MANUAL DE MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN ..... Pag 3
2. OBJETIVOS ..... Pag 4
3. ALCANCE ..... Pag 4
4. AREAS INVOLUCRADAS ..... Pag 5
5. JUSTIFICACIÓN ..... Pag 5
6. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO ..... Pag 5- 8
   - 6.1 Definiciones
   - 6.2 Marco normativo
7. CUERPO PRINCIPAL DEL MANUAL ..... Pag 9- 67
   - 7.1 Características de las historias clínicas
   - 7.2 Proceso de gestión documental de la historia clínica
   - 7.3 Requisitos de la historia clínica
   - 7.4 Responsabilidad respecto a la historia clínica
   - 7.5 Recomendaciones generales
   - 7.6 Apertura de historia clínica
   - 7.7 Contenidos mínimos de la historia clínica
   - 7.8 Historias clínicas por tipo de atención
   - 7.9 Diligenciamiento de la historia clínica
     - 7.9.1 Medicina general
       - 7.9.1.1 Consulta externa
       - 7.9.1.2 Consulta prioritaria
       - 7.9.1.3 Certificado medico
       - 7.9.1.4 Atención a riesgo cardiovascular de primera vez y de control
       - 7.9.1.5 Nota aclaratoria
     - 7.9.2 Odontología

7.9.2.1 Consulta externa por odontología general

7.9.3 Nutrición
7.9.4 Psicología
7.9.5 Promoción y mantenimiento
7.9.5.1 Primera infancia
7.9.5.2 Infancia
7.9.5.3 Adolescencia
7.9.5.4 Juventud
7.9.5.5 Adultez
7.9.5.6 Vejez
7.9.5.7 Asesoría pre y post VIH
7.9.5.8 Planificación familiar
7.9.5.9 Higiene oral
7.9.5.10 Atención preconcepcional
7.9.5.11 Interrupción voluntaria del embarazo
7.9.5.12 Control prenatal
7.9.6 Apoyo terapéutico
7.9.6.1 Fisioterapia

8. BIBLIOGRAFÍA ..... Pag 68

1. INTRODUCCIÓN

La E.S.E. Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza, implementa el manual del manejo de la historia clínica para garantizar la custodia y confidencialidad de la Historia Clínica.

En cumplimiento de la ley 2015 del 2020 “en la que se establecen las normas para el manejo de la historia clínica, y se regula la Interoperabilidad de la Historia clínica electrónica (IHCE)”, se elabora el manual de procedimientos propendiendo por el cumplimiento de la normatividad vigente que busca garantizar los derechos y deberes de los usuarios.

La Historia clínica es una herramienta infalible en la práctica clínica de los profesionales de la salud, es un documento que debe contener la narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos, antecedentes tanto personales como familiares, síntomas e intervenciones que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud.

A través de la Historia clínica electrónica se facilitará, agilizará y garantizará el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, respetando el Habeas Data y la reserva de la misma.

En la E.S.E. Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza se tiene claridad sobre la importancia que tiene dentro la atención el manejo de los registros clínicos, el cual debe garantizar como mínimo los requisitos establecidos por la ley: privacidad, confidencialidad, disponibilidad, secuencialidad y oportunidad, entre otros.

1. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Proporcionar una orientación clara sobre la forma de llevar a cabo el registro, manejo, control, custodia, organización y almacenamiento de la Historia Clínica electrónica (IHCE), en la E.S.E. Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los lineamientos sobre los procedimientos para el acceso a la historia clínica electrónica.
- Garantizar el conocimiento de la normatividad vigente para el manejo de historia clínica electrónica.
- Garantizar la custodia, acceso a la información y seguridad en el archivo de la historia Clínica
- Fortalecer la gestión de los procesos asistenciales y administrativos apoyados en el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud.

2. ALCANCE

Está dirigido a los colaboradores que tienen que ver con el uso, custodia y seguridad de la historia clínica de La E.S.E. Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza dentro del macroproceso Misional de Apoyo, Evaluación y Control.

Inicia desde la creación de los usuarios hasta la custodia de la información, incluye la creación del paciente en el sistema de información, la generación del ingreso, el registro de la información del paciente, la generación del plan de manejo, finalización de la atención, gestión física de anexos como consentimientos informados terminando con la custodia de la información.

3. ÁREAS INVOLUCRADAS

Todas las áreas asistenciales que requieren dejar registros de la prestación de los servicios de salud: medicina, odontología, higiene oral, enfermería, toma de ecografías, laboratorio clínico, rayos x general y periapical, psicología, nutrición y todas aquellas disciplinas asistenciales que deben dejar registro en la historia clínica.

4. JUSTIFICACIÓN

El registro de las atenciones en salud que se prestan en una IPS constituye información vital que ha sido salvaguardada a través de la implementación de una línea normativa que busca garantizar los requisitos mínimos como son privacidad, confidencialidad, disponibilidad, secuencialidad y oportunidad entre otros criterios. Para ello intervienen varios actores que parten desde el ingreso del paciente hasta la custodia de la información.

Con el ánimo de definir una guía institucional para el manejo de las historias clínicas desde esos diferentes actores y para estandarizar el proceso en busca de llegar a los más altos niveles de calidad se crea el siguiente manual.

5. MARCO NORMATIVO Y CONCEPTUAL

6.1 DEFINICIONES

Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, después de cumplir el tiempo de retención en el archivo de gestión se conservara 10 años más en esta etapa del archivo.

Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Archivo de historia clínica física: se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

Historia Clínica Electrónica: es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de

información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con la firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente.

Interoperabilidad: capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza La coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente

Archivo de historia clínica física: se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos (Consentimientos informados) ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

Consulta: Una vez que se tiene los registros en el sistema, la Historia Clínica de cada paciente podrá ser consultada por el equipo médico y administrativo de acuerdo al nivel de competencia definida en los permisos que se tienen establecidos en cada perfil, manteniendo la confidencialidad del documento, siendo solo accedida por el personal autorizado.

Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario

Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado

Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

6.2 MARCO NORMATIVO

Resolución 839 de 2.017, Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.

Ley 1712 de Marzo de 2.017, Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del derecho de acceso a la información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones. Artículo 1 “es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información”

Acuerdo 004 de 2.013 Archivo General de la Nación Por el cual se reglamentan parcialmente los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las tablas de Retención Documental y las tablas de valoración Documental.

Ley 019 de 2012 del Ministerio de salud y protección, Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública Artículo 110 contempló algunas disposiciones en relación con el procedimiento que ha de seguirse para la custodia y conservación de la historia clínica en caso de liquidación de entidades del SGSSS, previendo el deber de la correspondiente Entidad Promotora de Salud — EPS, de proceder a su recibo, custodia y conservación hasta por el término normativamente previsto.

Ley 1438 de 19 de enero de 2011 del Ministerio de salud y protección social por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en. Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 del ministerio de salud y protección, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud. Artículo 33 obliga a garantizar el desarrollo de procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad que los programas de auditoría sean Genera Salud sean concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básico en el Sistema Único de Habilitación.

Ley 594 de 14 julio de 2000 Por medio de la cual se dicta la Ley general de archivo y se dictan otras disposiciones.

Resolución No 1995 de 8 de julio de 1999. Del ministerio de salud. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Resolución No. 839 de 2017. Del Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.

Ley 2015 de 31 enero de 2020. Del congreso de Colombia. Por medio de la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.

6. CUERPO PRINCIPAL DEL MANUAL

6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Las características básicas de la Historia clínica son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordando como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el

punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. Se debe poder localizar, recuperar, presentar, interpretar y leer. Su presentación debe mostrar la actividad que lo produjo

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Confidencialidad: La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia administrada a un paciente, por lo que es el documento privado de una persona.

Seguridad: En toda historia clínica debe constar la identificación del paciente, así como de los profesionales que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

Única: La historia clínica debe ser única e institucional para cada paciente.

Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

Autenticidad: Los usuarios del sistema de información de Historia Clínica Electrónica de la E.S.E Municipal de Soacha Julio César Peñaloza, son autenticados a través de identificación electrónica la cual consta de usuario y contraseña para su ingreso, para el registro de actos médicos y demás

procedimientos realizados por el equipo de salud que interviene en la atención del paciente; las evoluciones entre otros registros y documentos médicos son firmados electrónicamente por el respectivo profesional de salud encargado de la atención una vez finalice y apruebe el registro. Una vez firmado ya no se puede modificar el registro. Se puede realizar nota aclaratoria.

Responsabilidad: todo el personal que participa en la atención de un usuario es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la Historia Clínica y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta. Toda persona que tenga acceso a la Historia Clínica o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional.

6.2 PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica.

La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión los diez (10) años siguientes en el archivo central. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, está llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios. Cumplidos dichos términos, con miras a propender por la entrega de la historia clínica al usuario, su representante legal o apoderado responsable de su custodia, de forma previa al proceso de disposición final se publicarán como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional, definidos por la entidad

responsable de dicha publicación, con un intervalo de ocho (8) días entre el primer aviso y el segundo, en los que indicará el plazo y las condiciones para la citada entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contados a partir de la publicación del último aviso.

Disposición final de la historia clínica

La disposición final y la consecuente eliminación de historias clínicas, procederá por parte del responsable de su custodia, siempre que concurran las siguientes condiciones:

Que se haya cumplido el tiempo de retención y conservación documental y que se haya adelantado el procedimiento de publicación

Que se haya adelantado la valoración correspondiente, orientada a determinar si información contenida en las historias a eliminar posee o no valor secundario (científico, histórico o cultural), en los términos establecidos por el Archivo General de la Nación, de lo cual se dejará constancia en un acta, que ser firmada por el representante legal de la entidad y por el revisor fiscal cuando a ello haya lugar, acompañada del respectivo inventario en el que se identifique la valoración realizada a cada una de aquellas.

Solicitud de la historia clínica

La normatividad colombiana es cautelosa en la protección y confidencialidad de la historia clínica. La resolución 1995 de 1999 y la resolución 839 de 2017 señalan que la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley.

6.3 REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Veracidad: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrir en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

Rigor técnico de los registros: Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el paciente u otros profesionales o la institución.

Coetaneidad de registros: La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y sincrónica con la asistencia prestada al paciente.

Completa: Debe contener datos suficientes sobre la patología del paciente, debe reflejar todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales.

6.4 RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA HISTORIA CLÍNICA

Todo el personal que participa en la atención de un usuario es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la Historia Clínica y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta.

Secreto profesional Toda persona que tenga acceso a la Historia Clínica o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada.

El código penal colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado. Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa.

El médico o personal paramédico, está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

Al paciente, en aquello que estrictamente le concierne y convenga. A los familiares del paciente, si la revelación es útil al tratamiento.

A los responsables del usuario, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley.

A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

El profesional velará porque se guarde el secreto profesional, este debe cobijar igualmente a todas aquellas personas que, por su estado y profesión, reciben o tienen acceso a esta información confidencial.

El Código Penal Colombiano establece las sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

6.5 RECOMENDACIONES GENERALES

El acceso al archivo clínico está restringido, solo pueden ingresar los funcionarios que laboran en dicha dependencia.

El mecanismo para ejercer control sobre el acceso a las historias clínicas automatizadas, garantizando la confidencialidad, se estableció dando a cada profesional de la salud un usuario y clave de acceso al programa Dinámica Gerencial, a su vez el personal de facturación, autorizaciones, auditoria médica y archivo tendrá su clave para acceder a la Historia clínica digital.

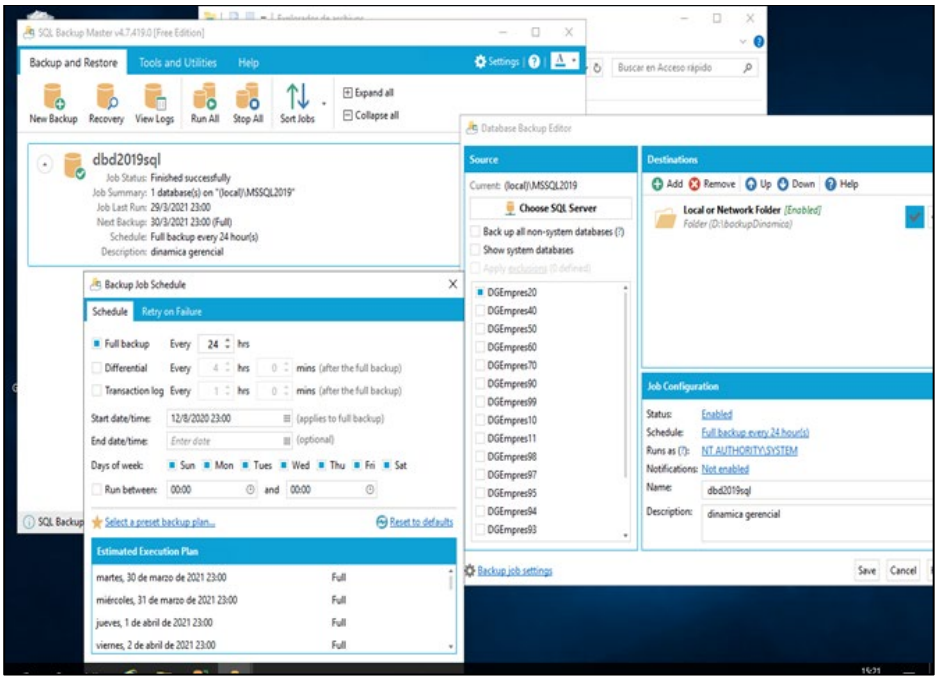
Se establece procedimiento de respaldo de información que garantice la conservación y veracidad de la información consignada por el profesional de la salud en las historias clínicas automatizadas, realizando copias de seguridad en el servidor.

En el servidor SRVAPLICACIONES: Se tiene el procedimiento de copias de seguridad de la base de datos del servidor dedicado al sistema de información

por software SQL Backup master, almacenando las copias del contenedor utilizado para producción.

En estas copias de seguridad está toda la información de las bases de datos en las cuales reposan las atenciones médicas, órdenes y resultados de laboratorio que llegan de la interfaz con el proveedor de servicios de laboratorio y alimentan datos en la historia clínica.

El comité de historias clínicas debe velar por el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la gestión de los registros clínicos y el buen funcionamiento del software clínico.



Fallas del sistema

Existen ocasiones en donde el sistema de información presenta fallas técnicas como caídas de luz o internet, o se realizan mantenimientos preventivos y

correctivos, lo cual impiden el registro de la atención del paciente, para ello se cuenta con historias clínicas físicas en cada sede. En el momento en que el sistema es suspendido, se esperan 5 minutos para que se restablezca, en casos en donde no ocurra de manera satisfactoria el profesional de la salud iniciará su atención de manera manual, quien posterior a su consulta debe entregar una relación del número de historias clínicas realizadas manualmente durante su turno al líder de sede una vez a la semana, el cual se encargará de establecer tiempos y bloqueos respectivos para que el registro de las atenciones sea ingresado al sistema.

El plazo máximo de ingreso de las historias clínicas físicas al sistema de información es de ? horas finalizada la atención y el líder de servicio en cada sede es el encargado de verificar que la información relacionada por el profesional sea veraz y se encuentre registrada en el sistema y custodiará mientras entrega las historias clínicas físicas generadas al departamento de archivo.

Se continúa archivando en la carpeta física de la HC, que reposan en el archivo de gestión y central, los documentos de los usuarios que ya la tienen. Las HC y anexos de los usuarios que no tienen carpeta, se archivan en un AZ en orden cronológico y mes a mes.

Las historias clínicas en físico que reposan en el archivo de gestión y central,se siguen alimentando de acuerdo a la documentación o anexos existentes en físico que se generan en cada atención y los anexos de los usuarios que no tienen carpeta, se procede a crear la historia clínica en físico y allí se mantendrá por el tiempo de retención en cada una de las etapas del archivo.

Las historias clínicas físicas deben permanecer en cada etapa del archivo y no deben salir del archivo de la institución por ningún motivo.

6.6 APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Creación del usuario: Una vez el usuario se acerque al área de facturación a solicitar atención y sea su primera vez el facturador procederá a crearlo con la información básica y general en el sistema, si el paciente ya está creado se continúa con la asignación de la cita. La identificación del usuario se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años, con el número de nacido vivo para los recién nacidos, menores sin identificación. Para los extranjeros con el número de identificación regularizado.

Asignación de cita: Una vez creado el usuario se asigna la cita dando un número de ingreso.

Apertura de historia clínica: El profesional tratante buscará al paciente, el ingreso y la atención e iniciará la atención

En caso de ser necesario el uso de la Historia Clínica manual debe diligenciarse en forma legible clara, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco sin utilizar siglas o acrónimos, cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Estás serán utilizadas solo si existe la directriz explícita por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud por fallas en el sistema, corte de fluido eléctrico o la razón de fuerza mayor que impida el diligenciamiento de la historia clínica digital; la información de la atención registrada de manera manual deberá ser ingresada en la historia clínica digital especificando la hora y fecha de atención en la zona de motivo de consulta. Deberá registrarse p. ej. Paciente que asiste el día, a la hora, por y a partir de ahí colocar la misma información registrada en el formato manual.

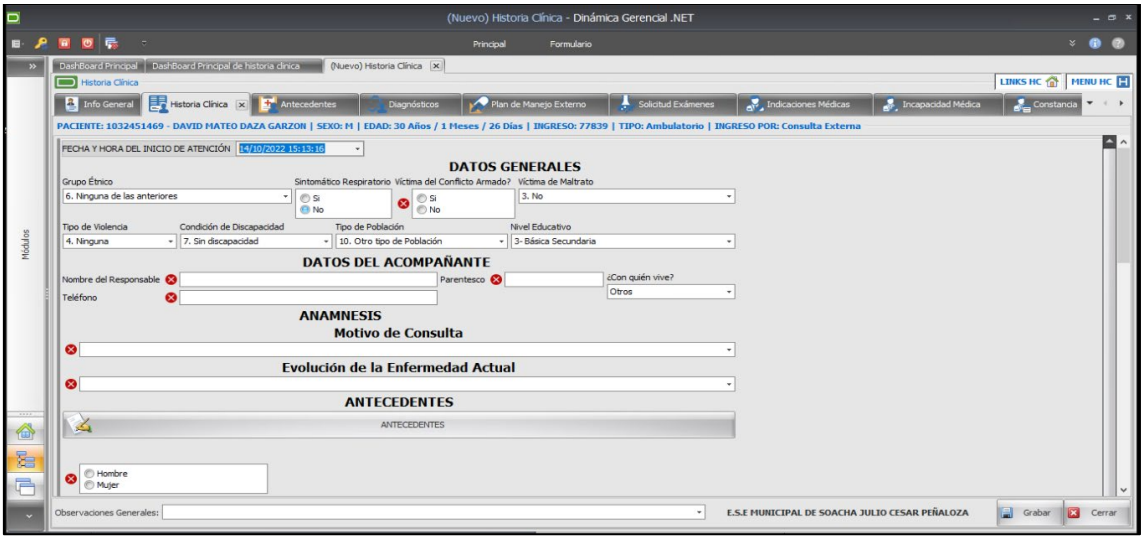
6.7 CONTENIDOS MÍNIMOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Se entiende por Historia Clínica completa aquella que teniendo en cuenta la Resolución 1995/1999, incluye la siguiente información:

- Datos generales del usuario.
- Datos del acompañante y/o responsable

- Motivo de consulta
- Enfermedad actual
- Antecedentes
- Revisión por sistemas
- Examen físico céfalo caudal incluyendo signos vitales
- Diagnóstico
- Tipo de diagnóstico
- Finalidad y causa externa.
- Plan de tratamiento: orden de medicamentos, orden de apoyo diagnóstico y/o terapéutico, demanda inducida, educación.

6.8 HISTORIAS CLÍNICAS POR TIPO DE ATENCIÓN



La Empresa de Salud, ESE Municipal de Soacha tiene diferentes tipos de atención para cada servicio, en la siguiente tabla se nombran los tipos de atención por servicio:

SERVICIO	ATENCION

Medicina general	• Medicina general • Consulta prioritaria • Certificado médico • Atención a Riesgo cardiovascular primera vez y control. • Nota Aclaratoria • Procedimientos médicos: Inserción y retiro de implantes subdérmico Recambio de sondas vesicales
Odontología	• Odontología general • Evolución odontológica • Urgencias odontológicas • Certificado odontológico
Nutrición	• Nutrición adultos • Nutrición niños y niñas
Psicología	• Psicología
Promoción y mantenimiento y	• Primera infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Asesoría pruebas VIH • Consejería en lactancia materna • Planificación familiar

	• Higiene oral • Procedimientos de promoción y mantenimiento (Inserción y retiro de DIU, inserción y retiro de implantes subdérmicos, toma de citología cervico uterina
Ruta materno perinatal	• Asesoría preconcepcional • Interrupción voluntaria del embarazo

Es norma en la E.S.E Julio César Peñaloza, el diligenciamiento de la Historia Clínica sistematizada, por parte de los profesionales tratantes en cada uno de los servicios

Consulta de medicina general

Todo usuario que solicite atención médica, deberá contar con historia clínica realizada por el médico tratante. Las atenciones deben contar con fecha y hora de la consignación de la información y deben registrarse en forma cronológica

Odontología

Todo usuario que accede al servicio de odontología debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del odontólogo general, quien debe garantizar el registro de odontograma, datos correspondientes a los exámenes clínicos, diagnósticos, tratamientos y consultas de urgencias.

Promoción y mantenimiento

Todo usuario que accede al servicio de promoción y mantenimiento debe contar con la historia clínica correspondiente, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general y el personal de enfermería.

Psicología

Todo usuario que accede al servicio de psicología debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del psicólogo, quien debe garantizar el registro en la historia clínica.

Nutrición

Todo usuario que accede al servicio de nutrición debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del nutricionista, quien debe garantizar el registro en la historia clínica.

Apoyo terapéutico

Todo usuario que acceda al servicio terapéutico debe contar con la historia clínica, del profesional terapéutico (terapeuta físico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, quien deberá garantizar el registro en la historia clínica.

.

6.9 DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

7.9.1 Medicina General

7.9.1.1 Consulta externa por medicina general: Este modelo de historia clínica contempla los datos de identificación básicos del paciente y además se tienen en cuenta (tipo de población: (*habitante de calle, población infantil a cargo del ICBF, madres comunitarias, desmovilizados, desplazados, migratorios, población rural o rural dispersa, población LGTBI, otros*), grupo etnico, si es o no víctima de violencia, que tipo de violencia, si es o no víctima de conflicto armado, si cursa con sintomatología respiratoria o condición de discapacidad, nivel educativo, nombre del responsable o acompañante, parentesco y con quien vive)

- Motivo de consulta: (quejas principales): deben consignarse las frases más breves posibles, no anotando diagnósticos o nombres de enfermedades sino las quejas del paciente, describiendo los síntomas predominantes, por esta razón es necesario muchas veces, usar las propias palabras del paciente siempre y cuando expresen una queja concreta o sean la clara expresión de un fenómeno; ej: he perdido el apetito- anorexia, me siento muy cansado me falta fuerza- astenia o adinamia.
- Enfermedad actual: se debe analizar todos los detalles referentes a la queja principal del paciente, anotar momento de aparición de síntomas, como han evolucionado, si han cambiado, como es la intensidad, duración, severidad, frecuencia. La narración debe tener cronología y se puede asemejar con un resumen o relato corto de lo que le viene sucediendo al paciente.
- Antecedentes: se deben registrar todos los antecedentes del paciente y subdividirse para mejor entendimiento: Patológicos (describir enfermedades que padece o padeció antes), Quirúrgicos (describir todos los procedimientos quirúrgicos realizados en la vida con detalles), Alérgicos (describir reacciones y tipos de alergias padecidas), Farmacológicos (describir qué medicamentos se encuentra tomando con dosis y frecuencia), Familiares (describir qué enfermedades de importancia padecen familiares), Traumáticos (describir si ha tenido fracturas, caídas o heridas), Transfusionales (describir si ha tenido transfusiones sanguíneas, reacciones y circunstancias), Ginecológicos (registrar menarquia, sexarquia, menopausia, FUM, método de planificación, fórmula obstétrica, FUP, última citología, fecha último examen de mama), Toxicológicos (describir si el paciente tiene adicciones a SPA, alcohol, cigarrillo, entre otros.)
- Revisión por sistemas: después de realizar la enfermedad actual, el profesional debe indagar y realizar una revisión sobre el funcionamiento de los órganos y sistemas (sobre todo aquellos a los que no se hizo referencia en la enfermedad actual), esto proporciona una visión global sobre la salud general del paciente los principales puntos a interrogar son:

estado general, cabeza y cuello, órganos de los sentidos, cardio respiratorio, mamas. gastrointestinal, genitourinario, osteomuscular, neurológico y neuropsiquiátrico, gineco obstétricos y endocrinológicos, piel y anexos.

- Signos vitales: registrar valores de signos vitales tomados en la consulta: Temperatura, Frecuencia Cardiaca (frecuencia, regularidad, amplitud, igualdad, simetría), Frecuencia Respiratoria, Tensión Arterial, Saturación de oxígeno, Peso, Talla, IMC y su interpretación.
- Examen físico: las técnicas del examen físico son (inspección, palpación, percusión, auscultación), la exploración se hace en todos los aparatos del cuerpo, pero se realiza de manera exhaustiva en el aparato que se sospeche enfermo según el interrogatorio, se describe detalladamente los hallazgos encontrados de los siguientes puntos: apariencia general, cráneo, cabeza y cuello, órganos de los sentidos, tórax y pulmones, mamas, corazón, abdomen, genitales y periné, extremidades, osteoarticular, neurológico y neuropsiquiátrico, piel y anexos.
- Análisis: Es el espacio para generar las conclusiones que tiene el profesional frente al estado de salud del paciente luego de haber sido interrogado y realizado el examen físico, adicionalmente se consigna cual es el plan de diagnóstico y de tratamiento que va a recibir el paciente.
- Demanda inducida: es el espacio para incluir a los pacientes en los programas de promoción y mantenimiento según el ciclo de vida o el riesgo identificado durante la consulta.
- Diagnóstico: espacio para registrar el diagnóstico bajo el listado del CIE-10.
- Plan de manejo externo: espacio para hacer la formulación de los medicamentos o insumos.
- Solicitud de exámenes: espacio para solicitar los exámenes de laboratorio, imágenes o procedimientos.
- Indicaciones médicas: espacio para dar al paciente recomendaciones y signos de alarma.

7.9.1.2 Consulta Prioritaria: es un servicio de consulta externa, orientado a atender condiciones de salud de baja complejidad, son aquellos pacientes que presentan condiciones de salud que no ponen en peligro su vida ni su funcionalidad, pero que no dan espera a una cita médica programada, ya que están cursando con sintomatología aguda que les impide realizar actividades cotidianas o que los incapacita parcialmente y que deben ser atendidas en corto plazo. Este modelo de historia clínica tiene la misma estructura de la consulta externa explicado previamente.

7.9.1.3 Certificado médico: El certificado médico es un testimonio escrito acerca del estado de salud actual de un paciente, que el profesional extiende a su solicitud o a la de sus familiares, luego de la debida constatación del mismo a través de la asistencia, examen o reconocimiento.

Existen dos clases de certificado: los obligatorios por ley, entre los que podemos encontrar los de defunción, nacimiento, etcétera, y los simples, que son los que habitualmente se redactan en el consultorio.

Se compone de los datos personales básicos, nombre de acompañante, parentesco, teléfono y relato de la certificación según sea el caso.

Ej.: Certifico que el paciente en mención, se encuentra libre de patologías infectocontagiosas, dermatológicas o mentales que pueda colocar en riesgo convivencia en la comunidad. Puede vivir en comunidad. Examen físico dentro de la normalidad. Presumo entonces impresión diagnóstica: Paciente Sano (a).

7.9.1.4 Atención a riesgo cardiovascular de primera vez y de control: este modelo de historia clínica se utiliza para la atención de personas con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular metabólicas manifiestas, de tal manera que está encaminada a detectar las comorbilidades de estos pacientes, se compone de:

- Datos personales básicos más otros ya descritos previamente
- Motivo de consulta
- Enfermedad actual

- ❖ Síntomas que sugieran está cursando con algo agudo (cansancio, polifagia, poliuria, polidipsia, palpitaciones, mareos, cefalea, epistaxis, alteraciones visuales, tinnitus, orina espumosa, edema)
- ❖ Antecedentes.
- ❖ Factores de Riesgo: consumo de cigarrillo, SPA, o alcohol, exposición a humo de leña, consumo excesivo de grasas o azúcares, consumo de frutas y verduras, ¿realiza actividad física?
- ❖ Revisión por sistemas.
- ❖ Signos Vitales
- ❖ Registro de valor de creatinina y TFG para identificar riesgo renal.
- ❖ Examen físico
- ❖ Test de riesgo cardiovascular de la OMS
- ❖ Test de FINDRISK
- ❖ Test de Morisky Green
- ❖ Estadio de hipertensión.
- ❖ Plan Educacional
- ❖ Análisis
- ❖ Monitoreo Alimentario y nutricional de la gobernación “Mango”
- ❖ Demanda Inducida
- ❖ Diagnóstico
- ❖ Plan de manejo
- ❖ Solicitud de exámenes
- ❖ Indicaciones Médicas

7.9.1.5 Nota Aclaratoria: Este tipo de historia clínica permite hacer notas aclaratorias las cuales son el documento que se tiene a disposición para corregir o añadir información de atenciones realizadas previamente en las cuales, se pudo haber diligenciado algún dato erróneamente o en aquellas que cabe especificar algún hecho importante que pueda cambiar las decisiones tomadas con anterioridad en las atenciones pasadas, cabe aclarar que se realiza durante el proceso de atención, es decir antes de la salida del paciente de la institución, en caso de suceder alguna circunstancia tiempo después se debe evaluar la

pertinencia con el comité de historias clínicas para cargue de una nota aclaratoria.

En el diligenciamiento de la historia clínica sistematizada, se genera automáticamente la numeración de los folios por cronología en fecha de realización, por lo tanto si se requiere realizar alguna nota aclaratoria, esta genera un nuevo folio con fecha y hora en que se realiza y haciendo referencia al número de folio del que se está realizando la aclaración.

7.9.2 Odontología.

7.9.1.2 Consulta externa por Odontologia general: Este modelo de historia clínica contempla los datos de identificación básicos del paciente y además se tienen en cuenta (tipo de población: (*habitante de calle, población infantil a cargo del ICBF, madres comunitarias, desmovilizados, desplazados, migratorios, población rural o rural dispersa, población LGTBI, otros*), grupo étnico, si es o no víctima de violencia, que tipo de violencia, si es o no víctima de conflicto armado, si cursa con sintomatología respiratoria o condición de discapacidad, nivel educativo, nombre del responsable o acompañante, parentesco y con quien vive), Tipo de Historia (Primera Vez o Re-Evaluación) y si es o no Gestante.

- Motivo de consulta: (quejas principales): deben consignarse las frases más breves posibles, no anotando diagnósticos o nombres de enfermedades sino las quejas del paciente, describiendo los síntomas predominantes, por esta razón es necesario muchas veces, usar las propias palabras del paciente siempre y cuando expresen una queja concreta o sean la clara expresión de un fenómeno; y preferiblemente colocarlas entre comillas ej: “se me cayó una calza”; “ tengo las muelas picadas”
- Antecedentes Generales: se deben registrar los antecedentes del paciente, los cuales se han subdividido para mejor entendimiento y facilidad de diligenciamiento se debe consignar **SI** o **NO:** tratamiento médico actual, toma de medicamentos, Alergias, Cardiopatías, Alteración

presión arterial, Embarazo, Diabetes, Hepatitis, Inmunosupresión, Discrasias Sanguíneas, Fiebre Reumática, Enfermedades Renales, Epilepsias, Trastornos Emocionales, Patología Respiratoria, Trastornos Gástricos, Cirugías (Incluyendo Orales),E.T.S, Enfermedades Orales, Usa Prótesis (Incluso Orales) y Otras Alteraciones. Si alguna es positiva o señalada como SÍ, debe registrarse o consignarse los datos en el espacio de Antecedentes Paciente, así como también si existen Antecedentes Familiares.

- Examen Estomatológico: Procedimiento simple donde se realiza la exploración bucal, se identifican y consignan tanto a las variantes de la normalidad, como a las alteraciones de la mucosa oral (anormal),se debe consignar **SI** o **NO:** frenillos, paladar, orofaringe,lengua,piso de la boca,rebordes,glándulas salivales y otros hallazgos (si se presenta alguna anormalidad no contemplada en la subdivisión),y de presentar el paciente alguna alteración consignarla en el espacio determinado para este fin denominado: Observaciones (Según Número).
- ATM - Oclusión: La consignación de los datos y hallazgos en este punto se hará de manera secuencial y ordenada: Dolor muscular, Dolor articular, Ruido articular, Alteraciones del movimiento, Maloclusiones, Crecimiento y otros hallazgos, se debe consignar **SI** o **NO** y de presentar el paciente alguna alteración consignarla en el espacio determinado para este fin denominado: Observaciones (Según Número).
- Como parte del Examen Oral realizado al paciente para la elaboración de la historia clínica se encuentra la valoración y consignación de datos relacionados con los Tejidos Dentales, Examen Periodontal, Examen Pulpar y Hábitos Orales,se debe consignar **SI** o **NO** y de presentar el paciente alguna alteración consignarla en el espacio determinado para este fin denominado: Observaciones (Según Número).
- Historia Clínica de Acción Preventiva: En este punto se indaga sobre los hábitos de higiene oral del paciente, se debe consignar **SI** o **NO** y la frecuencia con la que se realizan.
- Odontograma: La Historia Clínica cuenta con un esquema gráfico de la boca donde aparecen todas las piezas dentales del paciente, permiten

plasmar los datos de examen del paciente ya sea los que tiene hechos o los que tiene que hacer, arrojando de manera automática los datos del COP (adultos) o el CEO (niños).

- Biopelícula: cuenta con esquema gráfico donde se plasman las caras o superficies de los dientes comprometidas con placa bacteriana evidenciadas al examen clínico del paciente, las cuales se marcan o resaltan (color rojo).
- Plan de Tratamiento: Se consigna la propuesta de resolución de los problemas de la salud bucal del paciente identificados durante el proceso de diagnóstico, el cual se plantea de manera secuencial, lógica y ordenada con el objetivo de recuperar y mantener la salud bucal.

7.9.3 Nutrición: Este modelo de historia clínica contempla los datos de identificación básicos del paciente y además se tienen en cuenta (tipo de población: (*habitante de calle, población infantil a cargo del ICBF, madres comunitarias, desmovilizados, desplazados, migratorios, población rural o rural dispersa, población LGTBI, otros*), grupo étnico, si es o no víctima de violencia, que tipo de violencia, si es o no víctima de conflicto armado, si cursa con sintomatología respiratoria o condición de discapacidad, nivel educativo, nombre del responsable o acompañante, parentesco y con quien vive).

- Motivo de consulta: (quejas principales): deben consignarse las frases más breves posibles, no anotando diagnósticos o nombres de enfermedades sino las quejas del paciente, describiendo los síntomas predominantes, por esta razón es necesario muchas veces, usar las propias palabras del paciente siempre y cuando expresen una queja concreta o sean la clara expresión de un fenómeno; y preferiblemente colocarlas entre comillas ej: “he perdido peso, he perdido el apetito - anorexia, he aumentado de peso.
- Condiciones socioeconómicas: Se deben consignar de la forma más breve posible la información relacionada con la composición familiar,

ingresos económicos, nivel educativo que afecten directamente el acceso a una alimentación saludable.

- Recuento alimentario: Se debe registrar lo relacionado al recordatorio alimentario de las 24 horas anteriores, en la que se describa la alimentación de un día habitual que permita identificar, los hábitos alimentarios, los horarios de alimentación, el tamaño de las porciones consumidas, las preferencias alimentarias, el horario para el consumo de los alimentos y si se tiene un consumo habitual de suplementos alimentarios
- Frecuencia semanal de consumo de alimentos: se debe registrar por grupo de alimentos la frecuencia de consumo en una semana habitual, registrar por No de días que se consume el grupo de alimentos, ocasional cuando no hay un consumo frecuente, nunca cuando la se refiera que el grupo de alimentos está excluido de la alimentación habitual.
- Signos vitales: Registrar valores de signos vitales tomados en la consulta: Temperatura, Frecuencia Cardiaca (frecuencia, regularidad, amplitud, igualdad, simetría), Frecuencia Respiratoria, Tensión Arterial, Peso, Talla, IMC, circunferencia de cintura, cadera y muñeca para la población adulta excluyendo a las mujeres en embarazo, y su interpretación; para población pediátrica registrar el perímetro braquial para mayores de 6 meses hasta los 5 años y perímetro cefálico para los menores de 5 años y su interpretación según los patrones de crecimiento de la OMS y la resolución 2465 de 2016.
- Plan de manejo: Registrar de forma breve el tipo de dieta a formular al paciente, el objetivo propuesto, la indicación de fórmula de recuperación nutricional, formulación de suplementación alimentaria, la indicación de notificación al sistema de vigilancia SIVIGILA en casos de desnutrición.
- Demanda inducida: Es el espacio para incluir a los pacientes en los programas de promoción y mantenimiento según el ciclo de vida o el riesgo identificado durante la consulta.

7.9.4 Psicología: Este modelo de historia clínica contempla los datos de identificación básicos del paciente y además se tienen en cuenta (tipo de población: (*habitante de calle, población infantil a cargo del ICBF, madres comunitarias, desmovilizados, desplazados, migratorios, población rural o rural dispersa, población LGTBI, otros*), grupo étnico, si es o no víctima de violencia, que tipo de violencia, si es o no víctima de conflicto armado, si cursa con sintomatología respiratoria o condición de discapacidad, nivel educativo, nombre del responsable o acompañante, parentesco y con quien vive), diagnósticos recientes, medicamentos suministrados, exámenes recientes, antecedentes de diferentes áreas de salud y alertas o notificaciones.

- Motivo de consulta: (verbalización del paciente por el cual asiste a consulta): deben consignarse las frases más descriptivas posibles, no anotando diagnósticos o nombres de enfermedades sino las quejas del paciente, describiendo los síntomas predominantes, por esta razón es necesario muchas veces, usar las propias palabras del paciente siempre y cuando expresen una queja concreta o sean la clara expresión de un fenómeno psicológico; y preferiblemente colocarlas entre comillas ej: “he tenido depresión, ansiedad y dificultades con mis hijos por crianza”.
- Enfermedad actual: debe registrarse las enfermedades del paciente relacionadas con el motivo de consulta o su salud mental, por ejemplo dolores de cabeza frecuentes, ansiedad, depresión, cáncer, diabetes, sida entre otras.
- Evolución: Se describe cómo ha sido el proceso del consultante desde que está identificando su motivo de consulta, si ha tenido cambios físicos, comportamiento, pensamientos o relaciones sociales.
- Causas/factores desencadenantes: se diligencia todo factor relatado por el paciente el cual tenga correlación con el motivo de consulta el cual está provocando el malestar psicológico o diagnóstico tanto intrapersonal o interpersonal.
- Antecedentes personales y familiares: Se identifica si el consultante ha presentado un motivo de consulta o síntomas psicológicos anteriormente al igual si identifica miembros de la familia con antecedentes psicológicos.

- Implicaciones (a nivel familiar, social, académico, etc.): Se le indaga al paciente si ha presentado dificultades por su motivo de consulta en sus respectivas áreas de ajuste el cual lo esté llevando a desequilibrar su estilo de vida.
- Acciones realizadas en busca de solución: Al identificar cómo está afectando sus áreas de ajuste se diligencia si ha tratado de corregir o encontrar una forma de que no se vea afectada su vida cotidiana.
- Estructura y funcionalidad familiar: Se determina en qué tipología familiar se encuentra la consultante, sea nuclear, extensa, monoparental entre otras, se incluye nombre y datos de familiares si son pertinentes por el motivo de consulta y como se está la funcionalidad de esa familia o si de a alguna manera el consultante tiene algún conflicto o problemas de comunicación con un miembro afectivo de su familia.
- Historia personal: Se describe si el consultante ha presentado algún tipo de antecedente traumático en sus etapas de crecimiento, infancia, adolescencia y adultez de igual manera también si es pertinente ante en motivo de consulta se debe describir historial escolar.
- Observaciones: Se describe con un sí o no el porte, actitud en cuanto a su apariencia personal, contacto visual, expresiones y gestos.
- Dimensiones-funciones cognitivas: Se describe con un sí o no la atención, orientación, memoria, pensamientos, juicios e ideaciones suicidas en caso de hallar un hallazgo relevante se debe describir el por que del evento cognitivo.
- Evaluación emocional: Se selecciona la emoción con la que se identifica el consultante enfocado desde su motivo de consulta.
- Lenguaje: Se describe con un sí o no el contenido, tono y comunicación del lenguaje del consultante.
- Senso-percepción: Se describe con un sí o no al presenciar ilusiones, alucinaciones o distorsión de la realidad en caso de hallar un hallazgo relevante se debe describir el por que del evento.
- Funciones somáticas: Se describe con un sí o no al presenciar disminución al conciliar el sueño o el apetito en caso de hallar un hallazgo relevante se debe describir el por que del evento.

- Integridad comportamental: Se describe con un sí o no, olvidos, rupturas de normas sociales, irresponsabilidad con el dinero, desconfianza social, autoagresiones, disminución de habilidades sociales, negación a la enfermedad en caso de hallar un hallazgo relevante se debe describir el por que del evento.
- Áreas de Ajuste: Se describe con un sí o no, cada área de ajuste si está afectada por el motivo de consulta por el cual está asistiendo, personal, académico, laboral, familiar, social, sexual, pareja y religioso en caso de hallar un hallazgo relevante se debe describir el por que del evento.

7.9.5 Promoción y Mantenimiento: Además de la información que por normatividad deben contener las historias clínicas, la Resolución 3280/2018 definió unas particularidades por curso de vida que se describen a continuación.

7.9.5.1 Primera infancia

Antecedentes

Antecedentes personales
Médicos (consultas de urgencias, síntomas recurrentes otológicos, condiciones crónicas o agudas)
Hospitalarios
Transfusionales
Farmacológicos
Exposición al humo de tabaco
Alérgicos
Quirúrgicos
Comportamiento general y relaciones interpersonales
Vacunación.
Tamizaje neonatal
Adaptación e integración en los entornos de educación.
Aparición del lenguaje y habla
Antecedentes familiares

Enfermedades hereditarias
Asma
Tuberculosis
Dermatitis atópica
Problemas del desarrollo infantil
Muerte en hermanos
Antecedentes de salud mental en los padres
Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
Alteraciones de las emociones o del comportamiento
Exposición a violencias
Violencia sexual víctimas del conflicto armado.
Duelo o muerte de personas significativas
Divorcio de padres, problemas entre los progenitores

Alimentación
Menores de 6 meses
1. Durante el día de ayer o anoche ¿recibió alguno de estos líquidos: agua, agua aromática jugo, ¿té?
2. Durante el día de ayer o anoche ¿recibió leche de fórmula?
3. Durante el día de ayer o anoche ¿recibió leche (vaca, cabra) liquida, en polvo, fresca o en bolsa?
4. Durante el día de ayer o anoche ¿recibió algún alimento como sopa espesa, puré, papilla o seco?

Mayores de 6 meses
Recuento de alimentación de las últimas 24 horas
Mayores de 1 año
verificar si el niño o niña consume la dieta familiar.
Hábitos saludables: Indagar sobre:
Sueño, Baño, cambio de pañal, lavado de manos del cuidador y del niño o niña, cepillado de dientes, foto protección, control de esfínteres, limpieza perianal, juego.
Prácticas de crianza y cuidado:
Expresión del afecto al niño
Reconocimientos de los gustos o preferencias de los niños o niñas
Actividades de estimulación del desarrollo y el juego

Relación con su familia y con otras personas y niños
Expresión del afecto al niño
Reconocimientos de los gustos o preferencias de los niños o niñas

Actividades de estimulación del desarrollo y el juego
Relación con su familia y con otras personas y niños
Establecimiento de límites y disciplina para corregir (uso de castigo corporal, violencia física psicológica, sexual, negligencia y abandono contra niños y niñas)
Violencia en el hogar
Prevención de accidentes (movilidad-uso de silla especial trasera cinturón de seguridad, casco-en la casa, espacios abiertos).
Dinámica familiar: con el diligenciamiento de la información del familiograma, apgar familiar y ecomapa.

Examen físico
Signos vitales
Peso
Talla
Perímetro cefálico
Tensión arterial a partir de los 3 años
Oximetría
IMC
Valoración del estado nutricional: Registrar Desviación estandar en indicador y rejillas de acuerdo a lo definido en la Resolución 2465/2016
Peso/talla
Talla/Edad
Perímetro cefálico/edad
Valoración del desarrollo: Aplicación de la escala abreviada del desarrollo - 3
Aplicación test m-chat (niños entre 18 y 30 meses)
Valoración de la agudeza visual, tamizaje de agudeza visual a partir de los 3 años
Valoración de la salud auditiva y comunicativa (aplicación cuestionario VALE) a partir de los 3 años

7.9.5.2 Infancia

Antecedentes

Antecedentes personales **Médicos:** consultas de urgencias, síntomas recurrentes otológicos, condiciones crónicas o agudas, asma, dermatitis atópica. Hospitalarios Transfusionales Farmacológicos Exposición al humo de tabaco Alérgicos Quirúrgicos Consumo de sustancias psicoactivas Comportamiento general y relaciones interpersonales. Vacunación Conducta suicida Cuidado extraescolar Aparición del lenguaje y habla. Antecedentes ginecológicos **Antecedentes familiares** Enfermedades hereditarias Asma
Tuberculosis Dermatitis atópica Problemas del desarrollo infantil Antecedentes de salud mental de los padres (depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar)

Conducta suicida
Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas
Alteraciones de las emociones o del comportamiento
Duelo o muerte de personas significativas,
Divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores.

Alimentación

Recuento de alimentación de las últimas 24 horas
Problemas del hábito de comer

Hábitos saludables:

Juego
Actividad física
Higiene oral y corporal
Lavado de manos
Higiene área perineal
Sueño
Control de esfínteres
Foto protección
Uso del tiempo y ocio

Desarrollo y aprendizaje

Rendimiento escolar
Aptitud de aprendizaje
Actitud en el aula
Vida social
Aparición tardía del lenguaje y habla
Percepción del cuidador sobre audición y visión del niño o niña

Prácticas de crianza y cuidado:

Expresión del afecto al niño
Reconocimientos de los gustos o preferencias de los niños o niñas
Actividades de estimulación del desarrollo y el juego
Relación con su familia y con otras personas y niños
Establecimiento de límites y disciplina para corregir (uso de castigo corporal, violencia física psicológica, sexual, negligencia y abandono contra niños y niñas)
Violencia en el hogar

Prevención de accidentes (movilidad-uso de silla especial trasera cinturón de seguridad, casco-en la casa, espacios abiertos).
Vulneración de derecho (trabajo infantil, violencia de género)

Dinámica familiar con el diligenciamiento de la información del familiograma, apgar familiar y ecomapa.

Examen físico

Signos vitales
Peso
Talla
Tensión arterial
Oximetría
IMC

Valoración del estado nutricional: diligenciamiento de desviaciones estándar en indicador y rejillas de acuerdo a la Resolución 2465/2016
Talla/edad
IMC/Edad
Aplicar test de Goodenougth Harris a niños
Evaluar estadio de tanner

Exploración ano-genital
Valoración de la salud visual a través de tamizaje visual
Valoración de la salud auditiva y comunicativa: Aplicación del cuestionario VALE
Si hay riesgo de trastorno mental aplica el tamizaje Reportin Questionnaire for children (RQC)

7.9.5.3 Adolescencia

Antecedentes

Antecedentes familiares:
hipertensión arterial
diabetes mellitus
dislipidemias

enfermedad coronaria
cáncer
cerebrovasculares
alergias
asma
tuberculosis
gota
hemofilia
glaucoma
enfermedades degenerativas
genéticas
trastornos o problemas mentales (demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, conducta suicida entre otros)
Maltrato y diversas formas de violencia.

Antecedentes personales:

(Consulta a urgencias, síntomas recurrentes, hospitalizaciones, cirugías, etc) Vacunación, alergias enfermedades (cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer asma tuberculosis, rinitis, insulino resistencia, anemia, infectocontagiosas) , discapacidad, accidentes toxicológicos (consumo o exposición a tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas -tanto del adolescente como sus padres-, exposición a agentes químicos, uso de medicamentos (esteroides), sensoriales (problemas auditivos o visión), desarrollo puberal (menarquia/espermarquia, cambios de voz en el hombre y aparición de vello púbico, axilar o en otros lugares dl cuerpo en el caso de ambos), ginecológicos (alteraciones del ciclo menstrual), psicosociales (incluyendo diversas formas de violencia, conducta suicida entre otras).

Indagar sobre la asistencia escolar y desempeño académico (identificar deserción o riesgo, repitencia de años, desempeño bajo (problemas de aprendizaje.

Indagar preocupaciones en salud y cuidado extra - escolar.

Ejercicios de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la

sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Indicar orientación sexual, identidad de género, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH.

Dificultad durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor) Toma de decisión (autonomía, maternidad o paternidad planeada, interrupción voluntaria del embarazo. Identidad e genero

Consumo de hábitos alimenticios (dietas), indagar sobre factores de riesgo en trastornos de conducta alimentaria Prácticas y hábitos saludables, actividad física, higiene oral y corporal. Sueño, habito intestinal y urinario.

Prácticas de crianza de los cuidadores (acciones correctivas (castigo personal, violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono

Dinámica familiar con el diligenciamiento de la información del familiograma, Apgar familiar y ecomapa

Examen físico

Signos vitales
Tensión arterial
Temperatura
Peso
Talla
IMC

Valoración del estado nutricional: diligenciamiento de desviaciones estándar en indicador y rejillas de acuerdo a la Resolución 2465/2016
Talla/edad
IMC/Edad

Valoración del desarrollo:

Realización del estadio de tanner
Tamizaje de la agudeza visual
Tamizaje RQC a jóvenes de 12 a 15 años (asociado al riesgo mental))
Tamizaje SRQ a jóvenes a partir de los 16 años (asociado al riesgo mental)
Test de ASSIST en caso de uso de SPA
Test de AUDIT en caso de abuso de alcohol.

7.9.5.4 Juventud

Antecedentes familiares:
hipertensión arterial
diabetes mellitus
dislipidemias
enfermedad coronaria
cáncer
cerebrovasculares
alergias
asma
tuberculosis
gota
hemofilia
glaucoma
enfermedades degenerativas
genéticas
trastornos o problemas mentales (demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, conducta suicida entre otros)
maltrato y diversas formas de violencia.

Antecedentes personales:
Antecedentes médicos:
(Consulta a urgencias, síntomas recurrentes, hospitalizaciones, cirugías, etc.)
Vacunación, alergias enfermedades (cardiovasculares, diabetes, obesidad,

cáncer asma tuberculosis, rinitis, insulino resistencia, anemis, infectocontagiosas) , discapacidad, accidentes toxicológicos (consumo o exposición a tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas -tanto del adolescente como sus padres-, exposición a agentes químicos, uso de medicamentos (esteroides), sensoriales (problemas auditivos o vision), desarrollo puberal (menarquia/espermarquia, cambios de voz en el hombre y aparición de vello púbico, axilar o en otros lugares dl cuerpo en el caso de ambos), ginecológicos (alteraciones del ciclo menstrual), psicosociales (incluyendo diversas formas de violencia, conducta suicida entre otras).

Dinámica familiar con el diligenciamiento de la información del familiograma, Apgar familiar y ecomapa

Examen físico

Signos vitales
Tensión arterial
Temperatura
Peso
Talla
IMC

Valoración del estado nutricional: IMC/Edad**,** perímetro de la circunferencia de cintura.
Valoración del riesgo cardiovascular (Test de finnish y estratificación OMS)
Valoración de la agudeza visual: tamizaje de agudeza visual
Valoración sexual
Ejercicios de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Indicar orientación sexual, identidad de género, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH. Dificultad durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor) Toma de decisión (autonomía, maternidad o paternidad planeada, interrupción voluntaria del embarazo. Identidad e genero

Valoración de la salud mental:
Aplicar preguntas Whooley pór riesgo de depresión
Aplicar el cuestionario GAD-2 por riesgo de ansiedad
Test de ASSIST en caso de uso de SPA
Test de AUDIT en caso de abuso de alcohol.
Escala de Zarit en caso de ser cuidador

7.9.5.5 Adultez

Antecedentes familiares:
hipertensión arterial
diabetes mellitus
dislipidemias
enfermedad coronaria
cáncer
cerebrovasculares
alergias
asma
tuberculosis
gota
hemofilia
glaucoma
enfermedades degenerativas
genéticas
trastornos o problemas mentales
maltrato y diversas formas de violencia.

Antecedentes personales:

Antecedentes médicos: enfermedades metabólicas-diabetes, sobrepeso, dislipidemias-, cardiovasculares (hipertensión, infartos, cerebrovasculares), pulmonares (EPOC, asma),-, tuberculosis, neurologías, musculo esqueléticas, ginecológicas, urológicas, mentales o del comportamiento trasmisible

(incluyendo infecciones de transmisión sexual), cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), enfermedades o accidentes laborales, discapacidad, y alteraciones sensoriales (visuales (defectos refractivos, glaucoma, estrabismo y auditivas), hospitalarios, transfusionales, quirúrgicos, traumatismo, ginecobstetricia (incluir la identificación de trastornos menstruales y signos de peri o menopausia).

Estado vacunal
alérgicos,
comportamiento y relaciones interpersonales,
conducta suicida, diversas formas de violencia
uso de medicamentos (incluir auto medicados y efecto de medicamentos sobre la salud sexual, especialmente los medicamentos que comúnmente se utilizan para tratar enfermedades como la hipertensión y la depresión).

Prácticas y hábitos saludables:
actividad física
higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos)
hábitos de descanso y sueño
habito intestinal y urinario
foto protección
practicas del auto examen de seno y auto examen de testículo
prevención de accidentes
uso del tiempo libre y ocio
manejo del estrés y situaciones de alta tensión
exposición a violencias
exposición factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológico ergonómicos, mecanismos, psicosociales y ambientales).
Índice de paquetes al año

Hábitos alimentarios
regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas)
el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y

hierro, entre otro) así como “dietas” que pueden contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.

Actividad laboral o económica actual y previa
Antecedentes de trabajo infantil y/o adolescente: edad de inicio de su actividad laboral
tipo de labor
tipo de vinculación laboral
antigüedad de la misma, la carga laboral.
Alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo.

Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos:
orientación sexual
identidad de género
número de compañeros sexuales
uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH;
deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor, dificultades y/o disfunciones sexuales,
Relaciones sexuales sin protección
Toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada),
Presencia de violencia sexual, violencia contra la mujer y/o violencia de género y conocimientos,
creencias y actitudes sobre las relacione sexuales, anticoncepción, ITS.

Valoración de la salud mental:
Aplicar preguntas Whooley por riesgo de depresión
Aplicar el cuestionario GAD-2 por riesgo de ansiedad
Test de ASSIST en caso de uso de SPA
Test de AUDIT en caso de abuso de alcohol.
Escala de Zarit en caso de ser cuidador

Dinámica familiar con el diligenciamiento de la información del familiograma, Apgar familiar y ecomapa

Examen físico
Signos vitales
Valoración del estado nutricional: peso, talla IMC, Circunferencia de cintura.
Valoración del riesgo cardiovascular y metabólico:
Finnish Risk Score
Tablas de estratificación de la OMS
Tablas de Framingham
Tamizaje de agudeza visual
Inspección de mamas en mujeres examen clínico de mama desde los 40 años
Tacto rectal en hombres mayores de 50 años

7.9.5.6 Vejez

Antecedentes familiares:
hipertensión arterial
diabetes mellitus
dislipidemias
enfermedad coronaria
cáncer
cerebrovasculares
alergias
asma
tuberculosis
gota
hemofilia
glaucoma
enfermedades degenerativas
genéticas
trastornos o problemas mentales (demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, conducta suicida entre otros)
consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

maltrato y diversas formas de violencia.

Antecedentes Personales

Antecedentes médicos: factores de riesgo o presencia de enfermedades metabólicas (diabetes, sobrepeso, dislipidemias) cardiovasculares (hipertensión, infartos, cerebrovasculares), pulmonares (EPOC), tuberculosis, cáncer (Cuello uterino, seno, próstata, estómago o colorrectal), alteraciones sensoriales (auditivas, vestibulares y visuales), defectos refractivos, glaucoma, estrabismo, enfermedades neurológicas, musculo esqueléticas, mentales o del comportamiento, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, enfermedades trasmisibles, infecciones de trasmisión sexual, urológicas, condición de discapacidad
Antecedentes de alteraciones en la vivencia de la sexualidad,
Antecedentes alérgicos
Antecedentes de traumatismos
Antecedentes transfusionales
Antecedentes quirúrgicos,
Hospitalizaciones previas
Uso de medicamentos

Antecedentes síndromes geriátricos:

Deterioro cognitivo: lenguaje, razonamiento, calculo, memoria,
Inmovilidad
Valoración del riesgo de caída:
presencia de sarcopenia o debilidad
alteraciones de la marcha
limitaciones de la movilidad
déficit visual
deterioro cognoscitivo
diabetes mellitus tipo II
hipotensión ortostática
consumo de medicamentos con efecto sedante
dependencia funcional
y factores del entorno (tapetes, escaleras sin pasamanos, espacios con baja visibilidad entre otros).

Valoración de la fragilidad:
fuerza de presión
velocidad de la marcha,
pérdida de peso,
ausencia de energía y poca actividad física;
Incontinencia de esfínteres
Depresión
Iatrogenia medicamentosa
Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos:
protección usados contra ITS/VIH
deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor, dificultades y/o disfunciones sexuales, creencias y actitudes sobre las relacione sexuales.
Prácticas y hábitos saludables
actividad física
higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos)
hábitos de descanso y sueño
habito intestinal y urinario
foto protección
prevención de accidentes
uso del tiempo libre y ocio

Consumo y hábito alimentarios

Dinámica familiar: familiograma y apgar familiar

Valoración de las condiciones de vida: Ecomapa

Examen físico
Signos vitales incluyendo saturación
Valoración de la capacidad funcional:
El índice de Barthel.
La escala de Lawton-Brody
Test de Linda Fried

Valoración del estado nutricional, seguimiento a los parámetros antropométricos: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura
Valoración de riesgo cardiovascular y metabólico: aplicando los instrumentos
Finnish Risk Score
Tablas de estratificación de la OMS
Tablas de Framingham
Valoración de la salud visual a través del tamizaje de agudeza visual y comunicativa
Valoración de la salud mental: utilizando los siguientes instrumentos
Minimental State
Preguntas Whooly
ASSIST
AUDIT
GAD-2
Escala de Zarit

Examen físico
Signos vitales
Valoración del estado nutricional: peso, talla IMC, Circunferencia de cintura.
Valoración del riesgo cardiovascular y metabólico:
Finnish Risk Score
Tablas de estratificación de la OMS
Tablas de Framingham
Tamizaje de agudeza visual
Inspección de mamas en mujeres: examen físico de mama hasta los 69 años
Tacto rectal en hombres

Los instrumentos referenciados en cada una de las atenciones integrales relacionados con la valoración de la salud mental tendrán aplicación solo en caso de identificar el riesgo y en la historia solo se verá reflejado el resultado obtenido de la utilización de dicho instrumento, al igual que el VALE y la EAD-3.

7.9.5.7 Asesoría pre y post VIH

Antecedentes generales
Antecedentes sexuales
Motivo para la realización de la prueba
Factores de riesgo
Plan en caso de resultado positivo por parte del paciente
Demanda inducida a las actividades de promoción y mantenimiento
Plan de intervención
Adicionalmente en la consejería post:
Tipo de prueba
Fecha del resultado
Resultado
Orden de preservativos
Plan de manejo

7.9.5.8 Consejería en Lactancia Materna

Anamnesis
Preparación prenatal para la lactancia materna, momento de inicio de la lactancia materna, ingesta de leche de fórmula antes del egreso hospitalario neonatal, expectativas de la madre y la familia frente a la lactancia materna.
Frecuencia y con cuál duración lacta, forma en la que lacta (postura de la madre y del niño, agarre y succión), reconocimiento de hambre y saciedad del bebé, frecuencia y características de orina y deposición administración de otros alimentos diferentes a la leche materna.
Forma como se realiza la extracción, conservación y transporte de la leche en las madres lactantes que lo realizan.
Alimentación de la madre: cómo es la composición de la dieta, consumo de líquidos o medicamentos.
Cuidado de las mamas: alternancia de senos durante cada alimentación del niño, masaje.
Inconvenientes e inquietudes sobre la lactancia.
Planes para continuar con la lactancia en caso de retorno a la escuela o trabajo.
Examen físico:

Evaluación de la práctica de la lactancia materna en lo relacionado con posición, succión y agarre.
Valoración de las mamas: aspecto, color, presencia de dolor, congestión, signos que sugieran infección.
Medir el peso del niño
Plan de manejo
Información para la salud
Consejería

7.9.5.9 Planificación familiar

Anamnesis
Indagar los antecedentes médicos, familiares, psicosociales, laborales, ginecológicos, sexuales y obstétricos
Uso actual de métodos de anticoncepción (Tipo de método, tiempo de duración, satisfacción con el mismo, efectos secundarios y su manejo, quién lo indico y prescribió, último control de anticoncepción y la razón de preferencia de dicho método o razones de discontinuación de métodos anticonceptivos.
Indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la persona, con base a su necesidad, lo que espera de un método anticonceptivo, tiempo de duración, uso previo de métodos anticonceptivos

Examen físico
Signos vitales: peso, talla, tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, temperatura, IMC

Plan de manejo
Ventajas y desventajas de cada método
Criterios de elegibilidad
Demanda inducida
Información en salud
Orden de método
Asignación de consulta de control

7.9.5.10 Procedimientos de promoción y mantenimiento

Identificación del procedimiento
Citología
Inserción de dispositivo intrauterino
Retiro de dispositivo intrauterino
Inserción de implante subdérmico
Retiro de implante subdérmico

Antecedentes relevantes para el procedimiento que se va a realizar
Descripción del procedimiento
Plan de manejo de acuerdo al procedimiento
Plan de educación de acuerdo al procedimiento
Asignación de cita de control de acuerdo al procedimiento

7.9.5.11 Higiene oral : Este modelo de historia clínica contempla los datos de identificación básicos del paciente y además se tienen en cuenta (tipo de población: (*habitante de calle, población infantil a cargo del ICBF, madres comunitarias, desmovilizados, desplazados, migratorios, población rural o rural dispersa, población LGTBI, otros*), grupo etnico, si es o no víctima de violencia, que tipo de violencia, si es o no víctima de conflicto armado, si cursa con sintomatología respiratoria o condición de discapacidad, nivel educativo, nombre del responsable o acompañante, parentesco y con quien vive), Tipo de Historia (Primera Vez o Re-Evaluación) y si es o no Gestante.

- Motivo de consulta: (quejas principales): deben consignarse las frases más breves posibles, no anotando diagnósticos o nombres de enfermedades sino las quejas del paciente, describiendo los síntomas predominantes, por esta razón es necesario muchas veces, usar las propias palabras del paciente siempre y cuando expresen una queja concreta o sean la clara expresión de un fenómeno; y preferiblemente colocarlas entre comillas ej.: “VENGO POR UNA LIMPIEZA” “SE ME INFLAMAN LAS ENCIAS”;”
- Antecedentes Generales: se deben registrar los antecedentes del paciente, los cuales se han subdividido para mejor entendimiento y facilidad de diligenciamiento se debe consignar: tratamiento médico

actual, toma de medicamentos, Alergias, Cardiopatías, Alteración presión arterial, Embarazo, Diabetes, Hepatitis, Inmunosupresión, Discrasias Sanguíneas, Fiebre Reumática, Enfermedades Renales, Epilepsias, Trastornos Emocionales, Patología Respiratoria, Trastornos Gástricos, Cirugías (Incluyendo Orales),E.T.S, Enfermedades Orales, Usa Prótesis (Incluso Orales) y Otras Alteraciones. Si alguna es positiva o señalada como SÍ, debe registrarse o consignarse los datos en el espacio de Antecedentes Paciente, así como también si existen Antecedentes Familiares.

- Como parte del Examen Oral realizado al paciente para la elaboración de la historia clínica se encuentra la valoración y consignación de datos relacionados con los Tejidos Dentales, Examen Periodontal, Examen Pulpar y Hábitos Orales, se debe consignar **SI** o **NO** y de presentar el paciente alguna alteración consignarla en el espacio determinado para este fin denominado: Observaciones (Según Número).
- Historia Clínica de Acción Preventiva: En este punto se indaga sobre los hábitos de higiene oral del paciente, se debe consignar **SI** o **NO** y la frecuencia con la que se realizan.
- Biopelícula: cuenta con esquema gráfico donde se plasman las caras o superficies de los dientes comprometidas con placa bacteriana evidenciadas al examen clínico del paciente, las cuales se marcan o resaltan (color rojo).
- Plan de Tratamiento: Se consigna la propuesta de resolución de los problemas de la salud bucal del paciente identificados durante el proceso de diagnóstico, el cual se plantea de manera secuencial, lógica y ordenada con el objetivo de recuperar y mantener la salud bucal.

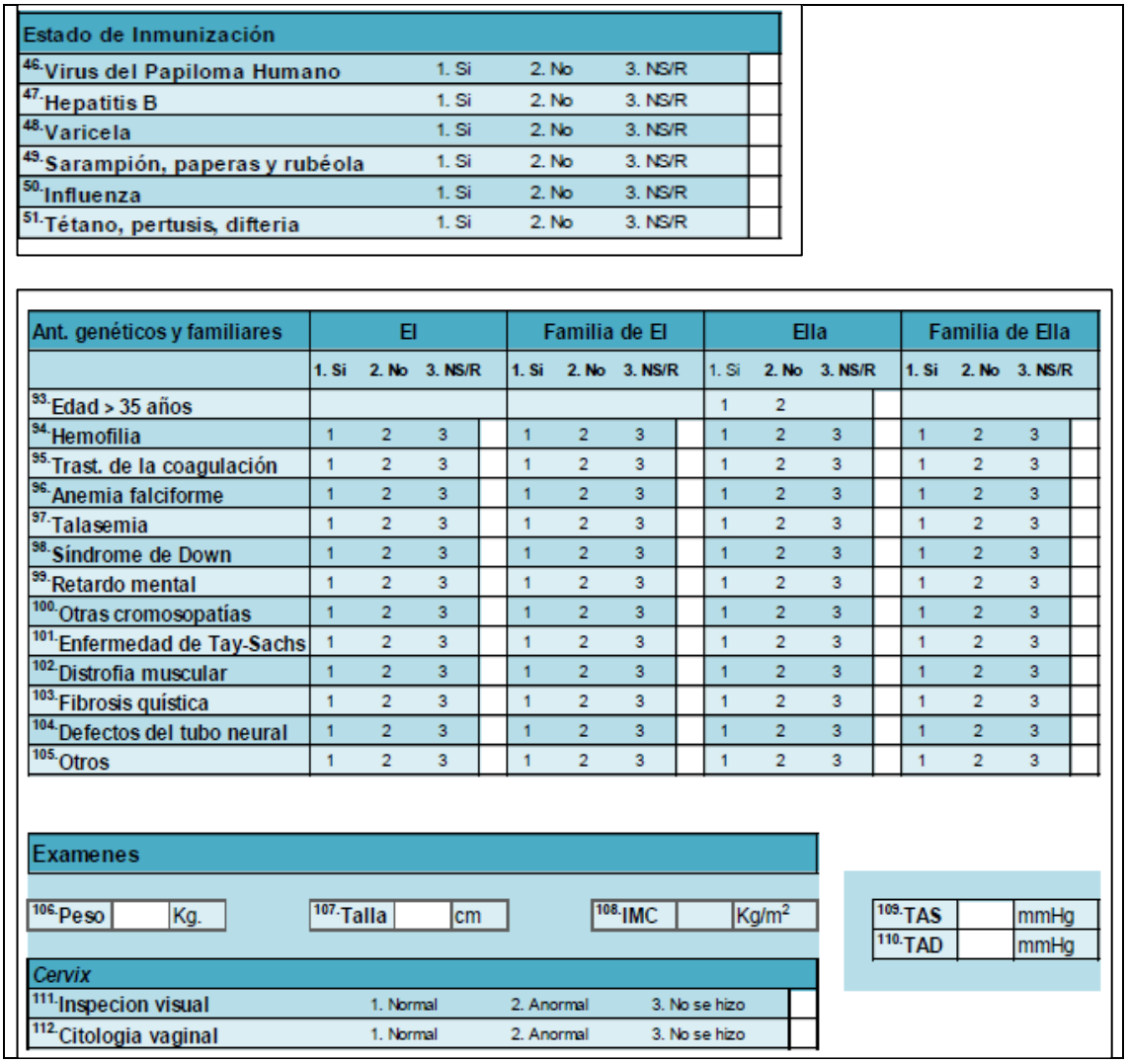
7.9.5.12 Atención preconcepcional

Contiene la información de la lista de chequeo definida en el Anexo No. 1 de la Resolución 3280/2018:

Condiciones patologicas preexistentes				
17. Diabetes mellitus	1. Si	2. No	3. NS/R	
18. Enfermedad tiroidea	1. Si	2. No	3. NS/R	
19. Epilepsia	1. Si	2. No	3. NS/R	
20. Hipertensión	1. Si	2. No	3. NS/R	
21. Fenilcetonuria	1. Si	2. No	3. NS/R	
22. Artritis reumatoide	1. Si	2. No	3. NS/R	
23. Lupus eritematoso sistémico	1. Si	2. No	3. NS/R	
24. Enfermedad renal crónica	1. Si	2. No	3. NS/R	
25. Enfermedad cardiovascular	1. Si	2. No	3. NS/R	
26. Trombofilia	1. Si	2. No	3. NS/R	
27. Anemia	1. Si	2. No	3. NS/R	
28. Asma	1. Si	2. No	3. NS/R	
29. Tuberculosis	1. Si	2. No	3. NS/R	
30. Neoplasias	1. Si	2. No	3. NS/R	
31. Otras	1. Si	2. No	3. NS/R	

Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física				
32. Ingesta Prolongada de Suplementos Dietéticos	1. Si	2. No	3. NS/R	
33. Ingesta de dosis elevadas de Vitamina A	1. Si	2. No	3. NS/R	
34. Deficiencia de Vitamina D	1. Si	2. No	3. NS/R	
35. Deficiencia de Calcio	1. Si	2. No	3. NS/R	
36. Deficiencia de Ácidos grasos esenciales	1. Si	2. No	3. NS/R	
37. Deficiencia de Iodo	1. Si	2. No	3. NS/R	
38. Sobrepeso	1. Si	2. No	3. NS/R	
39. Bajo peso	1. Si	2. No	3. NS/R	
40. Antecedente de cirugia o intervención para reducción de peso	1. Si	2. No	3. NS/R	
41. Alteraciones alimenticias (Anorexia nervosa y Bulimia)	1. Si	2. No	3. NS/R	
42. Deficiencia de actividad Física	1. Si	2. No	3. NS/R	

Hábitos no saludables			
43. Ingesta de Alcohol	1. Si	2. No	
44. Tabaquismo	1. Si	2. No	
45. Consumo de drogas o sustancias psicotrópicas	1. Si	2. No	



Estado de Inmunización				
46. Virus del Papiloma Humano	1. Si	2. No	3. NS/R	
47. Hepatitis B	1. Si	2. No	3. NS/R	
48. Varicela	1. Si	2. No	3. NS/R	
49. Sarampión, paperas y rubéola	1. Si	2. No	3. NS/R	
50. Influenza	1. Si	2. No	3. NS/R	
51. Tétano, pertusis, difteria	1. Si	2. No	3. NS/R	

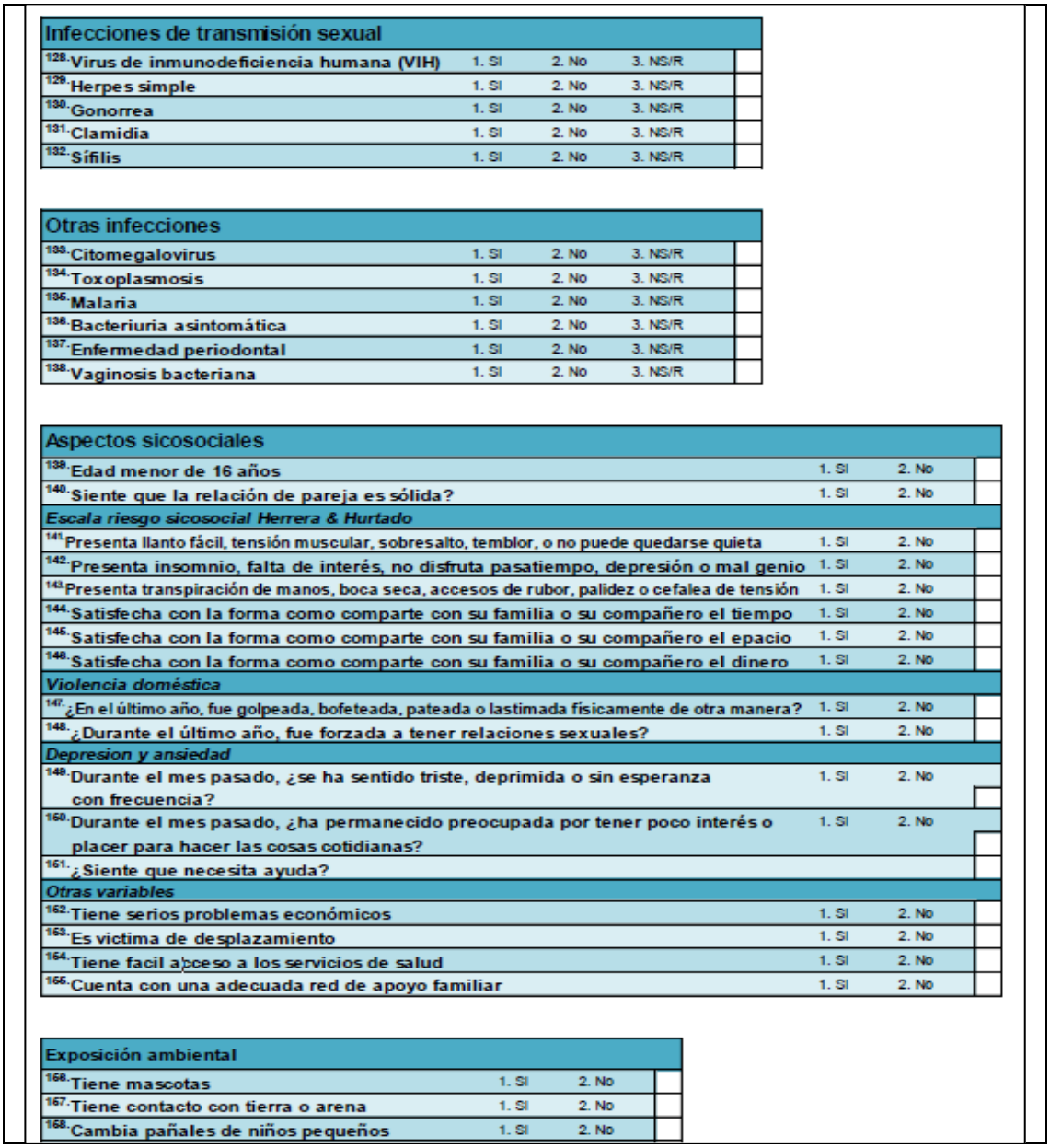
Ant. genéticos y familiares	El				Familia de El				Ella				Familia de Ella			
	1. Si	2. No	3. NS/R		1. Si	2. No	3. NS/R		1. Si	2. No	3. NS/R		1. Si	2. No	3. NS/R	
93. Edad > 35 años									1	2						
94. Hemofilia	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
95. Trast. de la coagulación	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
96. Anemia falciforme	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
97. Talasemia	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
98. Síndrome de Down	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
99. Retardo mental	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
100. Otras cromosopatías	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
101. Enfermedad de Tay-Sachs	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
102. Distrofia muscular	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
103. Fibrosis quística	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
104. Defectos del tubo neural	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
105. Otros	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	

Examenes								
106. Peso		Kg.	107. Talla		cm	108. IMC		Kg/m²

109. TAS		mmHg
110. TAD		mmHg

Cervix				
111. Inspecion visual	1. Normal	2. Anormal	3. No se hizo	
112. Citologia vaginal	1. Normal	2. Anormal	3. No se hizo	

Medicación			
113. Por prescripción	1. Si	2. No	
114. Medicación no recetada	1. Si	2. No	
115. Suplementos dietéticos	1. Si	2. No	
Ha tomado en el último año			
116. Isotretinoína	1. Si	2. No	
117. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	1. Si	2. No	
118. Antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II)	1. Si	2. No	
119. Estatinas	1. Si	2. No	
120. Andrógenos/Testosterona	1. Si	2. No	
121. Derivado cumarínico	1. Si	2. No	
122. Fenitoína	1. Si	2. No	
123. Aminoglucósido	1. Si	2. No	
124. Tetraciclina	1. Si	2. No	
125. Ácido valproico	1. Si	2. No	
126. Otros medicamentos	1. Si	2. No	
127. Medicamentos no tradicionales	1. Si	2. No	



Infecciones de transmisión sexual				
128. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	1. SI	2. No	3. NS/R	
129. Herpes simple	1. SI	2. No	3. NS/R	
130. Gonorrea	1. SI	2. No	3. NS/R	
131. Clamidia	1. SI	2. No	3. NS/R	
132. Sífilis	1. SI	2. No	3. NS/R	

Otras infecciones				
133. Citomegalovirus	1. SI	2. No	3. NS/R	
134. Toxoplasmosis	1. SI	2. No	3. NS/R	
136. Malaria	1. SI	2. No	3. NS/R	
136. Bacteriuria asintomática	1. SI	2. No	3. NS/R	
137. Enfermedad periodontal	1. SI	2. No	3. NS/R	
138. Vaginosis bacteriana	1. SI	2. No	3. NS/R	

Aspectos sicosociales			
138. Edad menor de 16 años	1. SI	2. No	
140. Siente que la relación de pareja es sólida?	1. SI	2. No	
Escala riesgo sicosocial Herrera & Hurtado			
141. Presenta llanto fácil, tensión muscular, sobresalto, temblor, o no puede quedarse quieta	1. SI	2. No	
142. Presenta insomnio, falta de interés, no disfruta pasatiempo, depresión o mal genio	1. SI	2. No	
143. Presenta transpiración de manos, boca seca, accesos de rubor, palidez o cefalea de tensión	1. SI	2. No	
144. Satisfecha con la forma como comparte con su familia o su compañero el tiempo	1. SI	2. No	
146. Satisfecha con la forma como comparte con su familia o su compañero el epacio	1. SI	2. No	
148. Satisfecha con la forma como comparte con su familia o su compañero el dinero	1. SI	2. No	
Violencia doméstica			
147. ¿En el último año, fue golpeada, bofeteada, pateada o lastimada físicamente de otra manera?	1. SI	2. No	
148. ¿Durante el último año, fue forzada a tener relaciones sexuales?	1. SI	2. No	
Depresion y ansiedad			
148. Durante el mes pasado, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?	1. SI	2. No	
160. Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?	1. SI	2. No	
161. ¿Siente que necesita ayuda?			
Otras variables			
162. Tiene serios problemas económicos	1. SI	2. No	
163. Es victima de desplazamiento	1. SI	2. No	
164. Tiene facil acceso a los servicios de salud	1. SI	2. No	
165. Cuenta con una adecuada red de apoyo familiar	1. SI	2. No	

Exposición ambiental			
168. Tiene mascotas	1. SI	2. No	
167. Tiene contacto con tierra o arena	1. SI	2. No	
168. Cambia pañales de niños pequeños	1. SI	2. No	

7.9.5.13 Interrupción voluntaria del embarazo

Antecedentes
Gineco obstétricos
Antecedentes personales
Antecedentes familiares
Condiciones psicosociales: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos
Apoyo familiar

Examen físico
Signos vitales
Valoración nutricional
Examen pélvico bimanual
Posición uterina
Infecciones de tracto vaginal

Certificación de causal
Orientación y asesoría

7.9.5.13 Control prenatal

Información sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros), trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, tromboembolismo y trastornos de hipercoagulabilidad.

Antecedentes ginecológicos: edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, historia y tratamientos de infertilidad. Citología.

Antecedentes obstétricos: total de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupto, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió trasfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros. Además, indagar signos y síntomas gastrointestinales asociados a la gestación: náuseas, vómito, epigastralgias y hemorroides.

Valoración psicosocial: debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Valoración de riesgo biológico y psicosocial con la escalar de Herrera y Hurtado.

Exposición a violencias :

¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ha sido humillada, menospreciada, insultada o amenazada por su pareja?

¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera?
¿DESDE QUE ESTÁ EN GESTACIÓN, ha sido golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera?
¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?

Valoración del riesgo de depresión post parto:

Durante el mes pasado, ¿con frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?
Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?
Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde —síll a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda?

Examen físico
Exploración céfalo caudal
Signos vitales: peso, talla, fc, fr, saturación, tensión arterial diastólica, tensión arterial sistólica, tensión arterial media, altura uterina realización de curva, IMC
Valoración nutricional: Athalat, realización de curva

Valoración ginecológica**:** examen genital que incluye valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos, comprobar la existencia de la gestación, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

Valoración obstétrica**:** número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

Valoración del riesgo materno:
Test de evento tromboembólico

Plan de manejo
Formulación de micronutrientes
Demanda inducida
Orden de paraclínicos

Remisión a curso de preparación para la maternidad Plan de parto en tercer trimestre Aplicación de la prueba de tamizaje ASSIST en caso de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol Información en salud

7.9.6 APOYO TERAPEUTICO

7.9.6.1 FISIOTERAPIA: Este modelo de valoración clínica contempla los datos de identificación básica del paciente los cuales se encuentra, nombres y apellidos, EPS afiliado, tipo de documento de identidad, número de documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, dirección, barrio, comuna, teléfono, nombre del acudiente o acompañante, parentesco e identificación. del acudiente.

- ★ Motivo de consulta: (quejas principales): deben consignarse las frases más breves posibles, no anotando diagnósticos o nombres de enfermedades sino las quejas del paciente, describiendo los síntomas predominantes, por esta razón es necesario muchas veces, usar las propias palabras del paciente siempre y cuando expresen una queja concreta o sean la clara expresión de un fenómeno; y preferiblemente colocarlas entre comillas ej: “tengo dolor en el hombro derecho, no me puedo agachar, siento hormigueo en el cuello.”
- ★ Diagnóstico médico: espacio para registrar el diagnóstico bajo el listado del CIE-10 que se trae en la remisión y/o autorización para el servicio de atención terapéutico.
- ★ Examen físico: Las técnicas del examen físico son (inspección, palpación, percusión, auscultación), la cual quedará registrado el peso, la estatura, el índice de masa corporal, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y la tensión arterial.
- ★ Antecedentes personales: Se deben registrar todos los antecedentes del paciente y subdividirse para mejor entendimiento: Patológicos (describir enfermedades que padece o padeció antes), Quirúrgicos (describir todos los procedimientos quirúrgicos realizados en la vida con detalles), Alérgicos (describir reacciones y tipos de alergias padecidas),

Farmacológicos (describir qué medicamentos se encuentra tomando con dosis y frecuencia), Familiares (describir qué enfermedades de importancia padecen familiares), Traumáticos (describir si ha tenido fracturas, caídas o heridas), Transfusionales (describir si ha tenido transfusiones sanguíneas, reacciones y circunstancias), Ginecológicos (registrar menarquia, sexarquia, menopausia, FUM, método de planificación, fórmula obstétrica, FUP, última citología, fecha último examen de mama), Toxicológicos (describir si el paciente tiene adicciones a SPA, alcohol, cigarrillo, entre otros.)

7. BIBLIOGRAFIA

- Resolución 839 de 2.017, Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1712 de marzo de 2.017
- Acuerdo 004 de 2.013
- Ley 019 de 2012

- Ley 1438 de 19 de enero de 2011
- Decreto 1011 de 3 de abril de 2006
- Ley 594 de 14 julio de 2000
- Resolución No 1995 de 8 de julio de 1999.
- Resolución No. 839 de 2017.
- Ley 2015 de 31 enero de 2020.
- Resolución 3280 de 2018