

## INSTRUCTIVO DEL REGISTRO DIARIO DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA

### ENCABEZADO

**Nombre del establecimiento:** En este espacio se debe llenar el nombre del hospital.

**Fecha:** Se refiere a la fecha en la que se llevó a cabo la atención, se usa una hoja de Informe diario por cada fecha y turno de atención del médico. Se debe seguir el siguiente orden: Día/Mes/Año.

**Médico:** Registrar Nombre, Apellido Paterno y Apellido Materno del médico que realiza la atención.

**Matrícula:** Registrar el número de matrícula profesional del médico.

**Titular:** Marcar (✓), cuando el médico cuente con un ítem o un contrato indefinido. Caso contrario dejara el espacio en blanco.

**Suplente:** Marcar (✓) cuando el médico que realiza la atención del día, se encuentra reemplazando al médico titular en las siguientes situaciones: vacación, baja médica, contrato temporal, trabajo por convenio, riesgo compartido y toda aquella situación en la que el profesional médico no se encuentre como personal permanente de la institución.

**Firma y Sello del Médico:** En este espacio el profesional médico debe estampar su sello personal en el cual debe estar visible el nombre y apellido del profesional, la especialidad y el número de matrícula profesional.

**Horario de Atención de:** \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ : Acá se registrara en **HORAS Y MINUTOS**, cuando se inicia la consulta el médico y cuando concluyo dicha actividad.

**Número:** (Columna) Se refiere al **número secuencial de orden** asignado al paciente este indica el orden de llegada y de atención que recibió el paciente una vez que ingresa a consulta.

**Número de la Historia Clínica:** (Columna 1) Se refiere al (**número**) de historia clínica asignado al paciente.

**Número de Aseguro:** (Columna 2) Registre el número de seguro con el que cuenta la paciente

**Apellido Paterno Materno y Nombre:** (Columna 3) Registrar la identidad del paciente que acude a recibir la atención, en el siguiente orden: **Apellido paterno, Apellido Materno y Nombre(s)**

**Tipo de Paciente:** (Columna 4) En esta columna se debe de registrar el tipo de paciente que acude a la consulta, estos pueden ser: **Institucional**, se refiere al paciente que compra los servicios de la institución, y no se encuentra afiliado a ningún tipo de seguro. **SUMI**, se refiere al paciente que está asegurado al Seguro Universal Materno Infantil, y cuentan con un número de seguro. **SSPAM**, se refiere al paciente que está asegurado al Seguro de Salud Para el Adulto Mayor, cuentan con un número de seguro. **SOAT**, se refiere al paciente que sufrió algún accidente de tránsito y que por ley, el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, cubre según la atención medica correspondiente. **Otros**, se refiere a los diferentes seguros con los cuales la institución tenga algún tipo de convenio, cuya descripción será la siguiente:

- I: Institucional
- SU: SUMI
- SS: SSPAM
- SO: SOAT
- O: OTROS

**Edad y Sexo:** (Columna 5 y 6) Registrar con números la **edad cumplida**, en la columna (M) de masculino, si el paciente es varón, en la columna (F) femenino, si la paciente es mujer.

**Peso:** (Columna 7) Registrar el peso exacto en kilogramos, respetando la norma de la Unidad de Nutrición para la toma de medidas antropométricas.

**Talla:** (Columna 8) Registrar la talla exacta en centímetros, respetando la norma de la Unidad de Nutrición para la toma de medidas antropométricas.

**Consulta:** **Consulta Nueva** (Columna 9) Es aquella por la cual, la paciente consulta, por primera vez por una causa determinada.

**Consulta Repetida** (Columnas 10) Se considera **consulta repetida**, cuando la paciente asiste a la consulta por una causa por la que ya fue atendida anteriormente. Si en esa misma oportunidad la paciente consulta simultáneamente por una nueva causa, ésta última es considerada como **consulta Nueva** y debe ser registrada además en una nueva fila como **consulta Nueva**.

**Estado Nutricional:** (Columnas 11,12,13,14 y 15)

La variable estado nutricional está clasificada en 5 categorías cuya descripción es la siguiente:

- O** : Obesidad
- S** : Sobrepeso
- N** : Normal
- DM** : Desnutrición Moderada
- DG**: Desnutrición Grave

Tiquee (✓) en las **columnas**, de acuerdo al **estado nutricional** que presente la o el paciente.

### Exámenes Complementarios:

**Laboratorio:** (Columna 16) Tiquee (✓), si se solicitó pruebas de Laboratorio, sean esto utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente, según protocolos de atención vigentes.

**Imagenología:** (Columna 17) Tiquee (✓), si solicito estudios imagenológicos, sean esto utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

**Otros:** (Columna 18) Marcar (✓), si solicito otros estudios o pruebas ej. Electroencefalograma, etc, sean esto utilizados para control o para realizar el diagnóstico correspondiente.

### Detección de Enfermedades Prevalentes:

**Diabetes Mellitus:** (Columna 19) Tiquee (✓) si se detectó a un paciente con esta enfermedad.

**Hipertensión Arterial:** (Columna 20) Tiquee (✓) si se detectó a un paciente con esta enfermedad.

**ITS-VIH-SIDA:** (Columna 21) Tiquee (✓) si se detectó a un paciente con esta enfermedad.

**Examen Prostático:** (Columna 22) Tiquee (✓) si se realizó el examen prostático.

**Examen de Mama:** (Columna 23) Tiquee (✓) si se realizó el examen de mama, indagar previamente con la usuaria mujer través de la anamnesis si en el auto inspección existe la presencia de nódulo(os) en la región mamaria y es corroborado con el examen clínico.

**IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético)(Columna 24)** Registre las mujeres en las cuales se realiza la técnica de inspección visual con ácido acético (IVVA)

**PAP (Papanicolaou)** (Columnas 25) Tiquee (✓) si a la paciente se le tomó la muestra para examen citológico cérvico vaginal (PAP).

**Sintomático Respiratorio - Tuberculosis:** (Columna 26) Tiquee (✓) si se detectó a un paciente con esta enfermedad.

Enfermedades Prevalentes: (Columna 27 y 28) Tiquee (✓) si se detectó a un paciente con IRA/ Neumonía o EDA, en la columna correspondiente.

**Interconsulta:** (Columna 29) Tiquee (✓) si solicita interconsulta con otra especialidad.

**Diagnóstico(s):** (Columna 30) Se refiere a los diagnósticos primero y segundo identificados en la Historia Clínica.

En los casos de Violencia identificar la Causa Externa Ej: Politraumatismo por Violencia en la Familia y/o Hecho de Tránsito.

En esta columna se debe escribir únicamente el o los diagnósticos utilizando para ello la misma casilla.

**SI EL DIAGNÓSTICO CORRESPONDE A UNA ENFERMEDAD OBJETO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, INMEDIATAMENTE SE DEBE PROCEDER A LA COMUNICACIÓN AL NIVEL SUPERIOR Y AL LLENADO DEL FORMULARIO SNIS-VE 302a y 302b**

**CIE-10:** (Columna 31) Registrar el código CIE-10 que corresponda según el diagnóstico. No debe ser llenado por el médico, debe ser codificado por el personal de estadística.

**Tratamiento:** (Columna 32) Se refiere al fármaco o placebo a utilizarse para atenuar la enfermedad.

**Referencia de:** (Columna 33) Registre el nombre del establecimiento que refiere al paciente, verifique boleta de referencia y Contra referencia. Se entiende por el registro de pacientes referidos de otros establecimientos de menor complejidad resolutive que son recibidos por el establecimiento para su atención. Ej. Paciente con Pancreatitis Aguda.

**Contra referencia:** (Columna 34) Registre el nombre del establecimiento al cual se envía el paciente, elabore boleta de referencia y contrareferencia. Se entiende por el registro de pacientes inicialmente referidos del establecimiento a otros establecimientos de mayor complejidad que regresan para la continuación de su atención o tratamiento.