, valores, 1-Rojo, 2-Amarillo, 3-Verde.



Se desplegará la pantalla



En la pantalla se debe llenar el nombre de la tabla, la descripción que será el valor que se visualiza y el módulo, por default Estadística.

Para llenar los datos de la tabla presionar el botón de la columna datos y se desplegará

The screenshot shows a window titled "PESO PARA LA TALLA" with a menu bar (Registro, Imprimir, Salir) and a toolbar. Below is the "Datos de Registro" section with the following fields:

- Código: 7
- Descripción: BAJO PESO
- Sigla: BP
- Grupo de Servicio: (Ninguno)
- Servicio: (Ninguno)
- Genera Pendiente

Below the form is a table with the following data:

Codigo	Descripción	Sigla	Grupo	Servicio	Pendiente
7	BAJO PESO	BP			<input type="checkbox"/>
6	GRAVE	G			<input type="checkbox"/>
4	LEVE	L			<input type="checkbox"/>
5	MODERADA	M			<input type="checkbox"/>
3	NORMAL	N			<input type="checkbox"/>
1	OBESIDAD	O			<input type="checkbox"/>
2	SOBREPESO	S			<input type="checkbox"/>

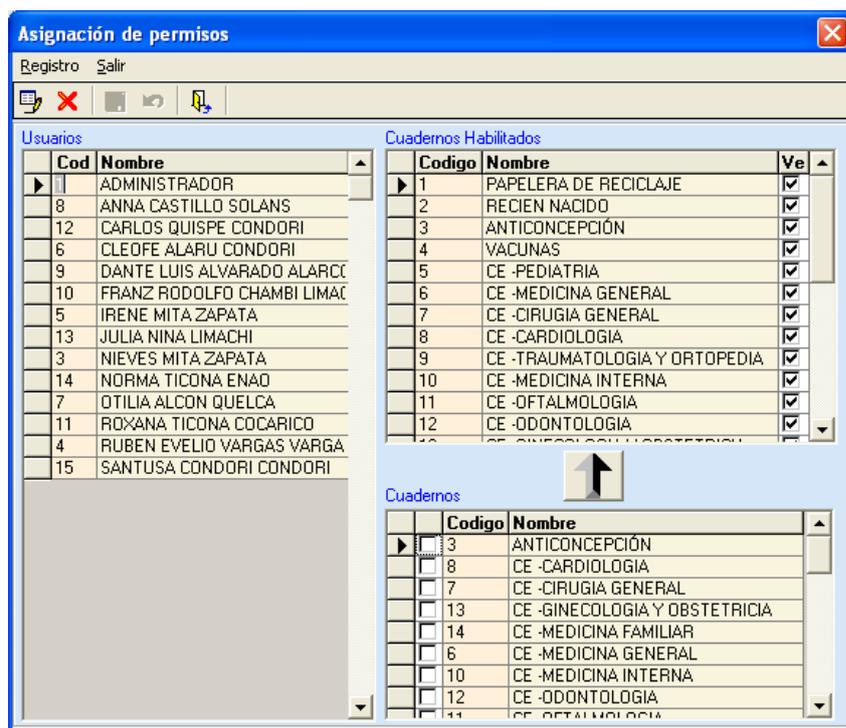
En esta pantalla debe llenar los valores correspondientes, tomando en cuenta que si se llena el grupo de servicio y el servicio, cada vez que se registre un valor en la columna del cuaderno, se emitirá una orden pendiente o un descargo pendiente en el módulo de venta de servicios.

Se utiliza la opción Genera pendiente para indicar al SICE si genera una orden de atención pendiente o un descargo en venta de servicios. Por ejemplo, el médico desde su consultorio selecciona que el paciente debe realizarse un examen, entonces en la pantalla de registro de venta de servicios aparecerá el servicio indicado por el médico.

3.6 Dar permisos a cuadernos

Mediante esta opción se define los permisos que tienen los usuarios para ver o modificar datos de un cuadernos.

Se debe seleccionar el cuaderno, el usuario o usuarios y se debe grabar el permiso.



3.7 Estado de Cuadernos

El registro y mantenimiento del estado de los cuadernos para cada día. Nos permite modificar los datos de un cuaderno si este esta abierto.

Para Adicionar, Modificar y/o Eliminar registros del estado de los cuadernos.

La adición, modificación o eliminación de un nuevo registro de los estado de los cuadernos siga los siguientes pasos:

- Seleccione en el menú **Catálogos** el ítem Estado Cuaderno
- A continuación se presentará una ventana que contiene el listado de los registros de los estados de los cuadernos.
- Accediendo a la barra de herramienta o menú de la ventana se realiza el proceso que se necesite.

The screenshot shows a window titled "ESTADO CUADERNO" with a menu bar containing "Registro", "Imprimir", and "Salir". Below the menu bar is a toolbar with icons for file operations. The main area has two tabs: "Por Cuaderno" (selected) and "Por rango". Under "Por Cuaderno", there is a form with a "Cuaderno" dropdown menu set to "ANTICONCEPCIÓN", a "Fecha" dropdown menu set to "01/01/2011", and an "Abierto" checkbox which is checked. Below the form is a table with two columns: "Fecha" and "Abierto". The table contains 12 rows, each representing a date from 01/01/2011 to 12/01/2011, with a checked checkbox in the "Abierto" column for each date.

Fecha	Abierto
01/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
02/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
03/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
04/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
05/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
06/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
07/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
08/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
09/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
10/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
11/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>
12/01/2011	<input checked="" type="checkbox"/>

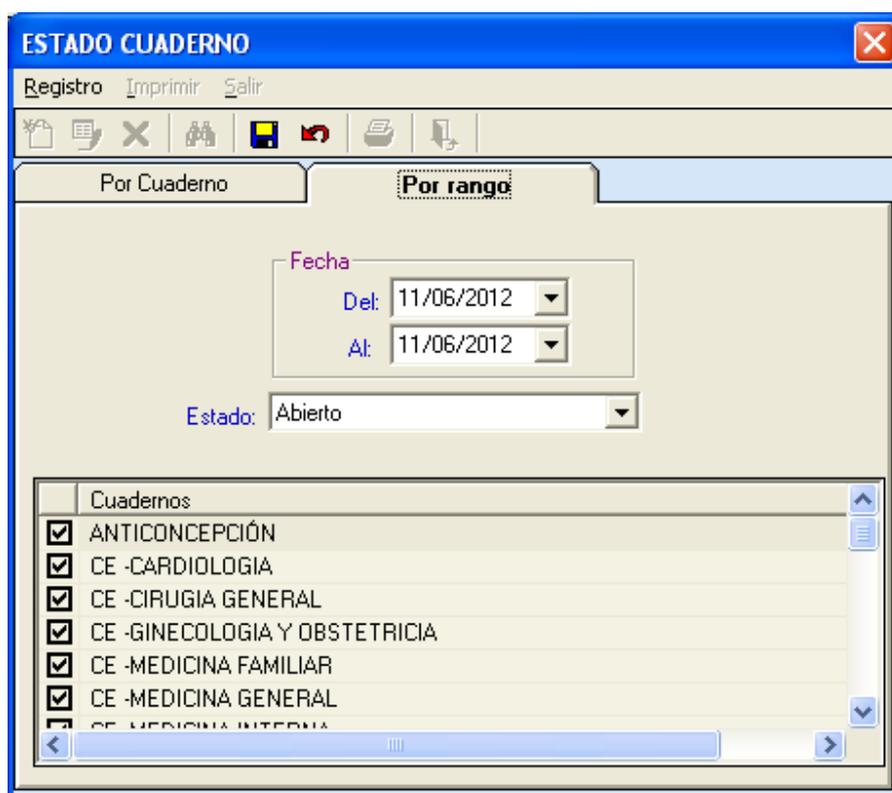
- Los recuadros en blanco de la parte superior de la ventana son los datos que se deben registrar.

Cuaderno. Nos indica el cuaderno

Fecha. Fecha para el cual se quiere abrir o cerrar el cuaderno.

Abierto. Nos informa si el cuaderno esta cerrado o abierto para una determinada fecha.

También podemos abrir y cerrar los cuadernos entre rangos de fechas, además podemos abrir y cerrar a la vez un conjunto de cuadernos.



Estado de los Cuadernos

Nos informa si un cuaderno está abierto o cerrado, si está abierto permite modificar los datos del cuaderno para esa fecha.

3.8 Inicialización de cuadernos

El registro y mantenimiento de la Parametrización nos permite definir el secuencial de inicio para las filas de cuaderno, es **IMPORTANTE** definir una columna de tipo número que representará al secuencial interno en cada cuaderno, aquí se define desde que número se inicia dicho secuencial

Para Adicionar, Modificar y/o Eliminar registros del estado de los cuadernos.

La adición, modificación o eliminación de un nuevo registro siga los siguientes pasos:

- Seleccione en el menú **Catálogos** el ítem Parametrización para Venta de Servicios.
- A continuación se presentará una ventana que contiene el listado de los registros de los estados de los cuadernos.

Cuaderno	Columnas	Valor
H - CIRUGIA GENERAL	ATENCION	35
H - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	ATENCION	28
CE -PEDIATRIA	ATENCION	6048
CE -MEDICINA GENERAL	ATENCION	10473
CE -CIRUGIA GENERAL	ATENCION	29
CE -GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	ATENCION	2025
EMERGENCIA	ATENCION	1790
EXAMEN DE ORINA	ATENCION	5
QUIMICA SANGUINEA	ATENCION	3
HEMATOLOGIA	ATENCION	1
QUIROFANO	ATENCION	24
RAYOS X	ATENCION	34
H - GERIATRIA	ATENCION	n

Accediendo a la barra de herramienta o menú de la ventana se realiza el proceso que se necesite. Los recuadros en blanco de la parte superior de la ventana son los datos que se deben registrar.

Cuaderno. Nos indica el cuaderno

Columna. Nos informa la columna con la que se generará desde venta de servicios.

Valor. Es un valor correlativo de tipo numérico, que se incrementa por cada generación desde VSH. Este valor solo puede ser de tipo numérico conteo

3.9 Intervalo de edades

El registro y mantenimiento del intervalo de edades nos permite crear intervalos de edades para los diferentes reportes que el usuario defina. Por defecto el sistema tiene estos rangos de edades

En Años

[0-0]

[1-4]

[5-9]

[10-20]

[21-59]
[60 - Mas]

Para Adicionar, Modificar y/o Eliminar registros del intervalo de edades siga los siguientes pasos:

- Seleccione en el menú **Catálogos** el ítem intervalo de edades.
- A continuación se presentará una ventana que contiene el listado de los registros de los intervalos de edades.
- Accediendo a la barra de herramienta o menú de la ventana se realiza el proceso que se necesite.

Tipo	Limite Inferior	Limite Superior
▶ Años	0	0
Años	1	4
Años	5	14
Años	15	59
Años	60	130
Años	0	4
Años	10	20
Años	21	59
Años	60	130
Años	5	9
Años	15	19
Años	20	44
Años	45	49
Años	50	59

- Los recuadros en blanco de la parte superior de la ventana son los datos que se deben registrar.

Tipo. Podemos crear rango de tres tipos

Años.

Meses

Días

Límite inferior. Debe colocarse el límite inferior.

Límite Superior. Debe colocarse el límite Superior.

3.10 Personal de Salud

Permite crear un medico, enfermera, administrativo y otros, para que se utilicen en el registro de datos en los cuadernos, se identifica el nombre, carnet de identidad, matricula, en el caso de médicos esta pantalla permite asignar una o más especialidades a las que pertenece o en las que aparecerá para registrar la información.

Registro Salir

Buscar por: [] [] []

Código	Apellido	Materno	Nombre	Doc. Ide.	Función
16	ALARU	CONDORI	OLEUFE	0	ENFERMERA
18	ALCÓN	QUELCA	OTILIA	0	ENFERMERA
22	ALVARADO	ALARCON	DANTE LUIS	4314768	MEDICO
23	ARUQUIPA	CABEZAS	EDDY	0	MEDICO
4	CASTILLO	SOLANS	ARINA	2	MEDICO
8	CHAMBI	LINACHI	FRANZ RODOLFO	4748152	MEDICO
17	CONDORI	CONDORI	SANTUSA	0	ENFERMERA
1	MEDICO	SIN	ASIGNAR	0	MEDICO

Seleccionado	Especialidad
<input checked="" type="checkbox"/>	DE MEDICINA GENERAL
<input type="checkbox"/>	DE ODONTOLOGIA
<input checked="" type="checkbox"/>	EMERGENCIA
<input type="checkbox"/>	RAYOS X

Registro Salir

Código: [] Sexo: Femenino Masculino

Apellido: [] Función Hospitalaria: []

Materno: [] Doc. Identidad: []

Nombre: [] Matricula Profesional: []

Seleccione que especialidades atenderá el medico:

Seleccionado	Especialidad
<input type="checkbox"/>	DE MEDICINA GENERAL
<input type="checkbox"/>	DE ODONTOLOGIA
<input type="checkbox"/>	EMERGENCIA
<input type="checkbox"/>	RAYOS X

3.11 Administración de turnos

Permite asignar un número de fichas por médico, por día y por especialidad, esta opción se utiliza en la parte de emisión de fichas.

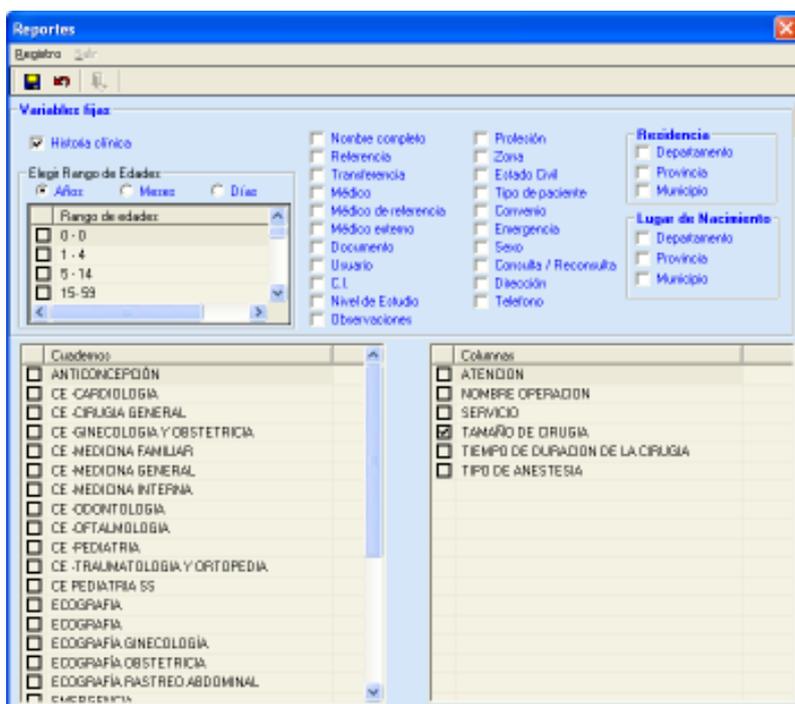
Fecha	Hora Inicio	Hora Fin	Fichas	Entregadas	Med. Titular	Enfermera
04/08/2014	08:00:00 a.m.	12:00:00 p.m.	12	0	TITULAR	

Para utilizar este proceso se debe apretar la opción del menú Registro>Nuevo o el botón nuevo, ahí el sistema les pedirá seleccionar la variable cuaderno, médico, fecha, donde deberá cargar la hora de inicio y hora fin de la atención y el número de fichas que atenderá en ese lapso de tiempo. Dependiendo del tipo de médico definir si el médico es Titular o Suplente y describir si existe una enfermera de apoyo en el consultorio, en caso de no existir dejarlo en blanco ese espacio.

3.12 Configuración de Reportes



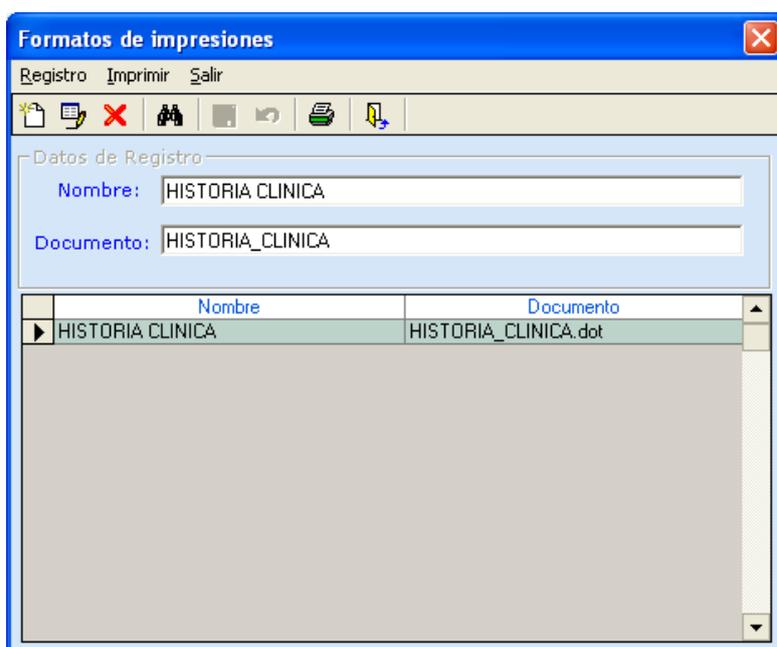
Permite estos menús crear reportes a partir de plantillas Excel, y a las mismas asignar un conjunto de variables del paciente como del cuaderno, para que el administrador del sistema pueda crear sus propios reportes.



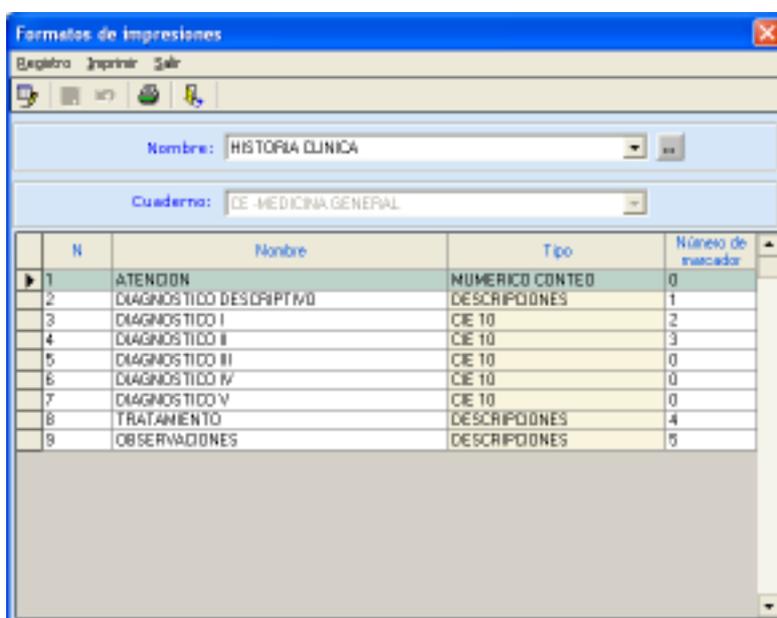
También pueden crear reportes a partir de plantillas Word:



El usuario puede crear plantillas en Word , para reportes de resultados por paciente:



Una vez creado el reporte se podrá asignar las variables que se mostraran y el orden en marcadores creados en las plantillas en Word.

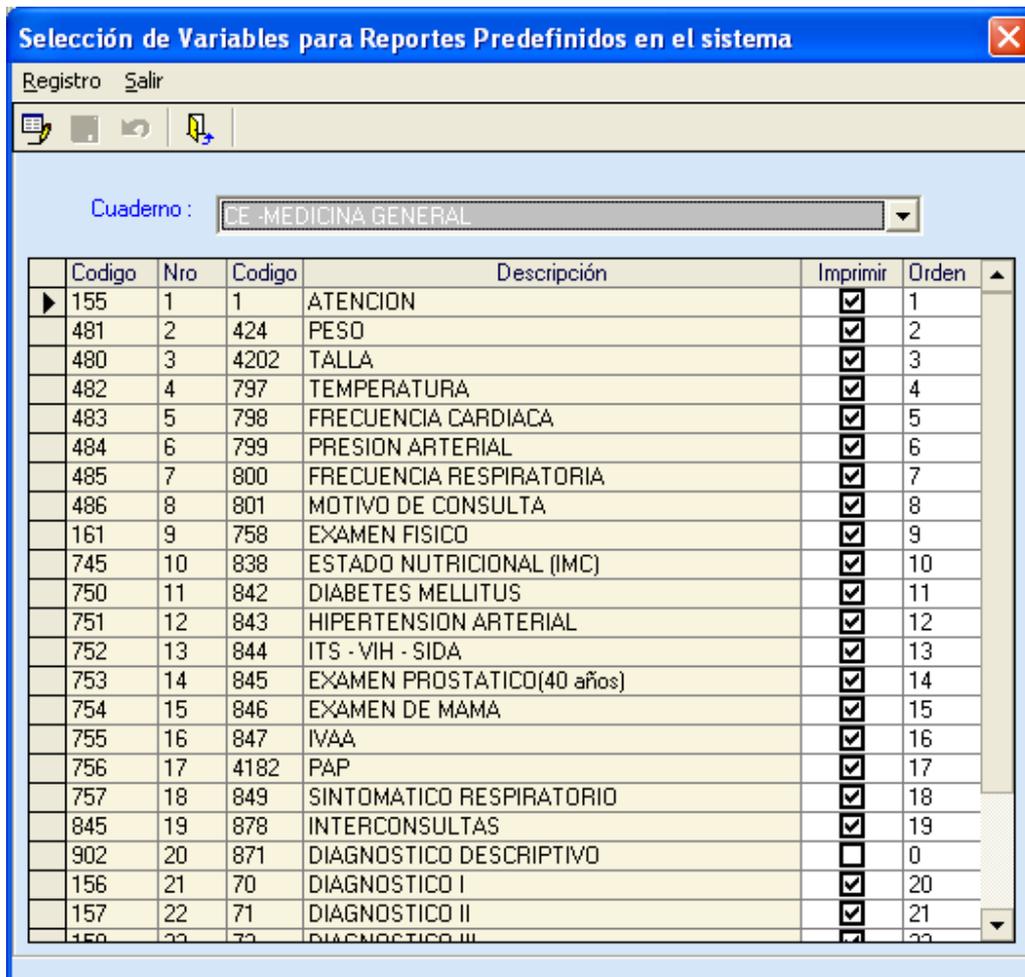


Reportes Preestablecidos



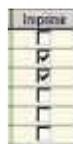
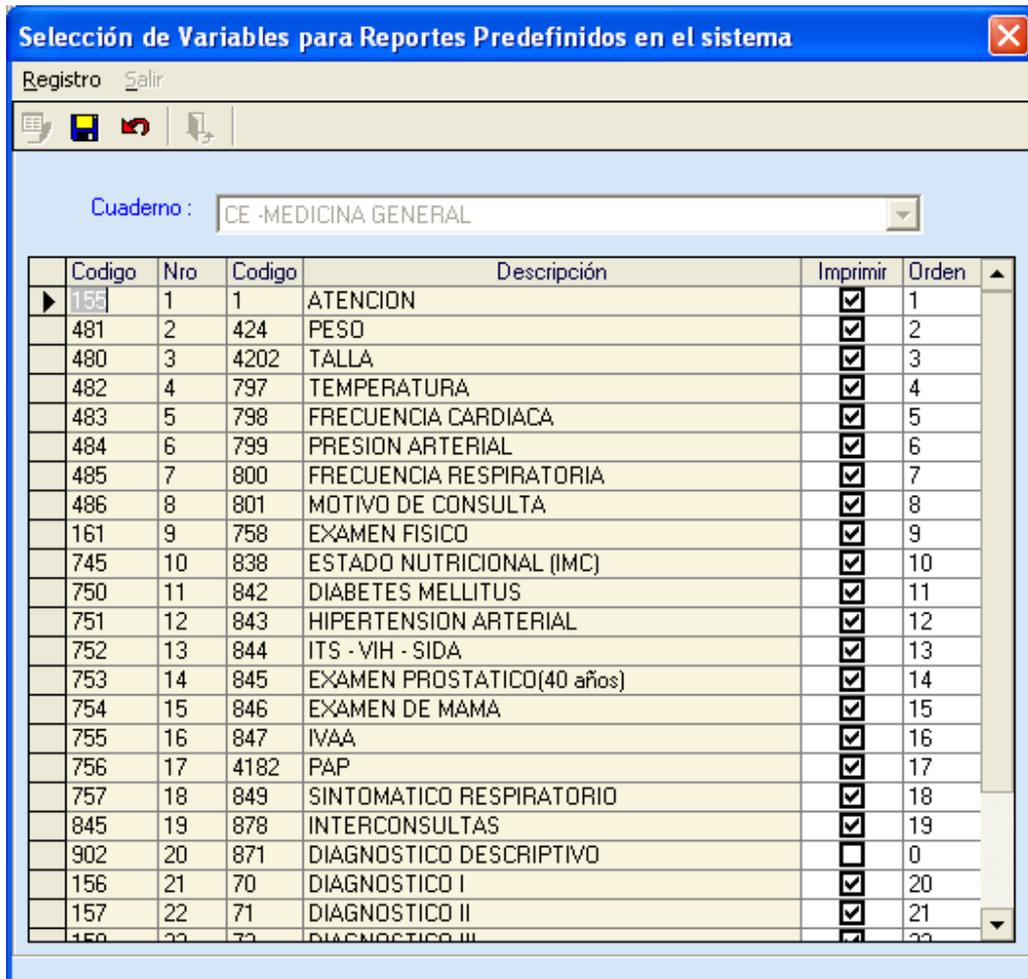
En esta opción se debe elegir que columnas y en que orden se desea que se imprima el reporte vertical

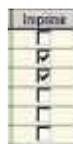
- A continuación se presentará una ventana que contiene el listado de las columnas a imprimirse por cuaderno.



Para elegir el orden de impresión de las columnas se debe proceder de la siguiente manera:

- Primeramente escogemos el cuaderno.
- Luego se debe presionar el botón de modificar , entonces el Grid estará en modo de Edición.



- En la columna de Imprimir  , escogemos las columnas que deseamos



que se imprima y en la columna Orden  , escogemos el orden en el cual deseamos que se impriman las columnas seleccionadas.

- Una vez que se tenga definido la impresión vertical presionamos el botón Grabar  .

Manual del SICE

Capítulo IV

4. Procesos de sistematización y captura de datos

En este capítulo se explica como realizar las transacciones del sistema, los pasos a seguir y consideraciones generales.

En cada establecimiento para realizar alguna transacción se debe tener previamente definido el procedimiento administrativo, vale decir, los pasos detallados de la transacción usando o no el sistema; en este capítulo se hace mención a procedimientos administrativos genéricos, los cuales deberán ser adaptados a cada establecimiento según las características propias.

Los procesos principales son:

- Administración de Archivo Clínico y Admisión de Pacientes
- Registro de Información en Cuadernos, historia clínica
- Hospitalización

4.1 Administración de Archivo Clínico y Admisión de Pacientes

Se puede administrar el archivo clínico de un establecimiento de salud mediante esta opción.

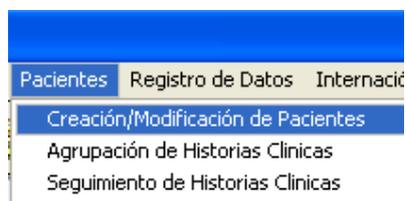
Los procesos que el sistema soporta son:

- Admisión de pacientes.
- Administración de Salidas e Ingresos de Historias Clínicas.
- Administración de Historias Clínicas.

4.1.1 Admisión de pacientes

En esta opción se registran, modifican los datos de los pacientes de un establecimiento de salud, además se puede asignar número de HC e imprimir la HC.

Para ingresar a la opción debe seleccionar:



Se desplegará la pantalla siguiente:

Busqueda de Historias Clinicas

Nuevo Modificar Imprimir Seleccionar Salir

DATOS DEL REGISTRO CLINICO :

Nro. Registro Clínico (F2) Código Seguro (F4) Nro. ID. Lug. Exp.

Primer Apellido (F5) Segundo Apellido (F6) Nombre(s) (F7)

Reg. Clínico	Código Seguro	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Nro. ID	Lug. Exp.	Fecha de Nac.	Nom. Pat
8337	280878-GJO	JIMENEZ	OJALVO	GABRIEL	4824272	LP	28/08/1978	
8336	010614-PJJ	JIMENEZ	JIM	PEDRO			01/06/2014	
8335	250414-HPL	PEREZ	LICIDIO	HENRY	0	LP	25/04/2014	
8334	010178-RRJ	ROSPILLOSO	JUAN	ROBERTO	4548787	LP	01/01/1978	
8333	280813-PRR	RAMIREZ	RAMIREZ	PEDRO	4578787	LP	28/08/2013	
8332	010194-JRM	RAMIRES	MAYTA	JUAN	54545454	LP	01/01/1994	
8331	280595-PQG	QUIROGA	GOZA	PEDRO	45454545	LP	28/05/1995	
8330	280878-MPG	PEREZ	GONZALES	MAYCO	4578787	LP	28/08/1978	
8329	111174-JLL	LORA	LORA	JUAN	24878454	LP	11/11/1974	
8328	280874-JQQ	QUIROGA	QUIROGA	JUAN	2554546	LP	28/08/1974	
8327	280877-JVV	VERSALLES	VERSALLES	JUAN	2458787	LP	28/08/1977	
8326	250199-PMM	MORALES	MORALES	PEDRO	548899	LP	25/01/1999	
8325	280577-RCP	COLLAZOS	PERES	RINA	5487878	LP	28/05/1977	
8324	280878-JPP	PAZ	PAZ	JUAN	2847878	LP	28/08/1978	

Formato WORD PlantillaHC Formato EXCEL
 Formato TEXTO Imprimir despues de Grabar F2 - Cambia HC Temporal a Definitiva

ALT-N (Nuevo) ALT-M (Modificar) ALT-P (Imprimir) ALT-L (Limpiar) ALT-E (Elegir) ALT-W (Word) ALT-T (Texto) ALT-S (Salir)

En la anterior pantalla puede buscar a un paciente determinado ingresando los datos, a medida que va digitando los datos se realiza la búsqueda, solo si no se encuentra la paciente se habilitará la opción de registro Nuevo y podrá ingresar datos de un paciente nuevo, esto ayuda a que no se registren datos repetidos de un mismo paciente.

Siempre debe buscar primero al paciente antes de crear uno nuevo.

Para crear uno nuevo o modificar un paciente existente seleccione el ícono nuevo o de modificación y se presentará la pantalla de datos del paciente.

Historia Clínica [X]

Grabar Salir

Registro Clínico: Temporal Reciclar HC
 8333 Código Seguro 280813-PRR Fecha de Afiliación [] [] [] Fichas

Datos del Paciente :

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s) Nro doc ID. Lug. Exp. Fecha de Nacimiento
 RAMIREZ RAMIREZ PEDRO 4578787 P 28 8 2013 0

Sexo Femenino Masculino Estado Civil Ocupación Alfabetizado Nivel de Estudios
 CASADO(A) [] [] [] []

Interculturalidad Idioma Idioma Materno Autopercepción cultural
 [] [] []

Lugar de Nacimiento Departamento Municipio Observaciones
 COCHABAMBA TOTORA(CBBA) []

Lugar donde vive : Departamento Dirección Municipio Teléfono Zona
 LA PAZ [] VIACHA [] TUCARI []

Datos Familiares : Responsable de Familia Nombre del Padre/Tutor(a) Nombre Madre Teléfono
 [] [] [] []

Lugar de Trabajo : Lugar Dirección Teléfono
 [] [] []

ALT-H (Crear con una HC definida) ALT-T (HC Temporal) ALT-D (Afiliación Fecha Actual) ALT-F (Femenino) ALT-M (Masculino) ALT-E (Edad)
 ALT-A (Alfabetizado) ALT-G (Grabar) ALT-U (Seguro) ALT-I (Fichas) ALT-S (Salir)

Se debe llenar la información y grabar, en la parte inferior encontrará opciones disponibles para acelerar el llenado con teclado sin utilizar el mouse.

Asignación de Fichas

El botón Fichas permite la asignación de fichas a un paciente a una especialidad y a un médico, descriptando el tipo de paciente, la referencia, el médico, la especialidad:



Si se tiene configurado el turno para el médico, especialidad y fecha el sistema permitirá asignar una ficha. Esta opción puede servir para programar o reservar atenciones a futuro.

4.1.2 Agrupación de Historias Clínicas

Permite fusionar Historias Clínicas duplicadas:

El sistema guarda un histórico de las fusiones que se hacen en el sistema. Cuando se hace la fusión de los números esto también afecta al módulo de venta de servicios, es decir, que todas las transacciones se fusionan al número de Historia clínica definitiva.

4.1.3 Seguimiento de Historias Clínicas

El sistema permite realizar el seguimiento a la entrega y devolución de HC mediante la opción siguiente:

NRO	FECHA SOL	TIPO DE PACIENTE	Convenio	HORA SOL	NRO HC	NOMBRE PACIENTE	SERVICIO	SOLICITANTE	M
923	07/05/2012	INSTITUC		14:13	6797	JIMENEZ OJALVO	CE -MEDICINA G	ALARU CONDOR	Estad
924	08/05/2012	INSTITUC		10:5	6802	FLORES VILLANU	CE -MEDICINA G	CONDORI COND	Estad
925	25/05/2012	CONVENIO	SOAT	18:39	6810	CHIPANA BORJA	CE -MEDICINA G	ALARU CONDOR	Estad
926	05/06/2012	INSTITUC		10:34	6810	CHIPANA BORJA JU	CE -MEDICINA GEN	ALARU CONDOR	Estad
927	05/06/2012	INSTITUC		10:48	6801	JIMENE DAVI SEVA	CE -MEDICINA GEN	TICONA COCARICO	VENTA
928	05/06/2012	INSTITUC		11:30	6805	SDHFKLSDF SDFLG	CE -MEDICINA GEN	MEDICO SIN ASIGN	VENTA

Si el módulo de venta de servicios está configurado para seguimiento de HC, cada vez que se registre un arancel, en esta pantalla aparecerá automáticamente la HC que se debe entregar, además mediante esta pantalla se puede realizar entrega de HC para hospitalización u otras áreas del establecimiento.

Cada vez que se devuelva una HC se debe marcar como devuelta. Con esta información se podrá realizar seguimiento al archivo clínico.

4.2 Registro de Información en Cuadernos

El registro de información puede ser de dos formas.

- Ingresando desde un cuaderno, esta opción será usada por ejemplo por un médico en su consultorio, verá en su pantalla la lista de pacientes que debe atender.
- Seleccionado un paciente, esta opción se puede usar de manera Extraordinaria o para realizar consultas del historial clínico del paciente.



4.2.1 Registro de información por cuadernos

Después de seleccionar la opción, se desplegará la pantalla siguiente.

Historial Clínico

Inicio: 01/01/2014 Fin: 04/08/2014

Cuaderno: CE -GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Buscar: 8 - ATENCION

Médico

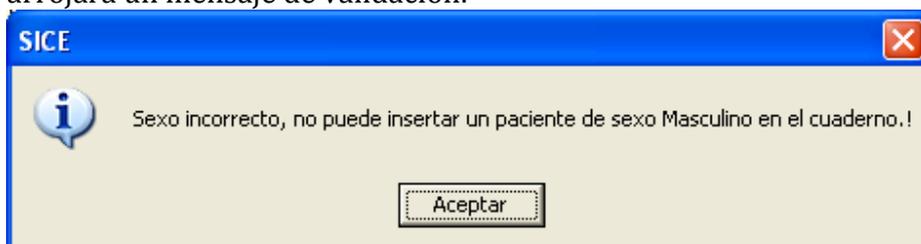
Imprimir registro diario:

Excel Estadístico XI SNIS

Nuevo Modificar Imprimir Cambiar Fecha Ver Exportar Traspaso Eliminar Imprimir al grabar Salir

CUADERNO DE CE -GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA								
FECHA	FILA	N° HC	DATOS PACIENTE	AÑOS	MESES	DIAS	SEXO	DOCUMENTOS
01/01/2014	1	90000412	CONDORI LOPEZ LOURDES	15	0	8	Femenino	0
01/04/2014	1	90000418	CANAVIRI QUISPE MONICA	21	11	28	Femenino	0
16/04/2014	1	90000414	TOCOCOSI CUSI ZENOBIA	37	6	4	Femenino	0
28/04/2014	1	90000419	CUSI AJCO ROBERTA	31	8	16	Femenino	0
28/04/2014	2	8310	MAMANI TUSCO SABINA	16	7	20	Femenino	0
21/07/2014	1	8325	COLLAZOS PERES RINA	37	1	23	Femenino	0

En dicha pantalla el usuario debe seleccionar al paciente para registrar su información, en esta versión se incorporo controles internos que permiten validar el ingreso de pacientes discriminando el sexo y edad por especialidad. Si el usuario quiere colocar un paciente de sexo masculino a un cuaderno de ginecología el sistema arrojará un mensaje de validación:



Si se selecciona de forma correcta la edad del paciente y su sexo se ingresa al cuaderno seleccionado, se desplegará la siguiente pantalla:

CUADERNO DE CE - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HC = 8282 (081198-MFM) FLORES MAMANI MARIA Fecha: 04/08/2014

Médico: Matricula Médico: Médico: Turno: De hrs. A hrs. Enfermera:

Médico Externo: Referido de: Consulta Nueva
 Médico de referencia: Referido a: Consulta Repetida
 Emergencia

Tipo de Paciente: INSTITUCIONAL Dirección: IRUITO URUS
 Zona: Estado civil: SOLTERO(A)
 Ocupación: ESTUDIANTE
 Lugar de Trabajo:

Recetas Gráficas Exámenes **Edad del paciente al 04/08/2014**
 15 años - 8 meses - 27 días

Buscar grupo ANAMNESIS Tipo de reporte

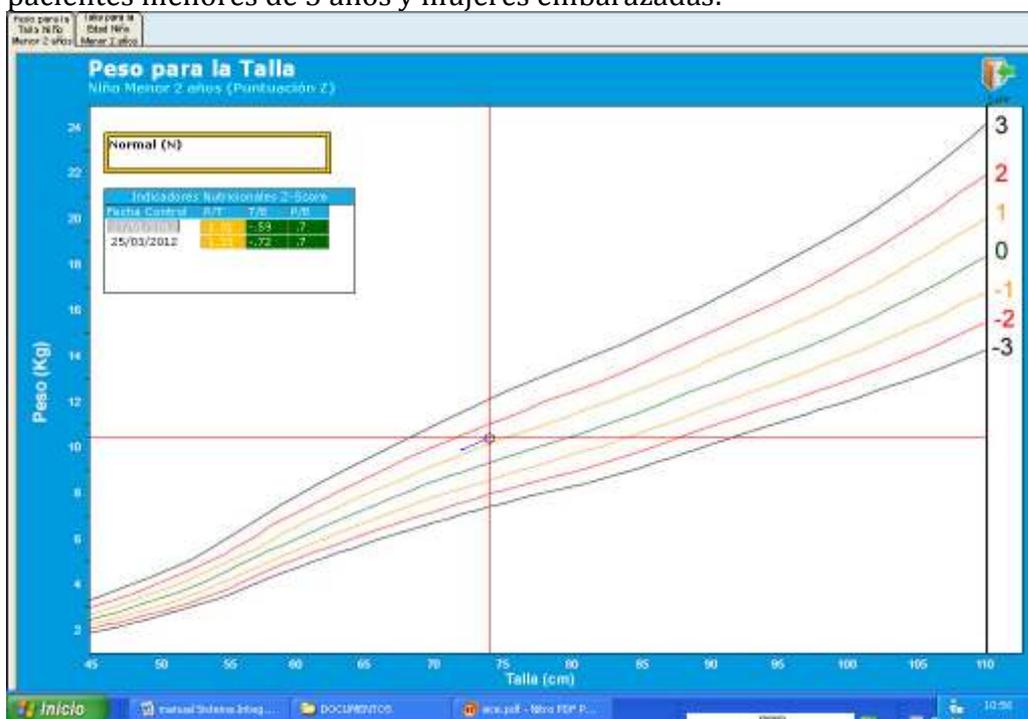
Grupo	Variables	Registro	Detalle
CONSULTA EXTERNA	8 - .ATENCION	2026	2026
SIGNOS VITALES	5 - .PESO		0
	5 - .TALLA		0 cms.
	6 - .TEMPERATURA		
	6 - .FRECUENCIA CARDIACA		
	6 - .PRESION ARTERIAL		
	6 - .FRECUENCIA RESPIRATORIA		
ANTECEDENTES	2 - .FUM		

Espaciador = Grabar

Esta es la pantalla principal de registro de información de un paciente, en la parte superior encontrará los datos generales del paciente la que en esta versión ahora discrimina por colores el sexo del paciente, azul para sexo masculino y rosado para sexo femenino. En la parte inferior encontrará las columnas del cuaderno, debe llenar la información columna por columna y presionar grabar. Si el cuaderno está configurado para impresión, entonces automáticamente después de grabar se imprimirá una hoja con los datos registrados, este proceso se utiliza por ejemplo en laboratorio, donde después de registrar el resultado del laboratorio, se imprime la hoja de resultados.

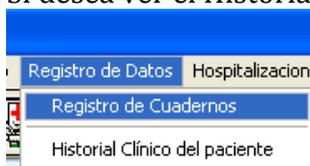
En el registro de variables se agrega el modulo de reglas de validación que permite discriminar el ingreso de datos por edad, sexo, variable diagnostico, por ejemplo el usuario al colocar un diagnostico que se asigna a un paciente de sexo femenino validara si el paciente que se selecciono es de sexo masculino, como muestra el siguiente ejemplo:

Se agrega la opción de revisión del estado nutricional mediante graficas, para pacientes menores de 5 años y mujeres embarazadas:



4.2.2. Historial Clínico del paciente

Si desea ver el Historial Clínico del paciente debe ingresar a la opción:



Se desplegará una pantalla donde debe buscar la HC y se desplegarán los datos de todos sus registros anteriores.

CUADERNO DE CE - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Edad del paciente al 04/08/2014 15 años - 5 meses - 30 días

Cuaderno: Buscar por fecha y cuaderno

Historia Clínica: Fecha Inicio:

Fecha Fin:

Imprimir al grabar

Registro Histórico del Paciente

Coloque la(s) columna(s) por la que desea agrupar

Fecha	Servicio	Orden de Atención	Usuario	Registro
03/11/2013	CE-MEDICINA GENERAL	0 Tip Doc: 0	IRENE MITA ZAPATA	10365

Si tiene permiso, podrá modificar o ver el detalle de cada registro, con la opción modificar.

4.2.3 Registro de Hechos Vitales

En esta opción el usuario puede registrar los certificados de Nacido Vivo, defunción general y perinatal, tal como muestra la siguiente figura:

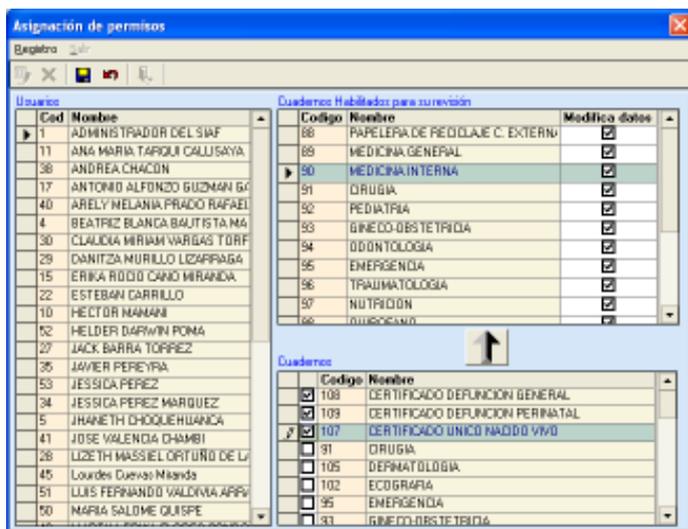
Para poder manejar el registro de hechos vitales al interior del SICE versión 5.0.0, se debe seguir los siguientes pasos:

Paso 1: Ingresar a la versión actualizada del SICE 5.0.0., en la misma en el menú de Registro de Datos en el cual aparecerá un nuevo menú que dice: Registro de hechos Vitales, tal como muestra la siguiente figura:

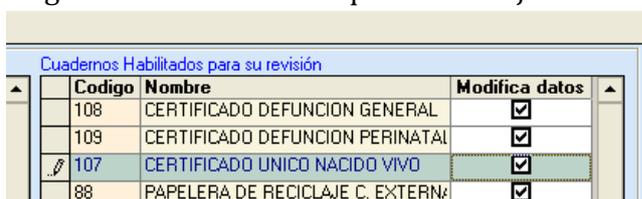


Como observaran en el menú de registro de hechos vitales aparecen tres opciones: Certificado de Nacido Vivo, Certificado de Defunción Perinatal, Certificado de Defunción General.

Paso 2: Para habilitar el uso de los cuadernos de hechos vitales se debe asignar permisos a los usuarios que utilizaran los mismos en la siguiente opción: Administración y Configuración>Dar permisos a cuadernos, donde aparecerá la siguiente pantalla:

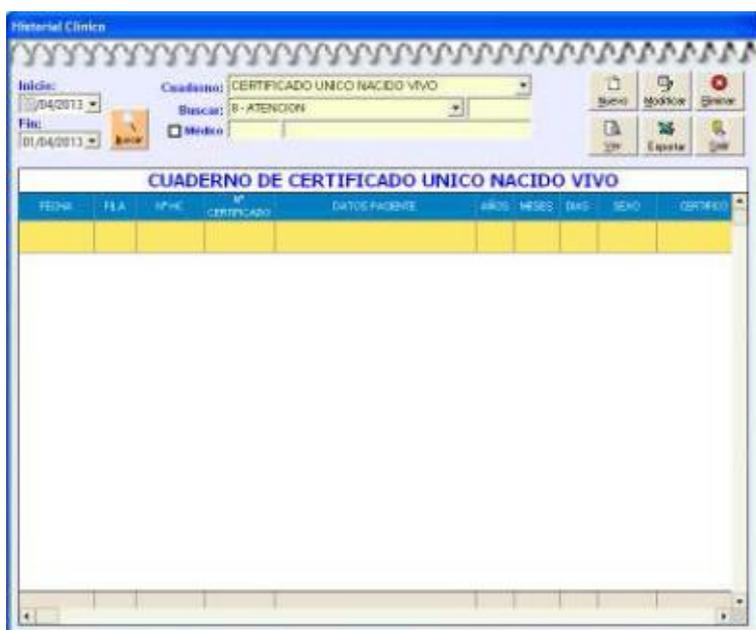


En la misma se debe seleccionar los nuevos cuadernos que inserto la actualización y asignarlos a los usuarios que los manejaran.



No se deben olvidar seleccionar la casilla de modificación de datos para poder utilizar los cuadernos.

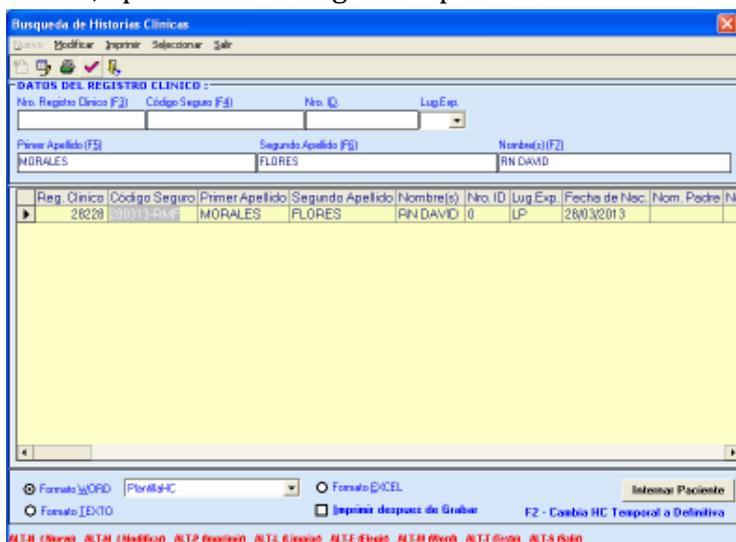
Paso 3: Registro de Certificados de Nacido Vivo, para ello se debe ingresar al menú: Registro de Datos>Registro de Hechos Vitales>Certificado de Nacido Vivo, al seleccionar esta opción aparecerá la siguiente pantalla:



Esta pantalla presenta las siguientes opciones:

- Botón Buscador de registros por fecha Inicio y fecha Fin
- Botón Nuevo, que permite ingresar un nuevo registro
- Botón Modificar, que permite realizar cambios a algún registro existente.
- Botón Eliminar, que permite eliminar un registro existente.
- Botón Ver, permite visualizar los datos de las variables, sin poderlas modificar.
- Botón Exportar, que permite exportar el listado de registros a un formato Excel en forma horizontal.
- Botón Salir, que permite salir de esta pantalla.

Paso 4: Para adicionar un nuevo certificado de nacido vivo se debe apretar el Botón Nuevo, apareciendo la siguiente pantalla:



En esta pantalla se debe buscar al paciente recién nacido, si en caso no existiese se debe crear la historia clínica del paciente.

Nota: Para poder generar el certificado de nacido vivo del paciente se debe llenar los datos de departamento y municipio de nacimiento, como el departamento, municipio y zona de residencia.

Una vez seleccionado el paciente se debe apretar el botón de selección y aparecerá la siguiente pantalla:

CUADERNO DE CERTIFICADO UNICO NACIDO VIVO

Nº DE CERTIFICADO: Gestión: 2013 Hospital: HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS

DATOS RECIEN NACIDO

HIC = 28228 Apellido Paterno: HOYALES Apellido Materno: FLORES Nombre: RN DAVID

LUGAR DE NACIMIENTO

País: BOLIVIA Departamento: LA PAZ Provincia: INGAVI Municipio: JESUS DE MACHACA Localidad/Zona: COPPA

BUSCAR POR GRUPO: 8032 - REGISTRO

Grupo	Variables	Registro	Detalle
8032 - REGISTRO	8 - ATENCION	1	1
8033 - HV-EL NACIMIENTO OCURRIÓ EN	15 - EL NACIMIENTO OCURRIÓ EN		
8034 - HV-FECHA NACIMIENTO	2 - FECHA DE NACIMIENTO	29/02/2013	28/03/2013
	7 - HORA NACIMIENTO		
8035 - HV-SEXO	15 - SEXO	1	MASCULINO
8036 - HV-ATENCION DEL RECIEN NACIDO	15 - PROFESIONAL/PERSONA		
8037 - HV-EDAD GESTACIONAL	5 - EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS		0 Semanas
	0 - EDAD GESTACIONAL NO PUEDE DETERMINARSE		0
8038 - HV-PESO Y TALLA AL NACER	5 - PESO AL NACER (Kgs)		0 gr

DATOS DE LA MADRE

Apellido Paterno: FLORES Apellido Materno: Nombre:

DATOS CERTIFICANTE

Certificado por: Código: Nombre: Apellido: Fecha Emisión Certificado: 01/04/2013

Matrícula Profesional: C.I.: Exp:

La cual presenta las siguientes opciones:

- Grabar
- Cancelar

Esta pantalla representa el llenado del certificado de nacido Vivo, donde se debe completar los datos de:

- Nro. certificado, el sistema validara que no se duplique el numero
- Lugar de Nacimiento, que el sistema jalara de los datos de la Historia Clínica.
- Variables del certificado de nacido vivo CEMENAVI, que están en función al certificado físico de nacido vivo, los datos que se introducen son numéricos, de tipo fecha,. De tipo lista o boléanos 0 o 1
- Datos de la madre, que se debe llenar y completar.
- Datos del certificante como ser el tipo de certificante, y el médico que realiza la certificación, este personal se jala de la base de datos de médicos.

Una vez llenado el formulario este quedara de la siguiente manera:

CUADERNO DE CERTIFICADO UNICO NACIDO VIVO

N° DE CERTIFICADO: 123 Gestor: 2013 Hospital: HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS Grabar Cancelar

DATOS RECENACIDO
 HC = 28228 Apellido Paterno: MORALES Apellido Materno: FLORES Nombre: RN DAVID

LUGAR DE NACIMIENTO
 País: BOLIVIA Departamento: LA PAZ Provincia: INGAVI Municipio: JESUS DE MACHACA Localidad/Zona: COFFA

BUSCAR POR GRUPO: 8002 - REGISTRO

Grupo	Variables	Registro	Detalle
8039 - HV-APGAR DEL NACIDO VIVO	5 - APGAR A LOS 5 MINUTOS (1-10)	2	2
	0 - APGAR SE IGNORA		
8040 - HV-PRODUCTO DEL EMBARAZO	15 - PRODUCTO DEL EMBARAZO	1	UNICO
8041 - HV-MALFORMACIONES CONGENITAS	0 - MALFORMACIONES CONGENITAS	0	NO
	3 - EN CASO DE SI PONER CODIGO CIE-10		
8042 - HV-DATOS DE LA MADRE	15 - TIPO DE DOCUMENTO	1	CEDULA DE IDENTIDAD
	6 - NRO DE DOCUMENTO	1244579	1244579
	15 - EXPEDIDO EN	2	LA PAZ

DATOS DE LA MADRE
 Apellido Paterno: FLORES Apellido Materno: FLORES Nombre: LILIANA

DATOS CERTIFICANTE
 Certificado por: MEDIC@ Código: 54 Nombre: PATRICIA Apellido: ACARAPI Fecha Emisión Certificado: 01/04/2013
 Matrícula Profesional: MAT343 C.I.: 123456 Exp: CH

Verificados y completados los datos que pida el sistema se procede a grabar el registro

Historial Clínico

Inicio: 01/03/2013 Cuaderno: CERTIFICADO UNICO NACIDO VIVO Nuevo Modificar Eliminar
 Fin: 01/04/2013 Buscar: 8 - ATENCION Ver Exportar Salir
 Médico

CUADERNO DE CERTIFICADO UNICO NACIDO VIVO

FECHA	FILE	N° HC	N° CERTIFICADO	DATOS PACIENTE	AÑOS	MESES	DIAS	SEXO	CERTIFICANTE
01/04/2013	1	28228	123-RN	MORALES FLORES RN DAVID	0	0	4	Masculino	ACARAPI PATRICIA

Paso 5: Registro de Certificados de Defunción Perinatal, para ello se debe ingresar al menú: Registro de Datos>Registro de Hechos Vitales>Certificado de Defunción Perinatal, al seleccionar esta opción aparecerá la siguiente pantalla:

Esta pantalla presenta las siguientes opciones:

- Botón Buscador de registros por fecha Inicio y fecha Fin
- Botón Nuevo, que permite ingresar un nuevo registro
- Botón Modificar, que permite realizar cambios a algún registro existente.
- Botón Eliminar, que permite eliminar un registro existente.
- Botón Ver, permite visualizar los datos de las variables, sin poderlas modificar.
- Botón Exportar, que permite exportar el listado de registros a un formato Excel en forma horizontal.
- Botón Salir, que permite salir de esta pantalla.

Paso 6: Para adicionar un nuevo certificado de defunción perinatal se debe apretar el Botón Nuevo, apareciendo la siguiente pantalla:

En esta pantalla se debe buscar al paciente recién nacido, si en caso no existiese se debe crear la historia clínica del paciente.

Nota: Para poder generar el certificado de defunción perinatal del paciente se debe llenar los datos de departamento y municipio de nacimiento, como el departamento, municipio y zona de residencia.

Una vez seleccionado el paciente se debe apretar el botón de selección y aparecerá la siguiente pantalla:

CUADERNO DE CERTIFICADO DEFUNCION PERINATAL

Nº DE CERTIFICADO: Gestión: 2013 Hospital: HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS

DATOS DEFUNCION PERINATAL

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre:

HC = 28228 MORALES FLORES RN DAVID

LUGAR GEOGRAFICO DE FALLECIMIENTO

País: Departamento: Provincia: Municipio: Localidad/Zona:

BOLIVIA LA PAZ INGAVI JESUS DE MACHACA CORIPA

BUSCAR POR GRUPO: 8002 - REGISTRO

Grupo	Variable	Registro	Detalle
8002 - .REGISTRO	6 - .ATENCION	1	1
8042 - .HV-EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN	15 - .EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN		
	15 - .EN RELACION AL PARTO LA DEFUNCION OCURRIÓ EN		
8069 - .HV-FECHA Y HORA DEL PARTO	2 - .FECHA DEL PARTO (EXTRACCION)	28/03/2013	28/03/2013
	7 - .HORA EXTRACCION		
	2 - .FECHA DE PARTO (FALLECIMIENTO)		
	7 - .HORA FALLECIMIENTO		
8005 - .HV-SEXO	15 - .SEXO	1	MASCULINO
8007 - .HV-EDAD	5 - .EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS		0 Semanas

RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE

País: Departamento: Provincia: Municipio: Localidad/Zona:

BOLIVIA LA PAZ ABEL ITURRALDE BOJAMAS

DATOS CERTIFICANTE

Certificado por: Código: Nombre: Apellido: Fecha Emisión Certificado:

Maticula Profesional C.I.: Exp.: 01/04/2013

La cual presenta las siguientes opciones:

- Grabar
- Cancelar

Esta pantalla representa el llenado del certificado de defunción Perinatal, donde se debe completar los datos de:

- Nro. certificado, el sistema validara que no se duplique el número.
- Lugar de geográfico de Fallecimiento, que deben ser modificados.
- Variables del certificado de defunción perinatal, que están en función al certificado físico de defunción Perinatal CEMEDEP, los datos que se introducen son numéricos, de tipo fecha, diagnósticos en base al CIE-10, de tipo lista o boléanos 0 o 1.
- Residencia habitual/permanente, que son jalados de la historia clínica automáticamente.

- Datos del certificante como ser el tipo de certificante, y el médico que realiza la certificación, este personal se jala de la base de datos de médicos.

Una vez llenado el formulario este quedara de la siguiente manera:

CUADERNO DE CERTIFICADO DEFUNCION PERINATAL

N° DE CERTIFICADO: **987** Gestion: 2013 Hospital: HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS

DATOS DEFUNCION PERINATAL

HC = 28228 Apellido Paterno: MORALES Apellido Materno: FLORES Nombres: RN DAVID

LUGAR GEOGRAFICO DE FALLECIMIENTO

País: BOLIVIA Departamento: LA PAZ Provincia: INGAVI Municipio: JESUS DE MACHACA Localidad/Zona: CDRPA

BUSCAR POR GRUPO: 8032 - REGISTRO

Grupo	Variables	Registro	Detalle
8032 - REGISTRO	8 - ATENCION	1	1
8043 - HV-EL FALLECIMIENTO OCURRIO EN	15 - EL FALLECIMIENTO OCURRIO EN	1	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
	15 - EN RELACION AL PARTO LA DEFUNCION OCURRIO EN	1	ANTES DEL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO
8059 - HV-FECHA Y HORA DEL PARTO	2 - FECHA DEL PARTO (EXTRACCION)	28/03/2013	28/03/2013
	7 - HORA EXTRACCION	11: 34	11:34
	2 - FECHA DE PARTO (FALLECIMIENTO)	28/03/2013	28/03/2013
	7 - HORA FALLECIMIENTO	12: 34	12:34
8035 - HV-SEXO	15 - SEXO	1	MASCULINO
8037 - HV-EDAD	5 - EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	32	32 Semanas

RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE

País: BOLIVIA Departamento: LA PAZ Provincia: ABEL ITURRALDE Municipio: DIAMAS Localidad/Zona: DIAMAS

DATOS CERTIFICANTE

Certificado por: MEDICO Código: 89 Nombres: MAURICIO VICENTE Apellidos: AGUILA GOMES Fecha Emisión Certificado: 04/04/2013

Matricula Profesional: mat454 C.I.: E345345 Exp.: CB

Verificados y completados los datos que pida el sistema se procede a grabar el registro, quedando la siguiente pantalla:

Historial Clínico

Inicio: 01/04/2013 Cuaderno: CERTIFICADO DEFUNCION PERINATAL Nuevo Modificar Eliminar

Fin: 01/04/2013 Buscar: 8 - ATENCION Ver Exportar Salir

Médico

CUADERNO DE CERTIFICADO DEFUNCION PERINATAL

FECHA	FLA	N° HC	N° CERTIFICADO	DATOS PACIENTE	AÑOS	MESES	DIAS	SEXO	CERTIFICADO
01.04.2013	1	28228	987-MP	MORALES FLORES RN DAVID	0	0	4	Masculino	AGUILA GOMES MAURICIO

Paso 7: Registro de Certificados de Defunción General, para ello se debe ingresar al menú: Registro de Datos>Registro de Hechos Vitales>Certificado de Defunción General, al seleccionar esta opción aparecerá la siguiente pantalla:

Esta pantalla presenta las siguientes opciones:

- Botón Buscador de registros por fecha Inicio y fecha Fin
- Botón Nuevo, que permite ingresar un nuevo registro
- Botón Modificar, que permite realizar cambios a algún registro existente.
- Botón Eliminar, que permite eliminar un registro existente.
- Botón Ver, permite visualizar los datos de las variables, sin poderlas modificar.
- Botón Exportar, que permite exportar el listado de registros a un formato Excel en forma horizontal.
- Botón Salir, que permite salir de esta pantalla.

Paso 8: Para adicionar un nuevo certificado de defunción general se debe apretar el Botón Nuevo, apareciendo la siguiente pantalla:

En esta pantalla se debe buscar al paciente, si en caso no existiese se debe crear la historia clínica del paciente.

Nota: Para poder generar el certificado de defunción general del paciente se debe llenar los datos de departamento y municipio de nacimiento, como el departamento, municipio y zona de residencia.

Una vez seleccionado el paciente se debe apretar el botón de selección y aparecerá la siguiente pantalla:

CUADERNO DE CERTIFICADO DEFUNCIÓN GENERAL

Nº DE CERTIFICADO: Gestión: 2013 Hospital: HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS

DATOS DEFUNCIÓN PERINATAL
 HC = 98011355 Apellido Paterno: AVILA Apellido Materno: MORENO Nombre: RODRIGO

LUGAR DE NACIMIENTO: País: BOLIVIA Departamento: ORURO Provincia: CERCADO (Oruro) Municipio: SOPADACHI Localidad/Zona:

LUGAR GEOGRÁFICO DE FALLECIMIENTO: País: BOLIVIA Departamento: LA PAZ Provincia: ABEL ITURRALDE Municipio: BOMAS Localidad/Zona:

RESIDENCIA HABITUAL Y PERMANENTE: País: BOLIVIA Departamento: LA PAZ Provincia: INGAM Municipio: JESUS DE MACHACA Localidad/Zona: COPPA

BUSCAR POR GRUPO: 8002 - REGISTRO

Grupo	Variables	Registro	Detalle
8002 - . REGISTRO	8 - . ATENCION	1	1
8042 - . HV-EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN	15 - . EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN		
8044 - . HV-EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	2 - . FECHA DE NACIMIENTO	15/09/1972	15/09/1972
	5 - . EDAD		0
8045 - . HV-FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN	2 - . FECHA DE DEFUNCIÓN		
	7 - . HORA DEFUNCIÓN		
8005 - . HV-SEXO	15 - . SEXO	1	MASCULINO
8046 - . HV-ESTADO CIVIL	15 - . ESTADO CIVIL		

DATOS CERTIFICANTE
 Certificado por: Código: Nombre: Apellido: Fecha Emisión Certificado: 01/04/2013
 Maticula Profesional: C.I.: Exp.:

La cual presenta las siguientes opciones:

- Grabar
- Cancelar

Esta pantalla representa el llenado del certificado de defunción General, donde se debe completar los datos de:

- Nro. certificado, el sistema validara que no se duplique el número.
- Lugar de Nacimiento, el sistema jalara estos datos automáticamente de la historia clínica.
- Lugar de geográfico de Fallecimiento, que deben ser modificados.
- Lugar de Residencia habitual/permanente, que son jalados de la historia clínica automáticamente.

- Variables del certificado de defunción general, que están en función al certificado físico de defunción General CEMED, los datos que se introducen son numéricos, de tipo fecha, diagnósticos en base al CIE-10, de tipo lista o boléanos 0 o 1.
- Datos del certificante como ser el tipo de certificante, y el médico que realiza la certificación, este personal se jala de la base de datos de médicos.

Una vez llenado el formulario este quedara de la siguiente manera:

CUADERNO DE CERTIFICADO DEFUNCION GENERAL

N° DE CERTIFICADO: **654** Gestión: 2013 Hospital: HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS

DATOS DEFUNCION PERINATAL
 HC = 90011355 Apellido Paterno: AVILA Apellido Materno: MORENO Nombre: RODRIGO

LUGAR DE NACIMIENTO: País: BOLIVIA Departamento: ORURO Provincia: CERCADO (Deuro) Municipio: SORACACHI Localidad/Zona: ZONA CENTRO

LUGAR GEOGRAFICO DE FALLECIMIENTO: País: BOLIVIA Departamento: LA PAZ Provincia: INGAVI Municipio: JESUS DE MACHACA Localidad/Zona: COPPA

RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE: País: BOLIVIA Departamento: LA PAZ Provincia: MURILLO Municipio: EL ALTO Localidad/Zona: SENKATA

Buscar por GRUPO: 8002 - REGISTRO

Grupo	Variables	Registro	Detalle
8002 - REGISTRO	8 - ATENCION	1	1
8043 - HV-EL FALLECIMIENTO OCURRIO	15 - EL FALLECIMIENTO OCURRIO EN	3	VIA PUBLICA
8044 - HV-EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	2 - FECHA DE NACIMIENTO	15/09/1972	15/09/1972
	5 - EDAD	40	40 - años
8045 - HV-FECHA Y HORA DE DEFUNCION	2 - FECHA DE DEFUNCION	29/02/2013	28/03/2013
	7 - HORA DEFUNCION	11:23	11:23
8005 - HV-SEXO	15 - SEXO	1	MASCULINO
8046 - HV-ESTADO CIVIL	15 - ESTADO CIVIL	1	SOLTERO

DATOS CERTIFICANTE
 Certificado por: FORENSE Código: 54 Nombre: PATRICIA Apellido: ACARAPI Fecha Emisión Certificado: 01/04/2013
 Matrícula Profesional: MAT 343 C.I.: 734995 Exp: 01

Verificados y completados los datos que pida el sistema se procede a grabar el registro, quedando la siguiente pantalla:

Historial Clínico

Inicio: 01/04/2013 Fin: 01/04/2013 Cuaderno: CERTIFICADO DEFUNCION GENERAL Buscar: 8-ATENCION Médico

Nuevo Modificar Eliminar Ver Exportar Salir

CUADERNO DE CERTIFICADO DEFUNCION GENERAL

FECHA	FLA	N° HC	N° CERTIFICADO	DATOS PACIENTE	AÑOS	MESES	DIAS	SEXO	CERTIFICO
01.04.2013	1	90011355	654-MG	AVILA MORENO RODRIGO	40	6	16	Masculino	ACARAPI PATRICIA

4.3 Internación

En este sub módulo se registra a los pacientes hospitalizados, los trasposos de camas, y finalmente la alta médica de dichos pacientes.

Para ingresar, debe seleccionar la opción



Se tiene cinco opciones que permiten configurar los servicios, salas y camas, y en base a esa configuración permite realizar el registro e impresión de ordenes de ingreso salida.

4.3.1 Configuración de Servicios

El registró y mantenimiento de los servicios permite registrar los servicios de hospitalización prestados.

Para Adicionar, Modificar o Eliminar un servicio, se debe seguir los siguientes pasos:

- Seleccionar en el menú **Hospitalización** el ítem **Servicios**.
- A continuación se presentará una ventana que contiene el listado de los registros.

Código	Descripción	Cuaderno	Sigla	N° Camas	Especialidad SNIS
1	H - PEDIATRIA	H - PEDIATRIA		3	PEDIATRIA
2	H - MEDICINA GENERAL	H - MEDICINA GENERAL		6	MEDICINA GENERAL
3	H - CIRUGIA GENERAL	H - CIRUGIA GENERAL		2	CIRUGIA GENERAL
4	H - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	H - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		2	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
5	H - GERIATRIA	H - GERIATRIA		2	GERIATRIA

- Accediendo a la barra de herramienta o menú de la ventana se realiza el proceso que se necesite.
- Los recuadros en blanco de la parte superior de la ventana son los datos que se deben registrar.

Descripción. Representa a la descripción del servicio de internación

Sigla. Representa la sigla o una denominación corta del servicio

Numero de Camas. Permite definir el número de camas del servicio.

Especialidad del SNIS. Permite asociar el servicio creado a un nombre de especialidad estandarizado por el SNIS-VE.

Establecimiento SNIS. Permite asociar el servicio a un código de establecimiento que el SNIS define, esto con el fin de consolidar información.

4.3.2 Configuración de Salas

El registro y mantenimiento de las salas permite registrar a las salas del Hospital.

Para Adicionar, Modificar o Eliminar una Sala, se debe seguir los siguientes pasos:

- **Servicio.** Registra el servicio de la sala. Seleccionar en el menú **Hospitalización** el ítem **Salas**, o al botón de la barra de herramientas con el icono arriba mostrado.
- A continuación se presentará una ventana que contiene el listado de los registros.

	Descripción	Enumeración	Servicio	Piso
▶	SALA H - NIÑOS	1	H - PEDIATRIA	1
	SALA H - MUJERES (PUERPERIO)	2	H - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	1
	SALA H - MUJERES	3	H - MEDICINA GENERAL	1
	SALA H - VARONES	4	H - MEDICINA GENERAL	1
	SALA H - 3RA. EDADA	5	H - GERIATRIA	1
	SALA H - CIRUGIA GENERAL	6	H - CIRUGIA GENERAL	1

- Accediendo a la barra de herramienta o menú de la ventana se realiza el proceso que se necesite.
- Los recuadros en blanco de la parte superior de la ventana son los datos que se deben registrar.

Enumeración. Registra el Código de la sala que le da el usuario.

Descripción. Representa al nombre de la sala.

Piso. Representa al piso donde se encuentra la sala.

Para Buscar, se accede al botón de búsqueda, se habilitarán los datos de registro, donde se digitan el dato que se desee buscar, y nuevamente se accede al botón de búsqueda para obtener el resultado de la búsqueda.

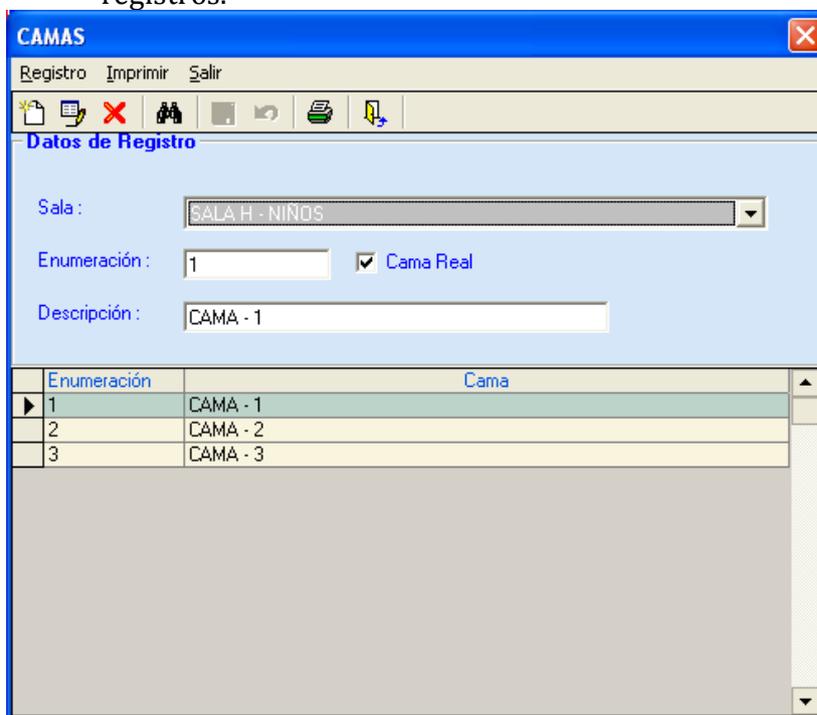
Sala: La sala representa el lugar físico que tiene varias camas asignadas

4.3.3 Configuración de Camas

El registró y mantenimiento de las camas permite registrar a las camas del Hospital agrupadas por Sala.

Para Adicionar, Modificar o Eliminar una Cama, se debe seguir los siguientes pasos:

- Seleccionar en el menú **Hospitalización** el ítem **Camas**, o al botón de la barra de herramientas con el icono arriba mostrado.
- A continuación se presentará una ventana que contiene el listado de los registros.



The screenshot shows a window titled "CAMAS" with a menu bar containing "Registro", "Imprimir", and "Salir". Below the menu is a toolbar with icons for file operations and printing. The main area is divided into two sections: "Datos de Registro" and a table.

Datos de Registro

Sala: SALA H - NIÑOS (dropdown menu)

Enumeración: 1 (text input) Cama Real

Descripción: CAMA - 1 (text input)

Enumeración	Cama
1	CAMA - 1
2	CAMA - 2
3	CAMA - 3

- Accediendo a la barra de herramienta o menú de la ventana se realiza el proceso que se necesite.
- Los recuadros en blanco de la parte superior de la ventana son los datos que se deben registrar.

Sala. Nos muestra el listado de todas las salas del hospital.

Descripción. Representa al nombre de la cama.

Para Buscar, se accede al botón de búsqueda, se habilitarán los datos de registro, donde se digitan el dato que se desee buscar, y nuevamente se accede al botón de búsqueda para obtener el resultado de la búsqueda.

Cama: Lugar físico donde el paciente está hospitalizado.

4.3.4 Hospitalización

El proceso para la internación del paciente es el siguiente:

- Seleccionar el menú principal del Sistema de Estadística y Hospitalizaciones el ítem de **Hospitalización-Internación** y a continuación aparecerá la siguiente pantalla. La opción **Imprimir Orden**, si está marcada; al guardar los datos de internación o salida, se imprimirá el reporte de orden de Internación u orden de salida.

The screenshot shows the 'Hospitalización' window with a menu bar (Registro, Imprimir, Salir) and a toolbar. Below the toolbar are radio buttons for 'Internado', 'Historial de internaciones', 'Diagnósticos pendientes "N"', and 'Transferidos'. There are also checkboxes for 'Imprimir Orden' and 'Predefinido', and a text field for 'V/ord'. A 'Historia Clínica' field is present. The main area contains a table with the following data:

Núm	Sexo	HC	Nombre Paciente	Servicio	Ubicación	Fe
958		8319	MACHACA GUTIERREZ JHORDAN	H - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Sala 3 MUJERES (Cama: 2 CAMA - 2) Departamento H - MEDICINA GENERAL	16/06
959		8318	APAZA TICONA HUGO	H - MEDICINA GENERAL	Sala 3 MUJERES (Cama: 1 CAMA - 1) Departamento H - MEDICINA GENERAL	16/06

At the bottom of the window, there is a status bar that reads: F7 = Cambio de cama en el mismo servicio

Para internar al paciente presione el Botón  , a mostrará la siguiente pantalla.

Hospitalización

Registro Imprimir Salir

HC: Edad: Fecha de Internación: 11/06/2012

Tipo de Paciente: INSTITUCIONAL

Proviene de: Consulta Externa Referido

Nro. de Orden: Observaciones de Internación

Items	Códigos	Detalle
Cama		
Estado	1	Internado
Fecha de Internación	11/06/2012	
Fecha de Alta		
Médico de Internación		
Médico de Alta		
Médico Tratante I		
Médico Tratante II		
Enfermera de Internación		
Enfermera de Alta		
Traspaso	N	No
Diagnóstico de Internación		
Diag. Causa Externa		
Diagnóstico de Alta		
Diagnóstico de Alta II		
Diagnóstico de Alta III		
Diagnóstico de Alta IV		
Diagnóstico de Alta V		
Diagnóstico de Alta VI		
Servicio		

HC. Se debe seleccionar la historia clínica del paciente que se internará.
Tipo de Paciente. Se debe seleccionar el **tipo de paciente**, se tiene las siguientes opciones:

Tipo de Paciente:

INSTITUCIONAL

INSTITUCIONAL

CONVENIO

Consulta Externa

Si elegimos la opción de convenio se habilitará la opción para escoger al convenio

Institución:

LEY 475

Proviene de: En esta opción se debe escoger de donde esta proviniendo el paciente, las opciones son las siguientes:

Proviene de:
 Observaciones de Internación:

Si elegimos la opción de Referido se habilitará la opción para escoger el hospital o centro de salud.

Referido:

Observaciones de entrada. En esta opción se registra las posibles observaciones que tenga el paciente al momento de su ingreso. Cabe destacar que **no es el diagnóstico** de internación.

· Fecha de Orden de Internación. Se registra la fecha en el que el médico da la orden de Internación.

Cama: En esta opción se debe escoger la cama donde el paciente se internara. Para ello tenemos dos opciones; primero podemos realizar un clic en -> Y luego nos mostrará todas las camas

Hospitalización
 Registro Imprimir Salir

Servicio: Todos Salir sin elegir cama

Camas										
Cam a	MUJERES-3	Cam a	SALA H - MUJERES	Cam a	SALA H - CIRUGIA	Cam a	SALA H - MUJERES-3	Cam a	SALA H - VARONES-4	Ca a
	2 * CAMA - 2 (8319) MACHACA GUTIERREZ JHORDAN	Libre	1 * CAMA - 4	Libre	1 * CAMA - 6	Libre	HCM * CAMA - 8	Libre	1 * CAMA - 11	Libre
	1 * CAMA - 1 (8318) APAZA TICONA HUGO	Libre	2 * CAMA - 5	Libre	2 * CAMA - 7	Libre	HCM * CAMA - 9	Libre	2 * CAMA - 12	Libre
						Libre	HCM * CAMA - 10	Libre	3 * CAMA - 13	
								Libre	3 * CAMA - 3	

Las casillas pintadas de color verde son las camas disponibles. Se debe elegir la cama presionando la tecla ENTER.

Estado: Para la internación del paciente se debe elegir la opción 1= internado.

Fecha de Internación: Debemos registrar la fecha de la internación del paciente en el servicio.

Doctor de Internación. Se registra el médico que dio la Orden de Internación.

Enfermera de Internación. Se registra la enfermera que registro la internación.

Traspaso. Para la internación del paciente se debe elegir la Opción de "N".

Diagnóstico de Internación. Se debe elegir el diagnóstico de Internación basándonos en el CIE10.

Servicio. Se elige el Servicio el que está ingresando el paciente.

Con estos datos se procede a realizar la Orden de Internación del paciente, con el botón .

4.3.5 Alta del paciente internado

El proceso para dar al paciente de alta es el siguiente:

Primero se debe buscar al paciente con la siguiente opción:

Internado Historia Clínica

 Historial de internaciones

Internado. Busca solo a Pacientes internos.

Internado Historia Clínica

 Historial de internaciones

NÚ	Sexo	HC	Nombre Paciente	Servicio	Ubicación
4		58818	CALDERON ZAPANA GRACIELA	CONSULTA EXTERNA	Sala 1 CONSULTA EXTERNA (Cama: 16) Departamento CONSULTA EXTEI



Historia clínica. Una vez que se seleccione al paciente se procede a presionar el botón de Modificar luego se mostrará la siguiente pantalla.

Hospitalización

Registro Imprimir Salir

HC: 6810 (090772-JCB) CHIPANA BORJA JUAN ALFREDO Edad: 39 años - 11 meses - 2 días Fecha de Internación: 11/06/2012
 Nro. de Orden: 175

Tipo de Paciente: INSTITUCIONAL
 Proviene de: Consulta Externa Referido

Derivado/Retornado Observaciones de Internación

Tipo de alta: MEDICA Observaciones del alta:

Cama	Estado	Fecha de Internación	Fecha de Alta	Médico de Internación	Médico de Alta	Médico Tratante I	Médico Tratar II
Sala 1 SALA H - NIÑOS (Cama: 2 CAMA - 2) Departamento H - PEDIATRIA	Internado	11/06/2012	00:00:00	SUÁREZ CORNEJO LITZIA MAYALY			

Luego se deberá completar los siguientes datos:

Referido a: Si el paciente requiere seguimiento en un centro que no sea el hospital, entonces se debe registrar el centro de salud.

Observaciones de salida. Se registra todas las observaciones que se tenga de la salida del paciente.

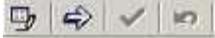
Tipo de Alta. Se registra el tipo de alta con la cual sale el paciente. Las opciones son las siguientes:

MEDICA

MEDICA
 SOLICITADA
 DEFUNCION
 FUGA

En la parte inferior se puede observar el detalle de la orden de internación.

Cama	Estado	Fecha de Internación	Fecha de Alta	Médico de Internación	Médico de Alta
Sala 1 SALA DE PREPARTOS (Cama: 21 CAMA 21) Departamento H. OBSTETRICIA	Internado	31/12/2004	0.00:00	BARBOZA ROMERO CARLOS CESAR	

Para dar de alta al paciente se debe presionar el botón  Modificar.

A continuación aparecerá la siguiente pantalla.

Items	Códigos	Detalle
Cama	2	Sala 1 SALA H - NIÑOS (Cama: 2 CAMA - 2) Departamento H - PEDIATRIA
Estado	1	Internado
Fecha de Internación	11/06/2012	
Fecha de Alta	00:00:00	
Médico de Internación	25	SUÁREZ CORNEJO LITZIA MAYALY
Médico de Alta	0	
Médico Tratante I	0	
Médico Tratante II	0	
Enfermera de Internación	0	
Enfermera de Alta	0	
Traspaso	N	No
Diagnóstico de Internación	8	A01.2 Fiebre paratifoidea B
Diag. Causa Externa	0	
Diagnóstico de Alta	0	
Diagnóstico de Alta II	0	
Diagnóstico de Alta III	0	

Primeramente se debe cambiar el estado a "De Alta", presionando el "2"

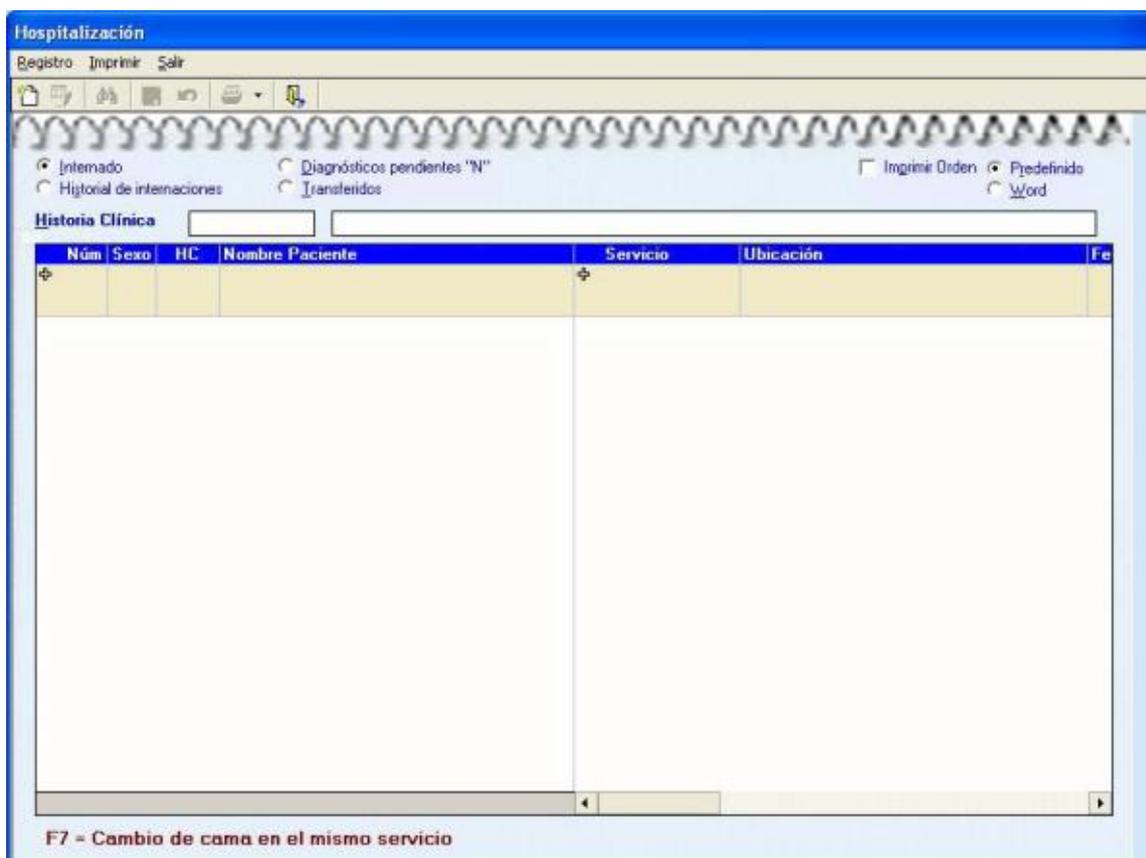
Estado	2	De alta
--------	---	---------

Se debe registrar la fecha del alta de orden la de internación, doctor de alta, enfermera de alta, y finalmente el diagnóstico de salida.



Luego se presiona el botón , para confirmar el cambio. (Una vez que se hayan confirmado los datos procedemos a registrarlos presionando la el Botón)

De esta manera se da al paciente de alta. Cabe destacar que el paciente no aparecerá en la siguiente pantalla cuando es dado de alta:



Para ello solo se puede encontrar al paciente cambiando la opción de búsqueda de Internado a Historial de internaciones.



4.3.6 Cambio de Servicio

Si el paciente requiere que se le transfiera de servicio se debe proceder de la siguiente manera:

Una vez que se de alta al paciente en el servicio, se debe proceder a registrar al paciente en otro servicio de la siguiente manera.

Se debe presionar el botón de traspaso como se muestra a continuación.



Cama	Estado	Fecha de Internación	Fecha de Alta	Médico de Internación	Médico de Alta	Médico Tratante
Sala 1 SALA DE PREPARTOS (Cama: 21 CAMA 21) Departamento H. OBSTETRICIA	De alta	31/12/2004	31/12/2004	BARBOZA ROMERO CARLOS CESAR	UGALDE CASTRO, MIGUEL ANGEL	

Entonces aparecerá la siguiente pantalla.



Items	Códigos	Detalle
Cama		
Estado	1	Internado
Fecha de Internación	31/12/2004	
Fecha de Alta		
Médico de Internación		
Médico de Alta		
Médico Tratante I		
Médico Tratante II		
Enfermera de Internación		
Enfermera de Alta		
Traspaso	S	Si
Diagnóstico de Internación	10	AD14-Fiebre paratifoidea, no especificada
Diagnóstico de Internación II		
Diagnóstico de Internación III		



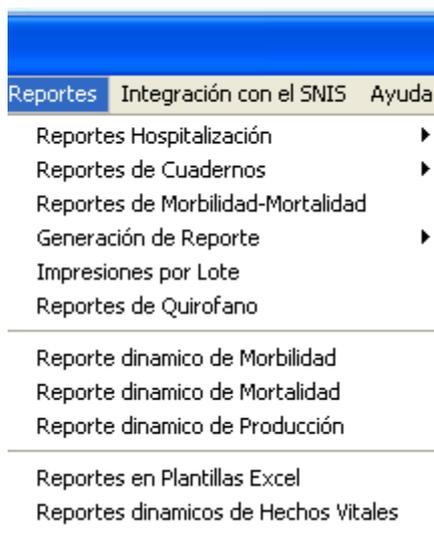
Una vez que completemos los datos necesarios se deberá presionar el botón de confirmación , para finalmente grabar el traspaso con el Botón de Grabar.

Manual del SICE

Capítulo V

5. Reportes

- Se muestra los reportes de producción, morbilidad, internación y hechos vitales.
- Seleccionar el menú principal el ítem de **Reportes**
Inmediatamente se visualizará:



5.1 Reportes Hospitalización

En esta opción podemos obtener lo siguientes reportes:

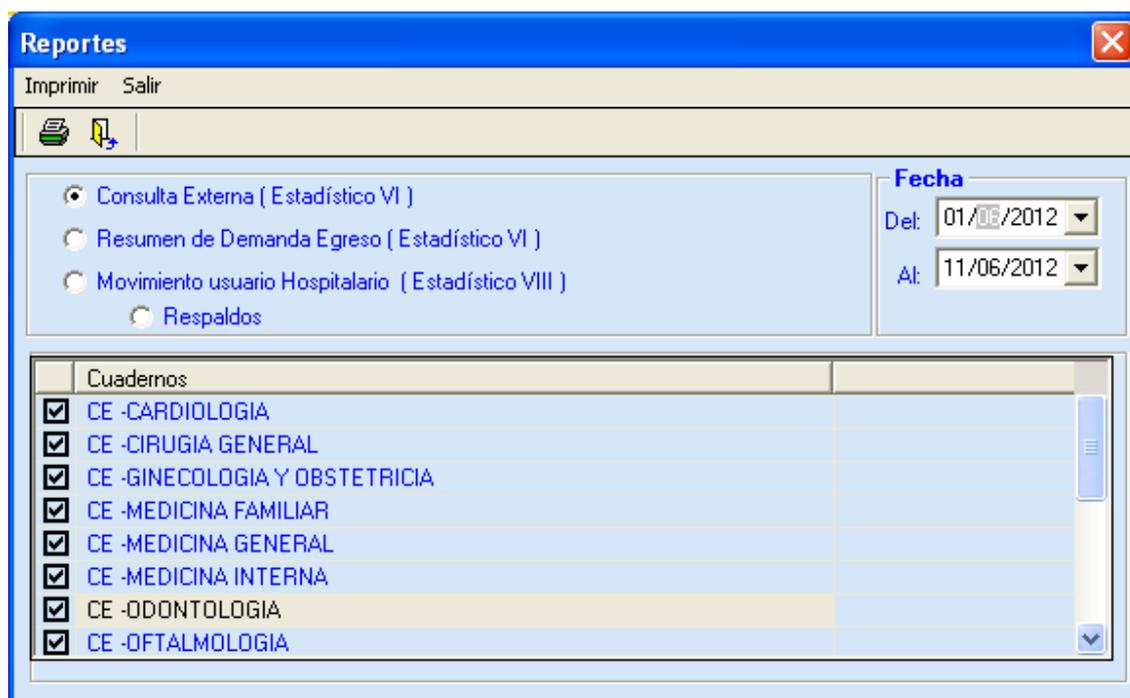


- Estadístico VI.
- Estadístico VIII.
- Indicadores Hospitalarios
- Censo de camas

- Pacientes internados y datos de alta
- Causas Principales de Egreso

5.1.1 Estadístico VI y VIII

Para imprimir el Estadístico VI y VIII debemos realizar el siguiente proceso.



Si se elige la opción **de cuaderno o especialidad** en el caso de seleccionar Estadístico VI de Consulta Externa



En el caso de Hospitalización. Se debe seleccionar el Estadístico VI o el Estadístico VIII



Luego se debe seleccionar el servicio o todos:

Después de elegir todas las opciones presionamos el botón de Imprimir .

Nro.	FECHA INGRESO	HC.	DIAGNOSTICO	EDAD	SEXO	C.I.E.	FECHA EGRESO	TIPO EGRESO	DÍAS ESTADA
1	23/01/2003	186420	Luxación de la articulación acromioclavicular	20	M	5801	30/03/2004	2 - SOLICITADA	2
2	23/01/2003	186424	Lesión de la muñeca y de la región temporomandibular	31	F	5014	30/03/2004	2 - SOLICITADA	1
3	23/01/2003	186976	Otros trastornos y lesiones capilares	24	M	8201	30/03/2004	4 - FUGA	2
4	20/01/2004	187104	Otros trastornos orgánicos de la cavidad pulmonar	30	F	0201	14/03/2004	4 - FUGA	15
5	23/01/2004	186416	Trastorno de la circulación en capilares de la cavidad pulmonar	36	M	7901	03/03/2004	2 - SOLICITADA	6
6	23/01/2004	186421	Otros trastornos capilares de la cavidad pulmonar	46	F	8101	03/03/2004	2 - SOLICITADA	6
7	23/01/2004	186423	Trastorno por fracturas orgánicas y abomasas	24	F	7601	03/03/2004	2 - SOLICITADA	5
8	20/01/2004	186535	Lesión de la cavidad sin capilaridad	22	F	1039	03/03/2004	2 - SOLICITADA	2
9	20/01/2004	186532	Tuberculosis del pulmón, curada por medio de capilaridad	24	M	1103	03/03/2004	4 - FUGA	2
10	20/01/2004	187210	Deficiencia de la cavidad dependiente	10	M	0101	03/03/2004	2 - SOLICITADA	4
11	20/01/2004	186520	Insuficiencia cardíaca	47	F	50	03/03/2004	2 - SOLICITADA	8
12	20/01/2004	187070	Abceso pericardial con fibrina	27	M	1040	03/03/2004	2 - SOLICITADA	2
13	23/01/2004	186780	Deficiencia de la cavidad dependiente	54	F	0111	03/03/2004	2 - SOLICITADA	3
14	23/01/2004	186730	Trastorno por fracturas orgánicas y abomasas	0	F	7601	03/03/2004	2 - SOLICITADA	3
15	01/01/2004	186610	Neuritis bilobulosa (S07)	34	M	1170	14/03/2004	2 - SOLICITADA	13
16	01/01/2004	186377	Demencia presenil no delirada en sus parásitos	75	M	290	03/03/2004	3 - DEFUNCIÓN	1
17	01/01/2004	186358	Lesión de la cavidad de la b	35	M	5205	03/03/2004		1

5.1.2 Indicadores Hospitalarios

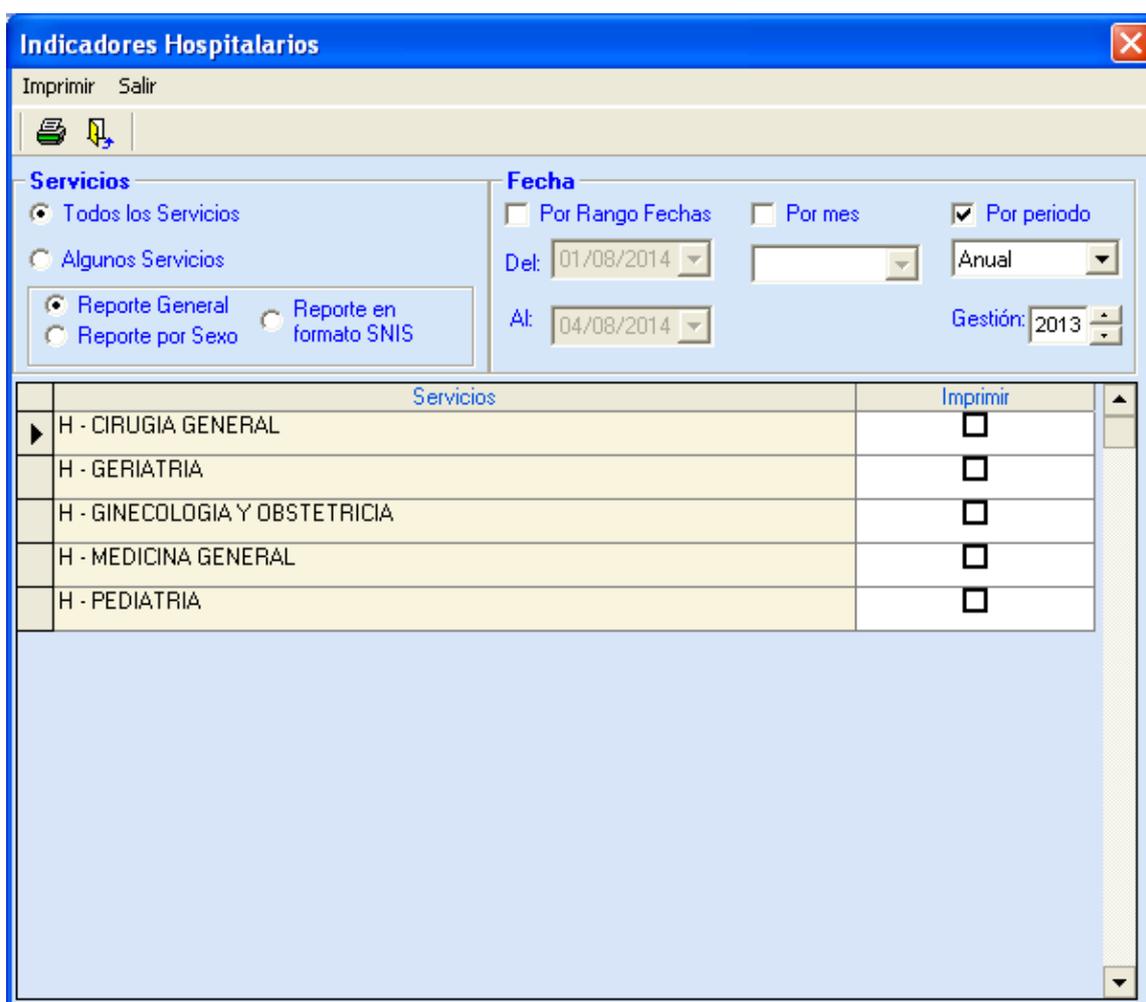
Seleccionar la opción **Todos los servicios** para obtener el reporte por servicios

Seleccionar la opción **Algunos servicios** para obtener el reporte por los servicios seleccionados de la lista de abajo.

Seleccionar el rango de fechas que puede ser por un rango específico, por mes, o por periodo para obtener el reporte.

Seleccionar la opción Reporte General, por sexo o en el formato SNIS que está ajustado en esta nueva versión para ver el reporte del formulario de consolidación hospitalario.

Para mostrar la vista preliminar, utilizar el botón .



Servicios	Imprimir
H - CIRUGIA GENERAL	<input type="checkbox"/>
H - GERIATRIA	<input type="checkbox"/>
H - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	<input type="checkbox"/>
H - MEDICINA GENERAL	<input type="checkbox"/>
H - PEDIATRIA	<input type="checkbox"/>

HOSPITAL LA PAZ
SISTEMA DE INFORMACION DE REGISTRO DE ATENCION CLINICA

INDICADORES HOSPITALARIOS POR SERVICIO
Annual - 2013

Servicio	Camas	INGRESOS					EGRESOS					TOTAL Ingresos	Ingreso Egreso Mano día	HECHOS		
		Exist.	Huecos	Ref.	Trasl.	TOTAL	Altas	Trasl.	Contr. referidos	DEF. A48	DEF D48			Días cama Disp.	Días cama Ocup.	N° días Estado
H - CIRUGIA GENERAL	2	0	1	0	4	5	4	0	0	0	2	6	1	730	356	630
H - GERIATRIA	2	0	155	0	0	155	153	2	2	0	0	157	121	730	570	486
H - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	3	0	84	2	0	86	83	1	2	0	0	86	30	1095	161	131
H - MEDICINA GENERAL	6	0	140	0	0	140	132	1	8	0	1	142	111	2190	375	234
H - PEDIATRIA	3	0	6	1	0	7	5	0	1	1	0	7	0	1095	30	30
TOTALES	16	0	389	2	4	396	377	4	12	1	3	398	262	6840	1531	1591

5.1.3 Censo de camas

Reportes del Paciente

Imprimir Salir

Agrupar por sala Agrupar por Servicio

SALA DE PREPARTOS-1	GINECO-OBSTETRICIA-2	PEDIATRIA-3	CIRUGIA - TRAUMATOLOGIA-4	NEONATOLOGIA-5	MEDICINA INTERNA-6	CIRU- TRF
19 * CAMA 19 (163295) MURILLO EGUINO GILMA	26 * CAMA 26 (112815) POMA POCDACA	67 * CAMA 67	65 * CAMA 65	1 * CUNA 1 (161749) RAMIREZ PEREIRA MARITZA	51 * CAMA (129302) ROJAS CABRILLO NESTOR	51 (163 PEF
20 * CAMA 20	27 * CAMA 27 (161426) LOPEZ VARGAS SILVIA	68 * CAMA 68	86 * CAMA 86	2A * CUNA 2A (163919) DORADO ARIZAGA R N	52 * CAMA (46768) IBAÑEZ RAMIREZ ROLY	52 (164 DAF
21 * CAMA 21 (111849) AARON HUANCA KEVIN	28 * CAMA 28 (145922) LUQUE ALIAGA JUANA	69 * CAMA (162903) GOMEZ MAGNE MANUEL	69 87 * CAMA 87	2B * CUNA 2B (164506) MENCINAS SALCEDO RN MASC	54 * CAMA (163012) MENDOZA NIELSEN JAVIER	54 (164 EST
22 * CAMA 22	29 * CAMA 29 (161426) LOPEZ VARGAS SILVIA	70 * CAMA 70	88 * CAMA (164508) MONTAÑO BALUISYA OSCAR	2C * CUNA 2C (163652) QUENTA CONDORI BEBE	55 * CAMA (162476) APAZA MARCA NELSON	55 (126 SAC
23 * CAMA 23	30 * CAMA 30 (139052) QUENTA MAMANI DOROTEA	71 * CAMA 71	89 * CAMA 89	2D * CUNA 2D (163419) MARCA GOMEZ ADAN	56 * CAMA	56 (163 CDF
24 * CAMA 24	31 * CAMA 31 (160607) GUARACHI ALEJO UBALDA	72 * CAMA (161990) APAZA CHURA RAMON	72 90 * CAMA 90 (161227) ARUQUIPA QUISPE DAVID	3 * CUNA 3 (164263) MAMANI MONTAÑO MAZIEL	57 * CAMA	57 (164 SAL
25 * CAMA 25	32 * CAMA 32 (164511) CALLISA CALLISA SONIA	73 * CAMA 73	91 * CAMA 91	4 * CUNA 4 (164175) QUISPE CHOQUE ADAN	58 * CAMA	58 (152 VEF
	33 * CAMA 33	74 * CAMA (158711) SIRPA CAMA BEBE	74 92 * CAMA 92	5 * CUNA 5	59 * CAMA (104023) CHAMBILLA SOSSA DAMIANA	59 (163 CAJ
		75 * CAMA 75	93 * CAMA 93	6 * CUNA 6	60 * CAMA	60 (164 MA)
		76 * CAMA 76	94 * CAMA (163183) FALCON CALLISAYA	7 * CUNA 7 (162973) CHOQUE YUJRA ADAN	61 * CAMA (162905) QUISPE QUISPE GREGORIA	61 (162 LAZ
		77 * CAMA 77	95 * CAMA 95	8 * CUNA 8 (162130) QUISPE MAMANI ADAN X	62 * CAMA (162648) CESPEDES JUSTINIANO MARIA	62 (114

5.1.4 Pacientes internados y de Alta

Seleccionar la opción **Pacientes internados** para el reporte de los pacientes internados entre las fechas indicadas.

Seleccionar la opción **Pacientes de alta** para el reporte de los pacientes dados de alta entre las fechas indicadas.

Seleccionar la opción **Ambos** para el reporte de los pacientes internados o externados entre las fechas indicadas.

Reporte de Pacientes Internados y Egresados

Imprimir Salir

Estado de los Pacientes

Pacientes Internados

Pacientes de Alta

Ambos

Rango de Fechas

Del:

Al:

Servicio:

HOSPITAL LA PAS
1 of 2
58%

CONTRACCIÓN

FECHA INGRESO	COD. P. PAC.	DIAGNÓSTICO	TIPO DE PACIENTE (INSTITUCIÓN)	PROYECTO/PROGRAMA DE TRATAMIENTO	ADM. INGRESO	ADM. ALTA	DIAS INGRESO	DEMS. EGRESO	AREA	CANA (PACIENTE)
11/07/2012	8724/187122148	DIAGNÓSTICO	CONTRACCIÓN	CONTRACCIÓN	CONTRACCIÓN	CONTRACCIÓN	CONTRACCIÓN	CONTRACCIÓN	CONTRACCIÓN	CONTRACCIÓN

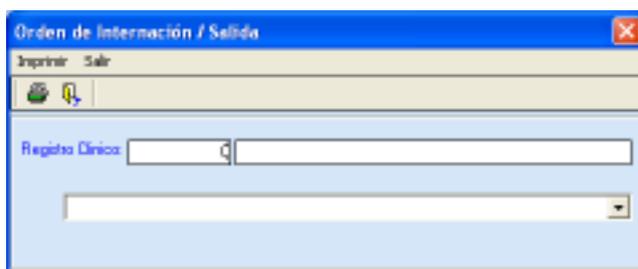
5.1.5 Causas principales de egreso

Permite obtener el reporte de las 10 o más causas principales de egreso por servicio y tipo de alta, puede seleccionar la opción de considerar traspasos entre servicios o no considerarla, dependiendo la necesidad de información:

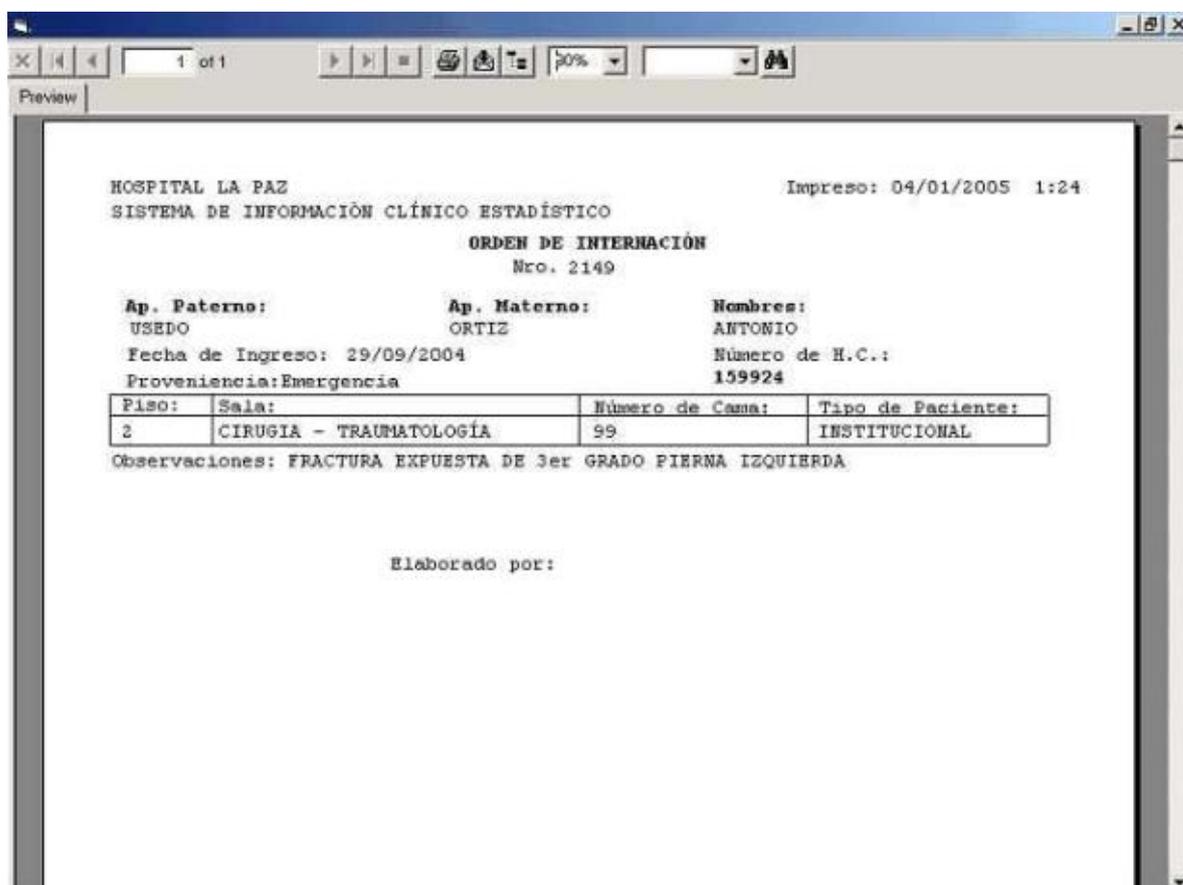
No.	Causa	Código	Atendidos	Internados	Salidas	Muestras	Incidencias	Promedio (Días)
CAUSAS								
1	OTR	Otros diagnósticos de laboratorio	33	0	0	33	33	1.00
2	HEA	Demencia	0	0	0	0	0	1.00
3	HEE	Alto, no especificado	0	0	0	0	0	1.00
4	ZD	Quemadura y otros del pecho	4	0	0	4	4	1.00
5	ODAS	Alto de tipo no especificado	2	0	0	2	2	1.00
6	AD	Quemadura o quemadura de quemadura	2	0	0	2	2	1.00
7	ODIA	Alto espontáneo, incompleto, de causa	1	0	0	1	1	1.00
8	ODIS	Alto espontáneo, incompleto, de causa	1	0	0	1	1	1.00
9	AD	Alto	1	0	0	1	1	1.00
10	ZD	Alto o quemadura espontánea	1	0	0	1	1	1.00
TOTAL CAUSAS			44	0	0	44	44	
OTROS								
11	HAU	HAU	2	0	0	2	2	1.00
12	PEE	PEE	14	0	0	14	14	1.00
TOTAL OTROS			16	0	0	16	16	
TOTAL			60	0	0	60	60	

5.1.6 Impresión de Documentos

Las opciones de **Orden de Internación** y **Orden de Salida**, realiza una reimpresión de las órdenes de internación o salida.

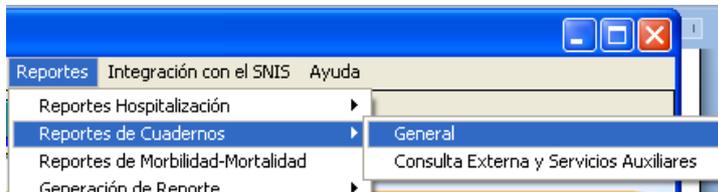


- Ingresar la Historia Clínica y presionar el ENTER, y luego se listarán los números de orden de internación.
- Seleccionar el número de orden de internación, la cual se reimprimirá la orden de internación o salida.



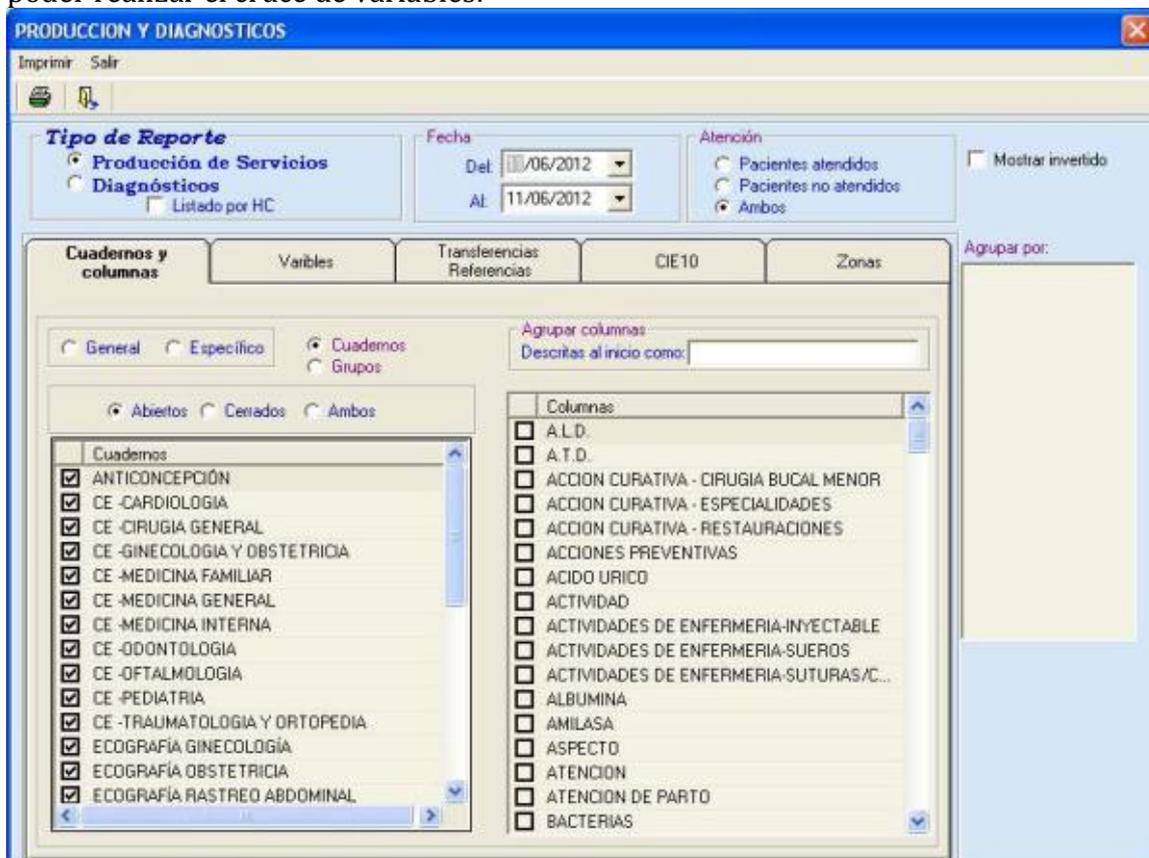
5.2 Reportes de cuadernos

Esta opción permite obtener datos de producción, en general, por especialidad y servicios auxiliares e información del SNIS:



5.2.1 Reporte General

Permite obtener estadísticas de los cuadernos de consulta externa, internación y poder realizar el cruce de variables:



Ahora se describen las opciones de selección para la generación del reporte:

Tipo de reporte:

Producción de Servicios: Permite obtener totales para las columnas del tipo 0,1,5,8,9,10,11,12,13,14,15.

Producción de Epidemiológica: Permite obtener totales para la columna del tipo 3 (cie10).

General: Permite obtener totales de las columnas comunes de entre todos los cuadernos seleccionados.

Específico: Permite obtener totales de las columnas comunes especificados por los cuadernos seleccionados.

Grupo: Selecciona grupos de columnas.

Cuadernos: Selecciona cuadernos.

Dada la selección de grupo o cuadernos se deben seleccionar las columnas de las cuales se requieren obtener los totales, tomando en cuenta los tipos de columnas.

Fecha Inicio y Fecha Fin son los rangos de los datos que se desee obtener.

Lo siguiente, describe los criterios de agrupación de los datos a obtener, los cuales, a medida que se seleccionen se mostraran en la lista etiquetada como **Agrupar por:**

Rango de edades, si se selecciona la opción **SI**, se habilita las opciones de tipo de rangos de edad: Años, Meses, Días; y de éstas, seleccionar los rangos bajo las cuales se agrupar las columnas seleccionadas.

- **Agrupación por sexo.** Para considerar este criterio, marcar la opción **Agrupar por Sexo**, luego seleccionar la opción del sexo: Masculino, Femenino o Ambos.
- **Agrupación por Emergencia.** Para considerar este criterio, marcar la opción **Agrupar por Emergencia**, luego seleccionar la opción **SI** para casos ingresados por emergencia, o **NO** para el caso contrario o en su defecto marcar **Ambos** para obtener totales de ambos grupos.
- **Agrupación por Consulta/Reconsulta.** Para considerar este criterio, marcar la opción **Agrupar por Consultas**, luego seleccionar la opción del tipo de Consulta: Consulta, Reconsulta o Ambas.
- **Referencias/Transferencias.** Para el criterio de Referencias o transferencias, seleccionar las opciones **Referidos de** o **Transferidos a** .
- **Agrupación por Medico.** Para agrupar los totales por medico marcar la opción **Agrupar por**. Si se desea seleccionar por algún medico específicamente, marcar la opción **Por Medico** y luego colocar el código del medico en el texto ubicado debajo de la opción.

Para imprimir los totales, de con respecto a lo criterios seleccionados, hacer clic en el botón o seleccionar el menú Imprimir .

PRODUCCION Y VIGILANCIA

Imprimir Salir

Del: 01/11/2004 Al: 30/11/2004

Adicionar al anterior
prod_nov

Reporte

CUADERNO RANGO DE EDAD SEXO MEDICO

CUADERNO	RANGO DE EDAD	SEXO	MEDICO	DATO	
CE. CIRUGIA GRAL.	15- 59	Femenino	CAHUAYA QUISPE LOURDES	9	
		Masculino		5	
	60- 130	Femenino	FERNANDEZ VEIZAGA ANA MARIA	9	
		Masculino		1	
	CE. DERMATOLOGIA	15- 59			7
		60- 130	Masculino	HERRERA SALINAS MARCELA	1
		15- 59			1
		60- 130	Femenino		1
CE. DERMATOLOGIA	15- 59	Masculino	OROPEZA HERMINIA IRMA	3	
		Femenino		10	
	1 - 4			5	
	15- 59	Masculino	QUINTELA DIEZ DE MEDINA JENNY CLARA	37	
	5 - 14	Femenino		9	
	1 - 4	Masculino		1	
15- 59	Femenino	27			
				4	

PRODUCCION Y VIGILANCIA

Imprimir Salir

Del: 01/08/2004 Al: 31/08/2004

Adicionar al anterior
vig_ago

Reporte

CUADERNO RANGO DE EDAD

CUADERNO	RANGO DE EDAD		DATO
CE. OTORRINOLARINGOLOGIA	15- 59	S00 - Traumatismo superficial de la	1
CE. MEDICINA INTERNA	0	N30 - Cistitis	1
CE. CARDIOLOGIA	5 - 14	K21 - Enfermedad del reflujo	1
CE. FISIOTERAPIA	0	M19 - Otras artrosis	2
CE. CARDIOLOGIA	15- 59	Z39 - Examen y atención del postparto	2
CE. MEDICINA INTERNA	0	J04 - Laringitis y traqueitis agudas	2
CE. PEDIATRIA SUMI	1 - 4		2
CE. OTORRINOLARINGOLOGIA	0	J11 - Influenza debida a virus no	1
	15- 59	H02 - Otros trastornos de los párpados	1
CE. MEDICINA INTERNA	0	M06 - Otras artritis reumatoides	1
CE. OTORRINOLARINGOLOGIA	15- 59	Q13 - Malformaciones congénitas del	1
CE. CARDIOLOGIA	0	R09 - Otros síntomas y signos que	1
CE. NEUROLOGIA	60- 130	G20 - Enfermedad de Parkinson	1
CE. MEDICINA INTERNA	0	M19 - Otras artrosis	1
CE. PEDIATRIA SUMI	1 - 4	A09 - Diarrea y gastroenteritis de	33
CE. CARDIOLOGIA	0	I10 - Hipertensión esencial (primaria)	2
CE. PEDIATRIA SUMI	5 - 14	J06 - Infecciones agudas de las vías	1
CE. OTORRINOLARINGOLOGIA	60- 130	J02 - Faringitis aguda	2

Para agrupar entre las columnas del reporte, coloque el mouse sobre la columna a agrupar y muévelo presionando el botón izquierdo, hacia la sección que describe **Coloque la(s) columna(s) por la que desea agrupar.**

GRUPO	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA	VALOR
113	Cuero	CONSULTA GENERAL	1
114	Cuero escudo en el ojo	CONSULTA GENERAL	4
117	Cuero escudo en las vías	CONSULTA GENERAL	3
118	Cuero escudo en el tubo digestivo	CONSULTA GENERAL	5
120	Quemadura y herida de la cabeza y	CONSULTA GENERAL	3
123	Quemadura y herida de la cabeza y	CONSULTA GENERAL	4
124	Quemadura y herida de la cabeza y	CONSULTA GENERAL	2
125	Quemadura y herida del tórax y	CONSULTA GENERAL	1
129	Quemadura y herida de	CONSULTA GENERAL	1
200	Examen general e identificación de	CONSULTA GENERAL	90
201	Otros exámenes especiales e	CONSULTA GENERAL	13
230	Atención para la malnutrición	CONSULTA GENERAL	10
234	Supervisión de salubridad normal	CONSULTA GENERAL	542
234	Supervisión de salubridad no gran	CONSULTA GENERAL	1
236	Pruebas genéticas	CONSULTA GENERAL	3
239	Tratamiento y atención del paciente	CONSULTA GENERAL	199
2711	Paciente que tiene otra infección, e	CONSULTA GENERAL	1
276	Paciente no contactado con las	CONSULTA GENERAL	206

5.2.2 Reportes de cuadernos y servicios auxiliares

La otra opción para reportes de producción y vigilancia epidemiológica esta en el submenú Agrupado, que presenta un reporte agrupado por edad, se toma en cuenta en esta versión los nuevos rangos de edades del SNIS definidos para la gestión 2014, consulta/reconsulta y sexo que estarían agrupadas a su vez por las columnas seleccionadas, así como se muestra en la siguiente pantalla:

Reporte de producción

Imprimir Salir

Fecha
 Del: 04/08/2014
 Al: 04/08/2014

Atención
 Pacientes atendidos
 Pacientes no atendidos
 Ambos

Médico
 Médico de Referencia
 Referido de:
 Referido a:
 Tipo de paciente

Agrupación por Variables: Rango Edad: SNIS 2013

Cuadernos	Columnas
<input type="checkbox"/> BACTERIOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> CE - ODONTOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> CE - CIRUGÍA GENERAL	
<input type="checkbox"/> CE - GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	
<input type="checkbox"/> CE - MEDICINA GENERAL	
<input type="checkbox"/> CE - PEDIATRÍA	
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DEFUNCIÓN GENERAL	
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DEFUNCIÓN PERINATAL	
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO UNICO NACIDO VIVO	
<input type="checkbox"/> COPROPARASITOLÓGICO	
<input type="checkbox"/> DIALISIS PERITONEAL	
<input type="checkbox"/> ECOGRAFÍA GINECOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> ECOGRAFÍA OBSTETRICIA	
<input type="checkbox"/> ECOGRAFÍA PASTRED ABDOMINAL	
<input type="checkbox"/> ELECTROCARDIOGRAMA	
<input type="checkbox"/> EMERGENCIA	
<input type="checkbox"/> ENFERMERIA MEDICINA GENERAL	
<input type="checkbox"/> EXAMEN DE ORINA	

HOSPITAL LA PAZ
SISTEMA DE INFORMACION CLINICO ESTADISTICO

REPORTE DE PRODUCCION
01/01/2014 - 04/08/2014

	Menor de 6 meses		6 meses a 1 año				1 a 4 años				5 a 9 años				10 a 14 años				15 a 19 años	
	NUEVA		REPETIDA		NUEVA		REPETIDA		NUEVA		REPETIDA		NUEVA		REPETIDA		NUEVA		REPETIDA	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
CE - ODONTOLOGIA																				
ATENCION	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
TOTAL	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
CE - CIRUGIA GENERAL																				
ATENCION	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CE - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA																				
ATENCION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
CE - MEDICINA GENERAL																				
ATENCION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	1	
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	1	
CE - PEDIATRIA																				
ATENCION	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CERTIFICADO DEFUNCION GENERAL																				
ATENCION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
CERTIFICADO UNICO NACIDO VIVO																				
ATENCION	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
DIALISIS PERITONEAL																				
ATENCION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

5.3 Reporte de Morbilidad/Mortalidad

Permite emitir reporte de patologías más prevalentes en consulta externa, como internación, cruzando algunas variables y agrupando en diferentes formas:

Se selecciona opciones del tipo de reporte que se desea obtener y se presiona el botón imprimir, obteniendo un reporte similar a:

		Morbilidad	Fuente	TOTAL	PORCENTAJE %
Causas					
J60	Bronquitis aguda	12	19	31	6.53 %
J00	Faringitis aguda (resfriado común)	9	16	25	5.26 %
K29	Gastritis y duodenitis	7	11	18	3.79 %
M13	Otros artritis	6	9	15	3.16 %
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3	11	14	2.95 %
M54.5	Lumbago no especificado	5	8	13	2.74 %
J03	Amigdalitis aguda	4	9	13	2.74 %
M06	Otros artritis reumatoides	6	5	11	2.32 %
H10	Conjuntivitis	6	6	11	2.32 %
K29.1	Otros gastritis agudas	2	7	9	1.89 %
TOTAL Causas		59	101	160	33.68 %
Otros					
Resto de las Causas		96	152	248	52.21 %
Controles		12	26	38	8.00 %
Mal definidas		7	22	29	6.11 %
TOTAL Otros		115	200	315	66.32 %

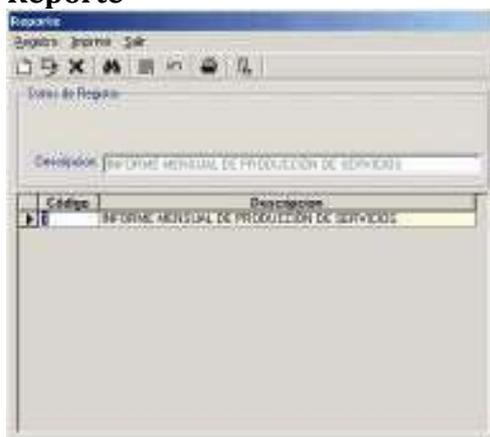
5.4 Generación de reportes

Esta opción permite crear, configurar e imprimir el reporte de producción del SNIS, para se sugiere revisar el anexo II.

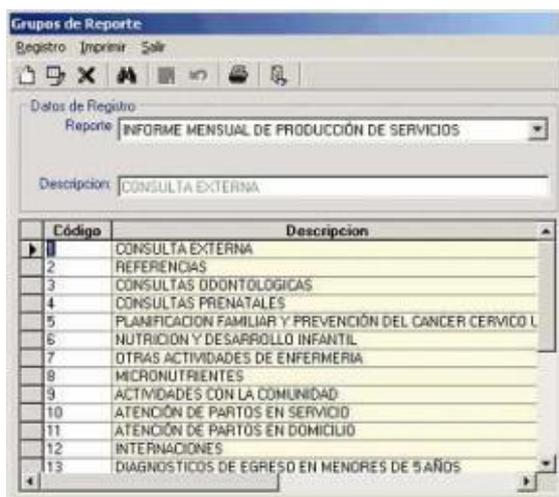
Creación

Comprende la creación de las partes que compone el reporte

Reporte



Grupo



Fila

Código	Descripción
1	Nuevas en menores de 5 años
2	Repetidas en menores de 5 años
3	Nuevas en personas de 5 a 14 años
4	Repetidas en personas de 5 a 14 años
5	Nuevas en personas de 15 a 59 años
6	Repetidas en personas de 15 a 59 años
7	Nuevas en personas de 60 años o más
8	Repetidas en personas de 60 años o más

Configuración

Grupos de Fila. Permite la configuración de los criterios generales para uno o varios grupos de fila. Los criterios generales serán:

Cuadernos: Selección de los cuadernos de donde se obtendrá la información descrita en la fila y grupo de fila.

Rango de edades: Selección de rangos, ya sean por años, meses o días

Consultas: Ya sea nueva o repetida.

Emergencia: Pacientes que ingresaron por emergencia o no

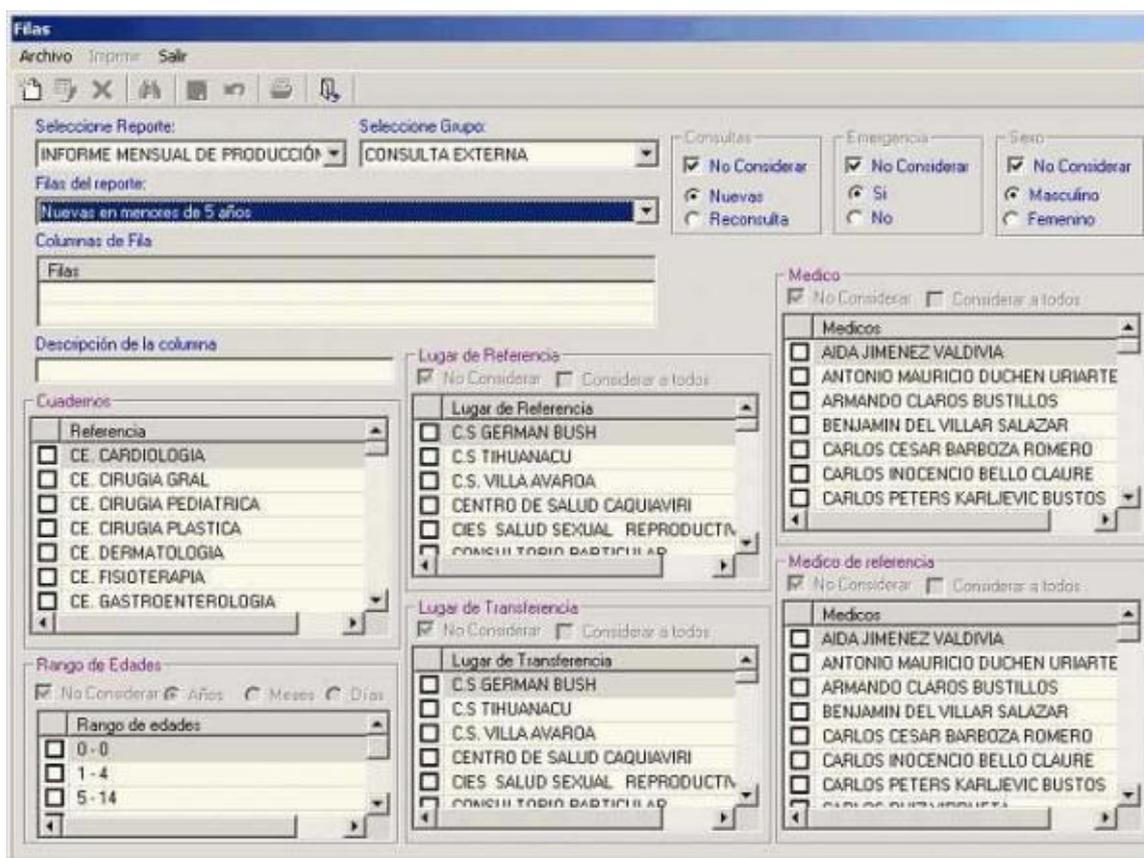
Sexo: Considerar sexo

Lugar de referencia: Pacientes referidos de otros establecimientos.

Lugar de transferencia: Pacientes que se transfirieron a otros establecimientos

Medico: Si se desea especificar el médico de atención

Medico de referencia: Si se desea especificar el médico que refirió a otro servicio



Para adicionar un nuevo grupo de fila, primeramente seleccionar de las listas el reporte, grupo y fila y seguidamente seleccionar en el menú Archivo, la opción **Nuevo** o clicar el botón .

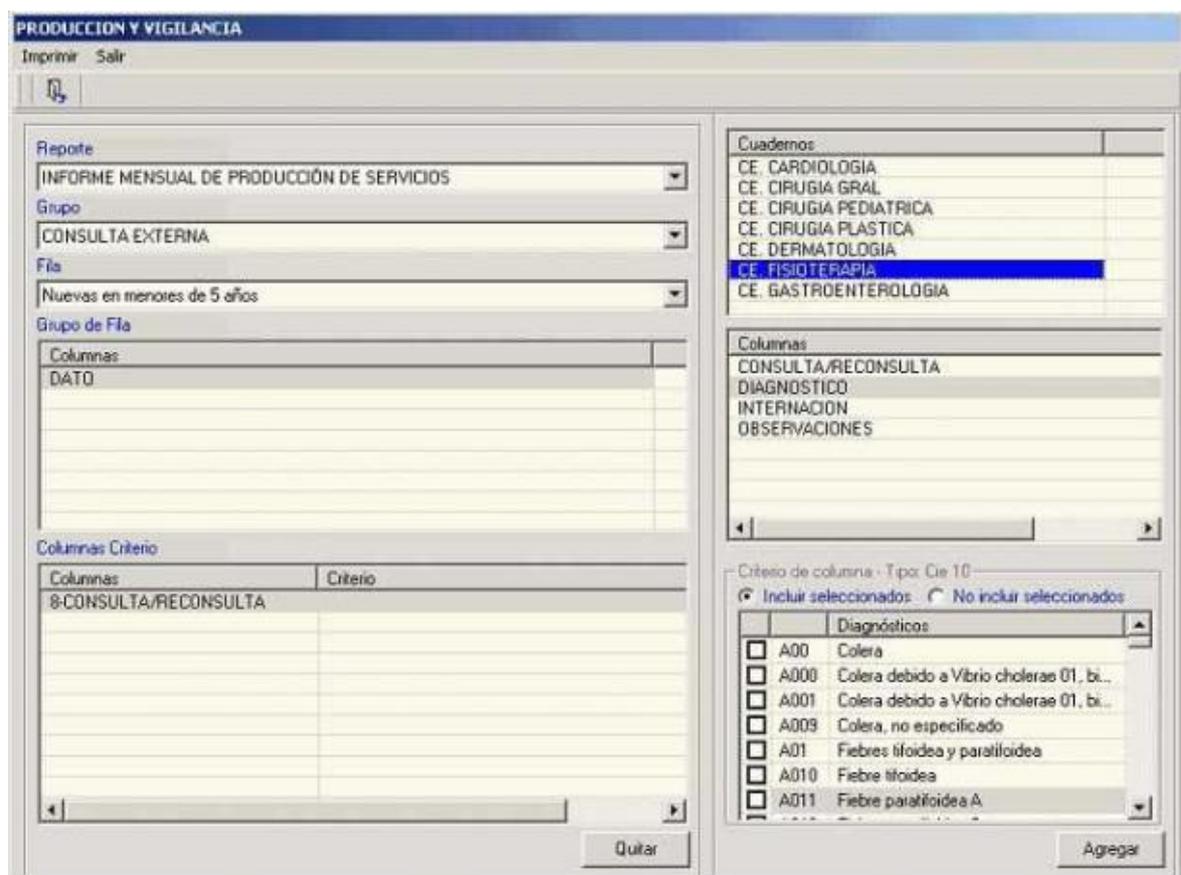
- En el texto etiquetado como **Descripción de Columna**, ingresar el nombre de grupo fila.
- Marcar de la lista **Cuadernos**, los correspondientes al criterio de la fila.
- Si se considera rangos de edad, desmarcar la opción **No considerar**, y marcar entre las opciones Años, Meses o Días, seguidamente seleccionar los rangos de la opción seleccionada.
- Para considerar el criterio de **Consulta / Reconsulta, Emergencia o Sexo** desmarcar la opción **No considerar** y seleccionar la opción correspondiente.
- Para considerar el criterio **Lugar de referencia** o **Lugar de Transferencia**, desmarcar la opción **No considerar** y marcar de la lista los lugares a considerar o en su defecto marcar la opción **Considerar a todos** para el caso que se tome en cuenta a todos los referidos o transferidos cualquier establecimiento.
- Para considerar el criterio **medico** o **medico de referencia**, desmarcar la opción **No considerar** y marcar los funcionarios a considerar o en su defecto marcar la opción **Considerar a todos** para el caso que se tome en cuenta a todos los pacientes referidos de entre otros médicos.

Para modificar los criterios, seleccionar de las listas el reporte, grupo y fila y seguidamente seleccionar en el menú Archivo, la opción **Modificar** o hacer click en el botón .

Para eliminar un grupo de fila, seleccionar de las listas el reporte, grupo, fila y grupo de fila a eliminar; seguidamente seleccionar en el menú Archivo, la opción **Eliminar** o hacer click en el botón .

Columnas. Esta opción permite definir los criterios específicos para el grupo de fila configurado.

- Seleccionar de las listas el reporte, grupo, fila y grupo de fila.
- En la parte derecha superior se listan los cuadernos seleccionados al definir los criterios generales
- La siguiente lista muestra las columnas de los cuadernos arriba mostrados. Cada columna que se selecciona se asocia con el tipo de columna



The screenshot shows the 'PRODUCCION Y VIGILANCIA' application window. It features several configuration panels:

- Reporte:** A dropdown menu set to 'INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS'.
- Grupo:** A dropdown menu set to 'CONSULTA EXTERNA'.
- Fila:** A dropdown menu set to 'Nuevas en menores de 5 años'.
- Grupo de Fila:** A section containing a 'Columnas' table with 'DATO' in the first row.
- Columnas Criterio:** A table with two columns: 'Columnas' and 'Criterio'. The first row contains '8-CONSULTA/RECONSULTA'.
- Cuadernos:** A list of medical specialties including 'CE. CARDIOLOGIA', 'CE. CIRUGIA GRAL', 'CE. CIRUGIA PEDIATRICA', 'CE. CIRUGIA PLASTICA', 'CE. DERMATOLOGIA', 'CE. FISIOTERAPIA' (highlighted), and 'CE. GASTROENTEROLOGIA'.
- Columnas:** A list of column types including 'CONSULTA/RECONSULTA', 'DIAGNOSTICO', 'INTERNACION', and 'OBSERVACIONES'.
- Criterio de columna - Tipo: De 10:** A section with radio buttons for 'Incluir seleccionados' (selected) and 'No incluir seleccionados'. Below it is a list of diagnostic codes with checkboxes:

Diagnósticos
<input type="checkbox"/> A00 Colera
<input type="checkbox"/> A000 Colera debido a Vibrio cholerae 01, bi...
<input type="checkbox"/> A001 Colera debido a Vibrio cholerae 01, bi...
<input type="checkbox"/> A009 Colera, no especificado
<input type="checkbox"/> A01 Fiebres tifoidea y paratifoidea
<input type="checkbox"/> A010 Fiebre tifoidea
<input type="checkbox"/> A011 Fiebre paratifoidea A

A continuación se describen los tipos de columnas en cuestión:

Tipo 0. Seleccionar de la lista Falso o verdadero

Tipo 1.

Seleccionar el operador de criterio y luego ingresar en el texto el valor numérico (caso ><=) o los rangos (caso entre o no incluir rango) que vendrán a sumarse.

Tipo 2. Seleccionar el rango de fecha

Tipo 3. – Para

seleccionar los marcar la opción **Incluir seleccionados** - Para incluir todos los códigos a excepción de los seleccionados, marcar la opción **No incluir seleccionados**.

- Marcar los códigos

	Diagnósticos
<input type="checkbox"/>	A00 Colera
<input type="checkbox"/>	A000 Colera debido a Vibrio cholerae 01, bi...
<input type="checkbox"/>	A001 Colera debido a Vibrio cholerae 01, bi...
<input type="checkbox"/>	A009 Colera, no especificado
<input type="checkbox"/>	A01 Fiebres tifoidea y paratifoidea
<input type="checkbox"/>	A010 Fiebre tifoidea
<input type="checkbox"/>	A011 Fiebre paratifoidea A

Tipo 5. El criterio compone de un operador mas el valor numérico. Seleccionar el

operador e ingresar en el texto el dato numérico

Tipo 7.

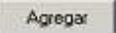
Seleccionar el rango de hora, utilizando las flechas de arriba y abajo.

Tipo 9, 10, 11, 12, 13. - Marcar los médicos - Para considerar los datos que consideren un medico, marcar la opción **Considerar a todos**

Tipo15. Seleccionar los criterios

Nota 1.- Los tipos Numérico Conteo (8), se utilizan estas columnas para propósitos solo de conteo, cuando un grupo de fila no necesite ningún criterio específico o solo es suficiente el criterio general.

Nota 2.- Los tipos Descripciones (4), no se utilizan para ningún propósito a este nivel, por lo cual no se les toma en cuenta

Para agregar un criterio específico, una vez creado el criterio, presionar el botón Agregar , a continuación, el criterio agregado se mostrara en la lista de la parte inferior izquierda.

Columnas	Criterio
1-MONTO	Igual a 10
15-TRATAMIENTO	- SUTURA, TAPON NASAL, CURACIÓN

La lista Muestra la columna mas el criterio de la columna.

Para eliminar algún criterio, posicionar el mouse en la columna a eliminar y utilizar el botón Quitar.

Impresión

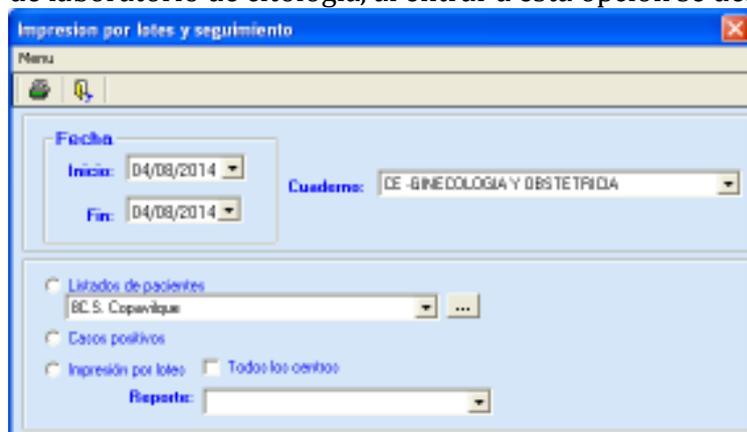
La siguiente pantalla, conlleva a la impresión del reporte configurado.

- Seleccionar el rango de fecha para los datos en el reporte.
- Seleccionar el reporte a imprimir, y utilizar el botón  para imprimir el documento



5.5 Impresiones por lote

Esta opción permite al usuario imprimir por lote los datos de un cuaderno en un intervalo de fechas, especialmente se creó este reporte para imprimir los resultados de laboratorio de citología, al entrar a esta opción se desplegará la siguiente pantalla:



Se debe seleccionar el cuaderno de Citología.

5.6 Reportes de Quirófano

Permite emitir reporte de quirófano donde se puede desplegar información clasificada por tamaño de cirugía, tipo de anestesia, principales operaciones, agrupando el reporte por grupo etareo, sexo:

Se selecciona opciones del tipo de reporte que se desea obtener y se presiona el botón imprimir, obteniendo un reporte similar ha:

	Menor 6 meses	6 a 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 39 años	40 a 49 años	50 años y más
QUIROFANO									
MAYOR	0	0	0	0	0	1	4	2	
MENOR	0	0	0	0	0	0	0	1	
TOTAL QUIROFANO	0	0	0	0	0	1	4	3	
TOTALES:	0	0	0	0	0	1	4	3	

5.7 Reportes de dinámico morbilidad, mortalidad y producción

5.7.1 Reporte Dinámico de Morbilidad

Permite obtener reportes en tablas dinámicas, donde el usuario podrá cruzar variables de morbilidad, agrupando por edad simple, grupo de edad, patología, estructura de establecimientos, estado civil, ocupación, sexo y otras variables que el usuario podrá seleccionar:

Para poder utilizar esta opción el usuario debe seleccionar el menú *SNIS>Reporte dinámico de morbilidad*:



The screenshot shows a window titled "INFORMACIÓN DE MORBILIDAD" with a blue header. Below the header, there is a search icon and a "Reporte por:" dropdown menu currently showing "Morbilidad General". Underneath, there are three date selection fields: "Año" with a dropdown showing "2007", "Mes Inicial" with a dropdown showing "Enero", and "Mes Final" with a dropdown showing "Enero". At the bottom, there is a "Tipo de Grupo Etéreo" dropdown menu showing "Intervalos SNIS".

Donde el usuario podrá seleccionar tipo de reportes, gestión, mes inicial, final y un tipo de grupo etareo, para apretar el botón imprimir y aparecerá el siguiente reporte:

INFORMACIÓN DE MORBILIDAD

Morbilidad General

SEDES | PROVINCIA | RED_ESTABL | MUNICIPIO | ESTABLECIEM | SERVICIO | ESPECIALIDAD | AMBITO | TIPO

CIE10	DIAG. PRINCIPAL	DIAG. SECUNDARIO	DIAGNOSTICO TRES	Total	
J20	Bronquitis aguda	31	6	1	38
H10	Conjuntivitis	8	16	6	30
M06	Otras artritis reumatoides	11	9	4	24
J03	Amigdalitis aguda	15	6		21
J00	Rinofaringitis aguda [resfriado com n	15	5	1	21
E56.9	Deficiencia de vitamina, no especif	5	8	6	19
M54.4	Lumbago con ciática	11	7		18
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no	12	3		15
M54.5	Lumbago no especificado	10	5		15
K29.1	Otras gastritis agudas	3	9	1	13
I10	Hipertensión esencial (primaria)	8	3	2	13
L20	Dermatitis atópica	7	3	1	11
K29.6	Otras gastritis	6	3	2	11
K29	Gastritis y duodenitis	9	1	1	11
B36	Otras micosis superficiales	6	4	1	11
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto	9	1	1	11
M05	Artritis reumatoide seropositiva	7	3		10
B36	Otras micosis superficiales	10			10

5.7.2 Reporte Dinámico de Mortalidad

Permite obtener reportes en tablas dinámicas, donde el usuario podrá cruzar variables de mortalidad, agrupando por edad simple, grupo de edad, patología, estructura de establecimientos, estado civil, ocupación, sexo y otras variables que el usuario podrá seleccionar:

Para poder utilizar esta opción el usuario debe seleccionar el menú *SNIS>Reporte dinámico de morbilidad*:

INFORMACIÓN DE MORTALIDAD

Reporte por: Mortalidad

Año: 2012 Mes Inicial: Enero Mes Final: Enero

Tipo de Grupo Etéreo: Intervalos SNIS

Donde el usuario podrá seleccionar tipo de reportes, gestión, mes inicial, final y un tipo de grupo etereo, para apretar el botón imprimir y aparecerá el siguiente reporte:

The screenshot shows a software window titled "INFORMACIÓN DE MORTALIDAD". It features a toolbar with icons for print, refresh, add, search, and save. Below the toolbar is a navigation bar with dropdown menus for "SEDES", "PROVINCIA", "RED_ESTABL", "MUNICIPIO", "ESTABLECIMIEN", "SERVICIO", "ESPECIALIDAD", "AMBITO", and "TIPO". A "NºDX" dropdown is also present. The main area contains a table with the following data:

CIE-10	DX 1	Total
147.0 Arritmia por reentrada ventricular	1	1
Total	1	1

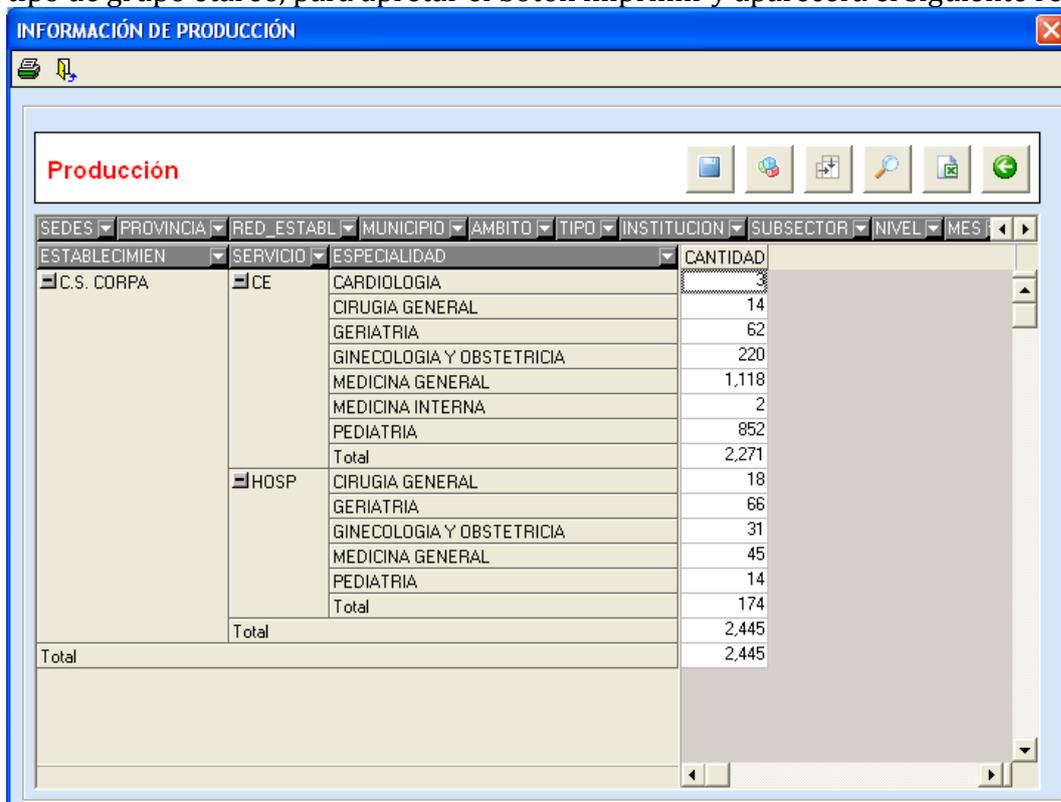
5.7.3 Reporte Dinámico de Producción

Permite obtener reportes en tablas dinámicas, donde el usuario podrá cruzar variables de producción, agrupando por edad simple, grupo de edad, patología, estructura de establecimientos, estado civil, ocupación, sexo y otras variables que el usuario podrá seleccionar:

Para poder utilizar esta opción el usuario debe seleccionar el menú *SNIS>Reporte dinámico de producción*:

The screenshot shows a software window titled "INFORMACIÓN DE PRODUCCIÓN". It features a toolbar with icons for print, refresh, add, search, and save. Below the toolbar is a "Reporte por:" dropdown menu set to "Producción". There are three date selection fields: "Año:" with a dropdown set to "2007", "Mes Inicial:" with a dropdown set to "Enero", and "Mes Final:" with a dropdown set to "Enero". At the bottom, there is a "Tipo de Grupo Etéreo" dropdown menu set to "Intervalos SNIS".

Donde el usuario podrá seleccionar tipo de reportes, gestión, mes inicial, final y un tipo de grupo etareo, para apretar el botón imprimir y aparecerá el siguiente reporte:



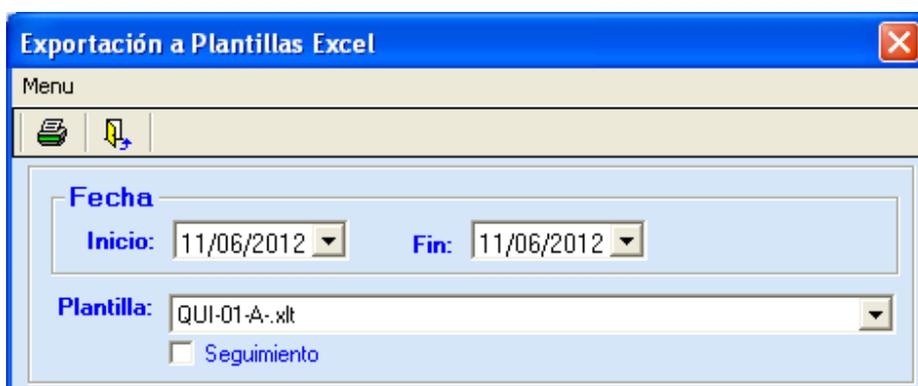
The screenshot shows a window titled 'INFORMACIÓN DE PRODUCCIÓN' with a toolbar and a table of production data. The table has columns for 'ESTABLECIMIEN', 'SERVICIO', 'ESPECIALIDAD', and 'CANTIDAD'. It is filtered by 'C.S. CORPA' and 'CE'.

ESTABLECIMIEN	SERVICIO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD		
C.S. CORPA	CE	CARDIOLOGIA			
		CIRUGIA GENERAL	14		
		GERIATRIA	62		
		GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	220		
		MEDICINA GENERAL	1,118		
		MEDICINA INTERNA	2		
		PEDIATRIA	852		
		Total	2,271		
		HOSP		CIRUGIA GENERAL	18
				GERIATRIA	66
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	31				
MEDICINA GENERAL	45				
PEDIATRIA	14				
Total	174				
Total			2,445		
Total			2,445		

5.8 Reportes en plantillas Excel

Permite desplegar la plantilla en Excel creada, entre un rango de fechas, para los cual se debe:

- Seleccionar el intervalo de fechas
- Seleccionar el reporte en Excel
- Apretar el botón imprimir



The screenshot shows a dialog box titled 'Exportación a Plantillas Excel' with a 'Menu' bar and a toolbar. It contains fields for 'Fecha' (Inicio: 11/06/2012, Fin: 11/06/2012) and 'Plantilla: QUI-01-A-.xlt'. There is also a checkbox for 'Seguimiento' which is currently unchecked.

5.9 Reportes dinámicos de hechos vitales

Para poder generar reportes de hechos vitales en el SICE, se debe ingresar al menú Reportes>Reportes Dinámicos de Hechos Vitales al ingresar a esta opción aparecerá la siguiente pantalla:

The screenshot shows a window titled "Reportes dinámicos de Hechos Vitales". Below the title bar, there is a section labeled "Reporte por:" containing three dropdown menus: "Gestión:" with the value "2013", "Formulario:" which is currently empty, and "Mes Inicial:" and "Mes Final:" which are also empty.

Donde se puede seleccionar la gestión, formulario, Mes inicial y Mes Final, tal como muestra la siguiente figura:

This screenshot shows the same window as the previous one, but with the following selections: "Gestión:" is "2013", "Formulario:" is "Formulario de Nacido Vivo", "Mes Inicial:" is "Enero", and "Mes Final:" is "Abril".

Esta opción permitirá generar reportes del Certificado de Nacido Vivo, una vez cargados los parámetros se debe presionar el botón imprimir, quedando un reporte de la siguiente manera:

The screenshot shows the "Reporte de Nacido Vivo" window. At the top right, there are radio buttons for "Opciones": "Datos del Nacido" (selected), "Datos de la Madre", "Datos del Certificante", and "Todos". Below this is a table with various filters and data. The table has columns for "GESTION", "ESTABLECIMIENTO", "NRO CERTIFICADO", and "MASCULINO Total".

GESTION	ESTABLECIMIENTO	NRO CERTIFICADO	MASCULINO Total
2013	HOSPITAL LOG PINO 123/RN		1
		Total	1
	Total		1
Total			1

Donde el usuario puede seleccionar diferentes tipos de opciones y cruces de variables. Para el caso del certificado de defunción perinatal el procedimiento es el mismo:

Reportes dinámicos de Hechos Vitales

Reporte por:

Gestión: 2013

Formulario: Formulario de Mortalidad Perinatal

Mes Inicial: Enero Mes Final: Abril

Esta opción permitirá generar reportes del Certificado de Defunción Perinatal, una vez cargados los parámetros se debe presionar el botón imprimir, quedando un reporte de la siguiente manera:

Reportes dinámicos de Hechos Vitales

Opciones:
 Datos del Feto Causas de la Defunción Datos de la Madre Datos del Certificante Todos

Reporte de Mortalidad Perinatal

SEDES PROVINCIA RED_ESTABL MUNICIPIO AMBITO TIPO SUBSECTOR NIVEL COD_ESTABL LUG_NACIMIENTO LUG_DEPA

GESTIÓN	ESTABLECIMIENTO	NRO CERTIFICADO	SEXO	Total
2013	HOSPITAL LOS PINOS 987MP		MASCULINO	1
			FEMEA	1
		Total		1
	Total			1
Total				1

Donde el usuario puede seleccionar diferentes tipos de opciones y cruces de variables.

Para el caso del certificado de defunción general el procedimiento es el mismo:

Reportes dinámicos de Hechos Vitales

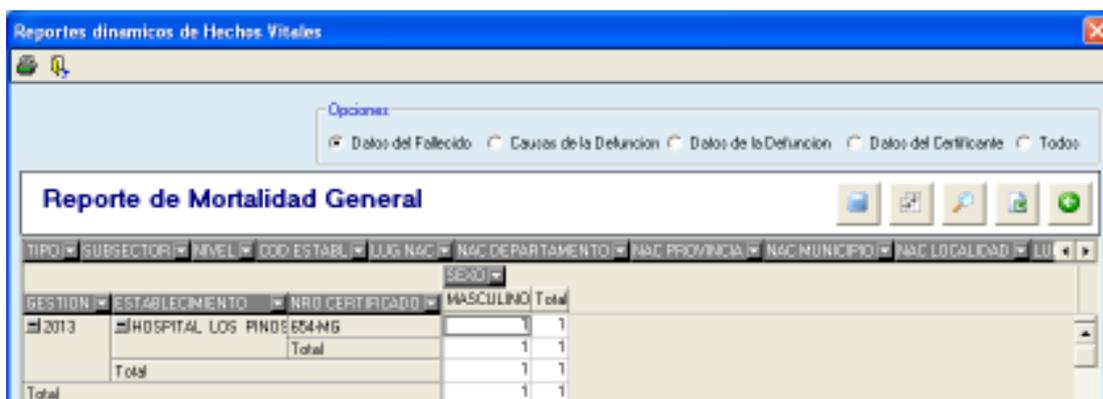
Reporte por:

Gestión: 2013

Formulario: Formulario de Mortalidad General

Mes Inicial: Enero Mes Final: Abril

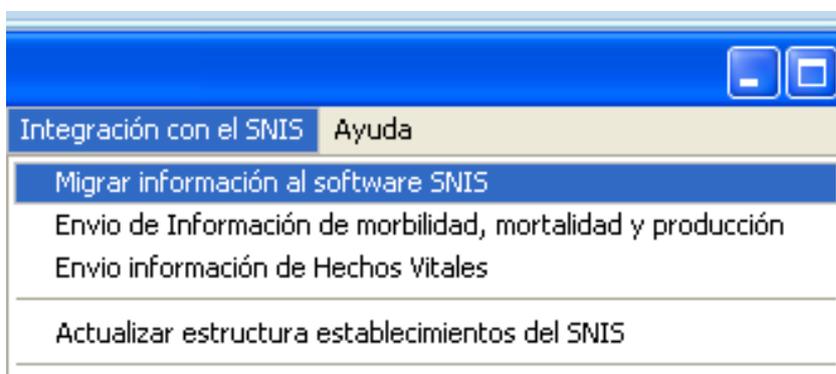
Esta opción permitirá generar reportes del Certificado de Defunción General, una vez cargados los parámetros se debe presionar el botón imprimir, quedando un reporte de la siguiente manera:



Donde el usuario puede seleccionar diferentes tipos de opciones y cruces de variables.

6. Integración con el SNIS

Las opciones de este menú permiten integrar la información registrada en el SICE con herramientas del SNIS-VE, imprimir los formularios de consolidación 301 a, 301 b, 302 a, 302 b, generar el archivo para el software del SNIS, el archivo para la consolidación de la plataforma web, y el envío de información de hechos vitales al sistema SIAHV, así también permite actualizar la estructura de establecimientos que maneja el SNIS dentro de la base de datos del SICE.



6.1 Migra información al Software SNIS

Permite realizar la impresión de los formularios de consolidación semanal: 302 a, mensual 301a, 301b, 302 a, permite la generación del archivo con extensión .ves de la información consolidada que será recepcionado en el software del SNIS, permite la generación diaria, semanal o mensual de la información en detalle de los cuadernos del SICE en un archivo con extensión .wak que será recepcionado en el portal web de consolidación, permite el envío de información de hechos vitales para su consolidación en el sistema SIAHV, finalmente permite actualizar la estructura de establecimientos recepcionando el archivo con extensión .ves.

Al ingresar a este menú se despliega la siguiente pantalla:

La cual contiene las siguientes opciones:

Semanal: Permite seleccionando una semana epidemiológica apretando el botón de *Imprimir Formulario 302 a*, desplegar el formulario 302 a, como se muestra a continuación:

Mensual, al hacer un clic sobre el botón *Mensual*, se desplegara la pantalla:



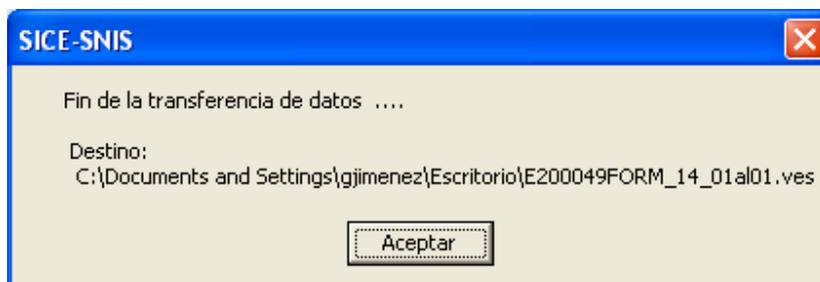
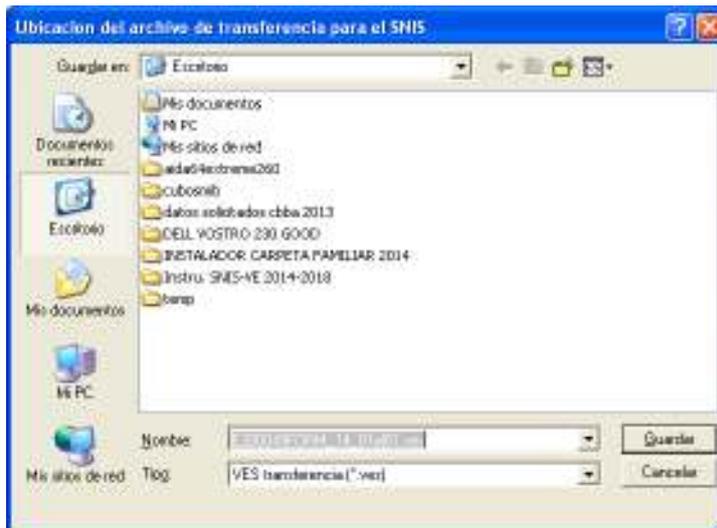
Donde se puede seleccionando un mes o un intervalo de meses, imprimir apretando los botones: *Imprimir Formulario 301 a*, *Imprimir Formulario 301 b*, *Imprimir Formulario 302 a*, imprimir los formulario oficiales manejados por el SNIS 301 a, 301 b, 302 a, respectivamente.

Tal como muestra la siguiente figura:

Archivo SNIS, al hacer clic sobre el botón *Archivo SNIS*, se desplegará la siguiente pantalla:



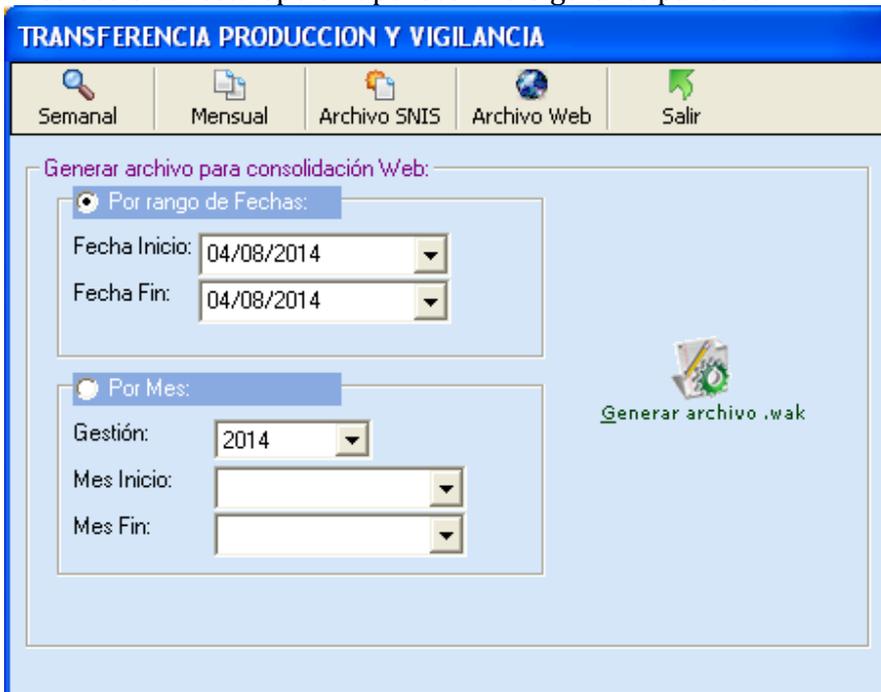
Donde una vez seleccionado un mes o un intervalo de meses se puede apretar el botón *Enviar Transferencia SNIS*, esta opción generará un archivo de plano que contendrá el formato de los archivos que recibe el software del SNIS:



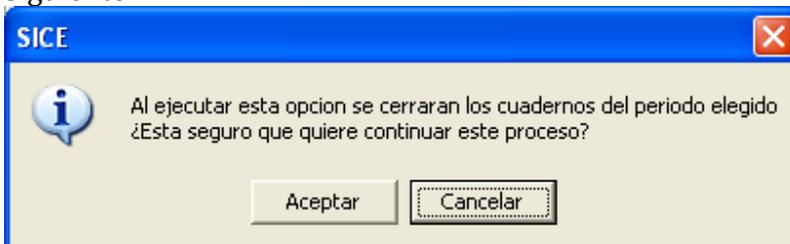
Archivo Web, esta opción permite al usuario generar un archivo plano con extensión .wak comprimido y encriptado información en detalle paciente por paciente cuaderno por cuaderno, mismo que será subido al portal web de consolidación de los sistemas SICE, SOAPS.

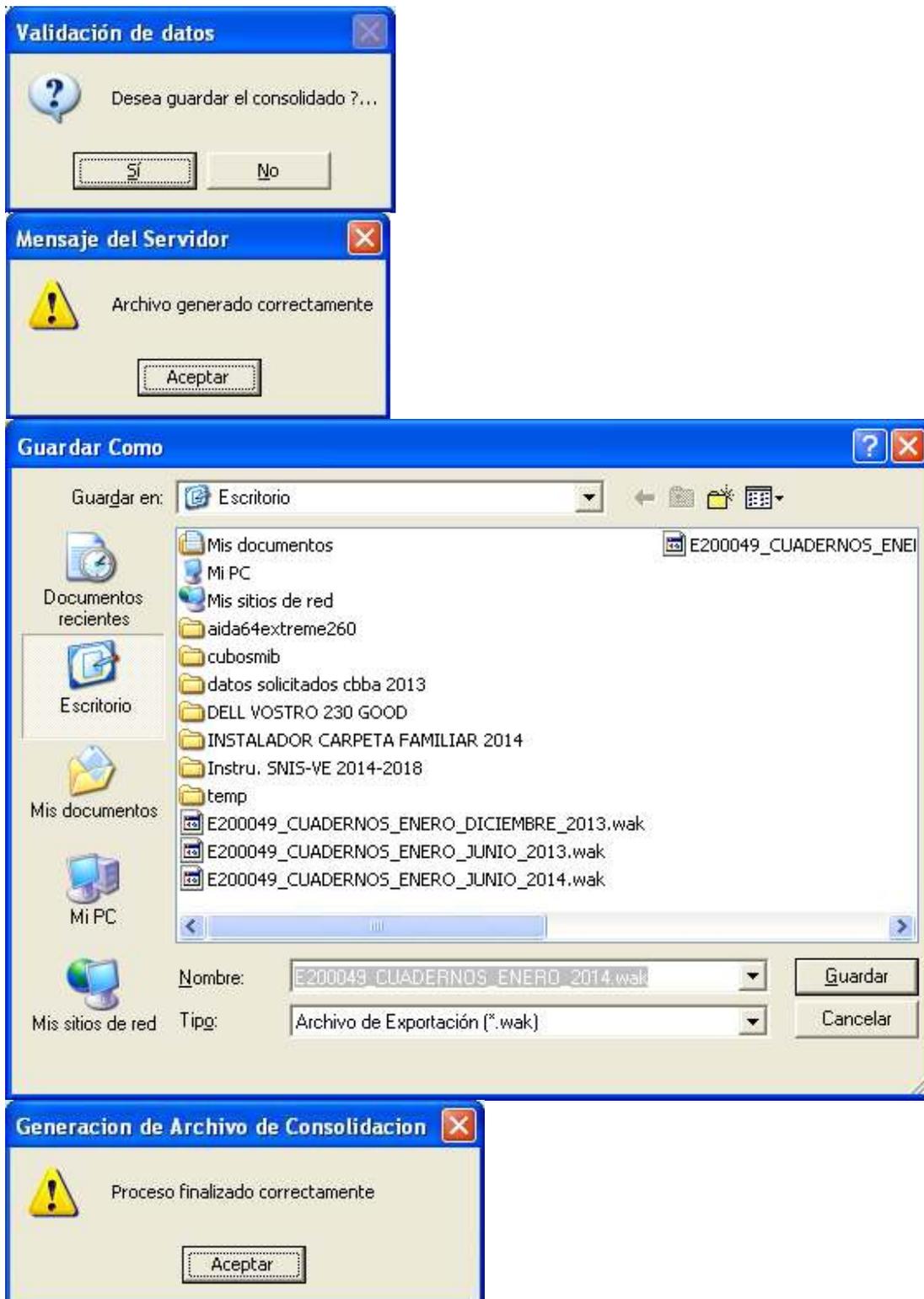
Nota: Este archivo debe ser generado en el servidor donde está alojada la base de datos ya que los procesos de compresión y extracción de datos son propios de la base de datos SQL SERVER lo cual no permite su manejo en red, por este motivo la generación debe hacer en el servidor solamente.

Al seleccionar esta opción aparecerá la siguiente pantalla:



En la cual el usuario puede seleccionar la generación del archivo wak de un rango de fecha, por mes y apretando el botón *Generar Archivo . wak* crear un archivo como el siguiente:





6.2 Envío de información de morbilidad, mortalidad y producción

Este menú permite generar archivos planos de información en detalle de la morbilidad, mortalidad y producción, de los cuadernos registrados en el SICE:

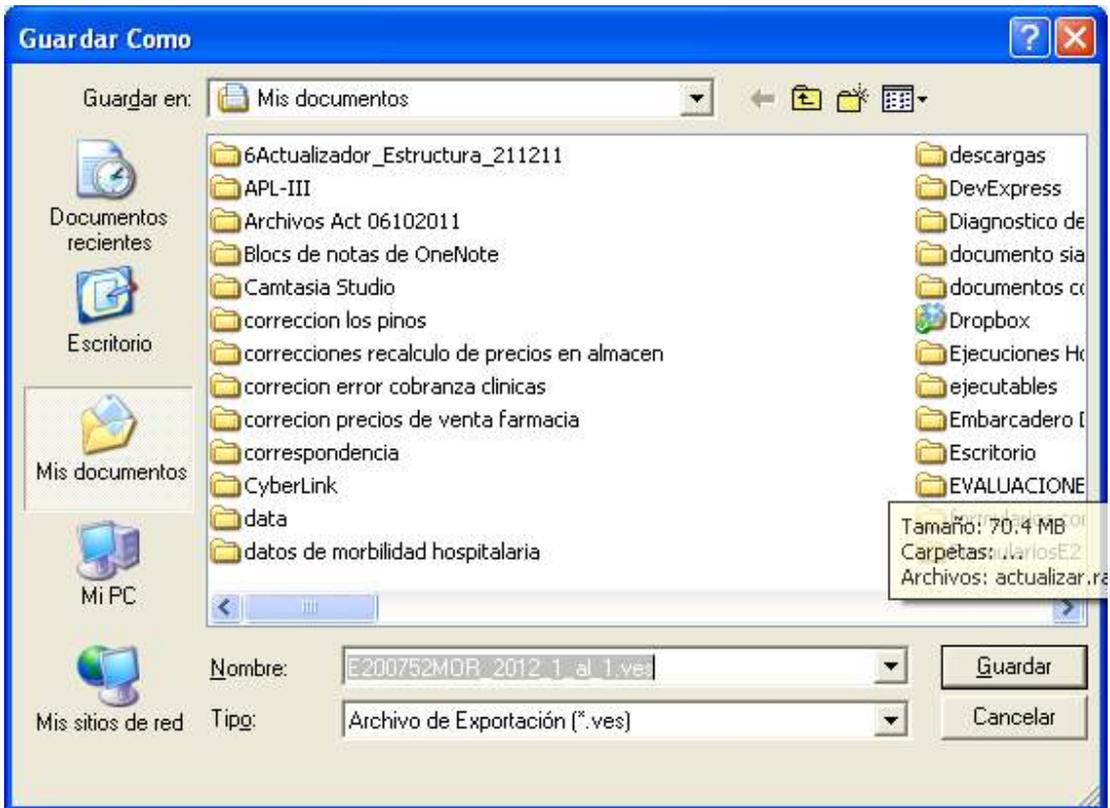
Para poder utilizar esta opción el usuario debe seleccionar el menú *SNIS>Enviar información de morbilidad, mortalidad y producción*:



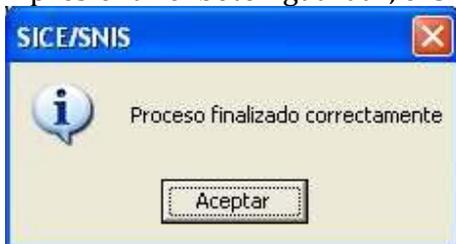
Debe seleccionar la gestión, el mes de inicio y fin de envío de información y presionar el botón Generar Archivos de morbilidad, aparecerá el siguiente mensaje:



El sistema les pedirá la ruta donde se grabara el archivo generado:



Y presionar el botón guardar, el sistema mostrara el siguiente mensaje:



6.3 Envío información de hechos vitales

Para poder enviar la información de hechos vitales a otras instancias como las coordinación de red y/o sedes, se debe ingresar al SICE a la siguiente menú: Integración con el SNIS>Envío de Información de Hechos Vitales, al seleccionar esta opción aparecerá la siguiente pantalla:

Envío de Información de Hechos Vitales

Verificar Generar Archivo Salir

Envía la información en detalle de la gestión y mes solicitado de hechos vitales integrado al SICE

Periodo:

Gestión: 2013

Mes Inicio:

Mes Fin:

Formularios:

CEMENAVI

CEMEDEP

CEMED

Ruta:

En la cual se puede seleccionar la gestión, mes inicio y mes fin, así como los formularios a enviar y que son el CEMENAVI, CEMEDEP, CEMED, antes de enviar esta información se puede Verificar la misma apretando el botón Verificar .

Para poder verificar y generar archivo se debe completar los parámetros solicitados, tal como muestra la siguiente pantalla:

Envío de Información de Hechos Vitales

Verificar Generar Archivo Salir

Envía la información en detalle de la gestión y mes solicitado de hechos vitales integrado al SICE

Periodo:

Gestión: 2013

Mes Inicio: Enero

Mes Fin: Abril

Formularios:

CEMENAVI

CEMEDEP

CEMED

Ruta:

Una vez llenado los parámetros presionar el botón Verificar, lo que mostrara la siguiente pantalla:

Verificación ✕

REPORTE DE INFORMACION DE HECHOS VITALES Cancelar

Codigo Institución: Gestión: Mes Inicial: Mes Final:

Información de Nacido Vivo Información de Defunción Perinatal **Información de Defunción General**

Total Registros a enviar:

FECHA	FILA	N° HC	N° CERTIFICADO	DATOS PACIENTE	AÑOS	MESES	DIA
01/04/2013	1	90011355	654-MG	AVILA MORENO RODRIGO	40	6	16

Verificación ✕

REPORTE DE INFORMACION DE HECHOS VITALES Cancelar

Codigo Institución: Gestión: Mes Inicial: Mes Final:

Información de Nacido Vivo **Información de Defunción Perinatal** Información de Defunción General

Total Registros a enviar:

FECHA	FILA	N° HC	N° CERTIFICADO	DATOS PACIENTE	AÑOS	MESES	DIA
01/04/2013	1	28228	987-MP	MORALES FLORES RN DAVID	0	0	4

Verificación ✕

REPORTE DE INFORMACION DE HECHOS VITALES Cancelar

Codigo Institución: Gestión: Mes Inicial: Mes Final:

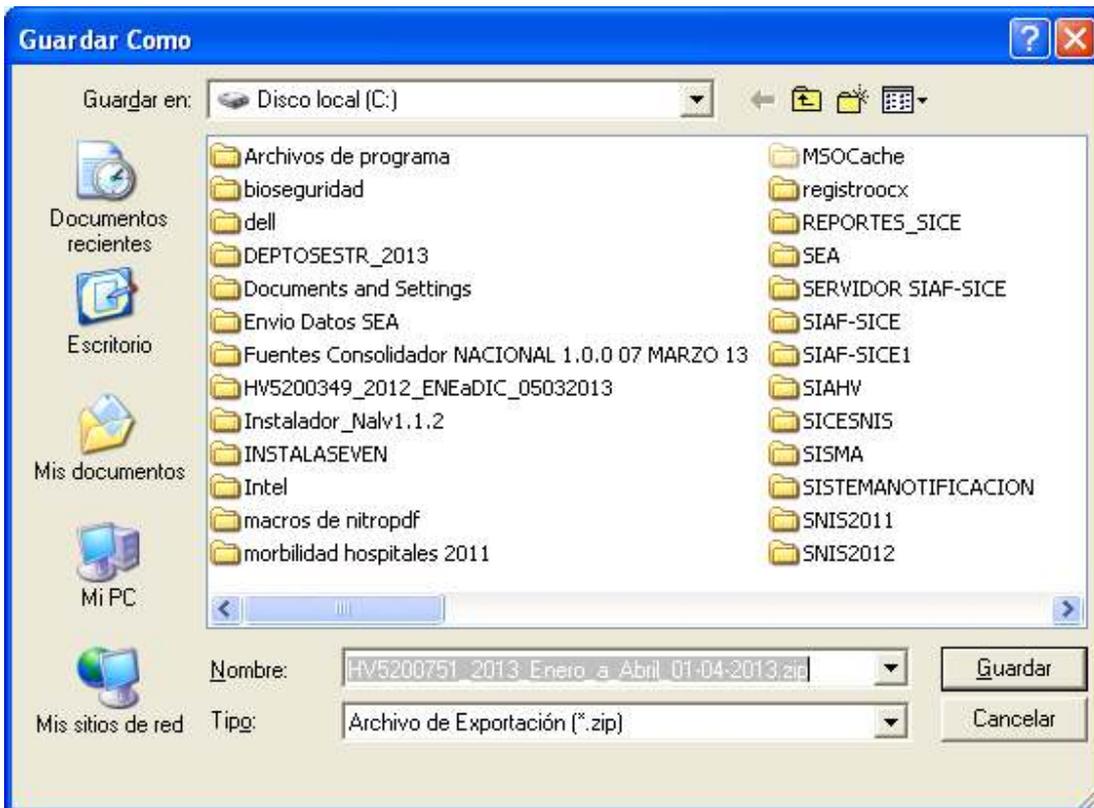
Información de Nacido Vivo Información de Defunción Perinatal Información de Defunción General

Total Registros a enviar:

FECHA	FILA	N° HC	N° CERTIFICADO	DATOS PACIENTE	AÑOS	MESES	DIA
01/04/2013	1	28228	123-RN	MORALES FLORES RN DAVID	0	0	4

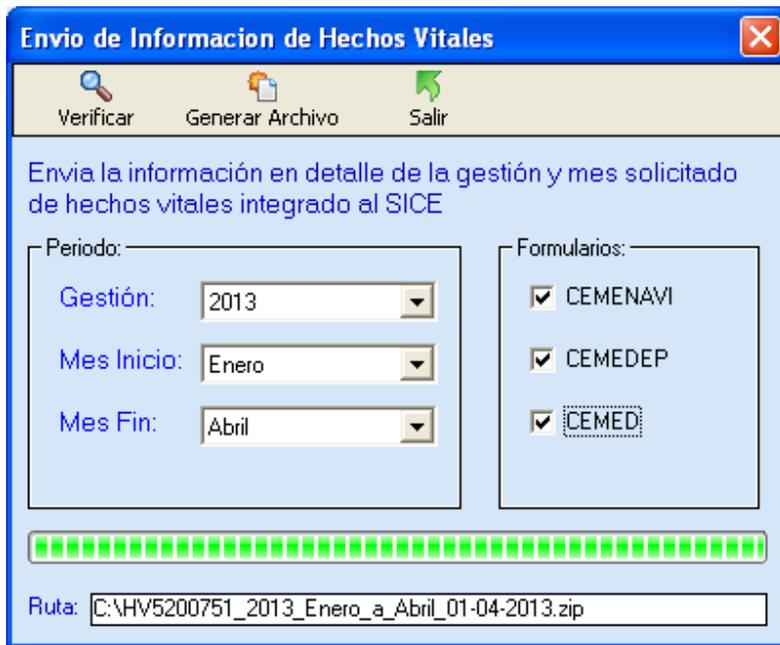
En estas pantallas se verá el listado y la cantidad de certificados de defunción general, defunción perinatal y nacido vivo a enviar en un archivo plano.

Una vez verificada y revisada la información se debe proceder a generar el archivo, presionando el botón Generar Archivo, esta opción pedirá donde se almacenará el archivo:



Una vez ubicado el archivo se debe apretar el botón guardar, si el proceso termina satisfactoriamente aparecerá los siguientes mensajes de confirmación:





El archivo generado se encuentra en la ruta: c:\ HV5200751_2013_Enero_a_Abril_01-04-2013.zip, el cual debe ser enviado a la coordinación de red o sedes según sea el nivel del hospital.

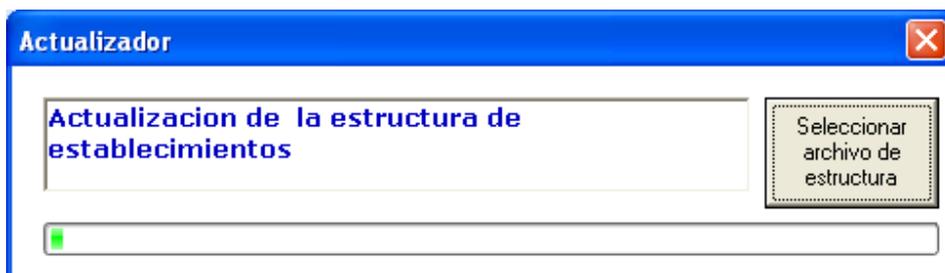
6.4 Actualizar estructura de establecimientos del SNIS

Esta opción permite al usuario, cargar al sistema SICE estructura de establecimientos que paulatinamente el SNIS publica en el sitio web del Ministerio de Salud, el archivo que publica el SNIS tiene el siguiente formato:

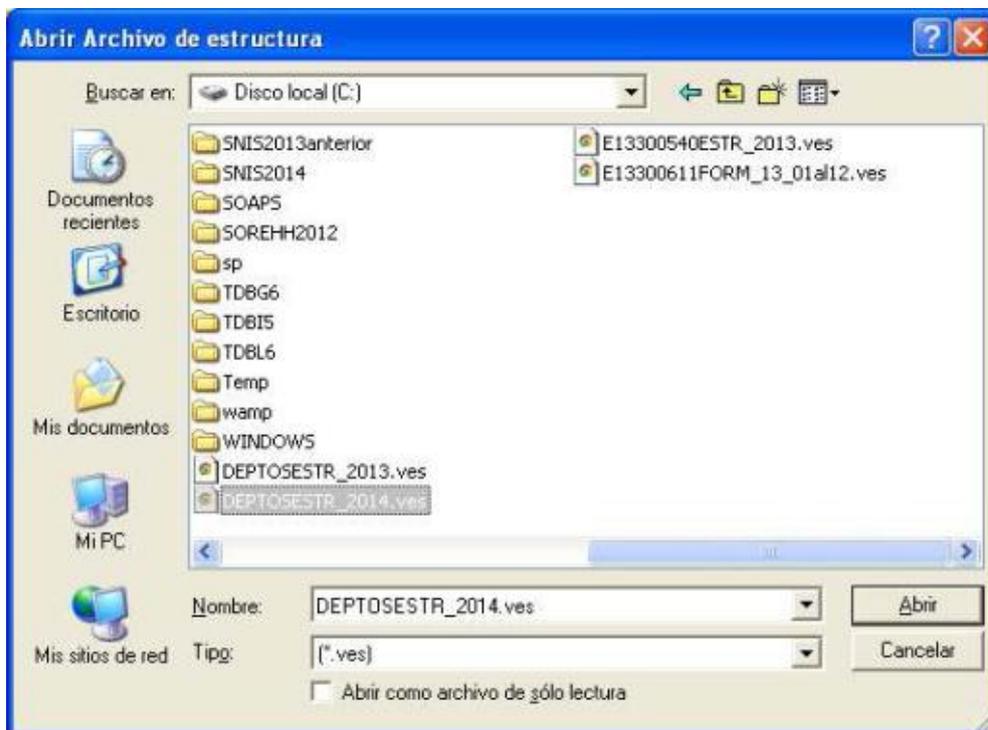


DEPTO2014.ves, este archivo debe ser cargado de la siguiente forma:

Al apretar esta opción aparece la siguiente pantalla:



Se debe apretar el botón *Seleccionar archivo de estructura*:



Una vez que se seleccione el DEPTOESTR_2014 apreté el botón Abrir y iniciara el proceso de migración una vez finalizado aparece la siguiente pantalla:



Con lo que finaliza el proceso de actualización estructura de establecimientos.

7. ANEXO I

7.1 TIPO DE COLUMNAS

Para registrar los datos relacionados al cuaderno en uso, depende del tipo de dato con el que está definido la columna:

El cuadro de la Fig. 2, en la columna **TIPOS** están inscritos los rótulos de las columnas definidas para el cuaderno más el tipo de columna con el que está definido. Estos tipos de datos pueden ser los siguientes:

7.2 TIPO DESCRIPCIÓN FUNCIÓN

0 FALSO / VERDADERO Se admite 0 o 1: Falso:0; Verdadero:1.

1 NUMERICO SUMA Se admite valores numéricos, que para Estadística son utilizados para sumarlos. Por ejemplo: Se introducen los datos, Dato 1: 5 Dato 2: 7 Dato 3: 3 Dato 4: 20 Entonces, el resultado es: 35

2 FECHA Se admite valor de fecha.

3 CIE 10 Al presionar ENTER, presenta una especializada para diagnósticos médicos (Código Internacional de Enfermedades CIE10) de la cual se debe buscar y seleccionar el diagnostico adecuado.

4 DESCRIPCIONES Campo libre de inscripción de texto.

5 NUMERO AGRUPA Se admite valores numéricos, que para Estadística son utilizados para agrupar y contarlos. Por ejemplo: Se introducen los datos, Dato 1: 4 Dato 2: 6 Dato 3: 4 Dato 4: 20 Dato 5: 6 Entonces, el resultado es: Grupo de 4: 2 Grupo de 6: 2 Grupo de 20: 1

6 REFERENCIA Al presionar ENTER , se muestra una lista de lugares de donde podrían referirse a un paciente.

7 HORA Se admite datos del tipo hora.

8 MUMERICO CONTEO Se admite valores numéricos, que para Estadística son utilizados para contar. Por ejemplo: Se introducen los datos, Dato 1: 1 Dato 2: 4 Dato 3: 7 Dato 4: 3 Entonces, el resultado es: 4

9 MEDICO Admite códigos de médicos (ver Fig. 5)

10 ENFERMERA Admite códigos de enfermeras (ver Fig. 5)

11 INTERNOS RECIDENTES Admite códigos de internos (ver Fig. 5)

12 PARAMEDICOS Admite códigos de paramédicos (ver Fig. 5)

13 PROFESIONAL EXTERNO Admite códigos de médicos externos (ver Fig. 5)

14 TIPO DE CIRUGIA Admite código del tipo de cirugía (ver Fig. 8)

15 LISTA GENERICA Admite código de la lista de generada selección de datos ya registrados o adicionar otros

7.3 TIPOS DE DATOS - FORMA DE REGISTRO

REGISTRO DE DATOS DEL TIPO 0, 1, 5, 8

En la columna **Dato**, se deben registrar datos numéricos. Tome en cuenta, que alguna de las columnas tienen extensiones predefinidas (Ej. Peso = 2900 grs.). Para

desplazarse entre filas, utilice las teclas de arriba y abajo, que refresca los datos en la columna **Detalle**, los cuales serán mostrados en el reporte a imprimirse.

REGISTRO DE DATOS DEL TIPO 2, 7

Para el tipo 2, se debe registrar la fecha, utilizando los separadores entre el día, mes y año (Ej. 02/04/2004).

Para el tipo 7, se debe registrar la hora, utilizando el punto o los dos puntos para separar la hora y los minutos (Ej, 13.25, 06:50).

REGISTRO DE DATOS DEL TIPO 3

Para registrar datos del tipo 3 (diagnósticos)

i. Sitúese en la columna **Dato** de la columna de tipo 3, presione la tecla ENTER que le mostrara la ventana de la Fig. 1

ii. En esta ventana se tiene la opción de buscar el diagnóstico apropiado. La búsqueda puede ser por:

- **Código alfanumérico:** Por ej. Si el código a buscar es J10, entonces, se listara que comiencen con J10.
- **Palabra que podría constar en el diagnostico buscado:** posesiónese en el texto etiquetado como **Palabra**, luego, escriba la palabra, tomando en cuenta los acentos.
- **Descripción completa:** Posesiónese en el texto etiquetado como **Descripción de la enfermedad**; luego, escriba la descripción exacta de la enfermedad.

iii. Al ingresar el texto en cualquiera de las opciones; seguidamente, presionar la tecla ENTER, para listar el resultado obtenido de la búsqueda.

iv. Para seleccionar el diagnostico apropiado, posesiónese en el registro, haciendo clic sobre este; posteriormente presione ENTER, para seleccionar y cerrar la ventana.

REGISTRO DE DATOS DEL TIPO 4

Posesiónese en la columna **Dato**, de la columna apropiada; luego, presione ENTER, para que el cursor se posicione en la columna **Detalle**, donde se puede escribir los datos (Ver Fig. 2)

REGISTRO DE DATOS DEL TIPO 6

Para registrar el lugar de referencia o transferencia del paciente.

i. Sitúese en el campo numérico de LUGAR DE REFERENCIA O TRANSFERENCIA.

ii. Presione la tecla ENTER que le mostrara la ventana de la Fig. 3.

iii. Haga clic en el registro de la lista del lugar de referencia o transferencia a seleccionar.

iv. Presione ENTER, para seleccionar y cerrar la ventana.

Adicionar

i. Para adicionar un nuevo lugar de referencia, vaya al menú Registro y seleccione la opción **NUEVO** o presione el botón Adicionar (Ver Fig. 3).

ii. Introduzca el nombre del nuevo dato en la casilla de texto etiquetada como Nombre. Haga clic sobre la casilla de verificación Hospital, para el caso de que el nuevo dato tenga el nombre de un Hospital.

- iii. Para grabar el nuevo dato, vaya al menú Registro y seleccione la opción Grabar o haga clic sobre el icono .
- iv. Para cancelar el grabado del nuevo dato, vaya al menú Registro y seleccione la opción Cancelar o haga clic sobre el icono .

Modificación

- i. Para modificar un registro existente, seleccione de la lista el dato a modificarse. Seguidamente vaya al menú Registro y seleccione la opción **MODIFICAR** o presione el botón Modificar.
- ii. En la casilla de texto etiquetada como Nombre, modifique el dato inscrito. Para grabar el nuevo dato, vaya al menú Registro y seleccione la opción Grabar o haga clic sobre el icono 
 - Para cancelar el grabado del dato modificado, vaya al menú Registro y seleccione la opción Cancelar o haga clic sobre el icono .

Eliminación

- i. Posesiónese con el mouse en la lista en el dato a eliminarse.
- ii. Seguidamente vaya al menú Registro y seleccione la opción **ELIMINAR** o presione el botón Eliminar.
- iii. Enseguida, se mostrara la ventana de advertencia, en la cual debe confirmar la eliminación.

REGISTRAR DE DATOS DEL TIPO 9, 10, 11, 12, 13

- i. Sitúese en el campo numérico, como en el ejemplo de la Fig. 8. Seguidamente, presione la tecla ENTER, acción que mostrara la lista de la ventana de la Fig. 5.
- ii. Esta lista muestra un listado, del personal con el cargo o titulo, dependiendo del tipo (9,10,11,12,13) al que corresponde (Fig. 5 – 5B).
- iii. Para buscar de la lista, haga clic sobre la opción en la sección 5C de la Fig. 5:
 - Todos: Lista todos los datos del cargo seleccionado.
 - Código-ID: Lista por el ID de funcionario.
 - Fecha de Ingreso: Lista por la fecha de ingreso que se selecciona.
 - Doc. Identifica: Lista por el número de documento de identidad introducido.
 - Nombre: Permite la búsqueda, ya sea por el apellido paterno o materno o el nombre. Situarse en los campos textos, donde se debe escribir el dato a buscar.
- iv. Presione el botón  (Fig. 5-5E) para seleccionar y cerrar la ventana. O  para deshacer la selección.

REGISTRO DE DATOS DEL TIPO 14

Para registrar un dato de tipo 14 (cirugía).

- i. Sitúese en la columna **Dato** de la fila correspondiente a la columna definida como tipo 14.
- ii. Presione la tecla ENTER que le mostrara la ventana de la Fig. 6

- iii. Para buscar el tipo de técnica apropiado. Presione el botón de la sección 6D.
- iv. Esta opción habilita la casilla de texto etiquetada como Descripción, en modo escritura; donde se puede introducir un texto de búsqueda.
- v. Para ejecutar la búsqueda, presione el mismo botón de la sección 6D.

Adicionar

- i. Para adicionar un nuevo dato, vaya al menú Registro (Fig. 6) y seleccione la opción **NUEVO** o presione el botón Adicionar (Ver Fig. 6-6A), seguidamente la ventana tomara la forma de la Fig. 7
- ii. Registre los datos de código, descripción y tipo de nuevo tipo de técnica.
- iii. Para grabar el nuevo dato, vaya al menú Registro y seleccione la opción Grabar o haga clic sobre el icono .
- iv. Para cancelar el grabado del nuevo dato, vaya al menú Registro y seleccione la opción Cancelar o haga clic sobre el icono .

Modificación

- i. Para modificar un registro existente, seleccione de la lista el dato a modificarse. Seguidamente vaya al menú Registro y seleccione la opción **MODIFICAR** o presione el botón Modificar (Ver Fig. 6 – 6B), seguidamente la ventana tomara la forma de la Fig. 7.
- ii. En la casilla de texto etiquetada como Nombre, modifique el dato inscrito. Para grabar el nuevo dato, vaya al menú Registro y seleccione la opción Grabar o haga clic sobre el icono .
- . Para cancelar el grabado del dato modificado, vaya al menú Registro y seleccione la opción Cancelar o haga clic sobre el icono .

Eliminación

- i. Para eliminar un registro existente, seleccione de la lista el dato a eliminarse.
- ii. Seguidamente vaya al menú Registro y seleccione la opción **ELIMINAR** o presione el botón Eliminar (Ver Fig. 6 – 6C).
- iii. Posteriormente, se mostrara la ventana de advertencia de la Fig. 8, en la cual debe confirmar la eliminación.

REGISTRO DE DATOS DEL TIPO 15

Para registrar un tipo de dato del tipo 15.

Sitúese en la columna dato (Fig. 9- 9A).

- i. Presione la tecla ENTER que le mostrara la ventana de la Fig. 10.
 - ii. Posiciónese sobre el registro a seleccionar y seguidamente presione la tecla ENTER. Esta acción hará que se muestre el dato así como en la Fig. 9 – 9B.
- Nota.- El dato numérico que se observa en la columna dato, es el mismo que el se describe en el código de la ventana de la Fig. 10; por lo que, se puede obviar las dos indicaciones anteriores, registrando únicamente el código.

Adicionar

- i. Para adicionar un dato a la lista de la Fig. 14, vaya al menú Registro y seleccione la opción **NUEVO** o presione el botón Adicionar (Ver Fig. 10-10A), seguidamente la ventana tomara la forma de la Fig. 11
- ii. Introduzca la descripción del nuevo dato en la casilla de texto etiquetada como Descripción.
- iii. Para grabar el nuevo dato, vaya al menú Registro y seleccione la opción Grabar o haga clic sobre el icono .
- iv. Para cancelar la acción de nuevo registro, vaya al menú Registro y seleccione la opción Cancelar o haga clic sobre el icono .

Modificación

- i. Para modificar un registro existente, seleccione de la lista el dato a modificarse. Seguidamente vaya al menú Registro y seleccione la opción **MODIFICAR** o presione el botón Modificar (Ver Fig. 10 - 10B), seguidamente la ventana tomara la forma de la Fig. 11.
- ii. En la casilla de texto etiquetada como Descripción, se observa que se describe el dato a modificarse. Para grabar el nuevo dato, vaya al menú Registro y seleccione la opción Grabar o haga clic sobre el icono .
- iii. Para cancelar el grabado del dato modificado, vaya al menú Registro y seleccione la opción Cancelar o haga clic sobre el icono .

Eliminación

- i. Posesiónese con el mouse en la lista en el dato a eliminarse.
- ii. Seguidamente vaya al menú Registro y seleccione la opción **ELIMINAR** o presione el botón Eliminar (Ver Fig. 11 - 11C), que le mostrara la ventana de advertencia, en la cual debe confirmar la eliminación.

8. ANEXO II

8.1 ESTRUCTURA DE REPORTE

8.1.1 Descripción general

La estructura de un reporte consiste en armar una estructura de reporte mas la obtención de datos numéricos que provienen de los tipos de columnas con la que esta formado los cuadernos.

La estructura inicial, consiste en armar el reporte que compone de la definición del reporte como tal, sus agrupaciones, las filas que compondrá cada grupo; y los subgrupos que a su vez pueden contener las filas.

La estructura de dato, consiste en definir de donde se obtendrán los datos para las filas y grupo de fila que anteriormente se han definido.

Esta definición consiste en asignar cuadernos, criterios generales, columnas y criterios específicos.

Cuadernos: Consiste en asignar los cuadernos de donde sabemos que la información descrita en la fila, esta contenida.

Ejemplo:

Fila: Número de Cirugías medianas y mayores

Cuadernos: Cirugías

Criterios Generales: Consiste en definir si se tomara en cuenta:

Consulta o Reconsulta

Proveniente/No proveniente de Emergencia

Sexo,

Edad. Selección de rangos de edad

Medico que realizó la atención

Medico de referencia

Lugar de Referencia/Transferencia.

Columnas y criterios específicos: Consiste en asignar criterios específicos en función a las columnas de los cuadernos asignados. Y estas a su vez están en función a los tipos de columnas (ver Manual de Usuario).

Del ejemplo anterior:

El cuaderno Cirugías, debe contener una columna donde se listen los tipos de cirugías y del cual solo debemos seleccionar las cirugías medianas y mayores

Columna: Tipo de cirugía à Mediana, Mayor (datos seleccionados)

8.1.2 Esquema

Reporte: Documento que se obtendrá

Grupo: Divisiones que compone el reporte

Fila: Divisiones más específicas por grupo de reporte

Grupo de Fila: Divisiones que puede contener una fila, que puede ser de una o más

Columna: Son las columnas que definimos en los cuadernos definidos en los grupos de fila, de las cuales se obtendrán los criterios específicos o simplemente se declara alguna columna como criterio pivote es decir que no es necesario definir ningún criterio específico que se obtendrá de alguna columna pero se requiere siempre definir alguna para fines de conteo.

En el ejemplo vemos que para la fila: **Nuevas en personas de 15-59 años**, en su grupo de fila:

Hombre, los criterios generales son suficientes para el dato requerido, pero se debe tomar una columna para propósitos de conteo como: Consulta/Reconsulta.

8.1.3 Recomendaciones

- Para la definición de los cuadernos para los criterios de los grupos de Fila, se recomienda que las columnas de los cuadernos seleccionados deban ser comunes entre ellos, para que los criterios específicos puedan definirse por todos los cuadernos seleccionados.

8.1.4 Limitaciones

- Cuando se crean criterios específicos, los criterios seleccionados son inclusivos entre ellos. Es decir, se tiene un conjunto de criterios que se agrupan como preposiciones algebraicas (AND) o (Y).

Criterio 1 y Criterio 2 y Criterio 3

Del ejemplo,

Criterio 1: La columna **Nacido Vivo** que es del tipo 1 (Falso/Verdadero), selecciona: **Verdadero**.

Criterio 2: La columna **Peso** que es del tipo 5 (Numérico Agrupa), selecciona: **menor a 2500**.

Criterio 1 Y Criterio 2, selecciona los nacidos vivos que además tengan peso menor a 2500.