

<b>Título del Proyecto</b>	<b>Historia Clínica Digital</b> <b>en el Sistema Nacional de Salud</b>
<b>Tipo de Documento</b>	<b><i>Conjunto Mínimo de Datos</i></b> <b><i>de Informes Clínicos</i></b>

<b>Agencia de Calidad del SNS Instituto de Información Sanitaria</b>			
 GOBIERNO DE ESPAÑA	MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	<b>Historia Clínica Digital en el SNS</b>	
		<b>Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos</b>	

### **Propósito del documento**

El propósito del documento es recoger las propuestas profesionales alcanzadas por el consenso de los miembros de 6 grupos de trabajo, designados a través de 27 sociedades científicas distintas. Dichas propuestas se refieren al conjunto mínimo de datos que deben reunir los diferentes informes clínicos en el ámbito del SNS y son elementos necesarios para establecer una parte esencial de la interoperabilidad semántica en el proyecto Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud.(HCDSNS)

### **Justificación del proyecto**

El proyecto HCDSNS es un proyecto claramente orientado a satisfacer las necesidades de los ciudadanos en su desplazamiento por el territorio nacional y de los profesionales de todo el SNS que tienen responsabilidades en su atención. La implantación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los últimos años por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, ha dotado a los usuarios y profesionales de sistemas y aplicaciones que han facilitado a ambos colectivos el acceso a una información de calidad sobre la salud individual, al servicio de una atención sanitaria de calidad creciente. Es una necesidad percibida por todos los agentes interesados en este proceso que, al menos las funcionalidades esenciales, no queden circunscritas al ámbito de cada Comunidad Autónoma, sino que se extiendan más allá de ellas, acompañando a los ciudadanos en sus desplazamientos por todo el territorio nacional, e incluso fuera de él en los países de nuestro entorno.

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS, establece el marco normativo y de desarrollo para, entre otros fines, facilitar el intercambio de información de salud entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), presentado por el MSC en marzo de 2006 incluye, entre sus 6 grandes áreas de actuación, la utilización de las tecnologías de la información en el SNS para mejorar la atención a los ciudadanos. Una de las estrategias para su desarrollo es el proyecto "Sanidad en Línea", dentro de la iniciativa gubernamental del Plan Avanza que persigue generalizar el uso de las tecnologías en la sociedad española.

El proyecto historia clínica digital del SNS aspira a proporcionar a los profesionales el acceso electrónico a los conjuntos más relevantes de datos clínicos para la atención sanitaria desde cualquier punto del territorio en el que pudiera hallarse el ciudadano.

Identificados estos conjuntos de datos, se ha considerado esencial la participación de los profesionales asistenciales, esencialmente clínicos pero también expertos en admisión, documentación clínica y gestión de centros, para identificar por consenso cuáles son los datos que como mínimo deben reunir cada uno de estos conjuntos en orden a facilitar la atención sanitaria, en el ámbito del SNS.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento definitivo	11/05/07	08/08/08

## **Fase de Propuesta Profesional**

Para abordar esta tarea, se han definido seis grupos de trabajo con los siguientes objetivos:

### **GRUPO 1.-**

*Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional acerca de los contenidos mínimos que deben reunir ambos informes clínicos de alta y de Consulta externa de especialidades en el ámbito del Sistema Nacional de Salud*

### **GRUPO 2.-**

*Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional acerca de los contenidos mínimos que debe reunir el informe clínico de atención en urgencias (a utilizar tanto por los dispositivos de atención primaria, como de especializada y por los recursos móviles de atención urgente y emergente) en el Sistema Nacional de Salud*

### **GRUPO 3.-**

*Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional acerca del conjunto mínimo de datos que debe reunir la Historia Clínica Resumida y el Informe de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud.*

### **GRUPO 4.-**

*Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional y de otros sectores interesados acerca de los requerimientos funcionales que debe cumplir un sistema informatizado de acceso a la información relevante sobre la salud individual, por un médico asistencial de un Servicio de Salud del SNS distinto al que almacena la información, con el fin de prestar atención a un problema de salud del paciente, garantizando la privacidad de los datos personales de salud y el derecho del ciudadano a decidir quién debe acceder.*

### **GRUPO 5.-**

*Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional acerca del conjunto mínimo de datos que debe reunir el Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio en el Sistema Nacional de Salud.*

### **GRUPO 6.-**

*Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional acerca del conjunto mínimo de datos que debe reunir el Informe de Resultados de Pruebas de Imagen en el Sistema Nacional de Salud.*

### **GRUPO 7.-**

*Elaborar una propuesta que recoja el consenso profesional acerca del conjunto mínimo de datos que debe reunir el Informe de Cuidados de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.*

## **Composición de los grupos**

**Los perfiles** de los miembros de los grupos de trabajo se han definido en base a los siguientes criterios:

- ✓ Profesionales sanitarios con actividad asistencial predominantemente productora de esa información.

- ✓ Profesionales sanitarios con actividad asistencial que preferentemente deben utilizar la información.
- ✓ Profesionales sanitarios con experiencia en gestión de las áreas médicas y de enfermería, de los niveles de atención primaria y atención especializada y responsables de unidades de admisión y documentación clínica.

En todos los casos se ha requerido que estos profesionales tuvieran experiencia como usuarios de algún sistema informatizado de información clínica.

El gran número de especialidades existentes ha hecho inviable la representación de todas y cada una de ellas en todos los grupos, por el riesgo de inoperancia debido a un número excesivo de miembros. Para paliar esta limitación, especialmente en el ámbito hospitalario se ha tomado la decisión de incluir al menos una de las especialidades que pertenecen a cada uno de los grandes bloques asistenciales (quirúrgico, médico, materno-infantil y servicios centrales) pidiendo a los miembros concretos que hicieran el esfuerzo de recoger y ser portavoces de todo el resto de agentes de su bloque.

Tras invitar a las sociedades científicas más representativas de las especialidades incluidas, éstas procedieron a la designación de un profesional que se ajustara al perfil definido. A continuación se mencionan las Sociedades que han designado miembros para estos seis grupos.

Los profesionales que, junto con su trayectoria clínica, cuentan con experiencia en gestión y los responsables de unidades de admisión y documentación clínica han sido designados directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo

Los grupos de trabajo 1 al 4 y el grupo 6 han estado coordinados por Javier Etreros Huerta, Consejero Técnico del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo y responsable del proyecto HCDSNS. Los grupos 5 y 7 han sido coordinados, respectivamente, por Alicia Benedí Gonzalez y Carmen Alonso Villar, Técnicas del Instituto de Información Sanitaria

Finalmente, en la composición de los grupos de trabajo han estado representadas las siguientes especialidades:

<b>Sociedades participantes</b>	<b>Miembros</b>
<i>Asociación Española de Cirujanos</i>	3
<i>Asociación Española de Enfermería Comunitaria</i>	1
<i>Asociación Española de Matronas</i>	1
<i>Asociación Española de Pediatría</i>	3
<i>Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria</i>	3
<i>Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria</i>	1
<i>Sociedad española de Alergología e Inmunología Clínica</i>	1
<i>Sociedad Española de Anatomía Patológica</i>	1
<i>Sociedad Española de Biopatología Médica</i>	1
<i>Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular</i>	1
<i>Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología</i>	2
<i>Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica</i>	1



<i>Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia</i>	2
<i>Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia</i>	1
<i>Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria</i>	2
<i>Sociedad Española de Medicina Nuclear</i>	1
<i>Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias</i>	2
<i>Sociedad Española de Medicina General</i>	2
<i>Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias</i>	1
<i>Sociedad Española de Medicina Interna</i>	2
<i>Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista</i>	2
<i>Sociedad Española de Nefrología</i>	1
<i>Sociedad Española de Patología Digestiva</i>	1
<i>Sociedad Española de Patología Respiratoria</i>	1
<i>Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria</i>	2
<i>Sociedad Española de Radiología Médica</i>	1
<i>Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería</i>	6
<b>total 27 sociedades</b>	<b>46</b>

Además de los anteriores, el propio Ministerio ha solicitado directamente la participación de 12 expertos con perfiles de tipo institucional como gestores de centros y expertos en admisión y documentación clínica.

### **Fase de Consenso Intitucional**

En esta fase, el Grupo de Expertos en Historia Clínica, compuesto por las siguientes personas designadas por cada una de las CCAA más Ingresa, ha analizado la propuesta profesional.

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Comunidad Autónoma/Institución</b>
Luciano Barrios Blasco	Andalucía
Santiago Martín Acera	Aragón
Laura Muñoz Fernández	Asturias
Javier de Pablo Marín	Baleares
Isabel María Rodríguez Palmero	Canarias
Javier Carnicero Jiménez de Azcárate	Cantabria
Sagrario Casas Pinillos	Castilla La Mancha
Jesús Martín García	Castilla y León
Santiago Marimón i Suñol	Cataluña
Francisco Luis Cáceres Ruiz	Extremadura
Eladio Andino Campos	Galicia
Lorenzo Echeverría Echarri	La Rioja
Jordi Custodi i Canosa/Luis Morel Baladrón	Madrid
José A. Bravo Meseguer	Murcia
Elena Manso Montes	Navarra
Martín Begoña Oleaga	País Vasco
Gregorio Gómez Soriano	Valencia
Sara C. Pupato Ferrari	Ingresa

### Metodología:

Convocatoria y celebración de una reunión constitutiva para cada grupo, cuyo contenido fundamental fue:

- ❖ exposición del conjunto del proyecto en el marco de la estrategia de “Sanidad en línea”,
- ❖ delimitación de los objetivos de cada grupo
- ❖ presentación de un prototipo de la aplicación informática para uso de los profesionales en la obtención de distintos conjuntos de información clínica.

Posteriormente a su constitución, cada grupo ha estudiado de forma sucesiva las diferentes versiones de cada documento a las cuales se han ido incorporando aquellas aportaciones de los miembros que, una vez debatidas, fueran apoyadas por varios miembros. Para hacer más sencillo el estudio y la formulación de aportaciones, los registros se presentan tabulados, comprendiendo cada uno de ellos los mismos siguientes campos:

- ✓ **Denominación del campo** a incluir, su **formato** y rango de **valores** que puede adoptar.
- ✓ Clasificación del campo como parte del conjunto mínimo **(CM)** o si su inclusión es recomendable **(R)** correspondiendo a cada Servicio de Salud la decisión final de incluirlo o no.
- ✓ Inclusión del campo y su valor como parte de los atributos del documento como “etiqueta” que permita identificar los elementos esenciales de su contenido sin necesidad de abrir (desencriptar) el documento.
- ✓ Adicionalmente se señala cuáles de los campos variables incluidos en el documento ya estaban recogidas en la **OM de 19/09/84**, que regula el contenido del informe de alta.
- ✓ Por último se ha considerado conveniente incluir **aclaraciones** que facilitan la interpretación con el fin de homogeneizar los criterios a la hora de su aplicación por distintos técnicos.

Como herramienta de trabajo, se ha utilizado un espacio web de trabajo accesible a través de Internet, para cada uno de los grupos, a través del cual los miembros del grupo, han tenido acceso a:

- Documentos de trabajo (iniciales, en proceso de debate y cerrados al debate por haber consensuado su contenido definitivo).
- Documentos de apoyo (legislación, bibliografía y manuales de uso de la herramienta).
- Documentos de soporte de las reuniones (resúmenes de lo tratado, ordenes del día y convocatorias)
- Diagrama de planificación de las actividades del grupo.

- Espacios para realizar comentarios breves, establecer contacto directo con el correo electrónico del coordinador del grupo o votar en encuestas.
- Alertas y avisos para destacar eventos.

El sistema de trabajo, propuesto a cada grupo y que ha contado con su aprobación, ha consistido en colocar en este espacio cada documento en discusión para que los miembros participantes, en un plazo delimitado y reflejado en el plan de trabajo recogido en el calendario, propusieran sus aportaciones a través de documentos que han alojado en este mismo espacio, de forma que pudieran ser visualizados por todos los miembros del grupo, además del coordinador del mismo y los miembros de la Subcomisión de Sistemas de Información, incorporados al grupo como observadores.

Una vez transcurrido el plazo y en base a las aportaciones recibidas, resumidas en un documento independiente al que además se incorpora el criterio del MSyC sobre los apartados objeto de discusión, se elabora un documento de fusión, que constituye una nueva versión del documento de base y que se somete nuevamente a la consideración del grupo, abriendo un nuevo plazo para añadir aportaciones. La participación en los distintos estadios de los documentos ha sido mayoritaria.

Se han elaborado tantas versiones como han sido precisas hasta recoger el consenso de los grupos sobre los documentos que, finalmente, se han sometido a la votación de los miembros mediante una utilidad de la herramienta de trabajo denominada "encuesta". El resultado ha sido la aprobación por unanimidad, excepto el documento de historia clínica resumida y el informe de resultados de pruebas de laboratorio, con un voto en contra cada uno.

## GRUPO 1.- Informe de Alta y Consulta de Especialidades

1. Reunión de constitución: 13/11/06
2. Miembros del grupo

Nombre y apellidos	Perfil Profesional	Entidad que designa
<b>Javier Etreros Huerta</b>	FEA Medicina Interna. Magíster en Bioética. COORDINADOR DEL GRUPO	Ministerio de Sanidad y Consumo
<b>José María Pedrajas Navas</b>	FEA de Medicina Interna	Ministerio de Sanidad y Consumo
<b>Francesc Casellas Jordá</b>	Facultativo Especialista del Área Médica	Sociedad Española de Patología Digestiva
<b>Elena Martín Pérez</b>	Facultativo Especialista del Área Quirúrgica	Asociación Española de Cirujanos
<b>Enriqueta Román Riechmann</b>	Facultativo Especialista del Área Materno Infantil	Asociación Española de Pediatría
<b>Jesús Fernández Sanz</b>	Experto en Admisión y Documentación Clínica	Ministerio de Sanidad y Consumo
<b>José María Prieto de Paula</b>	Experiencia en gestión de centros hospitalarios	Ministerio de Sandad y Consumo
<b>Jesús Arranz Gómez</b>	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
<b>Juan Jurado Moreno</b>	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina General
<b>Maravillas Cabronero Fernández</b>	Funcionaria del Ministerio de Sanidad y Consumo	Ministerio de Sanidad y Consumo

### 3. Desarrollo de los trabajos

#### 3.1. Informe clínico de alta

##### 3.1.1. Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
<b>V1.0</b>	13/11/06-27/11/06	01/12/06	8
<b>V2.0</b>	01/12/06-20/12/06	29/12/06	2
<b>V3.0</b>	29/12/06-04/01/07	04/01/07	3
<b>V3.0 DEFINITIVO</b>	04/01/07-08/01/07	08/01/07	
<b>V.UNIF</b>		30/01/07	
<b>V.CP</b>		01/03/07	

##### 3.1.2. Grado de consenso del documento

Fecha: 30/01/07

Miembros del grupo: 8

Miembros a favor de la redacción final: 8

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08

### 3.1.3. Aspectos más relevantes del debate del grupo

En general el consenso ha sido rápido y fácil especialmente tras aclarar las fuentes de datos administrativos y desligar claramente este documento del de informe de consulta de especialidades.

Más divergencias ha propiciado la decisión relativa a la inclusión de relaciones más o menos pormenorizadas de pruebas de laboratorio en el apartado de pruebas complementarias. También se debatió la incorporación del ítem “protocolo quirúrgico” al apartado de antecedentes. Sin embargo, el grupo optó por su inclusión en el de “evolución y comentarios”, a fin de evitar generar un documento de informe clínico de alta para las especialidades quirúrgicas y otro distinto para las no quirúrgicas.

Al ser el primer documento en debatirse, el informe clínico de alta fue incorporando sin problemas aportaciones de otros grupos sobre apartados comunes a todos los documentos. Además, como parte del consenso final, se llevó a cabo desde la coordinación de los grupos la tarea de homogeneizar en lo posible tanto los términos empleados como la presentación de los datos, por lo que puede afirmarse que ha sido este informe el que más variaciones “menores” ha sumado a la propuesta definitiva de contenidos.

### 3.1.4. Documento de Consenso

#### CONJUNTO MINIMO DE DATOS DEL INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>	Etiqueta del documento <sup>2</sup>	OM 1984 <sup>3</sup>
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>						
<b>Tipo de documento</b>	Texto	Informe Clínico de Alta		CM	*	
<b>Fecha de firma</b>	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM		
<b>Fecha de Ingreso</b>	dd/mm/aaaa	Libre		CM		*
<b>Fecha de alta</b>	dd/mm/aaaa	Libre		CM	*	*
<b>Nombre Responsable 1</b>	Texto	libre (nombre+2 apellidos)		CM	*	*

<sup>1</sup> Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no es imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R)

<sup>2</sup> Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

<sup>3</sup> Señalados con asterisco figuran aquellos datos que ya están recogidos en la OM 19-09-1984 que regula el contenido del informe de alta

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 11 de 68



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

			Es parte del primer pie de firma del informe			
<b>Categoría profesional 1</b>	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		<b>CM</b>		
<b>Nombre Responsable 2</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)				*
<b>Categoría profesional 2</b>	Texto	Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	<b>CM</b>		
<b>Servicio</b>	Texto	Según normativa en vigor en cada momento.	Actualmente: RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios	<b>CM</b>	*	*
<b>Unidad</b>	Texto	Libre		<b>CM</b>	*	

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA**

<b>Denominación del Servicio de Salud</b>	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		<b>CM</b>	*	
---	--------------	--	--	-----------	---	--

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Denominación del provisor de servicios</b>	Texto +Logo	Libre		R		
<b>Denominación del Centro</b>	Texto + Logo	CNH <sup>1</sup> y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM	*	*
<b>Dirección Del Centro</b>		CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre				
Tipo de vía	Texto			CM		
Nombre de la vía	Texto			CM		*
Número de la vía	Texto			CM		*
Código Postal	Texto			CM		*
Municipio	Texto			CM	*	*
Provincia	Texto			CM	*	*
País	Texto			CM		
Teléfono	Texto			CM		*
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R		

**DATOS DEL PACIENTE**

<b>Nombre</b>	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM		*
<b>Primer Apellido</b>	Texto			CM		*
<b>Segundo Apellido</b>	Texto			CM		*
<b>Fecha nacimiento</b>	dd/mm/aaaa			CM		*
<b>Sexo</b>	Texto		H/M	CM		*
<b>DNI/T.Residencia/Pasaporte</b>	Texto			R		
<b>NASS</b>	Texto			CM		
<b>CIP de C Autónoma</b>	Texto			CM	*	
<b>Código SNS</b>	Texto			R	*	
<b>CIP Europeo</b>	Texto		Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R	*	
<b>Nº Historia Clínica</b>	Texto	Libre		CM	*	*
<b>Domicilio</b>						
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM		*
Nombre de la vía	Texto			CM		*

<sup>1</sup> CNH. Catálogo Nacional de Hospitales



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

Número de la vía	Texto			CM		*
Piso	Texto			CM		*
Letra	Texto			CM		*
Código Postal	Texto			CM		*
Municipio	Texto			CM		*
Provincia	Texto			CM		*
Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R		

**DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL**

<b>Motivo del Alta</b>	Texto	Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a otro centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros	Se incluyen las categorías correspondientes al CMBD nacional, independientemente de que los CMBD autonómicos incorporen de hecho categorías adicionales, cuyas respuestas luego se reclasifican. La categoría de respuesta fallecimiento, será recodificada a "éxitus"	CM		*
<b>Motivo de Ingreso</b>	Texto	Libre + Código CIE 9 MC		CM R		*
<b>Tipo de ingreso</b>	Texto	Urgente Programado		R		
<b>Antecedentes</b>	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	CM		*
Enfermedades familiares hereditarias Enfermedades previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Alergias Hábitos tóxicos Actuaciones preventivas (1) Medicación previa Situación funcional (2) Antecedentes sociales y profesionales	Texto	Libre	(1) Vacunaciones infantiles, del adulto, quimioprofilaxis realizadas, etc  (2) Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias (Escala de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca, valoraciones del grado de demencia, escalas de calidad de vida, etc.)	R		
<b>Historia Actual</b>	Texto	Libre		CM		*
<b>Exploración Física</b>	Texto	Libre		CM		*
<b>Resumen pruebas complementarias</b>	Texto	Libre		CM		*
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	R		



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Evolución y comentarios</b>	Texto	Libre	En su caso, puede incluirse el protocolo quirúrgico en este apartado, así como comentarios al diagnóstico o tratamiento. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados en este episodio, complicaciones evolutivas de la/las enfermedades o realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales.	<b>CM</b>		*
<b>Diagnóstico Principal</b>	Texto +código	Libre+ Código CIE 9 MC		<b>CM R</b>		*
<b>Otros Diagnósticos</b>	Texto +código	Libre+ Código CIE 9 MC		<b>CM R</b>		*
<b>Procedimientos</b>	Texto +código	Libre+ Código CIE 9 MC		<b>CM R</b>		*
<b>Otros procedimientos</b>	Texto +código	Libre+ Código CIE 9 MC		<b>CM R</b>		*
<b>Tratamiento</b>				<b>CM</b>		*
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	<b>R</b>		
Fármacos	Texto	Libre + principio activo/código nacional (nomenclator oficial MSyC) + dosis + duración		<b>R</b>		
<b>Otras Recomendaciones</b>	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo, fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas, etc.	<b>CM</b>		

### 3.2. Informe clínico de Consulta de Especialidades

#### 3.2.1. Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	04/01/07-19/01/07	31/01/07	7
V2.0	31/01/07-06/02/07		7
V3.UNIF	07/02/01-13/02/01	01/03/07	3
V CP	01/03/07-12/03/07		1
V5 CP		04/04/07	

#### 3.2.2. Grado de consenso del documento

Fecha: 12/03/07

Miembros del grupo: 8

Miembros a favor de la redacción final: 8

#### 3.2.3. Aspectos más relevantes del debate del grupo

En el trabajo sobre este documento, el grupo 1 llegó a un acuerdo con relativa facilidad. La discusión sobre si debería incluirse un apartado en el que se diferenciara entre primeras consultas y consultas sucesivas se zanjó con la no inclusión del mismo, toda vez que las distintas aportaciones dejaban ver claramente que el grupo no lo consideraba relevante como dato clínico. Fue más laborioso el debate sobre el apartado de antecedentes, aunque finalmente se optó por una solución intermedia, que, si bien no incluye todas las precisiones que cada una de las especialidades pueda

requerir, sí admite la subdivisión en subapartados, señalados por el grupo y sugeridos al abordar el estudio de los documentos objeto de otros grupos de trabajo.

### 3.2.4. Documento de Consenso

#### CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME DE CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>	Etiqueta del documento <sup>2</sup>	OM 1984 <sup>3</sup>
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>						
<b>Tipo de documento</b>	Texto	Informe Clínico de Consulta Externa		CM	*	
<b>Fecha de firma</b>	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM		
<b>Fecha de Consulta</b>	dd/mm/aaaa	Libre		CM	*	*
<b>Nombre Responsable 1</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM	*	*
<b>Categoría profesional 1</b>	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM		
<b>Nombre Responsable 2</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM		
<b>Categoría profesional 2</b>	Texto	Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM		
<b>Servicio</b>	Texto	Según normativa en vigor en cada momento.	Actualmente: RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios	CM	*	*

<sup>1</sup> Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no es imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R)

<sup>2</sup> Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

<sup>3</sup> Señalados con asterisco figuran aquellos datos que ya están recogidos en la OM 19-09-1984 que regula el contenido del informe de alta (con un fin estrictamente orientativo)



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

Unidad	Texto	Libre		CM	*	
<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>						
<b>Denominación del Servicio de Salud</b>	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM	*	
<b>Denominación del provisor de servicios</b>	Texto + Logo	Libre		R		
<b>Denominación del Centro</b>	Texto + Logo	CNH <sup>1</sup> y posteriormente RECESS <sup>2</sup> cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura.	CM	*	*
<b>Dirección del centro</b>						
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando	Existirá un campo adicional de texto libre para	CM		

<sup>1</sup> CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

<sup>2</sup> RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSC.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08



Conjunto Mínimo de Datos  
 de los Informes Clínicos

Nombre de la vía	Texto	esté disponible+texto libre	aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM		*
Número de la vía	Texto			CM		*
Código Postal	Texto			CM		*
Municipio	Texto			CM	*	*
Provincia	Texto			CM	*	*
País	Texto			CM		
Teléfono	Texto			CM		*
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R		
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>						
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA	H/M	CM		*
Primer Apellido	Texto			CM		*
Segundo Apellido	Texto			CM		*
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM		*
Sexo	Texto			CM		*
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R		
NASS	Texto			CM		
CIP de C Autónoma	Texto			CM	*	
Código SNS	Texto			R	*	
CIP Europeo	Texto			R	*	
Nº Historia Clínica	Texto	Libre		CM	*	*
Domicilio		Dato que figure en la BD de TSI de la CA				
Tipo de vía	Texto			CM		*
Nombre de la vía	Texto			CM		*
Número de la vía	Texto			CM		*
Piso	Texto			CM		*
Letra	Texto			CM		*
Código Postal	Texto			CM		*
Municipio	Texto			CM		*
Provincia	Texto	CM		*		
Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R		



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

**DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL**

<b>Motivo de Consulta</b>	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC		<b>CM</b> <b>R</b>		<b>*</b>
<b>Antecedentes</b>	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	<b>CM</b>		<b>*</b>
Enfermedades familiares hereditarias Enfermedades previas Antecedentes Neonatales, Obstétricos y Quirúrgicos Alergias Hábitos tóxicos Actuaciones Preventivas (1) Medicación previa Situación funcional (2) Antecedentes sociales y profesionales			(1) Vacunaciones infantiles, del adulto, quimioprofilaxis realizadas, etc  (2) Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias ( Escalas de dependencia, clasificación funcional de la Insuficiencia cardiaca, Valoraciones del grado de demencia, Escalas de Calidad de vida, etc..)	<b>R</b>		
<b>Historia Actual</b>	Texto	Libre		<b>CM</b>		<b>*</b>
<b>Exploración Física</b>	Texto	Libre		<b>CM</b>		<b>*</b>
<b>Resumen pruebas complementarias</b>	Texto	Libre		<b>CM</b>		<b>*</b>
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	<b>R</b>		
<b>Evolución y comentarios</b>	Texto	Libre	Se pueden realizar comentarios del seguimiento evolutivo, en el caso de que el informe no se refiera a una sola consulta sino a un periodo de seguimiento en el que se han realizado varias entrevistas clínicas. En este caso se puede incluir aquí el periodo de tiempo del que es comprensivo el informe o reseñar las fechas en las que se produjeron las consultas. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados en este episodio o describir complicaciones evolutivas de la/las enfermedades, realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales	<b>CM</b>		<b>*</b>
<b>Diagnóstico Principal</b>	Texto+ código	Libre Código CIE 9 MC		<b>CM</b> <b>R</b>		<b>*</b>



<b>Otros Diagnósticos</b>	Texto+ código	Libre+ Código CIE 9 MC		<b>CM</b> <b>R</b>		<b>*</b>
<b>Procedimientos</b>	Texto+ código	Libre+ Código CIE 9 MC		<b>CM</b> <b>R</b>		
<b>Otros procedimientos</b>	Texto+ código	Libre+ Código CIE 9 MC		<b>CM</b> <b>R</b>		
<b>Tratamiento</b>				<b>CM</b>		<b>*</b>
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	<b>R</b>		
Fármacos	Texto	Libre + principio activo/código nacional (nomenclator oficial MSyC) + dosis + duración	Prescripciones activas al final del período de seguimiento	<b>R</b>		
<b>Otras recomendaciones</b>	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo: fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas etc..	<b>CM</b>		

## GRUPO 2.- Informe Clínico de Urgencias

1. Reunión de constitución: 21/11/06

2. Miembros del grupo

Nombre y apellidos	Perfil Profesional	Entidad que designa
Javier Etreros Huerta	FEA Medicina Interna. Magister en Bioética. COORDINADOR DEL GRUPO	Ministerio de Sanidad y Consumo
Luis Martínez Escotet	Facultativo Especialista del Área de Urgencias	Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias
Rafael Sánchez Ortega	Facultativo Especialista del Área de Urgencias	Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias
José María Pedrajas Navas	FEA de Medicina Interna	Sociedad Española de Medicina Interna
Inmaculada Alfageme Michavilla	Facultativo Especialista del Área Médica	Sociedad española de Patología Respiratoria
Emilio Calvo Crespo	Facultativo Especialista del Área Quirúrgica	Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Francisco Salazar Arquero	Facultativo Especialista del Área Materno Infantil	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
Juan Ramón García Cepeda	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
Patricio José Ruiz Lázaro	Facultativo Especialista del Área de Atención Primaria	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria



Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos

<b>Jesús Fernández Sanz</b>	Experto en Admisión y Documentación Clínica	<b>Ministerio de Sanidad y Consumo</b>
<b>José María Prieto de Paula</b>	Experiencia en gestión de centros hospitalarios	<b>Ministerio de Sanidad y Consumo</b>
<b>Modoaldo Garrido Martín</b>	Experiencia en gestión de dispositivos de urgencias	<b>Ministerio de Sanidad y Consumo</b>
<b>Ramón Cámara López</b>	Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo	<b>Ministerio de Sanidad y Consumo</b>
<b>Maravillas Cabronero Fernández</b>	Funcionaria del Ministerio de Sanidad y Consumo	<b>Ministerio de Sanidad y Consumo</b>

### 3. Desarrollo de los trabajos

#### 3.1. Informe Clínico de Urgencias

##### 3.1.1. Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	22/11/06-04/12/06	14/12/06	9
V2.0	15/12/06-10/01/07	15/01/07	5
V3.0	15/01/07-24/01/07	24/01/07	2
V3.0 DEFINITIVO	24/01/07-31/01/07	05/03/07	1
V.4.0 CP		05/03/07	

##### 3.1.2. Grado de consenso del documento

Fecha: 24/01/07

Miembros del grupo: 11

Miembros a favor de la redacción final: 11

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08

### 3.1.3. Aspectos más relevantes del debate del grupo

La diversidad de dispositivos asistenciales desde los que es posible prestar la atención urgente motivó que el grupo dedicara especial atención a la configuración de los apartados relativos a datos de la Institución emisora, así como a las categorías profesionales en las que deberían encuadrarse los profesionales implicados. Asimismo, algunos otros datos, como la hora de ingreso y de alta, o el apartado de exploración física son específicos de este documento y no figuran en los otros, en los que no son relevantes.

El apartado correspondiente al motivo de consulta fue ampliamente debatido, al entender que aportaba información muy útil desde el punto de vista asistencial. Definir las categorías correspondientes al motivo de alta suscitó también cierta polémica, optándose finalmente por las contenidas en el CMBD nacional, independientemente de que en su momento cada Comunidad Autónoma incorpore categorías adicionales que luego se reclasifican.

### 3.1.4. Documento de Consenso

#### CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME DE URGENCIAS

Variable	Formato	Valores de referencia	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>	Etiqueta del documento <sup>2</sup>	OM 1984 <sup>3</sup>
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>						
Tipo de documento	Texto	Informe Clínico de Urgencias		CM	*	
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	R		
Fecha y hora de ingreso	dd/mm/aaaa hh:mm	Libre		CM		*
Fecha y hora de alta	dd/mm/aaaa hh:mm	Libre		CM	*	*
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM	*	*

<sup>1</sup> Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

<sup>2</sup> Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

<sup>3</sup> Señalados con asterisco figuran aquellos datos que ya están recogidos en la OM 19-09-1984 que regula el contenido del informe de urgencias.

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 25 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Categoría profesional 1</b>	Texto	Médico Residente Facultativo Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM		
<b>Nombre Responsable 2</b>		Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM		
<b>Categoría responsable 2</b>		Facultativo Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM		
<b>Unidad Asistencial responsable</b>	Texto	Servicio de Urgencia Hospitalaria Servicio de Urgencia de A.Primarya SAMU Sº Urgencias + texto libre		CM	*	*

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA**

<b>Denominación del Servicio de Salud</b>	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM	*	
<b>Denominación del provisor de servicios</b>	Texto +logo	Libre		R		
<b>Denominación del Centro</b>	Texto + logo	CNH <sup>1</sup> para Centros de Atención Especializada.		CM	*	*

<sup>1</sup> CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

<sup>2</sup> RECESS: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios del MSC

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 26 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Dirección del Centro</b>		Inventario para Centros de Primaria RECESS <sup>2</sup> para ambos cuando esté disponible  + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura			
Tipo de vía	Texto			CM		*
Nombre de la vía	Texto			CM		*
Número de la vía	Texto			CM		*
Código Postal	Texto			CM		*
Municipio	Texto			CM	*	*
Provincia	Texto			CM	*	*
País	Texto			CM		*
Teléfono	Texto			CM		*
<b>Dirección Web/Correo Electrónico</b>	Texto		Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R		

**DATOS DEL PACIENTE**

<b>Nombre</b>	Texto	Dato que figure en BD de la TSI de la CA	H/M			
<b>Primer Apellido</b>	Texto			CM		*
<b>Segundo Apellido</b>	Texto			CM		*
<b>Fecha de nacimiento</b>	dd/mm/aaaa			CM		*
<b>Sexo</b>	Texto			CM		
<b>DNI/T.Residencia/Pasaporte</b>	Texto			R		
<b>NASS</b>	Texto			CM		
<b>CIP de la C. Autónoma</b>	Texto			CM	*	
<b>Código SNS</b>	Texto			R	*	
<b>CIP Europeo</b>			Se reserva este espacio en previsión de que en el futuro exista un código europeo/internacional de identificación.	R	*	
<b>Nº Historia Clínica</b>	<b>Texto</b>	Libre		CM	*	*
<b>Domicilio</b>		Dato que figure en la BD de TSI de la CA				
Tipo de vía	Texto			CM		*
Nombre de la vía	Texto			CM		*
Número de la vía	Texto			CM		*
Piso	Texto			CM		*
Letra	Texto			CM		*
Código Postal	Texto			CM		*
Municipio	Texto			CM		*
Provincia	Texto			CM		*
Teléfono	Texto			R		
<b>Persona de Referencia</b>	Texto			Libre (nombre + 2 apellidos)		R
<b>Teléfono de Referencia</b>	Texto	Libre		R		



Conjunto Mínimo de Datos  
 de los Informes Clínicos

DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL						
<b>Procedencia</b>	Texto	Médico de Familia/Pediatra de AP Por decisión del paciente o familiar Servicio de Emergencia 061		R		
<b>Tipo de Consulta</b>	Texto	Enfermedad Accidente de tráfico Accidente Laboral Otros Accidentes		R		
<b>Motivo de Alta</b>	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a otro centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros	Se incluyen aquellas categorías correspondientes al CMBD nacional, independientemente de que los CMBD autonómicos incorporen categorías adicionales cuyas respuestas luego se reclasifican. La categoría de respuesta <i>fallecimiento</i> , será recodificada a <i>éxitus</i> .	CM		*
<b>Motivo de Consulta</b>	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC		CM		*
<b>Antecedentes</b>	Texto	Libre		CM		*
Enfermedades Previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Medicación previa Alergias Situación funcional Antecedentes sociales y profesionales	Texto	Libre	Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades, y se podrán utilizar una o varias (Escala de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardiaca, valoraciones del grado de demencia, escalas de calidad de vida, etc.)	R		
<b>Historia Actual</b>	Texto	Libre		CM		*
<b>Exploración física</b>				CM		*
TA ( / ) FC ( ) lat/min FR ( ) resp/min Temp. ( ) °C Saturación O <sub>2</sub> Glucemia capilar Resumen de exploración	Texto	Libre		R		
<b>Resumen de pruebas</b>	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en	CM		*



Conjunto Mínimo de Datos  
 de los Informes Clínicos

<b>complementarias</b>			subapartados			
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre		R		
<b>Evolución y comentarios</b>	Texto	Libre	En su caso pueden incluirse, además de comentarios evolutivos y del período de observación, la descripción de técnicas realizadas durante el proceso de atención. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados en este episodio, complicaciones evolutivas de la/las enfermedades, realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales.	CM		*
<b>Diagnóstico principal</b>	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2		CM R		*
<b>Otros diagnósticos</b>	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2		CM R		*
<b>Procedimientos</b>	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2		CM R		*
<b>Otros procedimientos</b>	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2		CM R		*
<b>Tratamiento</b>				CM		*
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	R		
Fármacos	Texto	Libre + principio activo/código nacional (nomenclator oficial MSyC) + dosis + duración	Prescripciones activas.	R		
<b>Otras recomendaciones</b>	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo: fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas, etc.	CM		

## GRUPO 3.- Historia Clínica Resumida e Informe Clínico de Atención Primaria

1. Reunión de constitución: 27/11/06

2. Miembros del grupo

Nombre y apellidos	Perfil Profesional	Entidad que designa
Javier Etreros Huerta	FEA de Medicina Interna. Magíster en Bioética COORDINADOR DEL GRUPO	Ministerio de Sanidad y Consumo
Maria Teresa Delgado Marroquín	Facultativo de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)
Juan Jurado Moreno	Facultativo de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina General
Juan Ramón García Cepeda	Facultativo de Atención Primaria	Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
Enrique Criado Vega	Pediatra de Atención Primaria	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Patricio José Ruiz Lázaro	Pediatra de Atención Primaria	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
Luciano Barrios Blasco	Experiencia en gestión de centros de Atención Primaria	Servicio Andaluz de Salud
Elena Martín Pérez	Facultativo Especialista del Área Quirúrgica	Asociación Española de Cirujanos
Elena Sánchez González	Facultativo Especialista del Área Materno Infantil	Asociación Española de Pediatría
Javier Solera Santos	Facultativo Especialista del Área Médica	Sociedad Española de Medicina Interna
Ramón Cámara López	Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo	Ministerio de Sanidad y Consumo
Maravillas Cabronero Fernández	Funcionaria del Ministerio de Sanidad y Consumo	Ministerio de Sanidad y Consumo

### 3. Desarrollo de los trabajos

#### 3.1. *Historia Clínica Resumida.*

##### 3.1.1. Concepto

El grupo de trabajo ha partido de una propuesta conceptual concreta que también ha debatido y cuyo contenido, que se enuncia a continuación, ha sido adoptado.

**Historia Clínica Resumida (HCR)** es el conjunto mínimo de datos personales de salud que incluye los más relevantes que cualquier profesional sanitario debe conocer para poder realizar la atención del problema de salud más sencillo.

La HCR deberá ser accesible, al menos, para aquellos profesionales sanitarios asistenciales de un área sanitaria o una Comunidad Autónoma que deban prestar atención sanitaria a un usuario o paciente concreto. Igualmente debe poder ser accesible a profesionales de otras Comunidades Autónomas a los que el paciente solicite atención sanitaria.

Las propiedades básicas que debe reunir este conjunto de datos son las siguientes:

- Contener toda la información que es altamente relevante para cualquier especialista sanitario que necesita atender a un paciente y expresada de forma sintética.
- Reunir sólo aquellos datos cuyo conocimiento es absolutamente imprescindible si dejar de ser un resumen que permita leer todo su contenido en unos segundos. Ello no impide que cada especialidad genere una historia clínica completa con sus detalles específicos. En realidad contiene todos los datos básicos, comunes a todas las especialidades, cuya ignorancia podría poner en serio riesgo a un paciente que precisara atención sanitaria.
- Es un concepto inseparable de la Historia Clínica (o de Salud) Digital (o Electrónica), porque su contenido debe alimentarse, en su mayor parte, de forma automática a partir de otro u otros registros electrónicos más extensos, bien sean la historia de salud de atención primaria, la historia clínica única o la historia clínica compartida.

En este proyecto concreto se ha considerado que será posible la existencia de varias HCRs (una por cada Comunidad Autónoma donde ésta esté implantada). La autoría de su contenido depende del modelo que cada Comunidad adopte, siendo la tendencia generalizada a adoptar modelos de historia única o en algún caso de historia clínica compartida. En estos casos los diferentes datos integrados en ella tendrán diferentes autores y la garantía de su contenido corre a cargo del Servicio de Salud. Sin embargo, cuando se accede desde otra Comunidad a través del sistema HCDSNS, debe existir la posibilidad de consolidar parcial o totalmente el mismo en la nueva historia clínica

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08

que el profesional genere en otra CA, perdiendo los datos consolidados su autoría original y adquiriendo la del profesional responsable de generar la nueva historia. Para poder abordar la transmisión de una historia clínica estructurada e interoperable, será preciso habilitar los servicios semánticos que soporten este nivel de interoperabilidad entre distintos sistemas.

### 3.1.2. Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	27/11/06-19/12/06	22/12/06	8
V2.0	22/12/06-12/01/07	15/01/07	6
V3.0	15/01/07-24/01/07		6
V5 CP	REUNIÓN 13/02/07	02/03/07	9
V6 CP	REUNIÓN 26/03/07	04/04/07	4

### 3.1.3. Grado de consenso del documento

Fecha: 02/03/07

Miembros del grupo: 9

Miembros a favor de la redacción final: 8

Miembros en contra de la redacción final 1

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08

### 3.1.4. Aspectos más relevantes del debate del grupo

La dificultad más destacable en los debates de este grupo ha consistido en alcanzar un acuerdo sobre el conjunto de datos que, no dejando fuera aspectos importantes de la historia clínica, no llegara a ser tan descriptivo que perdiera el carácter de resumen. Este difícil equilibrio es pertinente en todos los apartados del documento, por lo que alcanzar el de “consenso profesional” (CP) no ha sido sencillo; para ello ha sido preciso incluso celebrar una segunda reunión monográfica sobre el contenido del apartado “antecedentes”. Finalmente fue posible cerrar el documento con un voto en contra, basado en la no inclusión de un apartado de “objetivos terapéuticos”. El debate sobre el mencionado apartado de antecedentes fue especialmente útil, ya que el contenido final sirvió de propuesta aceptada por los otros grupos para sus documentos.

Este documento contiene dos apartados novedosos: el de “alertas” y el de “observaciones subjetivas del profesional”, y otros dos relacionados con el volcado de datos (automático o manual) y el acceso a los mismos (reservado al profesional o abierto al ciudadano). De los dos primeros, el de “anotaciones subjetivas del profesional” suscitó un participativo debate en la reunión del conjunto de los cuatro primeros grupos mantenida el 26 de marzo de 2007, de forma que se optó por abrir el espacio de trabajo del grupo 3 a los miembros de los grupos 1 y 2 y para posibilitar la discusión sobre su contenido y de esta forma acotar aquellas anotaciones de carácter subjetivo consideradas imprescindibles, y cuyo acceso debe reservarse al profesional. El resultado final fue asumido por todos los grupos.

El proyecto HCDSNS continuó avanzando con la definición de los contenidos de otros informes clínicos. El trabajo del grupo sobre Informe de Cuidados de Enfermería puso de manifiesto la necesidad de introducir en la historia clínica resumida algunos datos adicionales que, por su relevancia, necesita conocer el profesional sanitario en la situación de prestar atención.

Es por ello que el Grupo de Trabajo de Historia Clínica Resumida se reactivó para valorar la propuesta de ampliación de contenidos del documento de HCR que formuló el Grupo 7 de Informe de Cuidados de Enfermería. Finalizado el periodo de debate del grupo y tenidas en cuenta las aportaciones realizadas, se concluyó que los cambios podían ser asumidos.

En esta misma etapa de trabajo se propuso la eliminación de las variables relacionadas con la identificación de un responsable de los contenidos de la HCR. Reflexionando sobre el hecho de que este conjunto de datos se genera principalmente de forma automática, a partir de datos procedentes de diferentes fuentes documentales, de las que son responsables distintos profesionales que intervienen en el proceso asistencial, no parece posible atribuir la autoría del resultado a uno solo de ellos. Por esta razón quedaron finalmente eliminadas las variables que hacían referencia al profesional responsable de su contenido.

### 3.1.5. Documento de Consenso

#### CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R 1	Etiqueta del documento 2	Volcado de Datos 3	Acceso 4
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>							
Tipo de documento	Texto	Historia Clínic a Resumida		CM	*	A	P/C
Fecha de creación	dd/mm/aaaa	Libre		CM		A	P/C
Fecha de última actualización	dd/mm/aaaa	Libre	La fecha en la que fue modificado alguno de los componentes del registro por última vez	CM	*	A	P/C
<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>							
Denominación del Servicio de Salud	Texto + logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya		CM	*	A	P/C

<sup>1</sup> Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM), o por el contrario es aconsejable su presencia, pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

<sup>2</sup> Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

<sup>3</sup> Los datos de los campos de la Historia Clínica Resumida deben alimentarse de forma automática **A**, a partir de la historia de salud digital, excepto un número muy reducido de ellos que tendrá que alimentar manualmente **M** el profesional, en aquellos casos en que éste lo considere conveniente.

<sup>4</sup> El campo puede estar accesible, según la naturaleza de su contenido (anotaciones subjetivas o datos objetivos), a los profesionales P o al ciudadano C

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 34 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

		SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.						
<b>Denominación del proveedor de servicios</b>	Texto+logo	Libre		R				
<b>Denominación del Centro</b>	Texto+ logo	Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS <sup>1</sup> cuando esté disponible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura, o por pertenecer a dispositivos asistenciales distintos de los recogidos en estos registros.	CM	*	A	P/C	
<b>Dirección del Centro</b>		Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto libre						
Tipo de vía	Texto			CM		A	P/C	
Nombre de la vía	Texto			CM		A	P/C	
Número de la vía	Texto			CM		A	P/C	
Código Postal	Texto			CM		A	P/C	
Municipio	Texto			CM	*	A	P/C	
Provincia	Texto			CM	*	A	P/C	
País	Texto			CM		A	P/C	
Teléfono	Texto			CM		A	P/C	
<b>DATOS DEL USUARIO/PACIENTE</b>								
<b>Nombre</b>	Texto	Dato que figure en BD de TSI de la CA	H/M	CM		A	P/C	
<b>Primer Apellido</b>	Texto			CM		A	P/C	
<b>Segundo Apellido</b>	Texto			CM		A	P/C	
<b>Fecha de nacimiento</b>	dd/mm/aaaa			CM		A	P/C	
<b>Sexo</b>	Texto			CM		A	P/C	
<b>DNI/T.Residencia/Pasaporte</b>	Texto			R		A	P/C	
<b>NASS</b>	Texto			CM		A	P/C	
<b>CIP de C. Autónoma</b>	Texto			CM	*	A	P/C	
<b>Código SNS</b>	Texto			R	*	A	P/C	

<sup>1</sup> RECESS: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios del MSC

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 35 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>CIP Europeo</b>			Se reserva este espacio en previsión de que en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R	*	A	P/C
<b>Nº Historia Clínica</b>	Texto	Libre		CM	*	A	P/C
<b>Domicilio</b>							
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		CM		A	P/C
Nombre de la vía	Texto			CM		A	P/C
Número de la vía	Texto			CM		A	P/C
Piso	Texto			CM		A	P/C
Letra	Texto			CM		A	P/C
Código Postal	Texto			CM		A	P/C
Municipio	Texto			CM		A	P/C
Provincia	Texto			CM		A	P/C
Teléfono	Texto			R		A	P/C
<b>Persona de referencia</b>	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Se trata de la persona que representa los intereses del paciente.	R		A/M	P/C
<b>Teléfono de referencia</b>	Texto	Libre		R		A/M	P/C
<b>Cuidador Principal</b>	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)		R		A/M	P/C
<b>DATOS DE SALUD</b>							
<b>Existe información reservada por decisión del paciente</b>	Botón s/n	SI NO	Este campo informa al profesional de que existe algún dato clínico que no figura en la HC por decisión del propio paciente.	CM		A	P/C
<b>Existe documento de instrucciones previas</b>	Botón s/n	SI NO	Informa al profesional de que existe este documento que esta disponible en el Registro de Últimas Voluntades.	CM		A/M	P/C
<b>Está incluido en protocolo de investigación clínica</b>	Botón s/n	SI NO	Informa de la inclusión en un protocolo de investigación en la fecha de última actualización.	R		M	P/C
<b>Alergias</b>	Texto	Libre		CM		A	P/C
<b>Vacunaciones</b>	Texto	Libre	Se presentará solo el enunciado del apartado siendo posible desplegar su contenido si el profesional lo decide.	CM		A	P/C
<b>Problemas Resueltos, Cerrados o Inactivos</b>	Texto	Libre	Se presentará solo el enunciado del apartado siendo posible desplegar su contenido si el profesional lo decide.	R		A	P/C

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 36 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Problemas y Episodios Activos</b>	Texto + Código	Fecha + Texto libre Sistema de Codificación CIE 9 MC/CIAP 2 Definida	Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización.	<b>CM R</b>		A	P/C
<b>Tratamiento</b>				<b>CM</b>			P/C
<b>Recomendaciones</b>	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	<b>CM</b>		A	P/C
<b>Fármacos</b>	Texto	Libre+Principio Activo / Código Nacional (nomenclator oficial MSC) + Dosis + Duración	Prescripciones activas a la fecha de actualización.	<b>CM</b>		A	P/C
<b>Diagnósticos Enfermeros activos</b>	Texto + código	Libre + Código NANDA	Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización	<b>CM R</b>		A	P/C
<b>Resultados de Enfermería</b>	Texto + código	Libre + Código NOC	Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización	<b>CM R</b>		A	P/C
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	Texto + código	Libre + Código NIC	Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización	<b>CM R</b>		A	P/C
<b>ALERTAS</b>	Texto	Libre	Su contenido deben ser advertencias clave de carácter objetivo que por su especial trascendencia deban ser resaltadas para ser tenidas en cuenta por cualquier profesional que deba prestar atención (Ej: Angioedema desencadenado por IECAS, Dispositivo IV con reservorio)	<b>CM</b>		M	P/C
<b>Observaciones Subjetivas del Profesional</b>	Texto	Libre	La única justificación de este campo es recoger valoraciones del profesional, siempre que sean de auténtico interés para el manejo de los problemas de salud por otro profesional. Sólo deberán ser reseñadas aquellas observaciones que sean encuadrables en algunos de los siguientes apartados:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• VALORACIONES SOBRE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS NO DEMOSTRADAS</li> <li>• SOSPECHA ACERCA DE INCUMPLIMIENTOS TERAPÉUTICOS</li> </ul>	<b>R</b>		M	P

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOSPECHA DE TRATAMIENTOS NO DECLARADOS</li> <li>• SOSPECHA DE HÁBITOS NO RECONOCIDOS</li> <li>• SOSPECHA DE HABER SIDO VÍCTIMA DE MALOS TRATOS</li> <li>• COMPORTAMIENTOS INSÓLITOS</li> </ul>				
--	--	--	---	--	--	--	--

### 3.2. Informe Clínico de Atención Primaria

#### 3.2.1. Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	24/01/07-06/02/07		
V2.0	REUNIÓN 13/02/07	19/02/07	9
V3.0 CP		02/03/07	

#### 3.2.2. Grado de consenso del documento

Fecha: 02/03/07

Miembros del grupo: 9

Miembros a favor de la redacción final: 8

#### 3.2.3. Aspectos más relevantes del debate del grupo

El estudio del informe clínico de atención primaria resultó sencillo para el grupo 3, una vez salvadas todas las dificultades que la historia clínica resumida había supuesto. De ahí que las modificaciones a la propuesta inicial fueran prácticamente automáticas, tomándolas de lo ya debatido para el documento cuyo estudio había sido encomendado al grupo.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08

### 3.2.4. Documento de Consenso

#### CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME CLÍNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>	Etiqueta del documento <sup>2</sup>
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>					
<b>Tipo de documento</b>	Texto	Informe Clínico de Atención Primaria		CM	*
<b>Fecha de firma</b>	dd/mm/aaaa	Libre	Fecha en la cual se emite el informe. Es común a ambos pies de firma.	CM	
<b>Fecha inicio periodo</b>	dd/mm/aaaa	Libre	Fecha en la que se inicia el periodo de seguimiento en el que se inscriben los diferentes episodios y actuaciones que se describen.	CM	*
<b>Fecha fin periodo</b>	dd/mm/aaaa	Libre	Fecha en la que finaliza el periodo de seguimiento en el que se inscriben los diferentes episodios y actuaciones que se describen.	CM	*
<b>Nombre Responsable 1</b>	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM	*
<b>Categoría profesional 1</b>	Texto	Médico Residente Médico de Familia Pediatria de AP Texto Libre		CM	
<b>Nombre Responsable 2</b>	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar el primer firmante	CM	
<b>Categoría responsable 2</b>	Texto	Médico de Familia Pediatria de AP Texto Libre		CM	
<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>					
<b>Denominación del Servicio de Salud</b>	Texto + logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud		CM	*

<sup>1</sup> Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos.

<sup>2</sup> Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

		SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.			
<b>Denominación del provisor de servicios</b>	Texto +logo	Libre		R	
<b>Denominación del Centro</b>	Texto + logo	Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS <sup>1</sup> cuando esté disponible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM	*
<b>Dirección del Centro</b>					
Tipo de vía	Texto	Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto libre		CM	
Nombre de la vía	Texto			CM	
Número de la vía	Texto			CM	
Piso	Texto			CM	
Letra	Texto			CM	
Código Postal	Texto			CM	
Municipio	Texto			CM	*
Provincia	Texto			CM	*
País	Texto			CM	
Teléfono	Texto		CM		
<b>Dirección Web/Correo Electrónico</b>	Texto		Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R
<b>DATOS DEL USUARIO/PACIENTE</b>					
<b>Nombre</b>	Texto	Dato que figure en BD de la TSI de la CA		CM	
<b>Primer Apellido</b>	Texto		CM		
<b>Segundo Apellido</b>	Texto		CM		

<sup>1</sup> RECESS: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios del MSC

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 41 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Fecha de nacimiento</b>	dd/mm/aaaa			<b>CM</b>	
<b>Sexo</b>	Texto		H/M	<b>CM</b>	
<b>DNI/T.Residencia/Pasaporte</b>	Texto			R	
<b>NASS</b>	Texto			<b>CM</b>	
<b>CIP de la C. Autónoma</b>	Texto			<b>CM</b>	*
<b>Código SNS</b>	Texto			R	*
<b>CIP Europeo</b>			Se reserva este espacio en previsión de que en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación	R	*
<b>Nº Historia Clínica</b>	Texto	Libre		<b>CM</b>	*
<b>Domicilio</b>					
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		<b>CM</b>	
Nombre de la vía	Texto			<b>CM</b>	
Número de la vía	Texto			<b>CM</b>	
Piso	Texto			<b>CM</b>	
Letra	Texto			<b>CM</b>	
Código Postal	Texto			<b>CM</b>	
Municipio	Texto			<b>CM</b>	
	Texto			R	
<b>Persona de Referencia</b>	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Se trata de la persona que representa los intereses del paciente.	R	
<b>Teléfono de Referencia</b>	Texto	Libre		R	
<b>DATOS DE SALUD</b>					
<b>Antecedentes</b>	Texto	Libre	Se recomienda su clasificación en subapartados	<b>CM</b>	

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

Enfermedades familiares hereditarias Enfermedades previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Alergias Hábitos tóxicos Actuaciones preventivas (1) Medicación previa Situación funcional (2) Antecedentes sociales y profesionales			(1) Vacunaciones infantiles, del adulto, quimioprofilaxis realizadas, etc  (2) Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias (Escala de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca, valoraciones del grado de demencia, escalas de calidad de vida, etc.)	<b>R</b>	
<b>Resumen pruebas complementarias</b>	Texto	Libre		<b>CM</b>	
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	<b>R</b>	
<b>Resumen de Episodios Atendidos</b>	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2 definida		<b>CM R</b>	
<b>Evolución y comentarios</b>	Texto	Libre	Se pueden realizar comentarios del seguimiento evolutivo. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados o describir complicaciones evolutivas de la/las enfermedades, realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales	<b>CM</b>	
<b>Diagnósticos</b>	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2 definida		<b>CM R</b>	
<b>Procedimientos</b>	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIAP2 definida		<b>CM R</b>	
<b>Tratamiento</b>			Se refiera al último tratamiento que esté activo	<b>CM</b>	
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	<b>R</b>	
Fármacos	Texto	Libre + principio activo/código nacional (nomenclator oficial MSyC) + dosis + duración	Prescripciones activas al final del período de seguimiento	<b>R</b>	
<b>Otras Recomendaciones</b>	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo: fecha de próxima cita, conveniencia de una nueva revisión, petición de pruebas, etc...	<b>R</b>	

## Grupo 5.- Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio

### 1. Reunión de constitución: 27/09/07

Reunión monográfica: 12/02/08

### 2. Miembros del grupo

Nombre y apellidos	Perfil Profesional	Entidad que designa
Alicia Benedí González	Coordinadora del Grupo de Trabajo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Información Sanitaria	Ministerio de Sanidad y Consumo
M <sup>a</sup> Victoria Ramos Rodríguez	Subdirectora Médica Servicios Centrales. H. U. 12 de octubre. Madrid	Ministerio de Sanidad y Consumo
Juan Roca Guiseris	Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada	Soc. Española de Medicina Intensiva, Crítica y Ud. Coronarias
Elena Martín Pérez	Hospital Universitario La Princesa. Madrid	Asociación Española de Cirujanos
Francisco Salazar Arqueros	Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
Jesús Arranz Gómez	Centro de Salud de Eskoriatza (Guipúzcoa)	Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria
José María Jou Turallas	Hospital Clínico de Barcelona	Asociación Española de Hematología y Hemoterapia
José María Bartolomé Álvarez	Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid	Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica
Marcial García Rojo	Hospital General de Ciudad Real	Sociedad Española de Anatomía Patológica
Concepción Alonso Cerezo	Hospital Universitario La Princesa. Madrid	Sociedad Española de Biopatología Médica
Manuel Arroyo Fernández	Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid	Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patol. Molecular
Isabel Muñoz Criado	Conselleria de Salud Pública. Valencia	Soc. Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
Javier Etreros Huerta	Director del Proyecto HCDSNS	Ministerio de Sanidad y Consumo
Sylvia Blasco Gamé	Secretaría del Grupo de Trabajo	Ministerio de Sanidad y Consumo

### 3. Desarrollo de los trabajos

#### 3.1. Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio

##### 3.1.1. Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	10/10/07-05/12/07		10
V1.0	22/11/07-05/12/07	18/12/07	3
V2.0	18/12/07-02/01/08	12/02/08	4
V3.0	12/02/08-22/02/08	08/04/08	6
V4.0	08/04/08-15/04/08	20/04/08	2
V5 CP	20/04/08-20/06/08	20/06/08	4

##### 3.1.2. Grado de consenso del documento

Fecha: 22/04/08

Miembros del grupo: 11

A favor de la redacción final: 8

En contra de la redacción final: 1

Abstenciones: 2

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08

### 3.1.3. Aspectos más relevantes del debate del grupo

El trabajo del grupo para definir este documento ha sido laborioso y dilatado en el tiempo hasta concluir en una propuesta integradora para la diversidad de pruebas de Laboratorio existentes, así como de muestras asociadas a las mismas. Y todo ello contemplando las necesidades, tanto de los profesionales que son emisores de dichos informes, como de los receptores de los mismos.

En la discusión del primer borrador se puso de relieve la existencia de distintos aspectos del documento que aconsejaron estratificar el debate en etapas sucesivas dirigidas a ir abordando primero el de mayor impacto y menor complejidad y finalmente el más específico y más complejo. Así se delimitaron 4 etapas de discusión, cada una de ellas orientada a obtener un producto distinto:

1. Alcanzar un consenso acerca de los contenidos mínimos que el documento de informe de resultados de pruebas de laboratorio debe contener, con independencia de cuál sea el o los laboratorios que lo emitan y la organización asistencial del centro concreto.
2. Alcanzar un acuerdo acerca de las categorías válidas de respuesta dentro de la variable “tipo de muestra”
3. Alcanzar un acuerdo acerca de los contenidos de la variable “conjuntos de determinaciones” como denominación que ha de permitir al clínico estimar las determinaciones que contiene con la lectura de cada una de estas etiquetas
4. Adoptar un catálogo de denominación de determinaciones.

A lo largo del trabajo del grupo, persiguiendo el alcance de estos objetivos, el nivel de dificultad y la cantidad de esfuerzo fue progresivo. Este proceso requirió una reunión presencial para reorientar la discusión en torno a los objetivos 2 y 3. Valorando la extensión del trabajo a abordar y las dificultades para alcanzar un consenso ante problemas más simples, los coordinadores decidieron no abordar el 4º de estos objetivos.

### 3.1.4. Documento de consenso

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>	Etiqueta del documento <sup>2</sup>
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>					
<b>Tipo de documento</b>	Texto	Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio	Es común a ambos pies de firma del informe	<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Fecha de firma</b>	dd/mm/aaaa	Libre		<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Nombre Responsable 1</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	<b>CM</b>	
<b>Categoría profesional 1</b>	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio Texto libre		<b>CM</b>	
<b>Nombre Responsable 2</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)		<b>CM</b>	
<b>Categoría profesional 2</b>	Texto	Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio Texto libre	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	<b>CM</b>	
<b>Servicio</b>	Texto	Análisis Clínicos Anatomía Patológica Bioquímica Clínica Hematología y Hemoterapia Genética Inmunología Microbiología y parasitología		<b>CM</b>	
<b>Unidad</b>	Texto	Libre		<b>CM</b>	
<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>					

<sup>1</sup> Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R)

<sup>2</sup> Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos (tal y como se veía en la maqueta) y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Denominación del Servicio de Salud</b>	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM	*
<b>Denominación del provisor de servicios</b>	Texto +Logo	Libre		R	
<b>Denominación del Centro</b>	Texto + Logo	CNH <sup>1</sup> y posteriormente RECESS <sup>2</sup> cuando esté disponible+texto libre		CM	*
<b>Dirección Del Centro</b>					
Tipo de vía	Texto			CM	
Nombre de la vía	Texto			CM	
Número de la vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM	
Código Postal	Texto			CM	*
Municipio	Texto			CM	*
Provincia	Texto			CM	
País	Texto			CM	
Teléfono	Texto			CM	
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
<b>Nombre</b>	Texto			CM	

<sup>1</sup> CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

<sup>2</sup> RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSC.

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 48 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Primer Apellido</b>	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM	
<b>Segundo Apellido</b>	Texto			CM	
<b>Fecha nacimiento</b>	dd/mm/aaaa			CM	
<b>Sexo</b>	Texto		H/M	CM	
<b>DNI/T. Residencia/Pasaporte</b>	Texto			R	
<b>NASS</b>	Texto			CM	
<b>CIP de C Autónoma</b>	Texto			CM	*
<b>Código SNS</b>	Texto			R	*
<b>CIP Europeo</b>	Texto		Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R	*
<b>Nº Historia Clínica</b>	Texto	libre		CM	*
<b>Nº Cama / Nº Consulta</b>	Texto	libre		CM	
<b>Domicilio</b>					
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM	
Nombre de la vía	Texto			CM	
Número de la vía	Texto			CM	
Piso	Texto			CM	
Letra	Texto			CM	
Código Postal	Texto			CM	
Municipio	Texto			CM	
Provincia	Texto			CM	
<b>Teléfono</b>	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R	
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>					
<b>Denominación del Servicio de Salud</b>	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACYL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud.		CM	

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 49 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Denominación del proveedor de servicios</b>	Texto + Logo	Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud. Libre		R	
<b>Denominación del Centro</b>	Texto + Logo	CNH <sup>1</sup> y posteriormente RECESS <sup>2</sup> cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM	
<b>Servicio</b>	Texto	Según normativa en vigor en cada momento	RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios	CM	
<b>Unidad</b>	Texto	Libre		CM	
<b>Nombre del solicitante</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)		CM	
<b>Categoría profesional</b>	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio Médico de Familia Pediatra de AP Texto libre		CM	
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>					
<b>DATOS DE LA MUESTRA</b>					
<b>Fecha de toma de muestra</b>	dd/mm/aaaa	Libre		CM	*
<b>Número de muestra</b>	Texto	Libre		CM	
<b>Tipo de muestra</b>	Texto + Código	Libre Bioquímica: LOINC Hematología: LOINC Inmunología: LOINC Genética: LOINC Microbiología: Vocabulario local a partir de LOINC A. Patológica: Snomed-CT		CM	*
<b>Grupo de determinación</b>	Texto	Bioquímica general Sistemático orina Hormonas	<i>Bioquímica General</i> • Metabolitos (ej. glucosa, urea, creatinina, etc.) • Enzimas (AST, ALT, LDH, etc)	CM	*

<sup>1</sup> CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

<sup>2</sup> RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSC.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08



Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos

		<p>Marcadores tumorales Niveles de fármacos y tóxicos Gasometría Hematología Hemostasia (Coagulación) Hemoterapia Hematología-Coagulación: Pruebas especiales Inmunología - Alergia Microbiología Genética Anatomía Patológica - Biopsias Anatomía Patológica – Citologías</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iones (Na, K, Cl, Ca, P, Mg, etc)</li> <li>• Otras proteínas (Marcadores cardíacos, etc.)</li> <li>• Líquidos Biológicos</li> <li>• Espermiogramas y estudios semen</li> <li>• Estudios en heces</li> <li>• Elementos traza (Cu, Se, etc)</li> <li>• Proteínas (Transferrina, Ceruloplasmina, Complemento, etc.)</li> <li>• Electroforesis de proteínas</li> <li>• Inmunofijación / Inmunosubstracción</li> <li>• Inmunoglobulinas y Cadenas ligeras</li> </ul> <p><u>Sistemático orina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urianálisis</li> <li>• Sedimento</li> </ul> <p><u>Hormonas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hormonas</li> <li>• Vitaminas</li> <li>• Otros inmunoensayos relacionados (ej PAPP)</li> </ul> <p><u>Marcadores tumorales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcadores tumorales séricos</li> <li>• Patología Molecular enfermedades neoplásicas hematológicas</li> <li>• Patología Molecular enfermedades neoplásicas, tumores sólidos</li> </ul> <p><u>Niveles de fármacos y tóxicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización de Fármacos</li> <li>• Detección Drogas de abuso</li> <li>• Detección de otros tóxicos (metales pesados, tóxicos laborales, etc.)</li> <li>• Farmacogenómica</li> </ul> <p><u>Gasometría</u></p> <p><u>Hematología</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematimetría manual y automatizada ( incluye el Hemograma , el diferencial leucocitario automatizado y manual, la morfología eritrocitaria, la VSG , la viscosidad plasmática, etc..)</li> </ul> <p><u>Hemostasia (coagulación)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de Hemostasia básicas (Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada y Fibrinógeno)</li> </ul> <p><u>Hemoterapia</u></p>		
--	--	--	--	--	--

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos

- Estudios de Inmunoematología (detección de Anticuerpos irregulares)
  - Pruebas de compatibilidad transfusional
- Hematología-Coagulación: Pruebas especiales
- Citoquímica, Citometría, Citogenética y Biología Molecular de sangre periférica y médula ósea (incluye todos los marcadores diagnósticos)
  - Aspirado medular y Biopsia de Médula Ósea (incluye todos los estudios de médula ósea)
  - Estudios de Eritropatología
  - Pruebas para estudio de Diátesis Hemorrágicas
  - Pruebas para estudio de Trombosis
  - Biología Molecular de alteraciones congénitas o adquiridas de la Hemostasia
- Inmunología - Alergia
- Autoinmunidad
  - Inmunoquímica
  - Histocompatibilidad
  - Inmunobiología
- Microbiología
- Bacteriología
  - Virología
  - Parasitología
  - Micología
  - Serología infecciosa
  - Biología molecular infecciosa
- Genética
- Citogenética
  - Patología/Genética molecular
- Anatomía Patológica – Biopsias
- Biopsias y piezas quirúrgicas
  - Inmunohistoquímica
  - Anatomía Patológica molecular
  - Microscopía electrónica
  - Citometría de flujo
- Anatomía Patológica – Citologías
- Citologías y PAAF
  - Inmunocitoquímica

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08



Conjunto Mínimo de Datos  
 de los Informes Clínicos

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Anatomía Patológica molecular</li> <li>Microscopía electrónica</li> <li>Colometría de flujo</li> </ul>		
<b>RESULTADOS</b>					
<b>Modelo TIPO A</b>					
			Este modelo puede recoger todos aquellos resultados de pruebas diagnósticas que se expresan con una denominación de determinación, un resultado (generalmente expresado en cifras), las unidades de medida utilizadas y un rango de valores de referencia que se toman como estándar de normalidad. Ej. Bioquímica sangre.		
Determinación	Texto	Libre	Dada la complejidad que tiene, validar alguno de los catálogos de determinaciones existentes o elaborar un catálogo local ad hoc, debido esencialmente al gran volumen de determinaciones a considerar, no es posible en esta fase consensuar un Catálogo de Determinaciones de referencia. Este problema deberá abordarse en una etapa posterior	<b>CM</b>	
Resultado	Texto	Libre		<b>CM</b>	
Unidades	Texto	Libre		<b>CM</b>	
Rango	Texto	Libre		<b>CM</b>	
Comentarios	Texto	Libre		<b>R</b>	
<b>Modelo TIPO B</b>					
			Este modelo puede recoger todos aquellos resultados de pruebas diagnósticas que requieran una descripción y una conclusión en texto libre. Ej. Estudio de médula ósea.		
Determinación	Texto	Libre	Dada la complejidad que tiene, validar alguno de los catálogos de determinaciones existentes o elaborar un catálogo local ad hoc, debido esencialmente al gran volumen de determinaciones a considerar, no es posible en esta fase consensuar un Catálogo de Determinaciones de referencia. Este problema deberá abordarse en una etapa posterior	<b>CM</b>	
Técnica	Texto			<b>CM</b>	
Descripción	Texto	Libre		<b>CM</b>	
Conclusión	Texto+	Libre		<b>CM</b>	
	Código	SNOMED		<b>R</b>	

## GRUPO 6.- Informe de resultados de pruebas de imagen

1. Reunión de constitución: 18/09/07
2. Miembros del grupo

Nombre y apellidos	Perfil Profesional	Entidad que designa
Javier Etreros Huerta	F.E.A. de Medicina Interna. Magíster en Bioética COORDINADOR DEL GRUPO	Ministerio de Sanidad y Consumo
Francisco Javier Rodríguez Recio	F.E.A. de Radiodiagnóstico	Sociedad Española de Radiología
Luis Lapeña Gutiérrez	F.E.A. de Medicina Nuclear	Sociedad Española de Medicina Nuclear
Emilio Calvo Crespo	F.E.A. de Traumatología y Cirugía Ortopédica	Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología
María Teresa Delgado Marroquín	Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
Enriqueta Román Riechmann	F.E.A. de Pediatría	Sociedad Española de Pediatría
Javier Gómez Rodrigo	Subdirector Médico	Ministerio de Sanidad y Consumo
Maravillas Cabronero Fernández	Funcionaria del Ministerio de Sanidad y Consumo	Ministerio de Sanidad y Consumo

### 3. Desarrollo de los trabajos

#### 3.1. Informe de resultados de pruebas de imagen

##### 3.1.1. Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.0	20/09/07-22/10/07	31/10/07	5
V2.0	31/10/07-14/11/07	25/11/07	5
V.CP		19/11/07	

##### 3.1.2. Grado de consenso del documento

Fecha: 03/12/07

Miembros del grupo: 6

Miembros a favor de la redacción final: 6

### 3.1.3. Aspectos más relevantes del debate del grupo

Los trabajos de este grupo han transcurrido de forma rápida y ágil, en gran parte por haber acordado desde un principio considerar como fuente de datos para codificar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de imagen los catálogos establecidos por la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) y la Sociedad Española de Medicina Nuclear (SEMN), presentes éstas además en el grupo de trabajo. Sobre los datos de identificación del documento y del paciente, ya muy debatidos por otros grupos, no ha habido discrepancias, aunque hay que señalar que se ha simplificado el grupo de datos de identificación del paciente, por tratarse este informe de un documento de circulación interna. Además, se presentan de manera diferenciada aquellos datos que identifican a la unidad peticionaria de la prueba y los referidos a la unidad que emite propiamente los datos del informe.

### 3.1.4. Documento de Consenso

## CONJUNTO MINIMO DE DATOS DEL INFORME RESULTADOS DE PRUEBAS DE IMAGEN

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>	Etiqueta del documento <sup>2</sup>
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>					
<b>Tipo de documento</b>	Texto	Informe de resultados de pruebas de imagen		<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Fecha de firma</b>	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	<b>CM</b>	
<b>Nombre Responsable 1</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Categoría profesional 1</b>	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección		<b>CM</b>	

<sup>1</sup> Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R)

<sup>2</sup> Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 56 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

		Jefe de Servicio Texto Libre			
<b>Nombre Responsable 2</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	<b>CM</b>	
<b>Categoría profesional 2</b>	Texto	Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio Texto Libre		<b>CM</b>	
<b>Servicio</b>	Texto	Radiodiagnóstico Medicina Nuclear		<b>CM</b>	
<b>Unidad</b>	Texto	Libre		<b>CM</b>	
<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>					
<b>Denominación del Servicio de Salud</b>	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Denominación del provisor de servicios</b>	Texto +Logo	Libre		<b>R</b>	

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	<b>Estado:</b>	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>Denominación del Centro</b>	Texto + Logo	CNH <sup>1</sup> y posteriormente RECESS <sup>2</sup> ) cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Dirección Del Centro</b>					
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre		<b>CM</b>	
Nombre de la vía	Texto			<b>CM</b>	
Número de la vía	Texto			<b>CM</b>	
Código Postal	Texto			<b>CM</b>	
Municipio	Texto			<b>CM</b>	<b>*</b>
Provincia	Texto			<b>CM</b>	<b>*</b>
País	Texto			<b>CM</b>	
Teléfono	Texto			<b>CM</b>	
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	libre	<b>R</b>		
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
<b>Nombre</b>	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA	H/M	<b>CM</b>	
<b>Primer Apellido</b>	Texto			<b>CM</b>	
<b>Segundo Apellido</b>	Texto			<b>CM</b>	
<b>Fecha nacimiento</b>	dd/mm/aaaa			<b>CM</b>	
<b>Sexo</b>	Texto			<b>CM</b>	
<b>CIP de C Autónoma</b>	Texto			<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Nº Historia Clínica</b>	Texto			libre	<b>CM</b>
<b>Nº Cama / Nº Consulta</b>	Texto	libre	<b>CM</b>		
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>					
<b>Denominación del Servicio de Salud</b>	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de		<b>CM</b>	

<sup>1</sup> CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

<sup>2</sup> RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSC.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	<b>Estado:</b>	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 58 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

		Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.			
<b>Denominación del provisor de servicios</b>	Texto +Logo	Libre		<b>R</b>	
<b>Denominación del Centro</b>	Texto + Logo	CNH <sup>1</sup> y posteriormente RECESS <sup>2</sup> ) cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	<b>CM</b>	
<b>Servicio</b>	Texto	Según normativa en vigor en cada momento	RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios	<b>CM</b>	
<b>Unidad</b>	Texto	Libre		<b>CM</b>	
<b>Nombre del solicitante</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)		<b>CM</b>	
<b>Categoría profesional</b>	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio Médico de Familia Facultativo Pediatra de AP Texto Libre		<b>CM</b>	

<sup>1</sup> CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

<sup>2</sup> RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSC.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	<b>Estado:</b>	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>					
<b>Información Clínica</b>	Texto	Libre	Reflejará el mismo contenido que el volante de petición de la exploración.  Es el lugar para detallar los datos clínicos que justifican la realización de la prueba y establecen las sospechas diagnósticas	<b>CM</b>	
<b>Exploración</b>	Texto +  Código (cadena numérica+ cadena de texto)	Libre  Catálogo SERAM en vigor Catálogo SEMN en vigor		<b>CM</b>  <b>R</b>	<b>*</b>
<b>Fecha de Exploración</b>	dd/mm/aaaa	Libre		<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Descripción de la exploración</b>	Texto	Libre	Es una descripción detallada de la exploración realizada, en la que podrán concretarse además:  <ul style="list-style-type: none"> <li>. Prioridad (normal, urgente)</li> <li>. Medios de contraste (tipo, dosis y velocidad de inyección)</li> <li>. Reacciones adversas</li> <li>. Otros incidentes (falta de colaboración, ansiedad, claustrofobia...) y abordaje de los mismos.</li> <li>. Limitaciones técnicas</li> <li>. Exploración con la que se compara y fecha de la misma</li> </ul>	<b>R</b>	
<b>Hallazgos</b>	Texto	Libre	Es una descripción detallada de los hallazgos, en la que podrán concretarse además:  <ul style="list-style-type: none"> <li>. Hallazgos negativos</li> <li>. Comparación con estudios previos</li> <li>. Limitaciones diagnósticas</li> </ul>	<b>CM</b>	
<b>Diagnóstico</b>	Texto +  Código	Libre  Cadena de texto (Nombre del catálogo utilizado) + Código asignado		<b>CM</b>  <b>R</b>	



Recomendaciones	Texto	Libre	Es el lugar para recoger:	CM	
			<p>Cuidados o tratamientos que se deben seguir después de la realización de la exploración diagnóstica o intervencionista.</p> <p>Indicación de otras exploraciones que se deben realizar para completar el estudio del paciente o el plazo en el que se debe realizar un control de la exploración</p>		

## Grupo 7.- Informe de Cuidados de Enfermería

### 1. Reunión de constitución: 02/10/07

### 2. Miembros del grupo

Nombre	Perfil profesional	Entidad que designa
Carmen Alonso Villar	Coordinadora del grupo de trabajo	Ministerio de Sanidad y Consumo
Aurora Salaberrí Nieto	Enfermera. Actividad Asistencial Área de Primaria	Asociación de Enfermería Comunitaria
José Luis Aréjula Torres	Enfermero. Actividad Asistencial Área de Primaria	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)
Francisco M <sup>º</sup> Sánchez Lozano	Enfermero. Actividad Asistencial en Unidades de hospitalización pediátrica	Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería
Dolores Candela Zamora	Enfermera. Actividad Asistencial en Unidades de hospitalización médica	Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería
Gema Yagüe	Enfermera. Actividad Asistencial en Unidades de hospitalización quirúrgica	Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería
Elena Corrales Moreno	Enfermera. Actividad Asistencial en Área Geriátrica	Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería
Antonio Jesús Valenzuela Rodríguez	Enfermero. Actividad Asistencial en Urgencias y Emergencias	Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería
Montserrat García Sastre	Enfermera. Actividad Asistencial en Área de Salud Mental	Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería
Rosa M <sup>º</sup> Plata Quintanilla	Enfermera Matrona	Asociación Española de Matronas
Juan Ángel Infantes Rodríguez	Enfermero. Actividad Gestora en Área de Atención Primaria	Ministerio de Sanidad y Consumo
Pilar de Paz Laceras	Enfermera. Actividad Gestora en Área de Atención Especializada	Ministerio de Sanidad y Consumo
Javier Etreros Huerta	Director del Proyecto HCDSNS	Ministerio de Sanidad y Consumo
Sylvia Blasco Gamé	Secretaría del Grupo de Trabajo	Ministerio de Sanidad y Consumo

### 3. Desarrollo de los trabajos

#### 3.1. Informe de Cuidados de Enfermería.

##### 3.1.1. Versiones

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	PERÍODO DE DEBATE	FECHA DOCUMENTO DE FUSIÓN	Nº PARTICIPANTES EN EL DEBATE
V1.1	25/10/07-05/11/07		9
V1.2	12/11/07-20/11/07		6
V2.0	21/11/07-29/11/07	29/11/07	8
V3.0	30/11/07-11/12/07	11/12/07	9
V4.0 + V5.0	13/12/07-21/12/07	26/12/07	8
V6 CP	14/01/08-22/01/08	22/01/08	7



### 3.1.2. Grado de consenso del documento

Fecha: 30/01/08

Miembros del grupo: 11

Miembros a favor de la redacción final: 10

### 3.1.3. Aspectos más relevantes del debate del grupo

El primer elemento a destacar es el esfuerzo realizado por el grupo para diseñar un informe que pudiera recoger y ofrecer aquella información relevante relativa a los cuidados de un paciente, independientemente del ámbito asistencial en que fuera atendido o el motivo que generara la necesidad de cuidados. Esta premisa constituyó el primer acuerdo del grupo de trabajo.

En todo momento el grupo ha ido definiendo el contenido del Informe sustentado en la aplicación de la metodología enfermera y de un lenguaje profesional normalizado para facilitar el intercambio de información entre todos los profesionales enfermeros.

Los debates se han mantenido en un tono dialogante y tendente al consenso, compensando la dificultad que suponía la elaboración de un documento que debería de contar con un alto nivel de versatilidad para su uso por parte del conjunto de profesionales enfermeros. Esta condición implicaba contemplar aspectos tales como la aplicación de modelos enfermeros diferentes o el ejercicio de la práctica asistencial en estructuras organizativas diversas, de tal modo que el Informe de Cuidados de Enfermería pudiera dar respuesta a las necesidades de información derivadas de las diferentes ofertas de cuidados enfermeros y en cualquiera de los escenarios posibles del Sistema Nacional de Salud.

El grupo identificó la necesidad de que el documento de Historia Clínica Resumida (HCR) incorporara aquella información enfermera especialmente relevante para la atención sanitaria. Valorada la propuesta, se acordó que, una vez cerrado el contenido del Informe de Cuidados de Enfermería, se procedería a identificar dicha información con el fin de presentar al grupo de trabajo que elaboró la HCR, una propuesta de integración de contenidos. Dicha propuesta fue remitida al Grupo 3 y valorada por sus miembros, manifestando que no existía inconveniente en la incorporación de las variables propuestas al documento definitivo de la HCR.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	Estado:	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	Documento Definitivo	11/05/07	08/08/08

### 3.1.4. Documento de Consenso

#### CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>	Etiqueta del documento <sup>2</sup>
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>					
<b>Tipo de documento</b>	Texto	Informe de Cuidados de Enfermería		<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Fecha de firma</b>	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	<b>CM</b>	
<b>Fecha Valoración de Enfermería</b>	dd/mm/aaaa	Libre		<b>CM</b>	
<b>Fecha Alta de Enfermería/Fecha de Derivación Enfermera</b>	dd/mm/aaaa	Libre		<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Enfermera Responsable 1</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Categoría profesional Enfermera Responsable 1</b>	Texto	Enfermera Enfermera Especialista Enfermera Residente (EIR)	Es parte del primer pie de firma del informe	<b>CM</b>	
<b>Enfermera Responsable 2</b>	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	<b>CM</b>	
<b>Categoría profesional Enfermera Responsable 2</b>	Texto	Enfermera Enfermera Especialista	Es parte del segundo pie de firma del informe.	<b>CM</b>	
<b>Dispositivo Asistencial</b>	Texto	Centro de Salud Hospital Urgencias Hospitalarias Urgencias Extrahospitalarias Centro Sociosanitario Otros		<b>CM</b>	<b>*</b>

<sup>1</sup> Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R)

<sup>2</sup> Los datos señalados con asterisco son los que deben figurar, además de en el cuerpo del documento, anexos al nombre del archivo (como atributo o etiqueta del mismo) para que, sin necesidad de abrirlo, se puedan presentar en las tablas de datos (tal y como se veía en la maqueta) y facilitar la búsqueda y selección de lo que es relevante para un caso concreto.

**Agencia de Calidad del SNS  
Instituto de Información Sanitaria  
Historia Clínica Digital en el SNS**

Página 65 de 68



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>					
<b>Denominación del Servicio de Salud</b>	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Denominación del provisor de servicios</b>	Texto + Logo	Libre		<b>R</b>	
<b>Denominación del Centro</b>	Texto + Logo	CNH <sup>1</sup> para Centros de Atención Especializada, Inventario para Centros de Primaria y posteriormente RECESS <sup>2</sup> cuando esté disponible + texto libre		<b>CM</b>	<b>*</b>
<b>Dirección Del Centro</b>			Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura		
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre		<b>CM</b>	
Nombre de la vía	Texto			<b>CM</b>	
Número de la vía	Texto			<b>CM</b>	
Código Postal	Texto			<b>CM</b>	
Municipio	Texto			<b>CM</b>	<b>*</b>
Provincia	Texto			<b>CM</b>	<b>*</b>

<sup>1</sup> CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

<sup>2</sup> RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSC.

HCDSNS_G18_CMDIC_120407_v6.0	<b>Estado:</b>	Fecha de creación	Fecha última versión
Versión 6.0	<b>Documento Definitivo</b>	11/05/07	08/08/08



**Conjunto Mínimo de Datos  
de los Informes Clínicos**

País	Texto			CM		
Teléfono	Texto			CM		
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R		
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>						
<b>Nombre</b>	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM		
<b>Primer Apellido</b>	Texto			CM		
<b>Segundo Apellido</b>	Texto			CM		
<b>Fecha nacimiento</b>	dd/mm/aaaa			CM		
<b>Sexo</b>	Texto			H/M	CM	
<b>DNI/T.Residencia/Pasaporte</b>	Texto			R		
<b>NASS</b>	Texto			CM		
<b>CIP de C Autónoma</b>	Texto			CM	*	
<b>Código SNS</b>	Texto			R	*	
<b>CIP Europeo</b>	Texto			Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R	*
<b>Nº Historia Clínica</b>	Texto	Libre		CM	*	
<b>Domicilio</b>		Dato que figure en la BD de la TSI de la CA				
Tipo de vía	Texto			CM		
Nombre de la vía	Texto			CM		
Número de la vía	Texto			CM		
Piso	Texto			CM		
Letra	Texto			CM		
Código Postal	Texto			CM		
Municipio	Texto			CM		
Provincia	Texto	CM				
Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R		
Persona de Referencia	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Se trata de la persona que representa los intereses del paciente.	CM		



Teléfono de Referencia	Texto	Libre		CM	
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>					
Causas que generan la actuación enfermera	Texto	Libre		CM	
Motivo de Alta/Derivación Enfermera	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros		CM	
Antecedentes y entorno	Texto	Libre	Destacar solamente la información relevante	CM	
Enfermedades Previas Intervenciones quirúrgicas Tratamientos farmacológicos Alergias Actuaciones preventivas (1) Factores personales, familiares, sociales, culturales y laborales, destacables (2).	Texto	Libre	(1) Vacunaciones y su estado (2) El conjunto de factores reseñados se refiere a aquellos elementos (personales, familiares, sociales o profesionales) que formando parte de su entorno pueden influir o condicionar la evolución de su estado de salud. Tienen cabida, también, aquellos acontecimientos puntuales (pérdida de familiar, evento laboral,...) que puedan influir en su respuesta ante diferentes situaciones de salud.	R	
Diagnósticos Enfermeros resueltos	Texto + código	Libre + Código NANDA	Se trata de destacar aquellos diagnósticos, ya resueltos, que puedan resultar de interés para prever posteriores apariciones	CM CM	
Protocolos asistenciales en los que está incluido	Texto	Libre	Tienen cabida todos los procesos asistenciales y programas de salud en los que se encuentre incluido, tanto programas preventivos como de seguimiento, rehabilitación o educación sanitaria entre otros. Así como la relación de problemas interdependientes y/o de colaboración si fuera el caso.	CM	
Valoración activa	Texto	Libre		CM	
Modelo de referencia utilizado Resultados destacables	Texto	Libre	Deberá reflejarse la información relativa a la valoración enfermera más reciente.  Se recomienda especificar otras escalas o test	CM CM	



			aplicados y ajenos al modelo utilizado en la valoración general.		
<b>Diagnósticos Enfermeros activos</b>	Texto + código	Libre + Código NANDA	Aquellos diagnósticos presentes en el momento de la elaboración del informe, tanto reales como potenciales	<b>CM</b> <b>CM</b>	
<b>Resultados de Enfermería</b>	Texto + código	Libre + Código NOC	Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas	<b>CM</b> <b>CM</b>	
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	Texto + código	Libre + Código NIC	Las intervenciones que se están llevando a cabo en el momento de elaboración del informe	<b>CM</b> <b>CM</b>	
<b>Cuidador principal</b>	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos) + Vinculación con el usuario	Deberá indicarse tanto el nombre como la relación que tiene con él (familiar, cuidador externo...)	<b>CM</b> <b>R</b>	
<b>Información complementaria/Observaciones</b>	Texto	Libre	Puede incluirse información relativa a la presencia de catéteres, prótesis, especiales, así como destacar algún aspecto de especial relevancia relativo a la aplicación de las intervenciones activas.	<b>R</b>	