
Informes

Manual de Informes

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

2. PARTES DE ASISTENCIA (GESTIÓN DE INFORMES PARA FACTURACIÓN)

2.1 Citación

2.2 Historia Clínica

- 2.1.1 *Consulta con cita previa asociada y parte de asistencia sanitaria por acreditación sip*
- 2.1.2 *Consulta con cita previa asociada y parte de asistencia sanitaria por lesión/situación facturable*
- 2.1.3 *Consulta con informe asociado: No podremos dar la cita por Realizada*
- 2.1.4 *Consulta sin informe asociado*
- 2.1.5 *Asociación de lesiones/situaciones facturables a diagnósticos*

2.3 Captura de Actividad

2.4 Informes asociados a la Acreditación SIP del paciente

- 2.4.1 *Paciente privado (no acreditado)*
- 2.4.2 *Paciente Titular de Tarjeta Sanitaria Europea*
- 2.4.3 *Paciente perteneciente a un país con convenio bilateral con España*
- 2.4.4 *Paciente mutualista de MUFACE, ISFAS o MUGEJU*
- 2.4.5 *Titulares de Tarjeta Sanitaria Europea, Certificado Provisional Sustitutorio (CPS), E-106, E-120 y Documento Portable S1*

2.5 Informes asociados a Lesión/Situación Facturable

- 2.5.1 *Accidente Festivo*
- 2.5.2 *Accidente de Trabajo*
- 2.5.3 *Accidente de Caza*
- 2.5.4 *Accidente por Animal*
- 2.5.5 *Accidente Escolar*
- 2.5.6 *Accidente Deportivo*
- 2.5.7 *Accidente de Viaje*
- 2.5.8 *Accidente de Tráfico*
- 2.5.9 *Accidente Transporte Público*
- 2.5.10 *Otro tipo de Accidente*

2.6 Parte de declaración de Mordedura

2.7 Informe del modelo Judicial de Parte de Lesiones

- 2.7.1 *Desde una consulta en el que no se haya seleccionado antes una lesión/situación facturable:*

3. INFORMES DE PACIENTE

3.1 Informe reconocimiento de prestaciones sociales y de dependencia

- 3.1.1 *Creación del informe*
- 3.1.2 *Visualización del informe*

3.2 Informe de Petición de Transporte Sanitario

3.3 Informe de Contactos

3.4 Historia Clínica

3.5 Informe de Salud del Adulto

3.6 Informe de Salud del escolar

3.7 Informe de Maternidad

3.8 Certificado Médico

3.9 Confirmación asistencia facturable.

3.10 Conformidad/Disconformidad como el alta emitida por el INSS

3.11 Informe médico trimestral de control de la incapacidad temporal.

3.12 Justificante de asistencia en consulta

3.13 Informe Resumen del embarazo

- 3.13.1 *Generar Informe*
- 3.13.2 *Consultar Informe*
- 3.13.3 *Eliminar Informe*

3.14 Riesgo laboral embarazo

3.15 Informe Social

- 3.15.1 *Imprimir el informe y registro del informe impreso*
- 3.15.2 *Consulta y reimpresión de un informe social*
- 3.15.3 *Envío a SIP del informe social*

3.16 Informe de Seguimiento Judicial de la Adicción

3.17 Hoja de Información al paciente y consentimiento Informado

3.18 Parte de Lesiones de Violencia de Género/Domestica.

3.19 Programa de continuidad de cuidados del TMG

3.20 Propuesta de Alta Médica.

- 3.20.1 *Historial de Informes PALM*

3.21 Reclamaciones ante Alta/Bajas de Incapacidad Temporal

3.22 Propuesta Clínico Laboral

3.22.1 Creación habilitada tras finalizar el proceso IT

3.23 Seguro de Viaje

3.24 Parte de lesiones a pacientes privados de libertad

3.25 Informe de Riesgo Sociosanitario infantil

3.25.1 Creación del informe

3.25.2 Imprimir el informe y registro del informe impreso

3.25.3 Consulta y reimpresión de un informe existente de Riesgo Sociosanitario infantil

3.26 Hoja notificación para la desatención en adultos

3.26.1 Registro de una nueva hoja de notificación

3.26.2 Imprimir el informe y registro del informe impreso

3.26.3 Consulta y reimpresión de un informe existente

3.27 Nota informativa de la consulta

3.27.1 Informe impreso de la nota informativa

3.28 Informe: Compromiso vivir es la salida

3.29 Informe de voluntades anticipadas

3.29.1 Registro de un nuevo informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental

3.29.2 Imprimir el informe y registro del informe impreso

3.29.3 Consulta y reimpresión de un informe existente

3.29.4 Modificar un informe existente

3.29.5 Visualización de la alerta de PAD en salud mental

4. INFORMES GENERALES

4.1 Enfermedades de Declaración Obligatoria Individual

5. CONSULTA DE PACIENTES

5.1 Licencia apertura de establecimientos

5.1.1 Imprimir Licencia de Apertura de Establecimientos

5.2 Consulta Informe Seguimiento Judicial de Adicción.

5.3 Programa Gestión de Crónicos

5.3.1 Gestión de crónicos (Cambio de riesgo y de situación) para el médico

5.3.1.1 Cambio de nivel de riesgo para pacientes crónicos.

5.3.1.2 Consulta para médicos de Valoración de un paciente crónico.

5.4 Embarazos pendientes de cierre

5.5 Consulta Morbilidad

5.6 Consulta Mortalidad

5.7 Consulta Discapacidad

5.8 Consulta IT

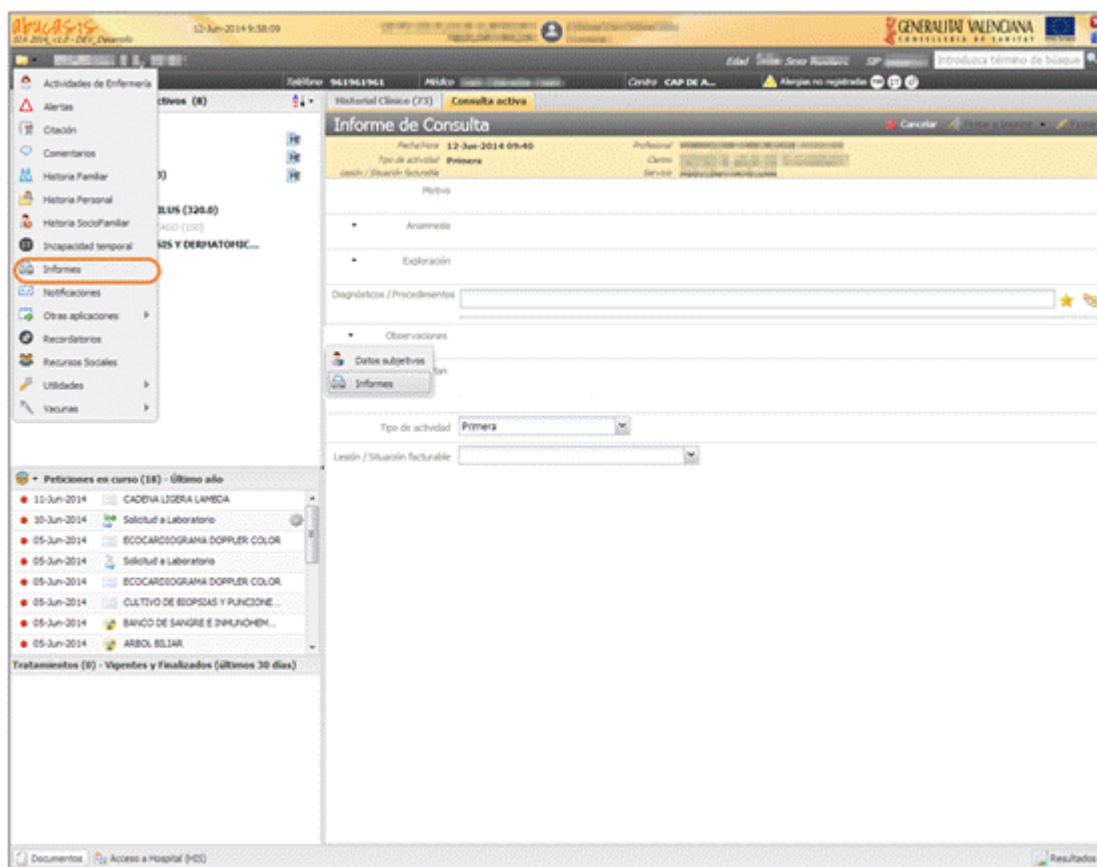
5.8.1 Modificaciones en el impreso de la Consulta IT

1. INTRODUCCIÓN

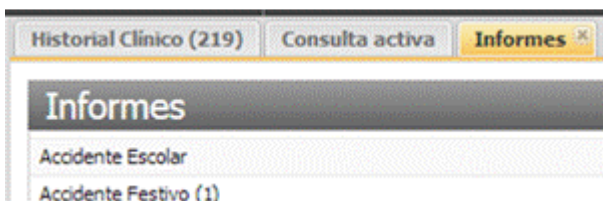
La generación de informes puede realizarse por dos vías:

- Generación de informes manual: seleccionando el informe necesario desde la Historia Clínica.
- Generación de informes de forma automática. Por la modalidad SIP del paciente y Lesión/situación Facturable establecida (Partes de asistencia).

Para la generación de informes accederemos mediante el **Menú Acciones** desde la Historia Clínica o desde el Ayudador del apartado de Observaciones, y seleccionamos la opción **Informes**.



Cuando se pulse sobre la opción Informes, se abrirá en una pestaña la lista de informes que el profesional tiene disponibles, según permiso de lectura e informes accesibles a su categoría.

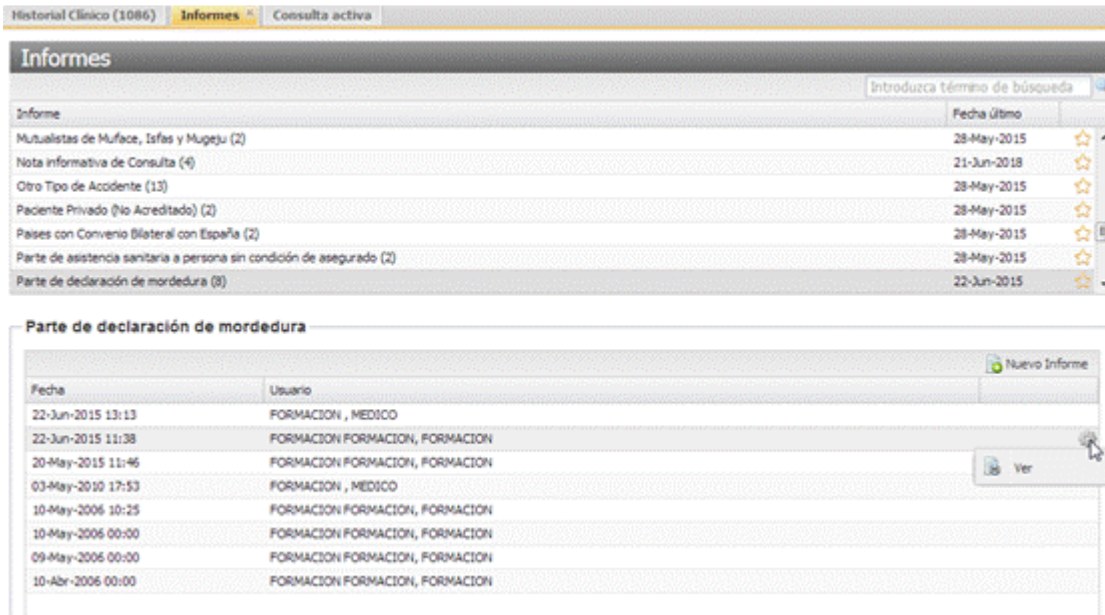


En la pestaña existen dos áreas.

- **Lista de informes, buscador de texto y gestión de favoritos.** Lista de todos los informes, con el número de informes disponibles en la vista y la fecha del último informe. En la parte superior

derecha de esta área está el buscador de texto, en el que al introducir una serie de caracteres localiza los informes coincidentes en nombre. Se podrá marcar una tipología de informes como favorita clicando sobre el icono estrellado amarillo de la derecha de cada registro de la tabla informes. Estos Informes favoritos aparecerán en negrita en la parte superior del listado por orden alfabético.

- **Histórico de informes**, del tipo de informe seleccionado. La sección no se mostrará mientras no haya un informe seleccionado.



El procedimiento para operar con los informes es idéntico en todos los casos, mediante los botones situados en la parte inferior de la ventana de seleccionar informe.

Si el profesional no dispone de acceso a la consulta de ningún informe, se mostrará un texto en la lista de informes indicando “No dispone de acceso a ningún informe”.

El comportamiento de la pestaña será el siguiente:

Cuando se pulse sobre un informe se abrirá en la parte inferior de la pestaña una sección en la que se cargará el histórico de informes generados del informe seleccionado. Si se vuelve a pulsar se ocultará la sección del histórico y se mostrará la lista de informes completa. En la sección se podrán ver los siguientes botones y avisos, de forma general:

- **Nuevo informe.** Opción disponible cuando el profesional tenga abierta la pestaña consulta activa y permiso para la generación de un nuevo informe.
- **Aviso informativo.** Aviso que se mostrará cuando sea necesario informar al usuario de aspectos relacionados con la generación de informes.

En la cabecera de la sección del informe, está disponible el botón “**Nuevo Informe**” si el profesional se encuentra editando la Historia Clínica (tiene una consulta abierta) y tiene permiso para editar el informe seleccionado.

Cada informe que se muestra en la lista dispone de una rueda de opciones con los siguientes accesos:

- **Consultar.** Siempre disponible
- **Modificar.** Disponible cuando el profesional:
 - o tiene permiso para editar el informe,
 - o es el mismo que lo creó,
 - o acceso dentro del día en el que generó el informe,

- o consulta en edición.

2. PARTES DE ASISTENCIA (Gestión de Informes para Facturación)

Se asociarán partes de asistencia, en las citas, avisos a domicilio, atención continuada y consulta sin cita, tanto los debidos a lesiones/situaciones facturables, como los debidos a la modalidad SIP de los pacientes. Estos partes de asistencia se deberán cumplimentar, mínimamente, con los datos obligatorios, sino no se permitirá dar de alta una cita.

Estos informes, aparecerá en función de:

- Acreditación en SIP:
 - Paciente privado (no acreditado)
 - Paciente Titular de Tarjeta Sanitaria Europea
 - Paciente perteneciente a un país con convenio bilateral con España
 - Paciente mutualista de MUFACE, ISFAS o MUGEJU
- Lesiones/situaciones Facturables:
 - Accidente Festivo
 - Accidente de Trabajo
 - Accidente de Caza
 - Accidente por Animal
 - Accidente Escolar
 - Accidente Deportivo
 - Accidente de Viaje
 - Accidente de trafico
 - Accidente Transporte Público
 - Otro Tipo de Accidente

LA LESIÓN/SITUACIÓN FACTURABLE PREVALECE SOBRE LA ACREDITACIÓN SIP

2.1 Citación

Antes de generar una cita se comprobará:

1. Si en la Solicitud **se ha introducido una Lesión/Situación Facturable**. Si es así, aparecerá el Parte de Asistencia Sanitaria asociado a la lesión correspondiente.
2. Si no se ha incluido en la Solicitud ninguna Lesión/Situación Facturable, se comprobará **la acreditación del paciente en SIP**. Si esta corresponde con una de las cuatro mencionadas en el punto anterior. Aparecerá el Parte de Asistencia Sanitaria asociado a la acreditación correspondiente.

En función del lugar desde el que se vaya a dar de alta la cita, las comprobaciones que se realizarán serán las siguientes:

1. Se comprobará primero la Lesión/Situación facturable y si no existe, la Acreditación en SIP, desde:
 - **CITA (desde mostrador)**, comprobación al encontrar hueco.
 - **CITA MULTIPLE**, comprobación al encontrar hueco. Si cumple los requisitos genera un parte por cita.
 - **CITA PERIODICA**, cuando marquemos los días de la cita y antes de seleccionar los huecos se nos mostrará el informe pertinente (si lo hubiese) sólo para la primera cita.
 - **AVISO A DOMICILIO (desde mostrador)**, comprobación al registrar aviso.


- **AVISO A DOMICILIO (desde lista avisos a domicilio)**, comprobación al aceptar.
- **ATENCIÓN CONTINUADA**, comprobación al aceptar.

2. Se comprobará únicamente la Acreditación del Paciente en SIP:

- **CONSULTA SIN CITA PREVIA**, únicamente se puede comprobar si el paciente tiene alguna modalidad SIP facturable, comprobación al aceptar.
- **CITA POR INTERNET**, en este tipo de citas únicamente se puede comprobar si el paciente tiene alguna modalidad SIP facturable. Además, aquí el informe se genera directamente en la cita asociada.

En el momento en el que aparece uno de estos informes, será necesario completar los datos obligatorios y guardarlo para poder seleccionar el hueco y crear la cita.

En los Partes de Asistencia Sanitaria asociados a la Acreditación SIP del paciente, el administrativo puede marcarlos como Firmado. De este modo no le aparecería al facultativo posteriormente cuando accediese a la consulta relacionada.



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL
Y SALUT PÚBLICA

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESION CAUSADA POR ANIMAL

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte: 1453369017091120260

Centro: [REDACTED]

Localidad: VILAMARXANT

Provincia: VALENCIA VALENCIA VALENCIA

Teléfono: [REDACTED]

Fecha de la asistencia/ ingreso: [REDACTED] Hora: [REDACTED]

Sanitario responsable de la asistencia: FORMACION FORMACION FORMACION

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos: [REDACTED]

DNI: [REDACTED] Nº SIP: 8700082 Fecha de nacimiento: 21/12/1997 Teléfono: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Código Postal: [REDACTED] Población: [REDACTED] Provincia: VALENCIA

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: [REDACTED] Hora del accidente: [REDACTED]

Lugar del accidente: [REDACTED]

Animal causante de las lesiones: ☐ Perro. Indicar, en su caso, raza: [REDACTED]
☐ Otros. Indique cuál: [REDACTED]

Causa de las lesiones: ☐ Mordedura
☐ Otras. Indique cuál: [REDACTED]

Datos sobre el dueño del animal:

Nombre y apellidos: [REDACTED] DNI: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED] Población: [REDACTED]

En caso de que se conozca, indicar los siguientes datos del seguro que cubra los daños que produzca el animal:

Entidad aseguradora: [REDACTED] Póliza: [REDACTED]

Otras observaciones: [REDACTED]

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente por animal al lesionado: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega: [REDACTED]

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente por animal: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

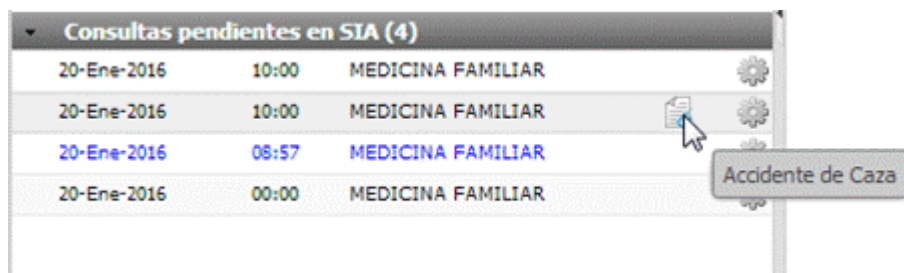
Descripción de lesiones: [REDACTED]

En este caso, y al contrario que ocurre con los Partes de Asistencia Sanitaria asociados a la Acreditación SIP, el administrativo NO puede marcarlo como Firmado. Siempre le aparecerá al Facultativo para que introduzca la DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES.

SANITARIO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:

Si la agenda donde se está citando, TIENE un profesional asociado: Se carga el dato en el Informe. Si no, aparece vacío y es un campo Obligatorio a rellenar por administración o por el facultativo.

Además, aquellas citas que tengan asociado un informe. Aparecerán en el listado de '**Consultas Pendientes en SIA**' y en '**Histórico de Citas**' con un acceso directo al informe correspondiente



Consultas pendientes en SIA (4)			
20-Ene-2016	10:00	MEDICINA FAMILIAR	
20-Ene-2016	10:00	MEDICINA FAMILIAR	
20-Ene-2016	08:57	MEDICINA FAMILIAR	
20-Ene-2016	00:00	MEDICINA FAMILIAR	

2.2 Historia Clínica

Si la cita tiene asociado un **Parte de Asistencia Sanitaria Facturable**, aparecerá en la Agenda del Profesional con un acceso directo a este.



Hora	SP	Nombre	Edad	Agenda	Teléfono	Tipo
10:09	45044	ALBERTO REINAL, RECTOR	(72a)	01 Agenda Pruebas Tard	962400653	Primera
10:12	6000021	MANUEL S E, TEST	(53a)	01 Agenda Pruebas Tard	961961583	Primera
16:15	6000105	APELLIDO1 APELLIDO2,NOFIBRE	(83a)	01 Agenda Pruebas Tard	658882266	Primera

Al acceder a la consulta podemos encontrarnos con algunas de las situaciones que a continuación se detallan:

2.1.1 Consulta con cita previa asociada y parte de asistencia sanitaria por acreditación sip

Si el administrativo, al dar la cita en el mostrador y aparecerle el Parte de Asistencia Sanitaria, lo ha marcado como firmado: Cuando el Facultativo acceda a la consulta y lo acepte **no le aparecerá** para ser completado.

2.1.2 Consulta con cita previa asociada y parte de asistencia sanitaria por lesión/situación facturable


Cuando el Facultativo acceda a la consulta y lo acepte, le **aparecerá SIEMPRE** el informe para que se complete el campo: *Descripción de las Lesiones*.

2.1.3 Consulta con informe asociado: No podremos dar la cita por Realizada

Cuando accedamos a una consulta con un informe generado (por modalidad SIP o Lesión/Situación Facturable) y pulsemos el botón "Cancelar". No mostrará el aviso "**Desea dar la cita por realizada**".

2.1.4 Consulta sin informe asociado

Si la consulta no tiene ningún informe asociado, pero generamos uno desde el Menú Acciones, automáticamente se cargará la situación o lesión facturable y el tipo correspondiente en la consulta. Y, además, el informe correspondiente se mostrará para ser cumplimentado al aceptar la consulta, sino se ha completado el campo Descripción de las Lesiones y se ha marcado como firmado.



Tipo de actividad: Primera

Lesión / Situación facturable: Agresiones

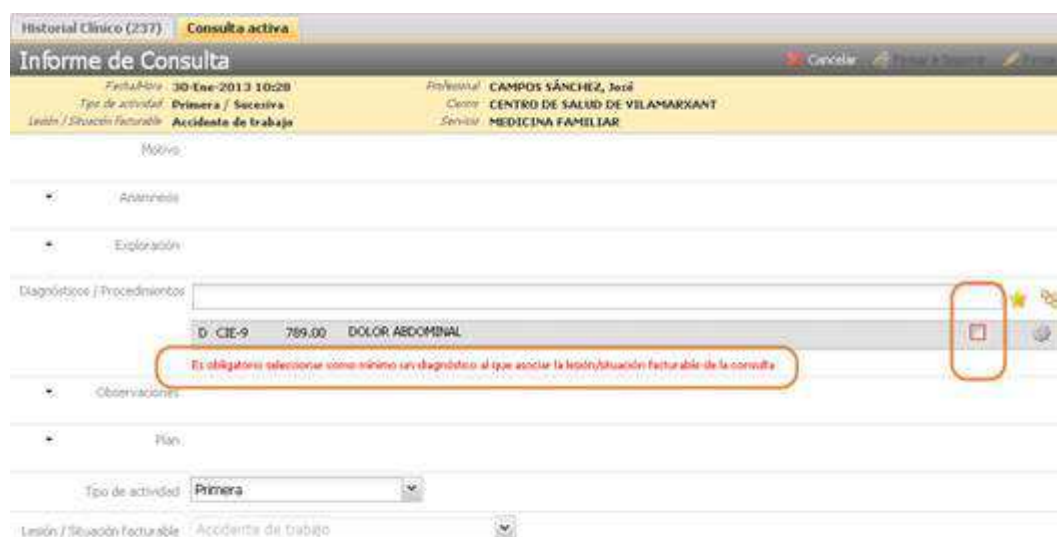
Tipo: Delito de odio

Si desde una consulta en la que no se ha seleccionado ninguna Lesión/Situación Facturable, se crea una nueva Incapacidad Temporal por Contingencias profesionales y con causa 'Accidente de Trabajo'. Automáticamente:

- Se carga la lesión 'Accidente de Trabajo' en la consulta en edición.
- Al aceptar la consulta, nos aparece el "Parte de Asistencia por Accidente de Trabajo" para completar los campos obligatorios.

2.1.5 Asociación de lesiones/situaciones facturables a diagnósticos

Cuando asignamos un diagnóstico a la consulta activa de un paciente, si esta consulta tiene una lesión/situación facturable asociada: **Esta se asociará a dicho Diagnóstico.**



Historial Clínico (237) Consulta activa

Informe de Consulta

Fecha Hora: 30-Ene-2013 10:28 Profesional: CAMPOS SÁNCHEZ, José
Tipo de actividad: Primera / Sucesiva Centro: CENTRO DE SALUD DE VELAMARKANT
Lesión / Situación facturable: Accidente de trabajo Servicio: MEDICINA FAMILIAR

Motivo:

Admisión

Exploración

Diagnósticos / Procedimientos

D. CIE-9 789.00 DOLOR ABDOMINAL

Es obligatorio seleccionar como mínimo un diagnóstico al que asociar la lesión/situación facturable de la consulta

Observaciones

Plan:

Tipo de actividad: Primera

Lesión / Situación facturable: Accidente de trabajo

De este modo, cuando realicemos el Seguimiento del diagnóstico con la Lesiones/Situaciones Facturables asociada:

- Se actualizará el estado de Lesión/Situación facturable.
- Y se activará el icono de Crear informe para su cumplimentación.



Lesión / Situación facturable: Accidente de trabajo

Crear informe

Debe cumplimentar y aceptar el informe asociado.

PARTE DE CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA FACTURABLE

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte: 1453372709315120326
Centro: 216 - CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT
Localidad: VILAMARXANT
Provincia: VALENCIA VALENCIA VALENCIA
Teléfono: [REDACTED]
Fecha de la asistencia/ ingreso: [REDACTED] Hora: [REDACTED]
Sanitario responsable de la asistencia: FORMACION FORMACION FORMACION

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos: FERNANDO BOTELLA ESTEVE
DNI: [REDACTED] Nº SIP: [REDACTED] Fecha de nacimiento: [REDACTED] Teléfono: [REDACTED]
Domicilio: [REDACTED]
Código Postal: [REDACTED] Población: [REDACTED] Provincia: VALENCIA

El paciente asistido declara que la asistencia que recibe en esta fecha deriva de la siguiente situación:

Nº lesión	Tipo de lesión	Fecha de la lesión
1453369017091120260	Accidente por animal	21/01/2016

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de confirmación de asistencia sanitaria facturable al lesionado: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de confirmación de asistencia sanitaria facturable: ☐ Si ☒ No

2.3 Captura de Actividad

Al realizar una captura de actividad de una cita con un informe asociado, y al igual que pasa en las consultas, será necesario completar el informe para poder GUARDAR.

Captura de actividad

Centro: HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA Fecha consulta: 26-Nov-2018
Servicio: CARDIOLOGIA Hora consulta: 12:28

Profesional: EJEMPLO PRUEBAS, PROFESIONAL USUARIO

Tipo de consulta: Primera

Lesión / Situación facturable:

Derivación: ☐ Rtc: ☐ Laboratorio: ☐

Escriba aquí las observaciones de la captura...

Al guardar el informe aparecerá el informe asociado

Guardar Cancelar

Si **guardamos** la captura de actividad y no hemos completado el informe previamente, este nos aparecerá para ser completado:

**PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE OCURRIDO CON
OCASIÓN DE CELEBRACIÓN DE FESTEJOS O ACTIVIDADES
RECREATIVAS (ACCIDENTE FESTIVO)**

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte: 1453373847707120328

Centro: 216 - CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT

Localidad: VILAMARXANT

Provincia: VALENCIA VALENCIA VALENCIA

Teléfono: [REDACTED]

Fecha de la asistencia/ ingreso:

Hora:

Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos: FERNANDO BOTELLA ESTEVE

DNI: [REDACTED]

Nº SIP: [REDACTED]

Fecha de nacimiento: [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Código Postal: [REDACTED]

Población: [REDACTED]

Provincia: VALENCIA

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: [REDACTED]

Hora del accidente: [REDACTED]

Causa del accidente: ☐ Festejo taurino.

☐ Accidente pirotécnico.

☐ Otros: .

Lugar del accidente: [REDACTED]

Organizador del festejo o titular de la actividad recreativa:

☐ Ayuntamiento: Indique localidad.

☐ Comisión de Festejos: Indique cuál.

☐ Otros: (nombre y apellidos o denominación social)

No nos permitirá aceptarla hasta que no completemos todos los campos obligatorios.

VENTANA DE CAPTURA DE ACTIVIDAD PARA ESPECIALIDAD ENFERMERÍA

Se deberá de añadir desde esta pantalla al menos una "Actividad realizada"

Captura de actividad

SP Edad: Teléfono: 962417236

Centro: CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT Fecha consulta: 30-Nov-2018
 Servicio: ENFERMERIA A. PRIMARIA Hora consulta: 08:36

Profesional: FORMACION FORMACION, FORMACION
 Tipo de consulta: Primera

Escriba aquí las observaciones de la captura...

Actividad realizada:

- PROCEDIMIENTOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO
 - Electrocardiograma
 - Medición y valoración constantes vitales (temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria) ✓
 - Pulsioximetría
 - Tensión arterial
- RECOGIDA Y TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
 - Determinación D/R punción digital
 - Glucemia capilar (implícito valor del resultado) ✓
 - Recogida y análisis de orina con tira reactiva (implícito valor del resultado)
- ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
 - Administración medicación: aerosoterapia
 - Administración medicación: inhalación
 - Administración medicación: intradérmica (ID)
 - Administración medicación: intramuscular (IM)
 - Administración medicación: intramuscular (IM) (2 o más inyectables)
 - Administración medicación: oftálmica
 - Administración medicación: oral
 - Administración medicación: ótica
 - Administración medicación: rectal
 - Administración medicación: subcutánea (SC)
 - Administración medicación: tópica

Lesión / Situación facturable:

Guardar Cancelar

2.4 Informes asociados a la Acreditación SIP del paciente

A continuación, se muestra el diseño de los informes asociados a la acreditación SIP del paciente:

2.4.1 Paciente privado (no acreditado)

 **GENERALITAT VALENCIANA**
 Conselleria de Sanitat i Seguretat Social

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA A PERSONA QUE ACCED E COMO PACIENTE PRIVADO.

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
 Centro:
 Localidad:
 Provincia:
 Teléfono:
 Fecha de la asistencia ingreso: Hora:
 Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
 DNI: N° SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
 Domicilio:
 Código Postal: Población: Provincia: VALENCIA

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria a pacientes no acreditados al usuario: ☐ Si ☒ No
 Fecha de entrega:
 Indicar si el usuario ha firmado el parte de asistencia sanitaria a pacientes no acreditados: ☐ Si ☒ No

2.4.2 Paciente Titular de Tarjeta Sanitaria Europea

**GENERALITAT
VALENCIANA**
CONSEJO DE SANIDAD UNIVERSAL
Y SALUD PÚBLICA

**PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA A TITULARES DE TARJETA
SANITARIA EUROPEA, CERTIFICADO PROVISIONAL
SUSTITUTORIO (CPS) Y E-106.**

DATOS DE LA ASISTENCIA:
Nº Parte: _____
Centro: _____
Localidad: _____
Provincia: _____
Teléfono: _____
Fecha de la asistencia/ ingreso: _____ Hora: _____
Sanitario responsable de la asistencia: _____

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:
Nombre y apellidos: _____
DNI: _____ Nº SIP: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Código Postal: _____ Población: _____ Provincia: _____
País: _____ Nº TSE: _____

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria a titulares de Tarjeta Sanitaria Europea al usuario: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega: _____

Indicar si el usuario ha firmado el parte de asistencia sanitaria a titulares de Tarjeta Sanitaria Europea: ☐ Si ☒ No

2.4.3 Paciente perteneciente a un país con convenio bilateral con España

**GENERALITAT
VALENCIANA**
CONSEJO DE SANIDAD UNIVERSAL
Y SALUD PÚBLICA

**PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA A TITULARES Y BENEFICIARIOS DE
FORMULARIOS DE DERECHO DE PAISES CON CONVENIO BILATERAL
DE ASISTENCIA SANITARIA CON ESPAÑA.**

DATOS DE LA ASISTENCIA
Nº Parte: _____
Centro: _____
Localidad: _____
Provincia: _____
Teléfono: _____
Fecha de la asistencia/ ingreso: _____ Hora: _____
Sanitario responsable de la asistencia: _____

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:
Nombre y apellidos: OSCAR MARTINEZ MARQUEZ
DNI: _____ Nº SIP: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Código Postal: _____ Población: _____ Provincia: VALENCIA

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria a titulares y beneficiarios de formularios de derecho de países con convenio bilateral de asistencia sanitaria con España al usuario: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega: _____

Indicar si el usuario ha firmado el parte de asistencia sanitaria a titulares y beneficiarios de formularios de derecho de países con convenio bilateral de asistencia sanitaria con España: ☐ Si ☒ No

2.4.4 Paciente mutualista de MUFACE, ISFAS o MUGEJU

**PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA A MUTUALISTAS DE
MUFACE, MUGEJU E ISFAS**

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos: RAUL SANTIAGO HERRERO
DNI: Nº SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia: VALENCIA
Entidad aseguradora concertada:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria a mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS al usuario: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el usuario ha firmado el parte de asistencia sanitaria a mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS: ☐ Si ☒ No

2.4.5 Titulares de Tarjeta Sanitaria Europea, Certificado Provisional Sustitutorio (CPS), E-106, E-120 y Documento Portable S1

**PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA A TITULARES DE TARJETA SANITARIA
EUROPEA, CERTIFICADO PROVISIONAL SUSTITUTORIO (CPS) , E-106, E-120
Y DOCUMENTO PORTABLE S1.**

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte: Centro:
Localidad: Provincia: Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: Nº SIP: Fecha de nacimiento: 01/01/1960 Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia: ALICANTE
País: Nº TSE:
Fecha de inicio de validez: Fecha de expedición del documento:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria a titulares de Tarjeta Sanitaria Europea al usuario: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el usuario ha firmado el parte de asistencia sanitaria a titulares de Tarjeta Sanitaria Europea: ☐ Si ☒ No

Espacio reservado para adherir
etiqueta adhesiva de SIP
(Opcional)

La **AGENCIA VALENCIANA DE SALUD** le informa que el importe de la asistencia sanitaria prestada a Titulares de Tarjeta Sanitaria Europea (European Health Insurance Card), Certificado Provisional Sustitutorio, así como de E-106, E-120, o del documento portable S1 (sellados por el INSS), durante su estancia en la Comunidad Valenciana será objeto de reclamación a la institución emisora de su documento de derecho en aplicación de la normativa comunitaria de coordinación de sistemas de seguridad social vigente.

Así mismo se le informa que las prestaciones sanitarias a las que se pueden acceder de forma gratuita los titulares de Tarjeta Sanitaria Europea o Certificado Provisional Sustitutorio son aquellas que se consideran necesarias desde un punto de vista médico, atendiendo a la duración de su estancia y al motivo del desplazamiento, no cubriéndose tratamientos y prestaciones cuando el motivo del desplazamiento sea recibir una concreta asistencia sanitaria. Por tanto, no se trata de una cobertura sanitaria completa.

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte: Centro:
Localidad: Provincia: Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: Nº SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Codigo Postal: Población: Provincia:
País: Nº TSE:
Fecha de inicio de validez: Fecha de expedición del documento:

El declarante manifiesta la veracidad de los datos consignados, dándose por enterado del contenido del presente documento y para que así conste firma el parte en el lugar y fecha señalados

Lugar y fecha: Firma del declarante:

Nombre y apellidos del firmante: DNI:

Si el firmante es persona distinta del lesionado, indicar relación o vínculo con el mismo:

Advertencia legal: Los datos referentes a la asistencia pueden ser comunicados a la entidad u organismo asegurador que deba hacerse cargo del pago de la misma. Los datos de carácter personal contenidos en este documento podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por la Conselleria de Sanitat y la Agencia Valenciana de Salud. Sobre estos datos podrá Vd. ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición que establece la Ley Orgánica 15/99, sobre Protección de Datos.

Imprimir y Guardar

2.5 Informes asociados a Lesión/Situación Facturable

A continuación, veremos el diseño de los informes asociados a las siguientes lesiones/situaciones facturables:

- Accidente Festivo
- Accidente de Trabajo
- Accidente de Caza
- Accidente por Animal
- Accidente Escolar
- Accidente Deportivo
- Accidente de Viaje
- Accidente de tráfico

- Accidente Transporte Público
- Otro Tipo de Accidente

Para todos estos informes los **campos obligatorios**, serán los siguientes:

- Para el **Administrativo:** (*En citación*)
 - Fecha accidente
 - Hora accidente
 - Lugar accidente
 - Medio de transporte público (sólo para el informe de Accidente Transporte Público)
 - Circunstancias del accidente (sólo para el informe de Accidente Transporte Público)
- Para el **Facultativo:** (Desde la consulta al Aceptar)
 - Descripción de las Lesiones.

2.5.1 Accidente Festivo



PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE OCURRIDO CON OCASIÓN DE CELEBRACIÓN DE FESTEJOS O ACTIVIDADES RECREATIVAS (ACCIDENTE FESTIVO)

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: N° SIP: Fecha de nacimiento: 01/01/1970 Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Hora del accidente:

Causa del accidente: ☐ Festejo taurino.
☐ Accidente pirotécnico.
☐ Otros:

Lugar del accidente:

Organizador del festejo o titular de la actividad recreativa:
☐ Ayuntamiento: Indique localidad.
☐ Comisión de Festejos: Indique cuál.
☐ Otros: (nombre y apellidos o denominación social)

Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente festivo al lesionado: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente festivo: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

Descripción de lesiones:

Imprimir y Guardar

2.5.2 Accidente de Trabajo

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos: DNI: N° SIP:
Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio: Población:
Código Postal: Provincia:

DATOS DEL ACCIDENTE

Indicar si el lesionado es trabajador autónomo (Régimen Especial de Trabajadores Autónomos) ☐ Si ☒ No
En caso afirmativo, indique si tiene cobertura por accidentes de trabajo: ☐ Si ☒ No

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Hora del accidente:
Lugar del accidente: ☐ En el centro de trabajo. Indique población y vía:
☐ Al ir o al volver de su centro de trabajo.
☒ Otros:
Nombre de la empresa: Mutua de Accidentes de Trabajo:

En caso de que el accidente ocurriese al ir o al volver de su centro de trabajo y hubieran intervenido vehículos a motor, indique:

- 1.- Matrícula del vehículo conducido u ocupado por el lesionado:
- 2.- Si los hubiere, matrícula de los restantes vehículos que intervienen en el accidente:

Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente de trabajo al lesionado: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente de trabajo: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

Descripción de lesiones:

Imprimir y Guardar

2.5.3 Accidente de Caza



PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DE CAZA

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: Nº SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Hora del accidente:
Lugar del accidente:
Datos del cazador causante de las lesiones:
Nombre y apellidos: DNI:
Domicilio: Población:
Nº de Licencia de Caza:
En caso de que se conozca, indicar los siguientes datos del seguro de caza:
Entidad aseguradora: Póliza:
Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente de caza al lesionado: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:


Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente de caza: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

Descripción de lesiones:

Imprimir y Guardar

2.5.4 Accidente por Animal



**GENERALITAT
VALENCIANA**
GOBIERNO DE SANIDAD - UNIVERSIDAD
Y SALUD PÚBLICA

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESION CAUSADA POR ANIMAL

DATOS DE LA ASISTENCIA:
Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:
Nombre y apellidos:
DNI: N° SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Hora del accidente:

Lugar del accidente:

Animal causante de las lesiones: ☐ Perro. Indicar, en su caso, raza:
☐ Otros. Indique cuál...

Causa de las lesiones: ☐ Mordedura
☐ Otras. Indique cuál...

Datos sobre el dueño del animal:
Nombre y apellidos: DNI:
Domicilio: Población:

En caso de que se conozca, indicar los siguientes datos del seguro que cubra los daños que produzca el animal:
Entidad aseguradora: Póliza:

Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente por animal al lesionado: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente por animal: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

Descripción de lesiones:

Imprimir y Guardar

Si marcamos **MORDEDURA** como causa de la lesión, en el **Parte de asistencia Sanitaria Causada por Animal**, al guardar:


Nos aparecerá también, el parte de '**Mordedura**', para completar los datos necesarios. Este informe Heredará los datos: fecha, lugar, raza, nombre y apellidos del propietario y domicilio, del parte de asistencia causada por animal.

Si por el contrario tenemos una **consulta SIN LESIÓN** asociada, y desde el **generamos un informe de MORDEDURA** (ver apartado de parte de declaración de mordedura):

Automáticamente, se nos cargará la consulta en edición la Lesión/Situación facturable 'Accidente por Animal'.

Al aceptar la consulta nos aparecerá el informe 'Lesión Causada por Animal' para completarlo. Este informe Heredará los datos: fecha, lugar, raza, nombre y apellidos del propietario y domicilio, del Informe de Mordedura.

2.5.5 Accidente Escolar

**GENERALITAT VALENCIANA**
COMISSIÓ DE DEFENSA DRETS I ELS Drets CIUTADANS

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE EN CENTROS EDUCATIVOS (ACCIDENTE ESCOLAR)

DATOS DE LA ASISTENCIA:
Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:
Nombre y apellidos:
DNI: Nº GIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Codigo Postal: Población: Provincia:
En caso de menores de edad, indicar nombre, apellidos y DNI del representante/s legales:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Hora del accidente:

Nivel educativo en el que cursa estudios el lesionado:
☐ E. Infantil
☐ E. Primaria
☐ E. Secundaria Obligatoria (ESO). En este caso, precise el curso:
☐ Bachillerato
☐ Formación Profesional.
☐ Estudios Universitarios de grado medio, grado superior y de doctorado.
☐ Otros. Indique cuál:

Lugar del accidente, precisando en su caso el Centro escolar en el que ocurrió:

Descripción del accidente:

Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)
Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente escolar al lesionado: ☐ Si ☒ No
Fecha de entrega:
Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente escolar: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)
Descripción de lesiones:

2.5.6 Accidente Deportivo

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: Nº SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:
En el caso de menores de edad, nombre, apellidos y DNI del representante legal:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Hora del accidente:
Lugar del accidente:
Descripción del accidente:

Indique si el accidente tuvo lugar durante el desarrollo de una competición oficial: ☐ Sí ☒ No
En el caso de deporte escolar, indique si el accidente ha ocurrido durante una competición enmarcada en los Juegos Deportivos de la Comunidad Valenciana: ☐ Sí ☒ No

Indique la Federación Deportiva a la que pertenece:
Nº de Licencia Deportiva:

Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente deportivo al lesionado: ☐ Sí ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente deportivo: ☐ Sí ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

Descripción de lesiones:

Imprimir y Guardar

2.5.7 Accidente de Viaje



PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS ASEGURADAS POR SEGURO VOLUNTARIO DE ASISTENCIA EN VIAJE (SEGUROS DE VIAJE)

DATOS DE LA ASISTENCIA

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO

Nombre y apellidos:
DNI: Nº SIP: Fecha de nacimiento: 01/01/1970 Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:

DATOS SOBRE LA CAUSA DE LA ASISTENCIA

Motivo de la asistencia:	<input type="checkbox"/> Accidente.
	<input type="checkbox"/> Enfermedad.
En caso de accidente, detallar:	
Fecha del accidente:	<input type="text"/>
Hora del accidente:	<input type="text"/>
Lugar del accidente:	<input type="text"/>
Descripción del accidente:	<input type="text"/>
Operador, Empresa o Agencia organizadora del viaje:	<input type="text"/>
Entidad aseguradora que cubre la asistencia en viaje:	<input type="text"/>
Nº Póliza:	<input type="text"/>
Otras observaciones:	<input type="text"/>

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente en viaje: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente en viaje: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

Descripción de lesiones:

Imprimir y Guardar

2.5.8 Accidente de Tráfico

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: N° SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Codigo Postal: Poblacion: Provincia:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Hora del accidente:
Lugar del accidente (población y vía):
Número de vehículos que intervienen en el accidente: ☐ Un vehículo. ☐ Más de un vehículo.
Indicar la condición del lesionado en el accidente: ☐ Conductor ☐ Ocupante ☐ Peatón.
Datos del vehículo conducido u ocupado por el lesionado, o por el que fue atropellado el peatón:
Matrícula: Marca/Modelo: ¿Es motocicleta o ciclomotor? ☐ Si ☐ No
Compañía Aseguradora: N° Póliza:
Nombre del Asegurado:
Datos de los otros vehículos que intervienen en el accidente:
Matrícula: Marca/Modelo: ¿Es motocicleta o ciclomotor? ☐ Si ☐ No
Compañía Aseguradora: N° Póliza:
Matrícula: Marca/Modelo: ¿Es motocicleta o ciclomotor? ☐ Si ☐ No
Compañía Aseguradora: N° Póliza:
¿El accidente ocurrió al ir o al volver de su centro de trabajo? ☐ Si ☐ No
¿Ha sido atendido el lesionado en otro Centro sanitario como consecuencia de este accidente? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, especifique el Centro sanitario:
Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente de tráfico al lesionado: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente de tráfico: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

Descripción de lesiones:

Indicar si el lesionado requiere ser trasladado a otro Centro sanitario público: ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique cuál:

Imprimir y Guardar

2.5.9 Accidente Transporte Público



PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE OCURRIDO CON OCASIÓN DEL USO DE TRANSPORTES PÚBLICOS DE VIAJEROS.

(Autobuses urbanos e interurbanos, Taxis, Metro, Ferrocarriles, y otros medios de transporte público)

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: Nº SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente:	<input type="text"/>	Hora del accidente:	<input type="text"/>
Lugar del accidente:	<input type="text"/>		
Medio de transporte público colectivo en el que se produce el accidente:			
<input type="checkbox"/> Autobús. Si consta, indicar matrícula:			
<input type="checkbox"/> Metro. Indicar línea:			
<input type="checkbox"/> Tren. Indicar trayecto:			
<input type="checkbox"/> Tranvía. Indicar línea:			
<input type="checkbox"/> Taxi. Si consta, indicar matrícula:			
<input type="checkbox"/> Otros. Precisar en este caso:			
Circunstancias del accidente:			
<input type="checkbox"/> Al entrar o al salir del vehículo.			
<input type="checkbox"/> Al recoger el equipaje.			
<input type="checkbox"/> Lesión ocurrida en el interior del vehículo (p.e. caída por frenada brusca)			
Si consta, indicar entidad aseguradora del vehículo de transporte público de viajeros:			
<input type="text"/>			
Otras observaciones:			
<input type="text"/>			

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente en transporte público: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente en transporte público: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

Descripción de lesiones:

Imprimir y Guardar

2.5.10 Otro tipo de Accidente



PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR OTRO TIPO DE ACCIDENTE

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: N° SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Hora:
Lugar del accidente: ☐ Accidente doméstico.
☐ Accidente en vía pública
☐ Otros lugares. Precisar:
Datos de la entidad aseguradora que cubre el riesgo:
Entidad aseguradora: N° Póliza:
Datos del tercero presuntamente causante del accidente:
Nombre y apellidos: DNI:
Domicilio: Población:
Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por otro tipo de accidente al lesionado: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por otro tipo de accidente: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)


Descripción de lesiones:

Imprimir y Guardar

2.6 Parte de declaración de Mordedura

Este tipo de parte va estrechamente ligado al parte de asistencia por accidente animal.

Seleccionando el parte de declaración de mordedura y pulsar en el botón Nuevo Informe se visualiza el informe a cumplimentar siendo campo obligatorio 'MEDICO/PEDIATRA DECLARANTE' y Municipio

**GENERALITAT
VALENCIANA**
CONSSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL
I SALUT PÚBLICA

PARTE DE DECLARACIÓN DE MORDEDURA

Fecha: 25/01/2016

ÁREA: AREA 6 ZONA: AREA 6 ZONA 2 MUNICIPIO: VILAMARXANT

CENTRO

SALUD/CONSULTORIO: CAP DE VILAMARXANT

MÉDICO/PEDIATRA DECLARANTE:

DATOS DE LA PERSONA MORDIDA

Apellidos: PERIS PALOMARES Nombre: MATIAS

Edad: 68 TUTOR (Si fuera menor de edad):

DOMICILIO: PARTIDA MATERNA 15

MUNICIPIO: VILELLA TLFNO: 962411189

FECHA DE LA LESIÓN: TIPO II III LUGAR:

CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN

CIRCUNSTANCIAS DESTACABLES EN QUE SE PRODUJO

PRESENTANDO EN SU MÉDICO, ¿SE PROCEDERÁ A VACUNACIÓN?

ANTITETÁNICA No ☐ Si ☐

- ANTIRRÁBICA No ☐ Si ☐

DATOS DEL ANIMAL AGRESOR

ESPECIE RAZA SALVAJE

DOMÉSTICO VACUNADO No ☐ Si ☐

LOCALIZADO No ☐ Si ☐

LUGAR DE LOCALIZACIÓN

PROPIETARIO NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO TLFNO.

SOMETIDO A OBSERVACIÓN: No ☐ Si ☐

FECHA INICIO

FECHA FINAL

CASO DE MUERTE DEL ANIMAL ESPONTANEA

SACRIFICIO

¿FUE SOMETIDO A OBSERVACIÓN PREVIA? No ☐ Si ☐ DURANTE Días

SINTOMAS SOSPECHOSOS DE RABIA No ☐ Si ☐

TIPOS DE LESIÓN


II: Lamedura de la piel, arañazo o erosiones, mordedura leve en partes cubiertas de brazos, troncos y piernas.

III: Lamedura en la mucosa. Mordedura grave: mordeduras múltiples o situadas en cabeza, dedos o cuello.

REMITIR URGENTEMENTE AL FAX DEL CENTRO DE SALUD PÚBLICA

Guardar Limpiar

Al guardar el informe se mostrará automáticamente el Parte de lesión causada por animal, con la opción de mordedura como causa de la lesión marcada de forma automática.



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL
I SALUT PÚBLICA

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESION CAUSADA POR ANIMAL

DATOS DE LA ASISTENCIA:
Nº Parte: 1453714170240120768
Centro: 216 - CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT
Localidad: VILAMARXANT
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:
Nombre y apellidos: MATIAS PERIS PALOMARES
DNI: Nª SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: 46600 Población: VILELLA Provincia: VALENCIA

DATOS DEL ACCIDENTE
Fecha del accidente: Hora del accidente:
Lugar del accidente:
Animal causante de las lesiones: ☐ Perro. Indicar, en su caso, raza:
☐ Otros. Indique cuál:
Causa de las lesiones: ☒ Mordedura
☐ Otras. Indique cuál:
Datos sobre el dueño del animal:
Nombre y apellidos: DNI:
Domicilio: Población:
En caso de que se conozca, indicar los siguientes datos del seguro que cubra los daños que produzca el animal:
Entidad aseguradora: Póliza:
Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)
Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente por animal al lesionado: ☐ Si ☒ No
Fecha de entrega:
Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente por animal: ☐ Si ☒ No
(A completar por el personal sanitario)
Descripción de lesiones:

Guardando este parte de lesión por animal, al volver a la consulta activa, se verá registrado en el apartado de Observaciones la cumplimentación del parte de declaración de mordedura.

2.7 Informe del modelo Judicial de Parte de Lesiones

2.7.1 Desde una consulta en el que no se haya seleccionado antes una lesión/situación facturable:

Desde Acciones damos de alta un nuevo Informe de 'Modelo Judicial del parte de lesiones'.

Si seleccionamos en la consulta activa, un tipo de lesión:

- Aparece el Parte Para el Juzgado de Guardia.
- Se carga en la consulta en edición la Lesión/Situación facturable correspondiente.
- Al aceptar la consulta nos aparece el PARTE de asistencia asociado a la lesión.

3. INFORMES DE PACIENTE

3.1 Informe reconocimiento de prestaciones sociales y de dependencia

3.1.1 Creación del informe

Para la creación de un nuevo Informe reconocimiento de prestaciones sociales y de dependencia desde la opción de informes de la historia de un paciente se selecciona y se pulsa el botón.

El sistema comprueba si el paciente tiene una valoración del Índice de Barthel y del Test de Pfeiffer para poder crear un informe nuevo.

Si el paciente no tuviera la valoración de alguno de los dos test se mostrará el siguiente aviso:



Si el paciente tiene una valoración de los dos test, se abrirá el informe con el siguiente formato:

Paciente: ID: Edad: 56a Teléfono:

Informe reconocimiento de prestaciones sociales y de dependencia

Diagnósticos activos

Osteoporosis no especificada
Retinopatía diabética
Glaucoma de ángulo abierto no especificado
Reacción de adaptación
Hodgkin, enfermedad nodular

Índice de Barthel

Fecha valoración: 17/03/2010
Resultado: 5 Dependiente Total
Detalle:
Escalones: Dependiente

Test de Pfeiffer

Fecha valoración: 17/03/2010
Resultado: 9 Deterioro cognitivo importante (Patológico)
Detalle:
Nivel de estudios: No ha recibido educación primaria

Tratamientos Vigentes

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Días	Inicio	Fin
Atenolol + bendroflumetazida + fudrelazina	1 comprimido	cada 12 horas	durante 30 días	30	17/03/2010
Abirvatibina	60 mg / 20 comprimidos	1 comprimido	cada 12 horas	durante 30 días	30
Cloranfenicol + nafazolina + zinc sulfato	1 colirio de 10 ml	1 gota oftálmica	cada 12 horas	durante 30 días	30

Dietas pautadas

No existen dietas pautadas.

Observaciones

CONSEJO DE SALUD VALENCIANA
CONSEJERÍA DE SANIDAD

✓ Aceptar X Cerrar


3.1.2 Visualización del informe

Desde la pestaña de informes de la historia de un paciente se selecciona el 'Informe reconocimiento de prestaciones sociales y de dependencia', pulsando el botón 'Ver' de la rueda de acciones de uno de los informes del histórico, se abrirá el informe con el modelo de informe con el que se creó.

3.2 Informe de Petición de Transporte Sanitario

Categoría: Médico, Enfermero.

El formato del modelo incluye dos páginas, la primera de ellas recoge la información necesaria para realizar la petición de transporte, como se ve en la imagen existen campos completados por defecto que no pueden modificarse y otros que son de cumplimentación obligatoria.



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL
Y SALUD PÚBLICA


PETICIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO (PTS)
CENTRO SOLICITANTE: CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT
Dpto. Salud n°: zona n°:

DATOS DEL PACIENTE
Tarjeta SIP n°: 45050
OTRA TARJETA SANITARIA n°:
de CC AA:
F. de Nacimiento: SEXO: ☐ mujer ☒ hombre
APELLIDOS:
NOMBRE:
Domicilio:
Localidad:
Teléfonos: Tel. Móvil:
ORIGEN del TRASLADO **DESTINO del TRASLADO**
Desde: Hacia:
c/ c/
Localidad: Localidad:
JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD
☐ Alta hospitalaria Hora aproximada de recogida:
☐ Traslado a otro centro sanitario/ hospital/Residencia de pacientes asistidos:
☐ Otra causa:
(especificar siempre lo que corresponde : consulta externa, tratamiento, prueba, rehabilitación, urgencia)
TIPO DE TRASLADO
☐ en camilla ☐ con oxígeno ☐ en silla propia ☐ con acompañante POR AUTOPISTA ☐ Si ☐ No
TIPO DE VEHICULO
T.N.A.: ☐ colectivo ☐ individual (acompañar informe médico) Fecha de traslado:
AMBULANCIA ASISTENCIAL ☐ (CICU)
Por ☐ inicio de tratamiento a las horas ☐ finalización de tratamiento a las horas
periodos de tratamiento largos del al del mes de
dias de la semana (señalar)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	m	x	j	v	s

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR
Firma: FORMACION FORMACION, FORMACION
Nº Colegiado: 7
Fecha: 25/01/2016
Observaciones:
VºBº PREVIO DE:
Nº expediente:
Datos de identificación de facturación (empresa)
Empresa: Vehículo: Matricula:

La segunda hoja lleva la cuadrícula sobre la que se marca el servicio realizado para su control. En ella se cargan los datos del paciente y fecha consignados en la primera hoja del informe.



**GENERALITAT
VALENCIANA**
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL
I SALUT PÚBLICA

TRATAMIENTOS LARGOS:
 (Sellar en la casilla el día que acude la persona para recibir tratamiento)
MES:

Número Tarjeta:
 APELLIDOS:
 NOMBRE:

				DÍA 1
				Sello y firma DÍA 6
DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5	
Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma
DÍA 7	DÍA 8	DÍA 9	DÍA 10	DÍA 11
Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma
DÍA 12	DÍA 13	DÍA 14	DÍA 15	DÍA 16
Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma
DÍA 17	DÍA 18	DÍA 19	DÍA 20	DÍA 21
Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma
DÍA 22	DÍA 23	DÍA 24	DÍA 25	DÍA 26
Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma
DÍA 27	DÍA 28	DÍA 29	DÍA 30	DÍA 31
Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma	Sello y firma

OBSERVACIONES:

Vº Bº POSTERIOR INSPECCIÓN MÉDICA O DIRECCIÓN DEPARTAMENTO

3.3 Informe de Contactos

INFORME CONTACTO ACTUAL

Al seleccionar el informe de 'Contactos' en la lista de informes, se mostrará, en la parte superior derecha del apartado 'Contactos' el botón 'Nuevo Informe':

Tras pulsar en el botón nuevo se abrirá la nueva ventana para el filtrado de los datos para el informe:

Informe Cronológico de Contactos

Informe Cronológico de Contactos

Todos los contactos

Rango de Fechas

Fecha de inicio:

Fecha fin:

Diagnóstico 1

Y

O

Diagnóstico 2

Categoría:

Todas

Especialidad:

Todas

☒ Motivo de Consulta

☒ Anamnesis

☒ Exploración

☒ Diagnósticos/Intervenciones - Diagnósticos/Procedimientos - Diagnósticos Sociales/Pautas de Actuación

☒ Observaciones

☒ Plan - Recursos Propuestos/Idóneos

☐ Incluir "Datos Subjetivos"

Aceptar e imprimir

Cancelar

El funcionamiento de la ventana será:

- Los campos 'Fecha Inicio' y 'Fecha Fin' sólo estarán activos cuando se seleccione en el radio la opción 'Rango de fechas'
- Al activarse los campos de las fechas, no cogerán ningún valor por defecto
- En el apartado de diagnósticos:
 - o El desplegable de la codificación se cargará con los codificadores de tipo diagnóstico:
 - El codificador por defecto será el de la categoría del usuario logado.
 - Al cambiar de codificador se mostrará el buscador del codificador seleccionado. Por defecto se mostrará el buscador del codificador por defecto.
 - o Los buscadores de diagnósticos se cargarán por defecto vacíos, no siendo obligatorio especificar ningún diagnóstico para obtener el informe.
 - o Se deberá seleccionar un diagnóstico válido o dejar el campo vacío para poder generar el informe.
- En el combo de 'Categorías' se cargarán las categorías profesionales:
 - o Por defecto se mostrará seleccionado el valor 'Todas'
 - o Los datos se mostrarán con el formato <codigo> - <descripción>
- En el combo de 'Especialidades' se cargarán todas las especialidades
 - o Por defecto se mostrará seleccionado el valor 'Todas'
 - o Los datos se mostrarán con el formato <codigo> - <descripción>
- En los apartados del informe se mostrarán por defecto todos marcados excepto el apartado 'Incluir datos subjetivos'
- Al seleccionar la categoría de 'Enfermero' se ocultará el apartado del informe 'Observaciones'

- Al pulsar en el botón de 'Aceptar e imprimir' se validará que los datos introducidos sean válidos. En caso de introducir datos nulos en campos obligatorios o no seleccionar un diagnóstico válido habiendo introducido una cadena de búsqueda, se mostrará una ventana emergente informando del problema, no pudiendo realizar la generación del informe.

The screenshot shows a window titled 'Informe Cronológico de Contactos'. It has a header bar with the same title. Below the header, there are several input fields and checkboxes. A modal dialog box titled 'Aviso' is open in the center, displaying a yellow warning icon and the text: 'Faltan datos por rellenar en el informe : Fecha de inicio/Fecha fin, Diagnóstico/s, Categoría/Especialidad'. Below the text is an 'Aceptar' button. The background window shows checkboxes for 'Motivo de Consulta', 'Anamnesis', 'Exploración', 'Diagnósticos/Intervenciones - Diagnósticos/Procedimientos - Diagnósticos Sociales/Pautas de Actuación', 'Observaciones', 'Plan de cuidados - Plan - Recursos Propuestos/Idóneos', and 'Incluir "Datos Subjetivos"'. At the bottom right, there are buttons for 'Aceptar e imprimir' and 'Cancelar'.

Tras pulsar 'Aceptar e imprimir' se imprimirá el actual informe de contactos.



SIA - Informe Cronológico
15/02/2016

Centro:
Usuario:

CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT
FORMACION FORMACION, Formacion

Informe Cronológico de Contactos

Fecha desde: 09/02/2016 Fecha hasta: 12/02/2016 Categoría: Todas Especialidad: Todas Diagnóstico(s):

Paciente: APE1 APE2. NOMBRE

SIP: 11XXXX2 Edad: 48a

Fecha de Consulta: 12/02/2016 Centro: CAP DE VILAMARXANT
Hora de consulta: 11:51 Profesional: FORMACION FORMACION, Formacion
Origen: Consulta sin Cita Categoría: MEDICINA FAMILIAR

Motivo de Consulta
Seguimiento de ANEMIA FERROPENICA

Anamnesis

Exploración

Se almacenará un registro para dejar constancia de que se ha generado el informe donde, entre otros datos, se almacenará la fecha y hora del momento en que se imprimió el informe y el profesional que lo generó.

Una vez generado el informe, se actualizará la lista de informes de la pantalla para indicar que se ha generado, indicando la fecha y hora de creación y el usuario que lo hizo:

Informes		
Introduzca término de búsqueda		
Informe	Fecha	Último
Compromiso vivir es la salud		
Confirmación Asistencia Facturable (3)	08-Jul-2015	
Contactos (143)	25-Jun-2018	
Hoja de Información al paciente y consentimiento informado (4)	08-Jul-2015	
Hoja de notificación de desatención en adultos (2)	22-Nov-2018	
Informe Resumen del Embarazo (7)	07-Jul-2015	
Informe de Riesgo Sociosanitario infantil (4)	09-Ene-2015	

Contactos		
Nuevo Informe		
Fecha	Usuario	
25-Jun-2018 13:20	FORMACION FORMACION, FORMACION	
03-Ago-2016 13:31	FORMACION FORMACION, ENFERMERO	

En caso que hubiera varios registros del informe para el mismo paciente, se mostrará ordenado de manera descendente, mostrando siempre el más reciente arriba.

Esta lista será sólo para consultar cuando se generó el informe, pero no se podrá reimprimir el mismo.

3.4 Historia Clínica

Seleccionando la opción **Historia Clínica** se pueden ver los informes generados en el histórico o definir un nuevo informe.

Historial Clínico (1086)	Informes	Consulta activa
--------------------------	----------	-----------------

Informes		
Introduzca término de búsqueda		
Informe	Fecha	Último
Historia clínica (126)	26-May-2015	
Accidente Deporte (18)	20-May-2015	
Accidente Escolar (10)	25-May-2015	
Accidente Festivo (39)	21-Jun-2018	
Accidente Transporte Público (10)	20-May-2015	
Accidente de Casa (23)	15-Jun-2015	
Accidente de Trabajo (24)	26-May-2015	

Historia clínica		
Nuevo Informe		
Fecha	Usuario	
26-May-2015 12:44	FORMACION FORMACION, FORMACION	
26-May-2015 12:02	FORMACION FORMACION, FORMACION	

Seleccionando el Botón Nuevo accedemos a la pantalla por la que se realiza la gestión de informes, pudiendo realizar las acciones siguientes:



NUEVO INFORME:

Desde esta opción se define el modelo de informe de historia clínica a configurar, asociando a una descripción los elementos necesarios marcando su casilla correspondiente.

SIA - SeInf 18:08:25 31/3/2010 ? X

Informe Médico

Descripción corta: Informe Formación

Descripción larga: Informe Formación

Configuración del Informe

<input type="checkbox"/> Historia Perinatal	<input checked="" type="checkbox"/> Patologías familiares
<input checked="" type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Exitus familiares
<input type="checkbox"/> Acontecimientos Adversos	<input type="checkbox"/> Núcleo Familiar
<input checked="" type="checkbox"/> Patologías personales	<input type="checkbox"/> Nivel educativo
<input type="checkbox"/> Hábitos tóxicos	<input type="checkbox"/> Relación con el entorno
<input type="checkbox"/> Relaciones familiares	<input type="checkbox"/> Antecedentes sociales
<input type="checkbox"/> Datos socioeconómicos	<input type="checkbox"/> Situación laboral
<input type="checkbox"/> Historia de salud sexual	<input type="checkbox"/> Características vivienda
<input type="checkbox"/> Historia anticonceptiva	<input type="checkbox"/> Dx. Médicos Activos
<input checked="" type="checkbox"/> Tratamientos Vigentes	<input type="checkbox"/> Dietas pautadas
	<input type="checkbox"/> Historial de Tratamientos

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

Aceptar Cancelar

- • Trabajador Social.
-
- Se habilitará el acceso a los profesionales Trabajadores Sociales al informe de la Historia Clínica
- Los campos de la Historia Clínica que podrá incluir el Trabajador Social al generar la plantilla del informe serán los siguientes:
-
- • Hábitos tóxicos
- • Relaciones familiares
- • Datos socioeconómicos
- • Núcleo familiar
- • Nivel educativo
- • Relación con el entorno
- • Antecedentes sociales
- • Situación laboral
- • Características de la vivienda
- • Diagnósticos activos de Trabajador Social

Selección de Informe - Windows Internet Explorer

SIA - SeInf

Informe Trabajador Social

Descripción corta:

Descripción larga:

Configuración del Informe

<input type="checkbox"/> Hábitos tóxicos	<input type="checkbox"/> Relación con el entorno
<input type="checkbox"/> Relaciones familiares	<input type="checkbox"/> Antecedentes sociales
<input type="checkbox"/> Datos socioeconómicos	<input type="checkbox"/> Núcleo Familiar
<input type="checkbox"/> Características vivienda	<input type="checkbox"/> Nivel educativo
<input type="checkbox"/> Situación laboral	<input checked="" type="checkbox"/> Dx. activos Trabajador Social

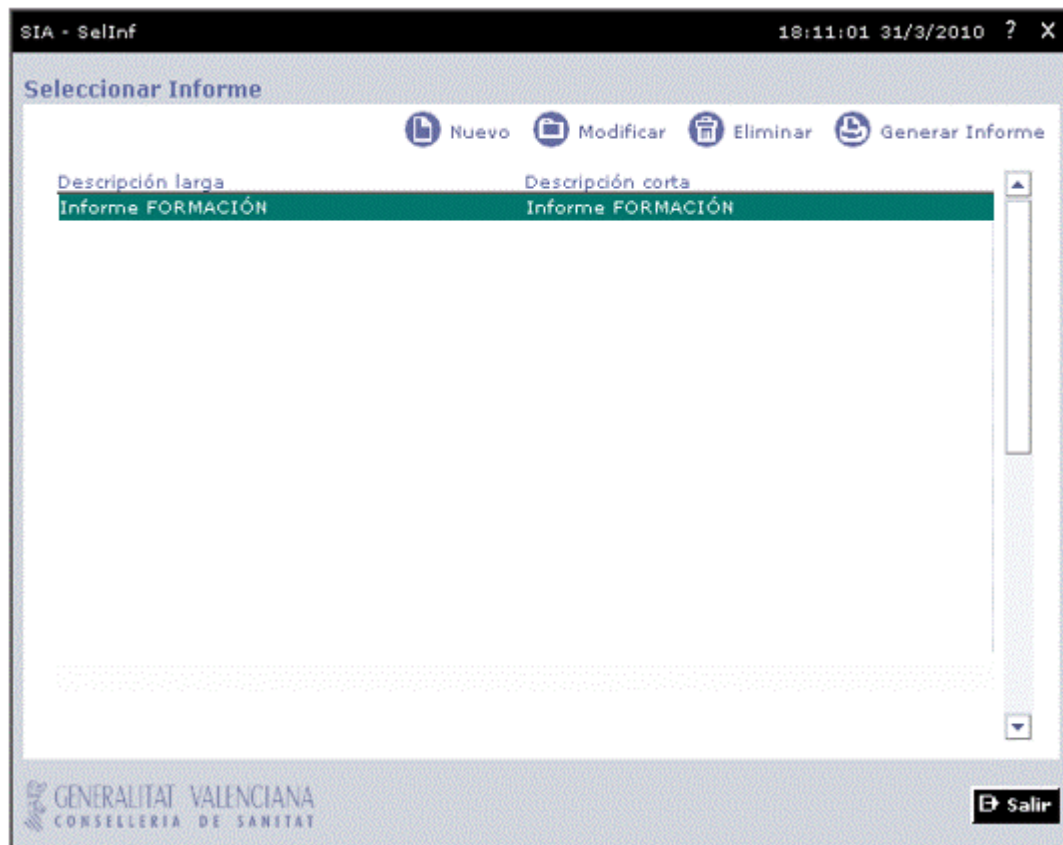
GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

Aceptar Cancelar

Se permitirá a los Trabajadores Sociales la consulta de los informes de Historia Clínica generados por los profesionales de otras categorías.

Se permitirá al resto de profesionales que tengan acceso a los informes de Historia Clínica la consulta de los informes de Historia Clínica generados por los Trabajadores Sociales.

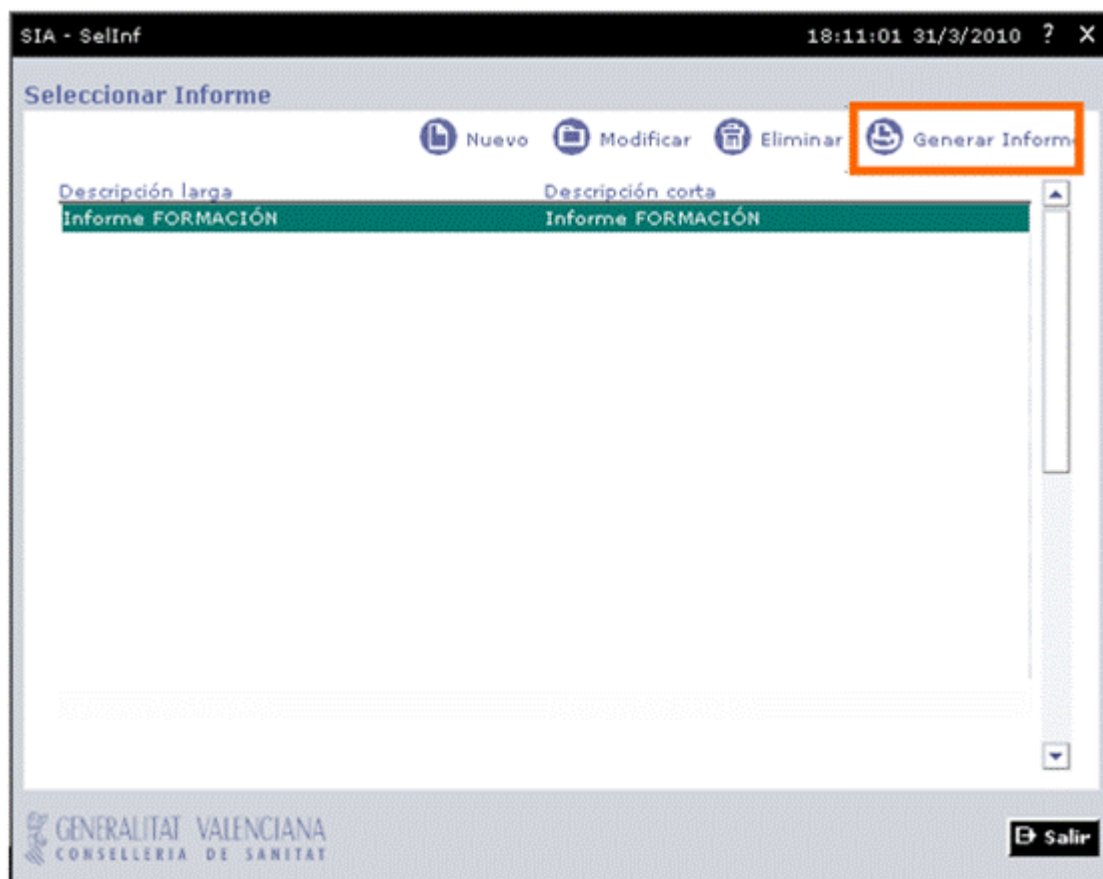
Al aceptar el informe quedará guardado en la lista de posibles informes a generar.



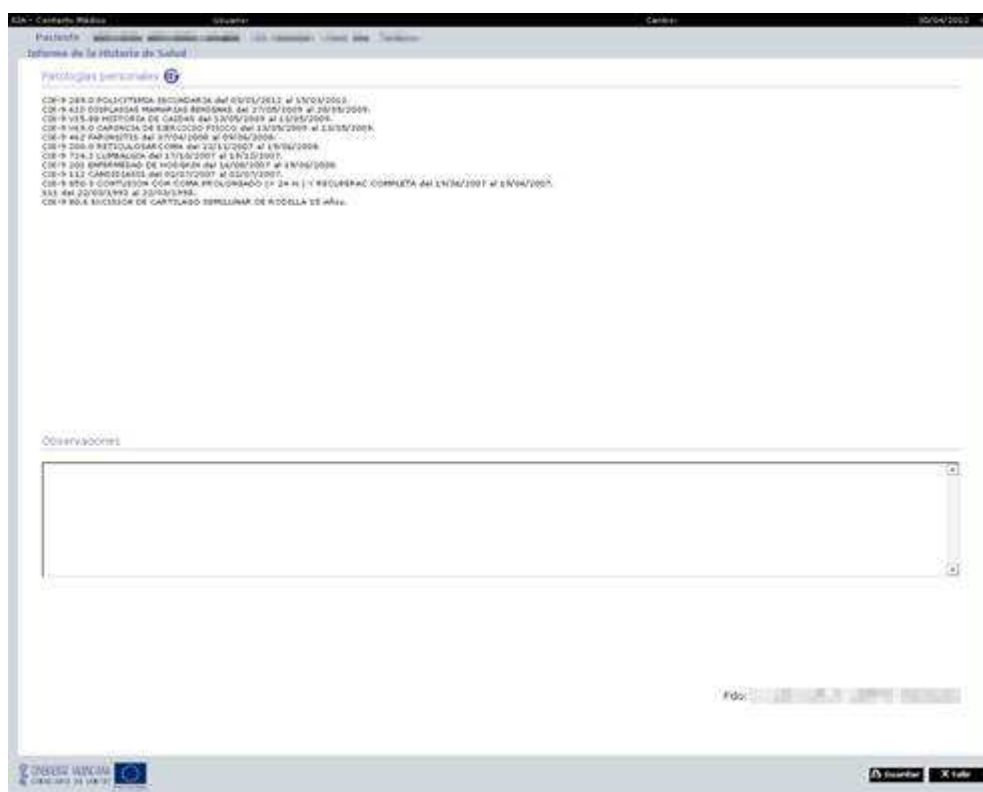
MODIFICAR INFORME: Permite modificar la configuración del informe. Modificar, en el plazo de 24 horas desde su creación, los informes generados por el mismo profesional.

ELIMINAR INFORME: Permite eliminar el informe de la lista de informes configurados.

GENERAR INFORME: Mediante esta opción se puede generar en el momento que se precise cualquier informe de los configurados.



Al pulsar el botón generar informe obtenemos la siguiente ventana con el informe generado.



Se introducirá en la pantalla del informe de Historia Clínica un campo Observaciones, que podrá ser cumplimentado manualmente por el usuario.

El contenido de este campo estará presente:

- En la impresión de los informes
- En la consulta de todos los informes de la Historia Clínica a partir de esta versión

Mediante el botón 'Guardar', el informe queda registrado pudiendo consultarlo mediante la opción 'Ver'.


Fecha	Usuario	Nuevo Informe
25-01-2016 14:49	FORMACION FORMACION, FORMACION	
14-12-2015 13:27	FORMACION FORMACION, FORMACION	
02-10-2015 13:43	FORMACION FORMACION, FORMACION	
18-08-2015 14:41	FORMACION FORMACION, FORMACION	

Desde aquí se puede también modificar el informe seleccionado.

3.5 Informe de Salud del Adulto

Para profesionales de categoría: Médico, Enfermero

Mediante la pulsación del botón **Nuevo Informe** se lanza el informe para su cumplimentación.



INFORME DE SALUT DE L'ADULT
INFORME DE SALUD DEL ADULTO

INFORME DE SALUT PREVI / INFORME DE SALUD PREVIO ☒ SI ☐ NO ☐ ANY / AÑO 2016

Dades de filiació / Datos de filiación

Cognoms i nom / Apellidos y nombre

Núm. SIP Edat / Edad Sexe / Sexo ☒ H ☐ M ☐ D ☐ M ☐ Teléfono Centre de Salut / Centro de Salud CAP DE VILAMARXANT

EXAMEN DE SALUT / EXAMEN DE SALUD

PREVENCIÓ CARDIOVASCULAR / PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR
ANTECEDENTS / ANTECEDENTES

Hipertensió / Hipertensión ☐ SI ☐ NO ☐

Dislipèmia arterial coneguda / Dislipemia arterial conocida ☐ SI ☐ NO ☐

Diabetis coneguda / Diabetes conocida ☐ SI ☐ NO ☐

Cardiopatia isquèmica / Cardiopatía isquémica ☐ SI ☐ NO ☐

Malaltia cerebrovascular / Enfermedad cerebrovascular ☐ SI ☐ NO ☐

Malaltia vascular perifèrica / Enfermedad vascular periférica ☐ SI ☐ NO ☐

PREVENCIÓ DE càncer / PREVENCIÓN DE càncer

Citologia / Citología ☐ Realitzada / Realizada ☐

Citologia / Citología ☐ Realitzada / Realizada ☐

Mamografia / Mamografía ☐ Realitzada / Realizada ☐

Mamografia / Mamografía ☐ Realitzada / Realizada ☐

No < 45 anys / No < 45 años ☐

Hemoràgia postmenopàusica / Hemorragia postmenopáusica ☐

SI ☐ NO ☐

ESTILS DE VIDA / ESTILOS DE VIDA

Fumador / Fumador ☐ SI ☐ NO ☐

Consum de risc d'alcohol / Consumo de riesgo de alcohol ☐ SI ☐ NO ☐

Sedentarisme / Sedentarismo ☐ SI ☐ NO ☐

MEDICIONS / MEDICIONES

Pes (Kg) Talla (cm)

Perímetre abdominal / Perímetro abdominal cm Normal ☐ SI ☐ NO ☐

Pressió arterial / Presión arterial / mmHg Normal ☐ SI ☐ NO ☐

Colesterol total / Colesterol total mg/dl Normal ☐ SI ☐ NO ☐

Glucèmia basal / Glucemia basal mg/dl Normal ☐ SI ☐ NO ☐

Si perímetre abdominal és ≥ 102 homes ó ≥ 88 dones, consell de salut / Si perímetro abdominal es ≥ 102 hombres ó ≥ 88 mujeres, consejo de salud

Si TA ≥ 140/90 mmHg, nova avaluació / Si TA ≥ 140/90 mmHg, nueva evaluación / mmHg

Si col. total ≥ 250 mg/dl (o ≥ 200 si fumador o hipertensió), valorar perfil lipídic / Si col. total ≥ 250 mg/dl (o ≥ 200 si fumador o hipertensión), valorar perfil lipídico

Colesterol total / Colesterol total mg/dl HDL mg/dl

Triglicèrids / Triglicéridos mg/dl LDL mg/dl

Si glucèmia ≥ 110 mg/dl, nova valoració / Si glucemia ≥ 110 mg/dl, nueva valoración mg/dl

CONSELLS DE SALUT / CONSEJOS DE SALUD

Informació sobre consum de begudes alcohòliques / Información sobre consumo de bebidas alcohólicas ☐ SI ☐ NO ☐

Dietètic / Dietético ☐ SI ☐ NO ☐

Abandó de l'hàbit tabàquic / Abandono hábito tabáquico ☐ SI ☐ NO ☐

Exercici físic / Ejercicio físico ☐ SI ☐ NO ☐

Vacunacions / Vacunaciones

Grip / Gripe ☐ SI ☐ NO ☐

Tètanus (Td) / Tétanos (Td) ☐ SI ☐ NO ☐

Pneumococ / Neumococo ☐ SI ☐ NO ☐

Triple vírica / Triple vírica ☐ SI ☐ NO ☐

Derivat per a seguiment / Derivado para seguimiento ☐

Melge/essa: / Médico/a

Intermet/a: / Enfermero/a

Data / Fecha 25/01/2016

Die/Día Mes/Mes Any/Año

• Repetir examen cada 2 anys / Repetir examen cada 2 años

• Col·lectori cada 5 anys / Colectorial cada 5 años

• Citologia cada 5 anys / Citología cada 5 años

• Vacunació antitètica cada 10 anys / Vacunación antitética cada 10 años

1 - Exemplejar per al Centre / Ejemplar para el Centro

Guardar **Limpiar** **Con pruebas**

Al guardar el Informe se abre la pantalla de Impresión por si queremos sacar copias del Informe. Posteriormente se nos comunicara que el informe ha sido guardado.



3.6 Informe de Salud del escolar

Para profesionales con categoría: Médico, Enfermero

Mediante la pulsación del botón **Nuevo Informe** se lanza el informe para su cumplimentación.

[illegible]

Al guardar el Informe se abre la pantalla de Impresión por si queremos sacar copias del Informe. Posteriormente se nos comunicara que el informe ha sido guardado.



3.7 Informe de Maternidad

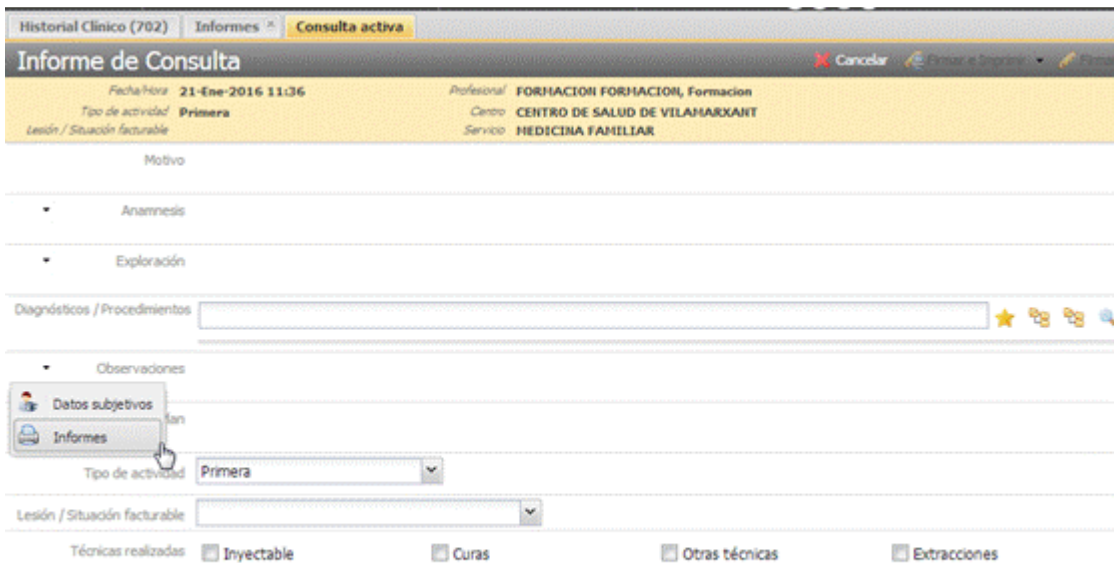
Para profesionales con categoría: Médico

El Informe de Maternidad únicamente está activo en pacientes femeninas.

El Informe de Maternidad únicamente aparece en la opción de Informes para el perfil facultativo.

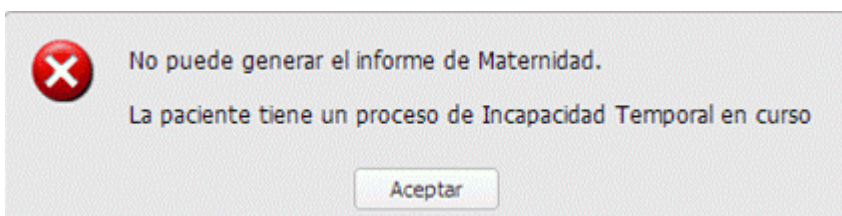
Para emitir un nuevo Informe de Maternidad, se accede desde:

- Desde la Historia Clínica de la paciente, en “Consulta Activa”, el campo “Observaciones” tiene desde su desplegable el acceso a “Informes”.

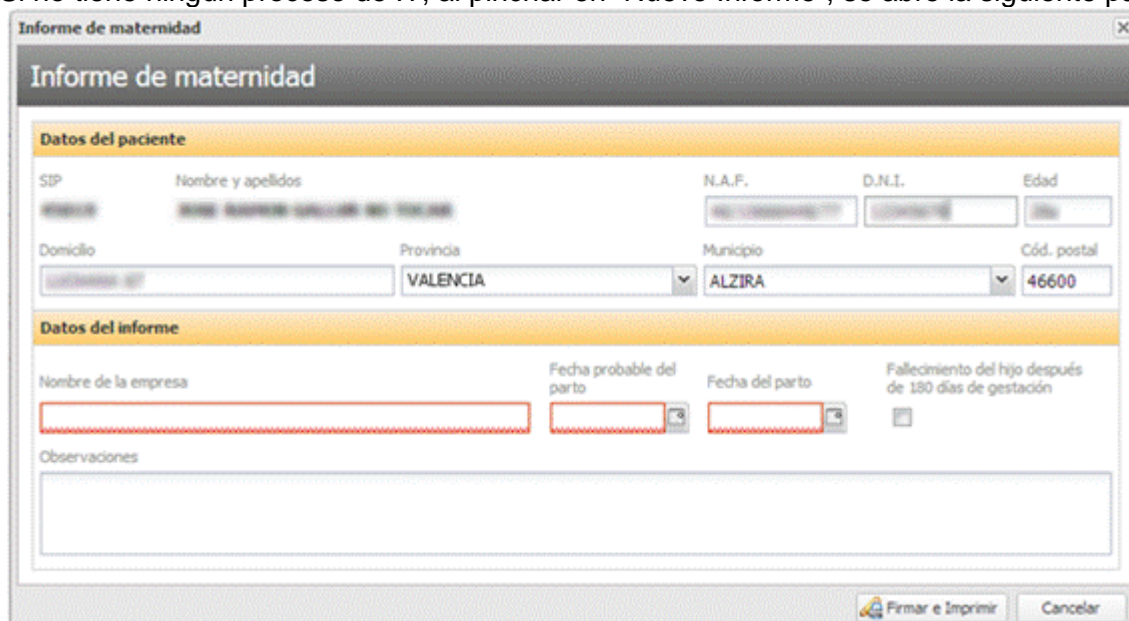


- Desde Historia Clínica de la paciente, desplegable “Listas de trabajo-Informes” y al ser de sexo femenino, tendrá entre otros; “Maternidad”. Para que se muestre el botón “Nuevo informe”, se tendrá que abrir “Consulta Activa”.

Si la paciente tiene un proceso de incapacidad temporal en marcha, no se podrá abrir el “Informe Maternidad” y por tanto generárselo, el sistema alerta de esta situación en un mensaje:



Si no tiene ningún proceso de IT, al pinchar en “Nuevo Informe”, se abre la siguiente pantalla:



Observamos que el informe tiene cumplimentados por defecto los datos del paciente, los datos del facultativo y la fecha del informe y no tiene cumplimentados los campos de empresa, fecha probable del parto, fecha del parto, Fallecimiento del hijo después de 180 días de gestación y observaciones.

Podemos modificar los siguientes datos:

Apartado: **Datos del paciente**

- Provincia (formato desplegable)
- Municipio (formato desplegable)
- Código Postal

Vienen de carga sin posibilidad de modificar:

- SIP
- Nombre y apellidos
- N.A.F
- DNI del paciente
- Edad
- Domicilio

Podemos modificar y son campos obligatorios

Apartado: **Datos del informe**

- Nombre de la empresa
- Fecha probable del parto
- Fecha del parto

Si no están informados estos tres campos, el sistema alerta enmarcándolos en color rojo hasta que se rellenen.

No obligatorios dentro del apartado **Datos del informe**

Campo que se puede informar o no si procede:

- Fallecimiento del hijo después de 180 días de gestación (check que informa si falleció el hijo durante el embarazo).
- Y el último campo: Observaciones. El facultativo puede incluir las observaciones que considere oportunas en el campo destinado para ello y se reflejarán al imprimir el informe.

Botonera de acciones:

Tras cumplimentar todos los apartados, le damos a Firmar e imprimir:

- **Firmar e Imprimir:** el facultativo firma así el informe de maternidad y se imprime el informe. Si se pulsa el botón: "Firmar e imprimir" sin haber relleno alguno de estos campos, el botón no realiza ninguna acción hasta que no se informe. Realiza la firma, guarda la información y visualiza/imprime el documento si la validación es correcta.

- **Cancelar:** Si se pulsa cancelar, se cierra la pantalla de “Informe de maternidad” y no se guarda el informe.

El **Informe de Maternidad** está formado por dos copias, para la Empresa del paciente y para el Trabajador. Rellenando la primera hoja del Informe los datos se registran en el resto de copias.

3.8 Certificado Médico


Para profesionales de categoría: Médico

Mediante la pulsación del botón **Nuevo Informe** se lanza el informe para su cumplimentación.

[illegible]

3.9 Confirmación asistencia facturable.

Mediante la pulsación del botón **Nuevo Informe** se lanza el informe para su cumplimentación.



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL
I SALUT PÚBLICA

PARTE DE CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA FACTURABLE

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia: FORMACION FORMACION FORMACION

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: Nº SIP: Fecha de nacimiento: Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:

El paciente asistido declara que la asistencia que recibe en esta fecha deriva de la siguiente situación:

Nº lesión	Tipo de lesión	Fecha de la lesión
<input type="text"/>	Accidente deportivo	15/12/2015

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de confirmación de asistencia sanitaria facturable al lesionado: ☐ Si ☒ No
Fecha de entrega:
Indicar si el lesionado ha firmado el parte de confirmación de asistencia sanitaria facturable: ☐ Si ☒ No

3.10 Conformidad/Disconformidad como el alta emitida por el INSS

Para profesionales con categoría: Medico e Inspección

Para poder crear un nuevo informe de este tipo es necesario seleccionar un proceso de baja que esté **cerrado**.

- Para los perfiles de Inspector Médico e Inspector Coordinador podrán generar, modificar y consultar este nuevo informe.
- Para el perfil de Subinspector Médico, el Administrativo de Inspección, y los perfiles de Categoría Médica sólo se permitirá la consulta de informes.

DATOS DEL FACULTATIVO

FACULTATIVO	Apellidos y nombre		Nº Colegiado	
	INSPECTOR MEDICO SERVICIOS SANITARIOS			
	SECCION INSPECCION DEPARTAMENTO			
	Domicilio:			
	Localidad:	Provincia:	Teléfono:	Fax:

Con fecha **25/01/2016** ha tenido entrada en la Inspección de Servicios Sanitarios la disconformidad con el alta emitida por el INSS, tras el agotamiento del plazo máximo de 12 meses de duración de Incapacidad Temporal, formulada por:

Apellidos y nombre: BOTELLA ESTEVE, FERNANDO			
Nº SIP:	Nº S.S.:	DNI:	
Profesión: NO APLICA		Fecha baja IT:	
Contingencia: Enfermedad común			

En la aplicación de lo dispuesto en la ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, por la que se modifica la redacción del artículo 128.1 del Texto Refundido de la ley de la Seguridad Social, la inspección de Servicios Sanitarios manifiesta:

<input type="checkbox"/> Estar de acuerdo con la decisión de la Entidad Gestora <input type="checkbox"/> No estar de acuerdo con la decisión de la Entidad Gestora, por lo que propone la reconsideración de la mencionada decisión basándose en las siguientes razones:

En **25/01/2016** a **10:00**

EL/LA MÉDICO/A INSPECTOR/A
 Fdo: **25/01/2016**

3.11 Informe médico trimestral de control de la incapacidad temporal.

Al Informe médico trimestral de control de la incapacidad temporal (TRIMESIT) se accede desde:

- Historia Clínica – Pestaña informes (editar y consultar)
 - [Nuevo](#)
 - Ver
 - Modificar
 - Validar/Cumplimentar
 - Anular
- Historia Clínica – Pestaña de actuaciones de inspección (editar y consultar)
 - Nuevo informe trimestral IT

- Desde lista de informes trimestrales de un proceso IT (rueda de opciones)
- Consultar
- Modificar
- Validar/Cumplimentar
- Anular informe



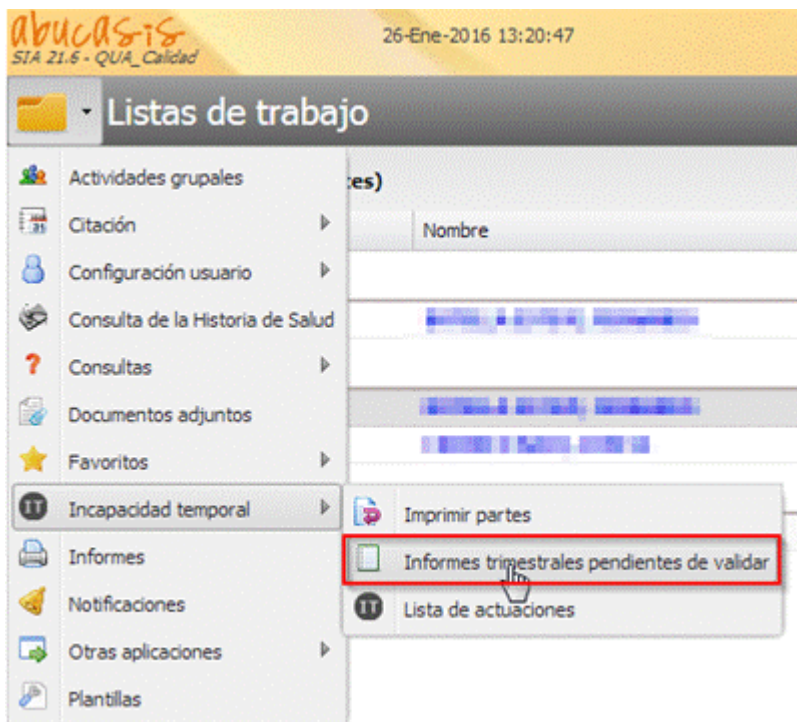
– Historia Clínica – Pestaña de incapacidad temporal

- Nuevo informe trimestral IT
- Validar/Cumplimentar informe trimestral IT

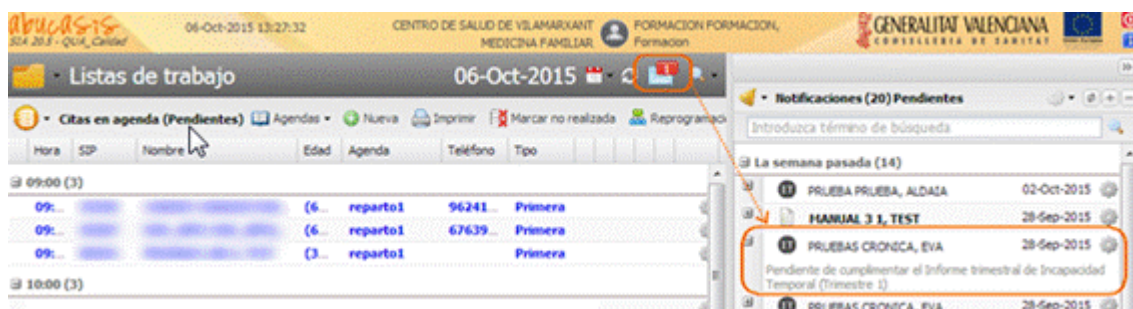


– Menú principal –Incapacidad temporal – Informes trimestrales pendientes de validar (editar)

- Anular
- Validar



La alerta esta accesible desde el buzón del profesional



En la pestaña de Informes del menú general de la historia clínica, cuando se selecciona el informe "Informe médico trimestral de control de la incapacidad temporal" se muestra la lista de informes trimestrales generados.

Se muestra la siguiente información:

- Fecha de creación
- Usuario que creó el informe
- La Fecha baja del proceso asociado al informe
- Fecha alta del proceso asociado al informe
- Trimestre del informe
- Indicador de si el informe está Anulado
- Estado en el que se encuentra el informe, pueden ser los siguientes:
 - **Finalizado:** cuando está cumplimentado o validado por inspección.
 - **Pendiente cumplimentar:** generado desde el proceso automático, pero no lo cumplimentó inspección.
 - **Pendiente validar:** cumplimentado por el MAP y no visado por inspección.
 - **Caducado sin validar:** cumplimentado por el MAP, pero no validado por la inspección en el plazo previsto
 - **Anulado:** anulado por haberse emitido un informe igual posteriormente, o anulado manualmente.

Las acciones que se pueden realizar en función de los permisos y de los estados de los informes:

- **Ver.** Consulta del informe
- **Anular.** Anular el informe, si no se encuentra anulado
- **Modificar.** Se accede a la pantalla de datos del informe, para la modificación de los datos

Los informes anulados se muestran con la fila en color gris

Creación de un nuevo informe

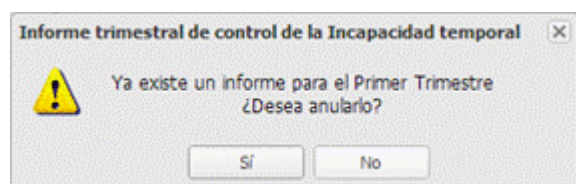
Al pulsar el botón “Nuevo Informe” en Informe médico trimestral de control de la Incapacidad Temporal, el sistema abre el formulario de Informe Trimestral. Los informes se generan teniendo en cuenta el trimestre que corresponde en el momento de la creación, las condiciones a tener en cuenta son:

- Que el paciente debe contar con un proceso IT abierto
- Si ya hay un informe generado para ese trimestre, el sistema avisa y no permite generarlo a no ser que dicho informe se anule para crear otro.
- Los días para poder generar el informe están definidos en la configuración del sistema mediante unas variables en función de la categoría del servicio del profesional.
- Para generar o modificar un informe de un trimestre concreto, (teniendo presente que un trimestre son 90 días), se crea el informe desde el primer día que finaliza el trimestre hasta los 90 días de duración del trimestre siguiente, por ejemplo:

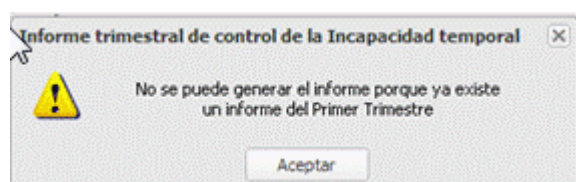
- Informe del primer trimestre
 - Médico. Desde el día 91 hasta el día 91+30
 - Inspector. Desde el día 91 hasta el día 91+89
- Informe del segundo trimestre
 - Médico. Desde el día 181 hasta el día 181+30
 - Inspector. Desde el día 181 hasta el día 181+89
- Informe del tercer trimestre
 - Médico. Desde el día 271 hasta el día 271+30
 - Inspector. Desde el día 271 hasta el día 271+89

Si ya existe un informe válido para el mismo trimestre y proceso de baja, el sistema alertará con un aviso, cuando se pulse el botón “Nuevo informe”

-usuario con permisos, el sistema avisa que existe ya un informe y si desea anularlo. Si pulsa la opción “no” del mensaje de aviso, cancela la creación de ese nuevo informe.



-sin permiso, el sistema avisa que no se puede generar porque ya existe un informe para ese trimestre.



Al acceder a la creación de un nuevo informe, se abre la pantalla con el formulario del informe distribuida en pestañas, para cumplimentar los datos del informe.

Principalmente, existe una diferencia entre el informe trimestral para cuando el usuario profesional es Médico y cuando es Inspector.

Cuando es Médico, en la última pestaña del informe “situación clínica y justificación de la IT”, el médico no cuenta con el apartado: “observaciones de la Inspección de Servicios Sanitarios”, este campo solo es para que lo cumplimente el inspector.

Estas son las imágenes:

Usuario profesional Médico

The screenshot shows a web application interface for a medical professional. The main window is titled 'Informe trimestral de control de la incapacidad temporal' and is set to 'Primer trimestre'. It has four tabs: 'Datos identificativos', 'Datos incapacidad temporal', 'Informes complementarios', and 'Situación clínica y justificación de la I.T.'. The 'Situación clínica y justificación de la I.T.' tab is active, showing a section for 'Situación clínica actual / Tratamiento efectuado, evolución y posibilidades terapéuticas' with a large text area. Below it is a section for 'Limitaciones orgánicas y/o funcionales que justifiquen el mantenimiento de la Incapacidad Temporal' with another large text area. At the bottom right, there are 'Aceptar y firmar' and 'Cancelar' buttons.

Pantalla cuando ha de rellenar el informe trimestral el Inspector, tiene como campos requeridos:

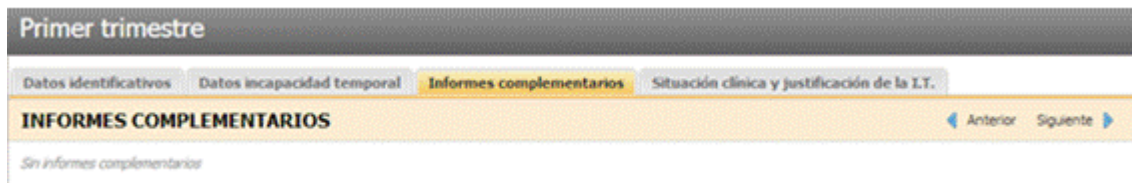
The screenshot shows the same web application interface but for an Inspector user. The 'Informe trimestral de control de la incapacidad temporal' form is open, and the 'Situación clínica y justificación de la I.T.' tab is active. A validation error message is displayed in the center: 'Informe trimestral de control de la incapacidad temporal' with a warning icon and the text 'Por favor revise el formulario, debe rellenar todos los campos obligatorios.' and an 'Aceptar' button. The form fields for 'Situación clínica actual / Tratamiento efectuado, evolución y posibilidades terapéuticas' and 'Limitaciones orgánicas y/o funcionales' are visible but empty. At the bottom, there is a section for 'Observaciones de la Inspección de Servicios Sanitarios' with a large text area. The 'Aceptar y firmar' and 'Cancelar' buttons are at the bottom right.

El informe consta como se ha mencionado de 4 pestañas:

- Datos identificativos
- Datos incapacidad temporal
- Informes complementarios
- Situación clínica y justificación de la I.T

Las tres primeras, vienen con los datos precargados y no editables, en cada uno de sus apartados. La pestaña “informes complementarios” tiene datos que vienen del proceso IT asociado al informe, este apartado contiene los tres últimos informes complementarios.

Si no tiene informes complementarios asociados, entonces se muestra el literal: sin informes complementarios



En el último apartado: Situación clínica y justificación de la IT, admite cada campo hasta un máximo de 2000 caracteres y estos campos son:

- Situación clínica actual / Tratamiento efectuado, evolución y posibilidades terapéuticas
- Limitaciones orgánicas y/o funcionales que justifiquen el mantenimiento de la Incapacidad Temporal
- Observaciones de la Inspección de Servicios Sanitarios

Son campos de obligada cumplimentación, siguiendo las siguientes premisas:

- La situación y las limitaciones son de obligada cumplimentación
 - Sólo modificable por el usuario creador. Si desde Inspección se accede a Validar el informe, no se puede modificar.
- Las observaciones sólo están visibles y las pueden rellenar aquellos profesionales con permiso
- Los campos disponen de un scroll cuando se sobrepasa el espacio reservado en pantalla y se remarcan en rojo cuando se sobrepasa el máximo

Tras generar un informe se podrá:

- **Consultar**, si el usuario tiene el permiso para ver/consultar un informe trimestral y visualizará la misma pantalla de edición solo que no siendo editables los campos. Dispone de los botones:

-Salir

-Imprimir (si el informe está en estado: Finalizado, Pendiente de validar y Anulado.) Si está Anulado, se muestra marca de agua en cada una de las pestañas.

- **Anular**, si se cumple lo siguiente:

- Historia clínica del paciente debe estar en edición
- Los usuarios que tengan permiso sobre la funcionalidad “**Anular informe médico trimestral de control de la incapacidad temporal**” podrán anular cualquier informe trimestral generado
- Los usuarios sin el permiso anterior, dispondrán de la opción de anulación cuando:
 - El proceso IT está abierto

- Se trata del último informe generado
- Está firmado por el propio usuario
 - Y en el caso de usuarios sin permiso para validar, que no esté validado el informe

Los accesos para Anular, están en:

-Pestaña de informes

-Nuevo informe trimestral (desde la pregunta de anulación para cuando ya existe otro informe del mismo trimestre para el mismo proceso IT).

-Lista de actuaciones de inspección. Informe trimestral. Rueda de opciones.

- **Imprimir informe:**

Sólo se pueden imprimir informes que se encuentren en estado:

- **Finalizado.** Firmado por inspección
- **Pendiente validar** (cumplimentado). Firmado sólo por facultativo
- **Anulado**, que esté firmado

3.12 Justificante de asistencia en consulta

Para profesionales con categoría: Médico, Enfermero, Trabajador Social, Inspector.

- Desde la consulta, al seleccionar “Informes”, en el apartado de “Justificante de asistencia en consulta”:

Mediante la pulsación del botón **Nuevo Informe** se abrirá la ventana de petición de datos:

El médico puede modificar el campo ‘Hora desde’ y ‘Hora hasta’ de permanencia en la consulta, mientras tenga la consulta sin firmar. Así como introducir unas observaciones.

En el apartado ‘**Datos del paciente**’ se visualizan el Nombre y apellidos y el Municipio donde está siendo atendido.

En el apartado '**Datos asistencia**':

- Se muestra la Fecha de la asistencia (ya sea una cita, un aviso a domicilio o atención continuada), no modificable.
- Se muestran dos campos editables para introducir la 'Hora desde' de inicio de la consulta y 'Hora hasta' de fin de la permanencia en la consulta. Estos campos muestran inicialmente los valores calculados. Es decir, para la hora inicio, se muestra la hora menor entre la de inicio del contacto y la hora del 'origen' (siendo el origen una cita, un aviso a domicilio o una atención continuada). En 'Hora hasta' se precarga la hora actual.
- En el campo Observaciones se pueden introducir hasta 200 caracteres y no es un campo obligatorio.

Al pulsar imprimir se abrirá la visualización del justificante para su impresión.

- Desde el módulo de citación para las asistencias con estado "Visitada", en el panel de Histórico de citas, aparece habilitado el botón "Justificante de asistencia":



Cuando se imprima el justificante desde esta opción, saldrá previamente también la pantalla de petición de datos, pero no se pueden modificar las horas, aparecen como no editables. Se mostrará la misma información que en el caso anterior y en los campos hora se mostrarán los valores calculados. Es decir, para la hora inicio, se muestra la hora menor entre la de inicio del contacto y la hora del 'origen' (en este caso el origen podrá ser una cita, una actividad grupal o una atención continuada). En 'Hora hasta' se muestra la hora de fin de contacto, puesto que, en este caso, el contacto está firmado. Sí se podrán introducir unas observaciones.

Justificante de asistencia en consulta

Datos del paciente

Nombre y apellidos
PACIENTE 8 FORMACION FORMACION

Municipio
LLIRIA

Datos asistencia

Fecha
28/12/2015

Hora desde
9:30

Hora hasta
10:00

Observaciones:

Imprimir **Cancelar**

Tras pulsar el botón **Imprimir**, desde cualquiera las dos opciones se mostrará el justificante de asistencia en consulta:



JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA EN CONSULTA
JUSTIFICANT D'ASSISTÈNCIA EN CONSULTA

El/La paciente **PACIENTE 8 FORMACION FORMACION**
El/La pacient **PACIENTE 8 FORMACION FORMACION**

fue atendido/a en la Institución Sanitaria correspondiente de
va ser atés en la Institució Sanitària corresponent de

25/01/2016 estaba citado el día
estava citat el dia **25/01/2016**

a las **10:00** horas, permaneciendo en la consulta del centro hasta las **10:25** de dicho día.
a les **10:00** hores, permaneixent en la consulta del centre fins a les **10:25** del dit dia.

Observaciones / Observacions

Observaciones

Y para que conste lo firmo: **FORMACION FORMACION FORMACION**
I per a que conste el firme: **FORMACION FORMACION FORMACION**

Firma / Signatura

3.13 Informe Resumen del embarazo

- Los usuarios que dispongan de un perfil de las categorías Médico o Enfermero (las Matronas se encuentran englobadas en esta categoría) podrán generar desde la aplicación SIA el "Informe Resumen del Embarazo" de un embarazo registrado a una paciente.
- Acceso "Informes":
 - Los usuarios sólo podrán consultar los informes resumen de los embarazos generados:
 - Cuando el profesional seleccione el informe "Informe Resumen del Embarazo" sólo tendrá accesible el botón "Ver" para consultar los informes generados (no se podrá modificar ni crear un nuevo informe).

- Acceso “Lista de embarazos”:

3.13.1 Generar Informe

Mediante el botón “**Generar informe resumen**” en la pantalla con la lista de embarazos, se podrá generar el “Informe Resumen del Embarazo”.



El citado botón se activará cuando:

- El usuario haya seleccionado un embarazo
- El embarazo no tenga ya generado el informe resumen. Sólo se permitirá un informe por embarazo.
- Esté editando una consulta

Cuando el usuario pulse el botón, se comprobará que el paciente tenga registrados los siguientes datos en SIA:

- Al menos 3 ítems del apartado “II MUJER Y PAREJA”:
 - N° SIP
 - País de origen
 - Edad embarazada (años)
 - Convive en pareja
 - Situación laboral gestante
 - Situación laboral pareja
 - Hábito tabáquico pregestacional

Si no se cumplen las condiciones se mostrará el siguiente mensaje informativo al usuario y no se continuará con la generación del informe resumen:



3.13.2 Consultar Informe

Cuando un embarazo tenga generado el informe resumen del mismo se mostrará en la fila con el resumen un icono “libro” que al ser pulsado abrirá el “Informe Resumen del Embarazo” generado, para su consulta o para

su impresión. Se mostrará y se podrá acceder al informe desde las consultas en edición, como en consultas de la Historia Clínica.



3.13.3 Eliminar Informe

Se mostrará en la fila con el resumen de un embarazo un icono “papelera” cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- El embarazo tenga generado el “Informe Resumen del Embarazo”
- No hayan transcurrido más de 24 horas desde que se creó
- El usuario que esté visualizando la pantalla sea el mismo que creó el informe.
- El usuario se encuentre editando una consulta y no consultando la Historia Clínica



Cuando el usuario pulse sobre el mismo se borrará el informe generado y se le mostrará al usuario un mensaje informativo con el siguiente texto:



I - LOCALIZACIÓN

1.- DEPARTAMENTO DE SALUD 2.- ZONA

3.- CENTRO DE SALUD CENTRO DE SALUD DE VALLESPICOMONT

II - MUJER Y PAREJA

4.- Nº SIP

5.- PAÍS DE ORIGEN ESPAÑA

6.- EDAD EMBARAZADA (AÑOS)

7.- CONVIVE EN PAREJA ☒ Sí ☐ No

8.- NIVEL INSTRUCCIÓN DE LA GESTANTE

9.- SITUACIÓN LABORAL GESTANTE

☐ Parada ☐ Labores del hogar

☐ Estudiante ☐ Incapacidad para trabajar/jubilada

☐ Ocupada Ocupación

10.- OCUPACIÓN PAREJA

☐ Parada ☐ Labores del hogar

☐ Estudiante ☐ Incapacidad para trabajar/jubilada

☐ Ocupada Ocupación

11.- HÁBITO TABÁQUICO PREGESTACIONAL ☐ Sí ☒ No Nº cigarrillos/día

III - EMBARAZO

12.- Nº EMBARAZOS PREVIOS

Gestaciones Abortos Partos vaginales Cesáreas Vivos

13.- CONSULTA PRECONCEPCIONAL ☒ Sí ☐ No

14.- REPRODUCCIÓN ASISTIDA ☐ Sí ☒ No

15.- EDAD GESTACIONAL 1ª CONSULTA (SEMANAS) 1 8

16.- HÁBITO TABÁQUICO EN EL EMBARAZO ☐ Sí ☒ No Nº cigarrillos/día

17.- AUMENTO DE PESO AL FINAL DEL EMBARAZO (Kgr.)

18.- EMBARAZO DE RIESGO ☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto ☐ Muy alto

Causa:

19.- RIESGO LABORAL EN EL EMBARAZO

☒ No le han informado

☐ No

☐ Sí Tipo de riesgo laboral

Medidas preventivas

20.- SEROLOGÍA

VDRL o RPR ☒ Positivo ☐ Negativo

Ig G de toxoplasma ☒ Positivo ☐ Negativo

Ig G de rubéola ☒ Positivo ☐ Negativo

AchHBs ☐ Positivo ☐ Negativo

VIIH ☒ Positivo ☐ Negativo

Hepatitis C ☒ Positivo ☐ Negativo

Chagas ☒ Positivo ☐ Negativo

21.- CRIBADO ESTREPTOCOCCO B ☐ Positivo ☐ Negativo

II - EMBARAZO

22.- PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL REALIZADAS

Biopsia corial ☐ Sí ☐ No

Crinado bioquímico ☐ Alto riesgo ☐ Bajo riesgo

Amniocentesis ☐ Normal ☐ Alterado

Translucencia nucal Feto 1 ☐ < 3 mm ☐ ≥ 3 mm Feto 2 ☐ < 3 mm ☐ ≥ 3 mm Feto 3 ☐ < 3 mm ☐ ≥ 3 mm

23.- PÉRDIDA SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

☐ No

☒ Sí Motivo ☒ No acude a visita puerperal

☐ Seguimiento privado

☐ Traslado fuera de la Comunitat Valenciana

☐ Morbilidad materna grave

☐ Otros

IV - ABORTO

24.- ABORTO ☐ Sí ☒ No

25.- TIPO DE ABORTO

☐ Espontáneo ☐ IVE ☐ Embarazo ectópico ☐ Otros

26.- SEMANAS DE ABORTO

27.- FECHA DE ABORTO Día Mes Año

V - PARTO

28.- EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)

29.- FECHA PARTO / MUERTE FETAL Día Mes Año

30.- PARTO MÚLTIPLE ☐ Sí ☒ No

31.- RESULTADO 1 Nacido vivo

2

3

32.- INICIO

☐ Espontáneo

☐ Inducido Causa

☐ Cesárea programada Causa

33.- TERMINACIÓN

☐ Vaginal eutócico

☐ Vaginal instrumentado Instrumentación

☐ Cesárea Causa

34.- ANESTESIA

☐ No ☐ Analgesia ☐ Epidural ☐ Raquíanestesia ☐ General

35.- EPISIOTOMÍA ☐ Sí ☐ No

36.- DESGARRO PERINEAL

☐ Sí Grado ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

☐ No

37.- LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PARTO

38.- ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO

☐ Sí ☐ Por la pareja ☐ Otro acompañante

☐ No

39.- PARTO NATURAL / NORMAL ☐ Sí ☐ No

40.- PRESENTA PLAN DE PARTO ☐ Sí ☐ No

VI - RECÉN NACIDO	41.- PESO del R.N. 1 (Grs.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	PESO del R.N. 2 (Grs.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	PESO del R.N. 3 (Grs.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	42.- SEXO del R.N. 1	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer			
	SEXO del R.N. 2	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer			
	SEXO del R.N. 3	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer			
VI - PUEPERIO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	43.- CONTACTO PIEL CON PIEL	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
	44.- INICIO LACTANCIA MATERNA PRECOZ					
	<input type="checkbox"/> Si	Horas de vida	<input type="checkbox"/> < 2	<input type="checkbox"/> 2 - 6	<input type="checkbox"/> > 6	
	<input type="checkbox"/> No					
	45.- ALIMENTACIÓN RN: LACTANCIA MATERNA					
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Exclusiva	<input type="checkbox"/> Predominante	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> No	
VII - ATENCIÓN SANITARIA Y ACTIVIDADES GRUPALES	46.- DÍAS VISITA PUERPERAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	47.- PROBLEMAS DE SALUD EN EL PUERPERIO	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
	48.- SE INDICA MÉTODO ANTICONCEPTIVO DURANTE EL PUERPERIO	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
	49.- REMISIÓN A					
	<input type="checkbox"/> Centro de Salud Sexual y Reproductiva					
	<input type="checkbox"/> Médico Familia					
VII - ATENCIÓN SANITARIA Y ACTIVIDADES GRUPALES	50.- Nº ATENCIONES SANITARIAS MATRONA	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	51.- Nº ECOGRAFÍAS REALIZADAS					
	<input type="text"/> 0	1er trimestre	<input type="text"/> 0	2º trimestre	<input type="text"/> 0	3er trimestre
	52.- EDUCACIÓN PRENATAL GRUPAL					
	<input type="checkbox"/> No					
	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Nº sesiones	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	Asiste pareja	
VII - ATENCIÓN SANITARIA Y ACTIVIDADES GRUPALES		<input type="checkbox"/> A todas / casi todas				
		<input checked="" type="checkbox"/> A algunas sesiones				
		<input type="checkbox"/> A ninguna				
	53.- REALIZA TALLER DE					
	Lactancia / Crianza	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
	Meseje infantil	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
	Puerperio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			

3.14 Riesgo laboral embarazo

Para profesionales con categoría: Médico

Tras pulsar **Nuevo Informe** se lanza el informe para su cumplimentación.

Guardar Limpiar

3.15 Informe Social

La generación del nuevo informe se realiza desde:

- Historia clínica → Informes → Informe social
- Historia clínica → Consulta activa → Observaciones → Informes → Informe social
- Consulta de la historia de salud → Informes → Informe social

Para profesionales con categoría: Trabajador Social

Al seleccionar el informe se muestra la lista de informes de riesgo generados con anterioridad ordenados de forma descendente.

Para cada informe generado anteriormente se muestra:



- Fecha de generación
- Usuario que lo generó
- Rueda de opciones. Las acciones posibles son:
 - o Visualizar el informe generado

En la cabecera de la lista de informes generados anteriormente se muestra un botón:

- Nuevo Informe: cuando exista una consulta activa. Al pulsar en él, se accede al formulario para el registro de un nuevo informe social.

Las opciones disponibles sobre los informes podrán ser las siguientes:

- **Ver.**
- **Modificar.**
- **Enviar a SIP.** Sólo disponible si el informe está marcado como PENDIENTE de envío

Se añade un icono informativo, delante de la rueda para informar de aquellos informes que estén marcados por estar pendientes de envío a SIP  y otro icono que indica que el informe ha sido enviado a SIP de forma satisfactoria . En el caso de que no se muestre ningún icono, indica que no se ha enviado a SIP (no dispondrá de ninguna opción de menú para su envío).

Registro de un nuevo informe social:

Tras pulsar en el botón 'Nuevo informe' se abre una ventana emergente para el registro de datos del informe:

Informe Social

A Datos del profesional

Envía: Dirigido a:

B Datos de identificación del paciente

Nombre y apellidos: S.S.P.: D.N.I.: N.I.S.S.: Documento: E.O.V.:

Profesión: Hospital: Dirección: Cód. postal:

C Nivel de estudios

D Situación socio-sanitaria

Diagnóstico Actual:

Procedimientos:

Recursos:

Tabla valoración:

Escala valoración:

E Situación laboral

F Situación económica

G Núcleo familiar

H Relación con el entorno

I Características de la vivienda

J Valoración profesional

Aceptar y Enviar Cancelar

En la parte superior de la ventana se muestra el título del informe.

Informe Social

El resto de la ventana muestra los distintos apartados del informe. Se puede navegar entre los distintos apartados usando la barra de desplazamiento vertical.

Los apartados del informe son:

- **Datos del profesional.** En este apartado se recoge la información relativa al profesional y al destinatario del informe.

En la parte superior del apartado se indica el título: **DATOS DEL PROFESIONAL**

El resto del apartado muestra la zona de datos para el informe:

- Campos fijos (no editables). Se cargarán con la información del profesional:
 - **Emite:** Nombre y apellidos del profesional en formato: *Nombre Apellido1 Apellido2*
- Campos editables:
 - Campos obligatorios: No aplica.
 - Campos opcionales:
 - **Dirigido a:** Campo de texto con información del destinatario del informe. Debe cumplimentarse.

- **Datos de identificación del paciente.** Por defecto aparecen precargados y no modificables los datos del paciente procedentes de SIP.

En la parte superior del apartado se indica el título: **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

El resto del apartado mostrará la zona de datos para el informe. Estará compuesta por campos fijos y editables:

- Campos fijos (no editables). Se cargarán con la información procedente del paciente:
 - **Nombre y Apellidos:** Nombre y apellidos del paciente en formato: *Nombre Apellido1 Apellido2*
 - **SIP:** Código SIP del paciente
 - **DNI:** Documento nacional de identidad, o equivalente para pacientes extranjeros.
 - **NSS:** Número de la seguridad social
 - **F. Nacimiento:** Fecha de nacimiento del paciente
 - **Provincia:** Provincia de residencia del paciente
 - **Municipio:** Municipio de residencia del paciente
 - **Dirección:** Dirección física de residencia del paciente
 - **C. Postal:** Código Postal
 - **E. Civil:** Desplegable con el estado civil del paciente. Las opciones son: Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a o Viudo/a.

- **Nivel de estudios.**

En la parte superior se indica el título: **NIVEL DE ESTUDIOS**

El resto de la sección lo compone el área de introducción de datos, compuesta por un área de texto modificable con el nivel de estudios del paciente, inicialmente precargado con los datos registrados en la Historia Clínica. No se trata de una información obligatoria.

Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

- Situación socio-sanitaria

En la parte superior se indica el título: **SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA**

El resto de la sección lo compone el área de introducción de datos, con los siguientes campos, precargados y modificables:

- **Diagnósticos activos:** Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con los diagnósticos de trabajador social activos del paciente, y además los diagnósticos introducidos en la consulta actual precargados. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”.
- **Ejemplo precarga:** (05/12/2016) 80.01 DIFICULTAD DE INSERCIÓN COMUNITARIA
- **Procedimientos:** Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con los procedimientos de trabajador social históricos del paciente precargados. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”
- **Ejemplo precarga:** (22/11/2016) 97 APLICACIÓN DE TABLAS/ESCALAS DE VALORACIÓN
- **Recursos:** Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con los recursos de trabajador social históricos del paciente precargados. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

- **Ejemplo precarga:** (07/12/2016) 5.74 TALLER DE FORMACION PARA EL EMPLEO

- **Tablas valoradas:** Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con las tablas valoradas del paciente precargadas. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

- **Ejemplo precarga:** (09/06/2016) Índice de Barthel : Dependiente Moderado

- **Escalas valoradas:** Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con las escalas valoradas del paciente precargadas. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

- **Ejemplo precarga:** (24/01/2017) Act.laboral por ocupación

- **Situación laboral:**

En la parte superior se indicará el título: **SITUACIÓN LABORAL**

Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con la situación laboral actual del paciente precargado de la registrada en la Historia laboral. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

- **Situación económica:**

En la parte superior se indicará el título: **SITUACIÓN ECONÓMICA**

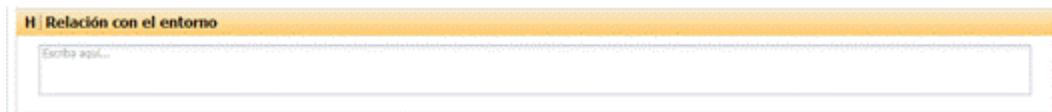
Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con la situación económica del paciente precargado de la registrada en los datos socioeconómicos. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

- **Núcleo familiar:**

En la parte superior se indicará el título: **NÚCLEO FAMILIAR**

Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con la situación del núcleo familiar del paciente precargado de la información registrada en Núcleo familiar. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

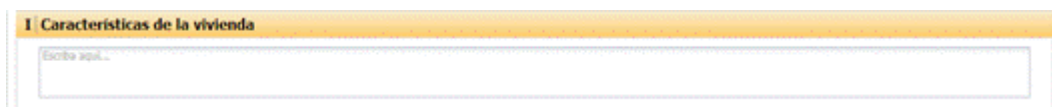
- **Relación con el entorno:**

El formulario tiene un encabezado naranja con el título 'H Relación con el entorno'. Debajo hay un campo de texto rectangular con el texto de marcador de posición 'Escriba aquí...'.

En la parte superior se indicará el título: **RELACIÓN CON EL ENTORNO**

Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con la situación de relación con el entorno del paciente precargado de la registrada en Relación con el entorno. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

- **Características de la vivienda:**

El formulario tiene un encabezado naranja con el título 'I Características de la vivienda'. Debajo hay un campo de texto rectangular con el texto de marcador de posición 'Escriba aquí...'.

En la parte superior se indicará el título: **CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

Área de texto modificable de hasta 4000 caracteres con las características de la vivienda del paciente precargadas de la registrada en Características de la vivienda. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

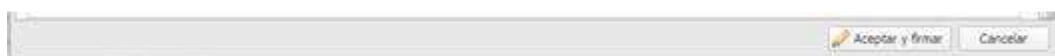
- **Valoración profesional:**

El formulario tiene un encabezado naranja con el título 'J Valoración profesional'. Debajo hay un campo de texto rectangular con el texto de marcador de posición 'Escriba aquí...'.

En la parte superior se indicará el título: **VALORACIÓN PROFESIONAL**

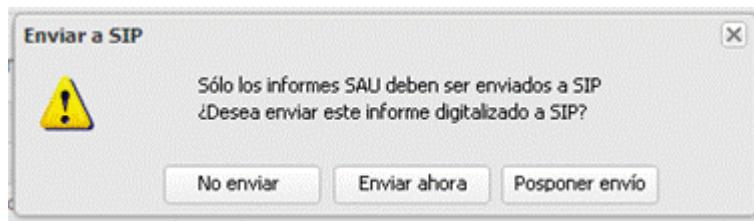
Área de texto modificable de hasta 4000. No se trata de una información obligatoria. Mientras no se haya escrito ningún texto, en el área se mostrará el texto por defecto “Escriba aquí...”

En la parte inferior se muestran dos botones con las acciones que se pueden realizar. Los botones son:

Una barra horizontal gris que contiene dos botones: 'Aceptar y firmar' con un icono de pluma y 'Cancelar'.

- **Aceptar y firmar.**

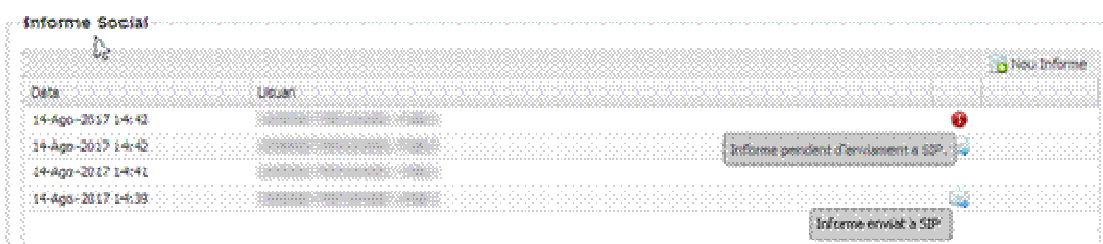
- Se muestra un mensaje que se pregunta a los Trabajadores Sociales si quieren enviar a SIP el Informe Social. En el mensaje se indicará a los Trabajadores Sociales que sólo los informes SAU deben ser enviados.



- **No enviar.** Nunca se enviará el informe a SIP.
 - **Enviar ahora.** Se realizará el envío en ese momento.
 - **Posponer envío.** Se pospone el envío para que lo realice el profesional en otro momento.
- Se firma y se almacena el informe firmado digitalmente, mostrándose en una ventana el informe generado en PDF para su impresión.
 - Se activa automáticamente la alerta de riesgo social, si no la tiene activada.
 - Se guarda un registro con el usuario que ha generado el informe junto a la fecha y hora de generación. Este apunte se visualizará en la lista de informes sociales al cerrar la ventana con el PDF.

En la columna del icono se mostrará la información de la siguiente forma:

- Sin icono. El informe no se ha enviado a SIP desde la aplicación y no dispondrá de ninguna opción de menú para su envío. Aparecerá en:
 - Informes anteriores a la mejora de envío a SIP desde la aplicación
 - Informes que el usuario haya respondido con “No enviar”
- Icono . El informe se ha enviado a SIP desde la aplicación de forma satisfactoria.
- Icono . El informe está pendiente de envío a SIP desde la aplicación. El usuario debe realizar el envío de forma manual en el momento que considere.



- Se registra en el apartado de observaciones de la consulta activa un apunte:



- **Cancelar.** Cierra la ventana de registro del informe sin almacenar ninguna información, volviendo a la lista de informes sociales del paciente.

3.15.1 Imprimir el informe y registro del informe impreso

Al firmar, se genera el informe social con los datos introducidos:

En el informe se muestran todos los campos registrados en pantalla, manteniendo el orden de los apartados.

Formato del informe:

- Se muestran los literales de forma bilingüe (castellano/valenciano), mostrándose el valenciano en cursiva.
- En todas las páginas del informe se muestra la cabecera y pie.
 - o Cabecera:
 - Logo de la Conselleria de Sanitat.
 - Título del informe.
 - o Lateral: Se muestra el identificador único del informe.
 - o Pie:
 - Fechas de control
 - Número de página
 - Identificación del servicio

Se añade un nuevo apartado en el informe impreso para informar los datos del emisor y de la emisión.

Ejemplo de impreso:

The image shows three pages of a social report form from Generalitat Valenciana. The form is titled 'INFORME SOCIAL' and 'INFORME SOCIAL INFORME SOCIAL'. It contains various sections for data entry, including patient information, family unit, economic situation, family characteristics, professional evaluation, and data of the issuer. The form is bilingual, with Spanish and Valencian text. The pages are numbered 1 de 3, 2 de 3, and 3 de 3. The footer of each page includes the date of control, the page number, and the identification of the service.

3.15.2 Consulta y reimpresión de un informe social

Al pulsar en el botón de visualizar se genera el informe en pantalla con los datos del informe previamente generados, de forma que se pueda reimprimir.

Todos los datos del informe son los que se tienen almacenados del momento en que se registró, excepto la fecha de impresión del pie de página que es la fecha y hora del momento actual.

3.15.3 Envío a SIP del informe social

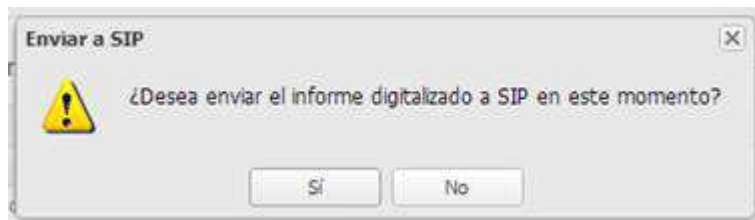
Tras realizar la firma y guardarse el informe social se procede a realizar el envío digitalizado del mismo a SIP. El envío se realiza notificando el resultado del envío realizado mediante una ventana con los siguientes mensajes.

En la creación de un informe, tras guardarlo se le pregunta si se desea enviar el informe digitalizado a SIP en ese momento.

- Si se responde que SÍ, se procede a su envío y se le informará del resultado de la comunicación mediante un mensaje en pantalla
 - Envío OK.
Mensaje: Informe enviado correctamente a SIP
Acción: Se marca como ENVIADO
 - Envío FALLADO.
Mensaje: El envío del informe a SIP ha fallado. Por favor, inténtelo más tarde o utilice otros medios para su envío.
Acción: Se marca como PENDIENTE de envío
- Si se responde que NO, queda PENDIENTE de envío.

En la **modificación** de un informe social se actuará de la siguiente forma:

- Informe enviado o pendiente de envío a SIP. Se mostrará la ventana actual para que el profesional decida si desea enviar las modificaciones en el momento o posponer su envío. No se ofertará la posibilidad de no realizar el envío ya que el informe ya se envió o se indicó que se deseaba enviar a SIP. El profesional podrá enviarlo en ese momento (respuesta Sí) o dejarlo pendiente de envío (respuesta No).




- Informe marcado para no enviar (o informe antiguo). En este caso no se enviarán las modificaciones ni se preguntará al profesional de nuevo si desea enviarlo, ya que en su creación de decidió que no procedía el envío a SIP. En el caso de que sea necesario su envío a SIP el profesional podrá generar un nuevo informe.

3.16 Informe de Seguimiento Judicial de la Adicción

Este informe está disponible para los perfiles de categoría Médico (en esta categoría se incluye el perfil Psicólogo) y Enfermero de los Servicios Homologados de Conductas adictivas.

Se permitirá crear un informe nuevo cuando la casilla “Requiere informes judiciales de seguimiento”, correspondiente al examen ‘Evaluación de la adicción (SECAD)’, tenga una respuesta afirmativa (sea igual a SI).

En función del valor seleccionado en campo contexto (terapéutico/alta) el contenido del apartado dentro del informe variara:

**GENERALITAT
VALENCIANA**
CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL
Y SALUD PÚBLICA

INFORME DE SEGUIMIENTO JUDICIAL DE LA ADICCIÓN

D.
con el nº de colegiado , de la Unidad de Conductas Adictivas de

Dirección
Teléfono: fax: E-mail:

INFORMA a solicitud de
Causa. nº
Ejecutoria
Años de seguimiento
Fecha de Inicio Fecha de Finalización
Notificación a sobre el paciente:

Don/Doña con el DNI
domiciliado en de

QUE:
Durante , el paciente:

a) Evolución: La evolución ha sido
b) Seguimiento del tratamiento: el paciente a las visitas programadas
c) Controles de orina: los controles realizados para la detección del consumo de sustancias ha sido

d) Cambio de contexto

1. Este paciente está recibiendo tratamiento en
pero debido a la dificultad en el mantenimiento de la abstinencia en el
actual recurso se plantea un cambio de recursos asistencia a
 ☐ Sí ☐ No

Observaciones:

Lo que se informa a los efectos oportunos

26/01/2016,
Fecha y firma

26/01/2016

Página 1 de 1
Ttroc: Fax:

Imprimir y Guardar

INFORME DE SEGUIMIENTO JUDICIAL DE LA ADICCIÓN

D. [redacted]
con el n° de colegiado [redacted], de la Unidad de Conductas Adictivas de [redacted]

Dirección: [redacted]

Teléfono: [redacted] fax: [redacted] E-mail: [redacted]

INFORMA a solicitud de [redacted]

Causa. n° [redacted]

Ejecutoria [redacted]

Años de seguimiento [redacted]

Fecha de Inicio [redacted] Fecha de Finalización [redacted]

Notificación a [redacted] sobre el paciente:

Don/Doña [redacted] con el DNI [redacted]
domiciliado en [redacted] de [redacted]

QUE:

Durante [redacted], el paciente:

- a) Evolución: La evolución ha sido [redacted]
- b) Seguimiento del tratamiento: el paciente [redacted] a las visitas programadas
- c) Controles de orina: los controles realizados para la detección del consumo de sustancias ha sido [redacted]

d) Cambio de contexto [redacted]

1. El paciente está en remisión total sostenida objetivada con controles de tóxicos en orina por lo que se solicita el alta terapéutica

Observaciones:

[redacted]

Lo que se informa a los efectos oportunos

[redacted]

Fecha y firma

26/01/2016

Página 1 de 1


Tfno: [redacted] Fax: [redacted]

Imprimir y Guardar

3.17 Hoja de Información al paciente y consentimiento Informado

En el informe de “Hoja de Información al paciente y consentimiento informado” se cargarán los datos del paciente, su SIP, el centro desde donde se está realizando la petición y la fecha del mismo.

En el caso que el paciente tenga un responsable de su cuidado los datos a cargar serán los del cuidador que se hayan rellenado previamente en la hoja de seguimiento. Siempre y cuando el informe se esté generando desde la ‘Hoja de seguimiento REFAR’ y se tenga una valoración realizada para la fecha en la que se está generando el informe.



AGENCIA VALENCIANA DE LA SALUD
D.G. DE FARMACIA Y PRODUCTOS

PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LOS PACIENTES CRÓNICOS Y POLIMEDICADOS (REFAR)

ANEXO 1: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el marco general de la atención farmacéutica a pacientes crónicos y polimedicados, se ha diseñado por la Agencia Valenciana de Salud, el Programa REFAR (Revisión Farmacoterapéutica) como coordinación de las actuaciones de los profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, enfermeros,...) que participan en el cuidado del paciente crónico (con tratamientos pautados para más de 6 meses) y polimedicado.

Los objetivos de este Programa son:

1. Mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente crónico polimedicado
2. Revisar la medicación pautada al paciente y detectar los problemas derivados del uso de medicamentos
3. Mejorar el conocimiento de los pacientes respecto a la utilización e indicaciones de los medicamentos

Su participación en el Programa es voluntaria y le reportará considerables beneficios en el seguimiento de los tratamientos que tiene pautados. No obstante, deberá colaborar con el personal del Centro para su evaluación inicial y posterior seguimiento. Los datos que se obtengan de su colaboración en este Programa serán tratados con carácter confidencial y de acuerdo a la Ley de protección de datos de carácter personal, Ley 15/1999, de 13 de diciembre, y su posterior desarrollo por RD 1720/2007 de 21 de diciembre.

Yo **PACIENTE 5 FORMACION FORMACION**
con SIP **5** y centro **CAP DE VILAMARXANT**
he leído la hoja informativa y se me ha ofrecido suficiente información sobre el Programa
por lo que presto libremente mi conformidad para participar en el mismo.

VILAMARXANT
26 de enero de 2016

Firma del paciente

Firma del cuidador

Guardar

Al seleccionar el tipo de informe “Consentimiento Informado” se podrán realizar dos acciones:

- **Nuevo Informe:** Abrirá el informe con los datos del paciente, el lugar (ciudad o pueblo del centro de atención) donde se está pidiendo el informe y el momento (dd/mm/aaaa hh:mm). Esta información se quedará registrada para poder ser revisada en cualquier momento.

Ver: Esta opción permitirá visualizar el informe creado con anterioridad seleccionándolo en el histórico de informes.

3.18 Parte de Lesiones de Violencia de Género/Domestica.

Permitir el acceso al Parte de Lesiones de la aplicación SIVIO desde la aplicación SIA.

Se accederá al Parte de Lesiones de SIVIO para su nueva creación desde el apartado “Informes”, que aparece en:

- Menú Acciones> Informes.
- Icono Informes (apartado observaciones).

Para su cumplimentación se deben dar las siguientes condiciones:

- La consulta en edición incluya diagnósticos de violencia de género.
- El usuario pertenezca a la categoría Médico.
- El paciente tenga 14 años o más.
- No se haya realizado el Parte de Lesiones para dicha consulta.

Tras crear un nuevo Parte de Lesiones, se incorporará a la consulta en edición la información relativa al Parte de Lesiones realizado, con el número de caso proporcionado por SIVIO, dentro del apartado Plan.

3.19 Programa de continuidad de cuidados del TMG

Mediante la pulsación del botón **Nuevo Informe** se lanza el informe para su cumplimentación.

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL TMG

REGISTRO

Apellidos y Nombre: _____
 Nº SIP: _____ Nº S.S.: _____ D.N.I.: _____
 Nº historia: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: **H** Estado civil: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ CP: _____
 Provincia: _____
 Teléfono: _____
 Situación laboral: _____ Nº hijos dependientes: _____
 Idioma preferentemente: _____
 Grupo étnico: _____

Nombre	Dirección	Teléfono	Contactado	Derivado/ Enviado	Atendido
Cuidador principal					
Facultativo de referencia					
Trabajador social					
Enfermería					
Médico de cabecera					
Coordinador de cuidados/ Mediador:				Teléfono:	

Página 1 de 4

South London and Maudsley NHS
Adaptado por María Ballester Gil de Pareja

RESUMEN DE NECESIDADES:

Necesidades en Salud Mental (síntomatología, necesidades psicológicas, medicación, efectos secundarios de la medicación)

Necesidades de la Familia

Relaciones Sociales

Alojamiento/Residencia

Economía (nivel de ingresos, ayudas oficiales a la vivienda, ayudas por incapacidad)

Actividades de la vida diaria (trabajo, formación, educación, ocio)

Habilidades básicas

Estado físico (incluir la última revisión realizada y resultados)

Conductas de riesgo (incluir abuso de alcohol y drogas, riesgo de daño a sí mismo)

Servicios de cuidado no disponibles (hace referencia a aquellas necesidades que han sido evaluadas y no pueden ser satisfechas debido a la no disponibilidad de los recursos, perjudicando así al programa de cuidados).

MEDICACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS:

Proporcione todos los detalles de la medicación prescrita y/o la ya existente. La información relevante debe incluir los siguientes datos: quién ha prescrito la medicación, cuál es la dosis prescrita y la pauta de administración, y la información relacionada con los posibles efectos secundarios.

PLAN DE URGENCIA: ☐ Sí ☐ No

PLAN DE CRISIS:

Signos tempranos de alarma/ Indicadores de recaída

Naturaleza de la respuesta del servicio a una crisis/ Respuesta fuera de horas

Indicar si existe algún riesgo particular que deba ser considerado en el momento de crisis

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Indicar diagnóstico según código ICD-9 y/o descripción del diagnóstico principal

VALORACION FUNCIONAL:

Inchir resultados de los Test de EEAG y HONOS

CONTRATO TERAPEUTICO:

Usuario del servicio

Firma: PACIENTE 5 FORMACION FORMACION

Fecha:

Cuidador

Firma:

Fecha:

Coordinador de cuidados

Firma:

Fecha:

Otras firmas:

Guardar **Limpiar**

3.20 Propuesta de Alta Médica.

El proceso de Propuesta de Alta Médica (PALM) consta de 3 fases:

- Emitir** una propuesta de alta médica (Fase 1)
- Respuesta** a una propuesta de alta (Fase 2)
- Valorar** respuesta a propuesta de alta (Fase 3)

Emitir una propuesta de alta médica (Fase 1)

Para poder crear una Propuesta de Alta Médica:

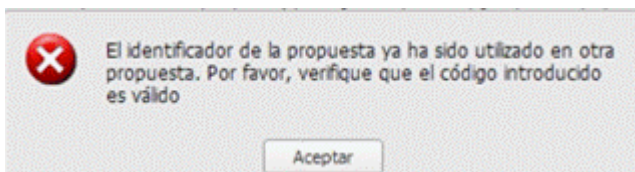
- El paciente debe tener un proceso de incapacidad temporal en curso.
- Contar con el permiso.

Al tener el proceso abierto y la consulta activa, muestra el botón de “Nuevo informe”:

Las condiciones para la cumplimentación de los datos son las siguientes:

Identificador de la propuesta. Máscara de datos 0000.PA.YYYYMMDD.000, en la que se debe completar:

- con valores numéricos los 0 de la máscara
- y con un valor fecha el identificador de la máscara YYYYMMDD.
- No se permite repetir un identificador, en este caso, se avisa al usuario mediante el siguiente mensaje:



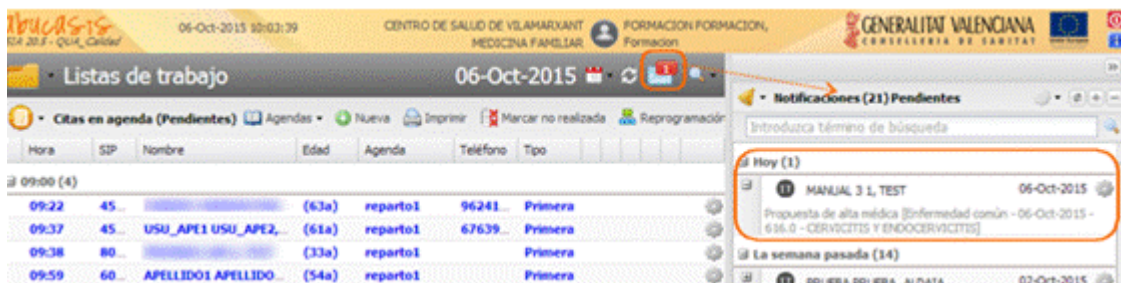
Nombre de la mutua. Mínimo 3 caracteres y máximo 70 caracteres

Una captura de pantalla del formulario 'Emitir propuesta de alta médica'. El texto de la ventana indica que se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo de la Mutua, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente, para que informe a esta Inspección en el plazo improrrogable de 3 días. Los campos de entrada muestran: 'Identificación de la propuesta: 1313.PA.20151006.123' y 'Nombre de la Mutua: Mutua del trabajador'. En la parte inferior hay dos botones: 'Aceptar y firmar' (con un icono de lápiz) y 'Cancelar'.

Tras informar con un formato de fecha correcto, e informar los dos campos, se pulsa en “Aceptar y firmar”.

Una captura de pantalla del formulario 'Emitir propuesta de alta médica'. El texto de la ventana indica que se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo de la Mutua, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente, para que informe a esta Inspección en el plazo improrrogable de 5 días. Los campos de entrada muestran: 'Identificación de la propuesta: 0013.PA.20160121.003' y 'Nombre de la Mutua: Adeslas'. En la parte inferior hay dos botones: 'Aceptar y firmar' (con un icono de lápiz) y 'Cancelar'.

Cuando se genera una nueva propuesta, **se envía un aviso al buzón del médico asignado al paciente**, para indicarle que tiene una propuesta generada.



Se puede generar una Propuesta de Alta Médica desde:

- Historia Clínica – Pestaña Actuaciones de inspección – Proceso abierto - Informes
 - Generar propuesta de alta
 - Respuesta a propuesta de alta
 - Valorar respuesta a propuesta de alta
- Historia Clínica – Pestaña Actuaciones de inspección –Desplegable – Informes – Propuesta de alta médica
 - Consultar
 - Modificar
- Historia Clínica – Pestaña Incapacidad temporal – Proceso abierto:
 - Generar propuesta de alta
 - Respuesta a propuesta de alta
 - Valorar respuesta a propuesta de alta
- Historia Clínica – menú acciones – Informes // Historia Clínica – ayudador Observaciones – Informes – Propuesta de alta médica
 - Nuevo informe (inspector y médico)
 - Ver (inspector y médico)
 - Modificar (inspector)
 - Respuesta a propuesta de alta (esta opción la ve el médico)
 - Valorar respuesta a propuesta de alta (inspector)
- Menú principal - Actuaciones de inspección // Historia Clínica – Pestaña Actuaciones de inspección
 - Consulta informe
 - Buzón de notificaciones:
 - Buzón de notificaciones del profesional

Los días habilitados para la respuesta del médico y la valoración final por parte del servicio de inspección se gestionan por configuración del sistema. Inicialmente son 7 días. Según esta configuración inicial, el profesional con permisos:

- Ve y puede emitir una respuesta en los siguientes 3 días.
- Se permite la valoración en los siguientes 15 días a los de la creación.

Las fases que contemplará el documento del informe son:

- Fase 1. Datos de la propuesta + Identificación de la propuesta
- Fase 2. Datos del pronunciamiento del médico
- Fase 3. Datos de pronunciamiento de la inspección (valoración final)

El médico ve estas opciones desde un Informe Palm:

- Ver
- Respuesta a propuesta de alta
- Valorar respuesta a propuesta de alta

El diseño del nuevo informe será el siguiente:



GENERALITAT VALENCIANA
CONSSELLERIA DE SANITAT

**INCAPACIDAD TEMPORAL
PROPUESTA DE ALTA MÉDICA**

IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA: 1231.PA.32132132.132

DATOS DEL TRABAJADOR
Apellidos y Nombre: TEST MANUAL 3 1
SIP: 6000021 NAF: 46/01031944/62 DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN
Fecha de la baja: 14/07/2015
Ocupación: NO APLICA
Diagnóstico: 487.1-GRIPE CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS
Facultativo: MEDICO INSPECCION, USUARIO 13
Centro de salud: CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT
Mutua: Mutua del paciente w

Adjunto se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo de la Mutua, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente, para que informe a esta Inspección en el plazo improrrogable de 3 días

El Médico / Enfermero Inspector
Sello y firma: USUARIO 13 MEDICO INSPECCION
Fecha 14/07/2015

No estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica por las siguientes razones:
Prueba

El facultativo
Sello y firma: USUARIO 13 MEDICO INSPECCION
Fecha 14/07/2015

Por este motivo, esta Inspección de Servicios Sanitarios informa lo siguiente:
Prueba valoración

El Médico / Enfermero Inspector
Sello y firma: USUARIO 13 MEDICO INSPECCION
Fecha 14/07/2015

Generado el 14/07/2015 a las 10:40:47
Modificado el 14/07/2015 a las 12:38:52

Respuesta a una propuesta de alta (Fase 2)

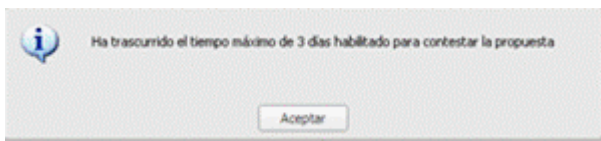
La opción para la contestación está accesible para los usuarios con permisos desde las siguientes ubicaciones:

- En la lista de opciones de un proceso de baja, de la pestaña de Actuaciones de inspección, en el apartado de informes, **Respuesta a propuesta de alta**
- En la lista de opciones de un proceso de baja, de la pestaña de Incapacidad temporal, **Respuesta a propuesta de alta**
- En la pantalla de informes, seleccionado Informe de propuesta de alta, opción **Respuesta a propuesta de alta**

Para poder disponer de la opción de responder a una propuesta de alta:

- El paciente debe tener un proceso IT abierto
- El profesional debe tener permisos y encontrarse editando una Historia Clínica.
- La propuesta debe ser la última generada y estar en estado “Emitido”.

Al acceder a responder una propuesta de alta, se verifica que el usuario se encuentra dentro del plazo habilitado para ello. En caso contrario al pulsar sobre la opción se le indica que ha transcurrido el plazo de X días habilitados para contestar la propuesta.



Una respuesta de alta se puede modificar desde la pantalla de informes, seleccionado Informe de propuesta de alta, opción **Modificar** de la rueda de opciones de un informe. Para poder modificarla, se debe cumplir las siguientes condiciones:

- El usuario que intenta modificar es el mismo profesional que la generó
- Durante el día de generación
- El proceso IT esté abierto
- No se ha valorado la propuesta. Se encuentre en estado “Contestado”
- No se ha emitido una nueva propuesta

Cuando el profesional pulsa sobre alguna de las opciones de respuesta o modificación de una respuesta se abrirá la siguiente pantalla:

La pantalla muestra un formulario para responder a una propuesta de alta. El título es "Respuesta a propuesta de alta". El contenido principal indica: "Adjunto se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo de la Mutua, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente, para que informe a esta Inspección en el plazo improrrogable de 3 días".

Sección de identificación:

- Identificación de la propuesta: **1313.PA.20151006.123**
- Nombre de la Mutua: **Mutua del trabajador lesionado**
- Médico/Enfermero Inspector: **INS 1 MANUALES CENTRO 1 PFMAN NO** Fecha: **06/10/2015**

Sección de acción:

Si está de acuerdo con la propuesta de alta de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social por favor pulse Emitir parte de alta, en caso contrario rellene las razones de desestimación y pulse Aceptar y firmar

Sección de texto libre:

No estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica por las siguientes razones:

texto libre

Botones de acción:

- Aceptar y firmar
- Emitir parte de alta
- Cancelar

Las distintas partes de esta pantalla de respuesta son:

- **Datos de carga** con la identificación de la propuesta, nombre de la mutua y datos del médico inspector que emite propuesta de alta.
- **Texto no modificable** donde se está de acuerdo con la propuesta de alta
- **Cuadro de texto libre** donde no se está de acuerdo con la propuesta de alta y se explica las razones: (mínimo de 10 caracteres y máximo de 512).

Botonera inferior de la ventana:

-Aceptar y firmar:

Al rellenar el “no estoy de acuerdo” se acepta y firma y las acciones serán:

- el estado de la propuesta pasa a “**contestada**”
- se guarda que el profesional no está de acuerdo

-Emitir parte de alta:

Se pulsa el botón cuando se está de acuerdo con la propuesta de alta:

- también se cambia el estado de la propuesta a “**contestada**”
- se guarda que el profesional está de acuerdo y se emite el alta con la fecha del día.
- cierra la ventana y abre la de cumplimentación del parte de alta

-Cancelar:

Se cancelan los cambios realizados y se cierra la pantalla de respuesta a PALM.

En función de la respuesta de respuesta de alta, se darán estas circunstancias:

-Se dio el alta: no se puede acceder a la modificación por no encontrarse abierto el proceso IT.

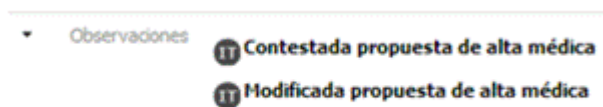
-Se indicó que se daba el alta y no se realizó de alta del proceso. Se accede a la pantalla sin datos registrados en el apartado de las razones por las que no está de acuerdo.

-Indicó que no estaba de acuerdo. Se accede a la pantalla con los datos registrados en el apartado de las razones por las que no está de acuerdo.

En la Consulta Activa se registrarán los siguientes apuntes en el apartado

“Observaciones” en función de la acción que se haya realizado:

-Si ha contestado “no estoy de acuerdo” se realiza el siguiente apunte, al contestar y modificar una respuesta:



-Si ha contestado que emite el alta. No se registra apunte en la Consulta, ya que en este caso el alta genera su propio apunte.

Cuando se ha emitido el alta y se accede a la consulta del informe, no se ven datos en la fase 2 del mismo. Sólo se ven los datos de la propuesta realizada y el informe tiene fecha de modificación.
Ejemplo de informe en estado “**Contestado**”:

IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA: 1313.PA.20151006.123

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombre: PAC_MANUAL_AYUDA APELLIDO1 APELLIDO2

SIP: 6000021

NAF: 46/ /62

DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Fecha de la baja: 06/10/2015

Ocupación: 3715 - Animadores comunitarios

Diagnóstico: 616.0 - CERVICITIS Y ENDOCERVICITIS

Facultativo: FORMACION FORMACION, FORMACION

Centro de salud: CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT

Mutua: Mutua del trabajador lesionado

Adjunto se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo de la Mutua, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente, para que informe a esta Inspección en el plazo improrrogable de 3 días

El Médico / Enfermero Inspector

Sello y firma: INS 1 MANUALES CENTRO 1 PFMAN NO TOCAR

AwCGH36pJHS01D5eDwXpP7fP5eA0R26J8xq8cZrswE/11Bz7xmURAB1U17e6ZvV9+ C6X1e2
g61u0pN6mYYX+86A158R0Y78u0TPI/Nha5PHN+n+M+IGC772FW5Vg7Ye35+2r2j6K/Kd77
hQyVWZAYROKZ713Pph+zaLJCG54K/vyIGZ2WU0dL76tvC1+U+qUodPLyKkPqSVVwVSwew/pZV
ML3+1MNDRxSXNYXhAwJWedV/125vMVvNC1C4z7UpOE6KufW3FuoLdWdUgLaXhVhA5v8KSEagKfs
k11vZPRzqBwAcoGVTKOV+56P+GMORBVlyQwQ==

Fecha 06/10/2015

No estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica por las siguientes razones:

texto libre

El facultativo

Sello y firma: FORMACION FORMACION FORMACION

MmvdTmyv0GLjVp9NosAVC2gGef5YFZfCkAyyZMtoD56opKPh1P9j2wFwV13uFyRaJyGU37W
Q2bsGpSVpVdZAh1p0U+1EGPHbYxy0qjJ1FudqawHQ2WzH32OE7TR0s11eFy4370WxChoaaj
cGAJLQPrOwTFHX7RZtoM6LMRZ7Bj5nwlgaR0qVeTgoL9cQnBx5WcdEQ7IG2HkZ58mB6MCDu5
GoSDJNskRBGPRP0EZTRJ6SfUfduMKAUAXOFU99EZx6XwIfp/80z4nPD33hchFS0xAdBuGHedvVN
ncDKm84KlupsK3fucSQT56o+Mzy5W0eHD+jaXA==

Fecha 06/10/2015

Gen: 06/10/2015 09:37:35 (Mod: 06/10/2015 10:18:29)
Imp: 06/10/2015 09:37:35

Valorar respuesta a propuesta de alta (Fase 3)

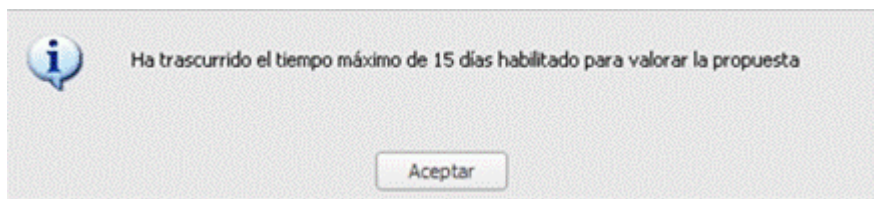
Se realiza la valoración final desde las siguientes ubicaciones:

- La lista de opciones de un proceso de baja, de la pestaña de Actuaciones de inspección, en el apartado de informes, **Valorar respuesta a propuesta de alta**
- La lista de opciones de un proceso de baja, de la pestaña de Incapacidad temporal, **Valorar respuesta a propuesta de alta**.
- La pantalla de informes, seleccionando informe de propuesta de alta, opción **Valorar respuesta a propuesta de alta**.

Para poder valorar una propuesta se necesita:

- El paciente ha de tener un proceso IT abierto
- El profesional ha de disponer de permisos y encontrarse editando una Historia Clínica
- La propuesta ha de ser la última generada y estar en estado “Contestado” o “Emitido”

Al acceder a valorar una propuesta de alta, se verifica si el usuario se encuentra en el plazo habilitado para ello. Si no está en plazo, el sistema avisa:



La opción para modificar una valoración de una respuesta a una propuesta de alta está en la pantalla de informes, opción **Modificar** de la rueda de opciones de un informe y se puede realizar cuando:

- El profesional que va a realizar la modificación es el mismo profesional que generó la valoración de la respuesta
- Durante el día de generación
- El proceso IT está abierto
- No se ha emitido una nueva propuesta

Cumpliendo con estas condiciones, al pulsar sobre alguna de las opciones de valoración o modificación de una valoración, se abre la siguiente pantalla:

Una ventana de software titulada "Valorar respuesta a propuesta de alta".
- Encabezado: "Valorar respuesta a propuesta de alta" con un icono de carpeta y el mismo título.
- Texto principal: "Adjunto se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo de la Mutua, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente, para que informe a esta Inspección en el plazo improrrogable de 3 días".
- Datos de la propuesta:
 - Identificación de la propuesta: **1313.PA.20151006.123**
 - Nombre de la Mutua: **Mutua del trabajador lesionado**
 - Médico/Enfermero Inspector: **INS 1 MANUALES CENTRO 1 PFMAN NO** Fecha: **06/10/2015**
 - TOCAR INSPECCION
- Sección de objeciones:
 - "No estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica por las siguientes razones:"
 - "texto libre introducido por el profesional"
- Datos del facultativo:
 - "El facultativo: **FORMACION FORMACION FORMACION** Fecha: **06/10/2015**"
- Instrucciones:
 - "Si está de acuerdo con el facultativo y no procede el alta por favor rellene la valoración y pulse Aceptar y firmar, en caso contrario, pulse Emitir parte de alta"
- Campo de valoración:
 - "Por este motivo, esta Inspección de Servicios Sanitarios informa lo siguiente:"
 - "texto libre de la valoración" (dentro de un cuadro de texto)
- Botones de acción:
 - "Aceptar y firmar" (con icono de lápiz)
 - "Emitir parte de alta" (con icono de flecha verde)
 - "Cancelar"

Si el médico no ha generado una valoración a la propuesta, se muestra la misma pantalla anterior, pero indicando que no hay respuesta a la propuesta.

Valorar respuesta a propuesta de alta

Adjunto se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo de la Mutua, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente, para que informe a esta Inspección en el plazo improrrogable de 3 días

Identificación de la propuesta: **1313.PA.20151006.123**
Nombre de la Mutua: **Mutua del trabajador lesionado**
Médico/Enfermero Inspector: **INS 1 MANUALES CENTRO 1 PFMAN NO** Fecha: **06/10/2015**
TOCAR INSPECCION

No estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica por las siguientes razones:

SIN RESPUESTA

El facultativo: _____ Fecha: _____

Si está de acuerdo con la propuesta de alta pulse Emitir parte de alta, en caso contrario, indique el motivo y pulse Aceptar y firmar

Por este motivo, esta Inspección de Servicios Sanitarios informa lo siguiente:

texto libre

Aceptar y firmar Emitir parte de alta Cancelar

En la pantalla, el profesional podrá:

-No estar de acuerdo con la propuesta, indica las razones por las que no da el alta introduciendo un mínimo de 10 caracteres y máximo de 512 y pulsa sobre “Aceptar y Firmar”. Las acciones que realizará:

- Se modifica el estado de la propuesta a “Valorada”
- Se guarda: como respuesta de que el profesional no está de acuerdo, las observaciones indicadas y la firma del profesional a los datos indicados.
- Se puede imprimir el informe, abriéndose el PDF con el texto de la propuesta.

-Emitir parte de alta. Al pulsar sobre la opción Emitir parte de alta, se realizan las siguientes operaciones:

- Se modifica el estado de la propuesta a “valorada”
- Se guarda:
 - como respuesta que el profesional está de acuerdo
 - que se emite el alta con la fecha de día
 - la firma del profesional a los datos indicados

Esta acción cierra la ventana y abre la ventana para cumplimentar el parte de alta.

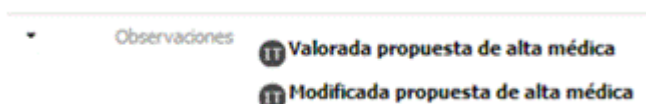
-Cancelar. Se cancelan los cambios realizados y se cierra pantalla de valoración de propuesta de alta.

En las modificaciones se pueden dar estas circunstancias:

- **Se dio el alta.** No se puede acceder a la modificación por no encontrarse abierto el proceso IT
- Se indicó que **se daba el alta y no se realizó de alta** del proceso. Se accede a la pantalla sin datos registrados en el apartado de las razones por las que no está de acuerdo.
- Indicó que **no estaba de acuerdo.** Se accede a la pantalla con los datos registrados en el apartado de las razones por las que no está de acuerdo.

En la Consulta Activa, en función de la acción que se haya realizado, se registran estos apuntes en el apartado “Observaciones”:

-Si ha contestado “No está de acuerdo”; al valorar una propuesta y al modificar una valoración.



-Si ha contestado que emite el alta, no hay registro de apunte en consulta ya que el caso de alta ya genera su propio apunte.

Caso especial: La Fase 2 es contestada con Alta no emitida

Cuando en la fase 3, se da que la respuesta a la fase 2 ha sido un alta pero el usuario no ha dado el alta realmente, el comportamiento es el mismo que si no se hubiese respondido a la propuesta. En este caso, se queda registrado que el profesional médico respondió dando el alta y la inspección registra que no tiene respuesta por parte del médico y emite su valoración final.

En estas situaciones, al acceder a la consulta del informe, no se ven datos en la fase 3, (valorar respuesta a propuesta), del mismo. Sólo se ven los datos de la propuesta realizada y de la fase 2, (respuesta a una propuesta) del informe.

-Propuesta valorada con las 3 fases rellenadas:



INCAPACIDAD TEMPORAL PROPUESTA DE ALTA MÉDICA

IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA: 1313.PA.20151006.123

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombre: PAC_MANUAL_AYUDA APELLIDO1 APELLIDO2

SIP: 6000021

NAF: 46/ /62

DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Fecha de la baja: 06/10/2015

Ocupación: 3715 - Animadores comunitarios

Diagnóstico: 616.0 - CERVICITIS Y ENDOCERVICITIS

Facultativo: FORMACION FORMACION, FORMACION

Centro de salud: CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT

Mutua: Mutua del trabajador lesionado

Adjunto se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo de la Mutua, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente, para que informe a esta Inspección en el plazo improrrogable de 3 días

El Médico / Enfermero Inspector

Sello y firma: INS 1 MANUALES CENTRO 1 PFMAN NO TOCAR

AwCQH36gJH501D1SoDWKQ9P7TgPSoA0R26J08xqBcZrsW6/T1Bz7xmuURAB1U17e62NVL9+C6X1e2
g61uOpeN5mYX+B6A150R6Y78usGTPEHpa5PH6+n+M+RG772PW5Vg77Ye35+2r2j6K/K677
hQyLWZAYR0KZ713Pph+zslJ0054K/ny8GZ2WUDtL76vCI+U+qJodPLy0kPqVvms5Brew/p2V
M13+1MNDRuSKNYXhAw2W6dV/120vMvNc1CAz7Up066KcFW3FuoLcWdUgUaxKHvAx5vBKSz2gK9s
K13vZPR2qBvAcoGVt0V+56P+GMOR8VfyQzwQ==

Fecha 06/10/2015

No estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica por las siguientes razones:
texto libre introducido por el profesional

El facultativo

Sello y firma: FORMACION FORMACION FORMACION

ysAobmngtN1F89qitN34bgStzPzKK80Ob3DrcWe7wCF3n1NBcseLDZvvtTPFmJAAIESAhp17
Jhms1W2NS5DVRu9v900xQFvaAtq9KCO0x6b1Efouqu0eOn84bLPPg8PxmowpAZX1NCO5hJ
p9p/ybXXWZKhdZs5y+px3aLwGpceTc9eQPK4eSp3F4a3AVOa5N87u57NsUdMXd+kx4bv6Xo/A1u
sEUTIE17KTTq1sRjg4+h9h1VbwOCJzthp7G4yhQWB8KZncYkpNExMOQLAYK15ErcV2MCMymes
0M1MY8twDuPyj+F6e8e133YuzcyXcMatRTg==

Fecha 06/10/2015

Por este motivo, esta Inspección de Servicios Sanitarios informa lo siguiente:
texto libre de la valoración introducida por el profesional que esta valorando la propuesta

El Médico / Enfermero Inspector

Sello y firma: INS 1 MANUALES CENTRO 1 PFMAN NO TOCAR

n9Z08h8BvH9cjfFYXqeaZ0R113EjK23Amv4ST2ky1x7COU11H7K9u154HuB3GLv3SYDZX4xW
JLnqVtQAD1CbUPLRWBEs1226quPe8JSanneMTZdV0/V8R23De+O2m9W88hp7nGOTp473P
PeMON+1SFv3pZdHx5th9+Z5ucESM9NAGL+sMvFhCML+AO6hXUAb7C1+CdDgKpGxKs5CmV05
kG6LvfFqAF7wdpAbSGFn/gtmT8430qt15OvTUR2LW+jzpeZ6FPHdC7Nc/TXWV3cdok6/qmAgg5x
GuK9WlUQ2QKEwbCj2H08ppr9665mG11entZw==

Fecha 06/10/2015

Gen: 06/10/2015 09:37:35 (Mod: 06/10/2015 10:55:24)
Imp: 06/10/2015 09:37:35

- Propuesta valorada sin la respuesta del facultativo.

INCAPACIDAD TEMPORAL PROPUESTA DE ALTA MÉDICA

IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA: 1234.PA.20151006.123

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombre: PAC_MANUAL_AYUDA APELLIDO1 APELLIDO2

SIP: 6000021

NAF: 46/ /62

DNI:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Fecha de la baja: 06/10/2015

Ocupación: 3715 - Animadores comunitarios

Diagnóstico: 616.0 - CERVICITIS Y ENDOCERVICITIS

Facultativo: FORMACION FORMACION, FORMACION

Centro de salud: CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT

Mutua: nombre de la mutua

Adjunto se remite la propuesta de alta médica efectuada por el facultativo de la Mutua, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente, para que informe a esta Inspección en el plazo improrrogable de 3 días

El Médico / Enfermero Inspector

Sello y firma: INS 1 MANUALES CENTRO 1 PFMAN NO TOCAR

qs6sFu089sCfH5Uq6U6tY72m09LdodunPUVXNG1e2ZY2424kaX3mVQRZ3K+Se9P2wuOhVos3
Z0mL077op2jaaeVpforQrBR990w0S1QGd6vR3+fu9p8j4dNduB062Xjog5CNqZ2siUH5F
P+K26DhGQ0qxtUdX0BMe/SF/AUBNBX8toeU7mavBn2nG7FZ8/F775/Y1H8CjG7gz40wFKj
r06GmujmAr56pjkWUeeak8Gg1+8ppEmyR5CU/SA1ps2wj5r5NC1Up1Ch4a58g2xKrx04PN4s
035vb3356dkMFDHwYv/w7Aq+nt3bm+3Un+9g==

Fecha 06/10/2015

No estoy de acuerdo con la propuesta de alta médica por las siguientes razones:

El facultativo

Sello y firma:

Fecha

Por este motivo, esta Inspección de Servicios Sanitarios informa lo siguiente:
texto libre introducido por el profesional que está realizando la valoración

El Médico / Enfermero Inspector

Sello y firma: INS 1 MANUALES CENTRO 1 PFMAN NO TOCAR

05G/L/y9TYEg0i5aP/+AAyTsmKYN0Y/ZAt8UvYvigg2Q5k4a4WE/DgrQeOOhCoxWkK8zaA54A
+NhpAaUH004:092007bGWXs4FmTzGeHkxHr3nL0L1Jd98qbulzngXNaEpczmZ8m6bnC2gKW
Gx+1ALaKE8KPTuKotKRePssjX06/5mFpGXJpeU8+/gZtn41Yxj+85xeyoBTH4CRSwe7BEHqK
TSrNkgOwV584uYhjDeAyGxXaYmXwKfBGLu155xjWkY4QeawNzkeTVXaW0CtkzGRTgctm2Lss2en
rBtF4Z/cBtP2UBKsWUoKncBkmbaDf9CA==

Fecha 06/10/2015

Gen: 06/10/2015 11:00:59 (Mod: 06/10/2015 11:01:50)
Imp: 06/10/2015 11:00:59

3.20.1 Historial de Informes PALM

El historial estará disponible para aquellos profesionales que dispongan de permisos.
En la lista se muestran todas las propuestas de alta médica que se le han generado al paciente, ordenadas de más reciente a más antiguas.

Mostrándose:

- Fecha de la propuesta
- Estado de la propuesta, que podrá contener los siguientes valores:
- Emitido
- Contestado
- Valorado
- Usuario que modificó la propuesta por última vez

Dentro de cada propuesta, hay un desplegable que, si se pulsa, se puede consultar la siguiente información:

- Fecha generación y usuario que la genera.
- Fecha respuesta y usuario que respondió. Si el informe ha llegado a fase 2 y el profesional del servicio de inspección o el médico han respondido la propuesta.
- Fecha de valoración y usuario que realizó la valoración. Si el informe ha llegado a fase 3 y el profesional del servicio de inspección ha emitido una valoración de la respuesta.

El acceso “**Nuevo informe**” está disponible desde este Historial de informes.

Este botón, “Nuevo Informe”, se encuentra en la **cabecera** de “Propuesta de Alta Médica”. Para que aparezca esta opción se ha de dar estas condiciones:

- La Consulta ha de estar activa.
- El paciente tiene un proceso de baja abierto.
- El profesional tiene permisos para crear informes PALM.

En la **rueda de opciones** del informe, las opciones que se ven:

-**Ver.** Siempre disponible.

-**Modificar.** Disponible cuando:

- La consulta está en modo edición.
- La propuesta es la última generada.
- El proceso de baja sigue abierto.
- La propuesta está modificada del mismo día con el mismo usuario que realizó el último cambio.

-**Respuesta a propuesta de alta.** Disponible cuando:

- La propuesta se encuentra en estado “Emitida”.
- La consulta está en modo edición.
- La propuesta es la última generada.
- El proceso de baja sigue abierto.
- El profesional tiene permisos

-**Valorar respuesta a propuesta de alta.** Disponible cuando:

- La propuesta se encuentra en estado “Contestada” o “Emitida”.
- El profesional tiene permisos.
- El proceso de baja está abierto.
- La propuesta es la última generada.

-Se accede desde una Consulta editada.

3.21 Reclamaciones ante Alta/Bajas de Incapacidad Temporal

Informe de respuesta “Conformidad/Disconformidad con el alta emitida por el INSS”, está disponible dentro de la lista de informes existentes en la lista de actuaciones de Inspección.

The screenshot shows a web application interface for 'Actuaciones incapacidad temporal'. At the top, there are tabs for 'Historial Clínico (3)', 'Actuaciones Inspección', and 'Consulta activa'. Below the tabs is a table with columns: 'Contingencias', 'Fecha Baja', 'Diagnóstico Baja', 'Días Baja', 'Fecha Alta', and 'Motivo Alta'. The table contains several rows of data, including 'Profesionales - Enfermedad profesional' and 'Comunes - Enfermedad común'. To the right of the table, there are buttons for 'Acción', 'Desacumular', and 'Abrir proceso por traslado'. Below the table, there is a dropdown menu with the following options: 'Nueva actuación', 'Gestión Incapacidad Permanente', 'Nueva nota', 'Adjuntar documento', 'Informes', 'Notificar a facultativo', 'Conformidad/Disconformidad alta INSS', 'Propuesta clínica laboral', and 'Reclamación Alta/Baja'. The 'Reclamación Alta/Baja' option is highlighted with an orange box.

El informe tiene el siguiente formato:

The image shows three pages of a medical report form from Generalitat Valenciana. The form is titled 'RECLAMACIÓN AL TALLER INFORME CLÍNICO LABORAL'. Page 1 contains sections for 'DATOS DEL PACIENTE' (Patient Data), 'DATOS PERSONALES Y DE LA EMPRESA' (Personal and Company Data), and 'DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO' (Work Center Data). Page 2 contains sections for 'HISTORIA CLÍNICA' (Clinical History), 'EXAMENES COMPLEMENTARIOS' (Complementary Examinations), and 'DIAGNÓSTICO' (Diagnosis). Page 3 contains a table for 'HISTORIA CLÍNICA' (Clinical History) and a section for 'PROPUESTA CLÍNICA LABORAL' (Clinical Proposal).

Al guardar el informe se verificará si todos los campos modificables y requeridos tienen valores:

- Nombre o razón social de la empresa.
- Puesto de trabajo.
- Código del diagnóstico.
- Descripción del diagnóstico.
- Contingencia de la incapacidad.
- Localidad.
- Fecha de la firma.

Se puede modificar desde la lista de actuaciones pulsando sobre la opción “Modificar”:

The image shows a screenshot of the 'Actuaciones Inspección' (Inspection Actions) interface. The interface has a top navigation bar with tabs: 'Historial Clínico (60)', 'Actuaciones Inspección', 'Consulta activa', 'Incapacidad temporal', and 'Informes'. The main content area is titled 'Actuaciones incapacidad temporal'. It contains a table with columns: 'Contingencias', 'Fecha Baja', 'Diagnóstico Baja', 'Dias B', 'Fecha Alta', and 'Motivo Alta'. The table has one row with data: 'Comunes - Enfermedad común', '25-Jun-2007', '100-LEPTOSPIROSIS', '6', '30-Jun-2007', and 'Alta INSS'. Below the table is a section for 'Informes' (Reports) with columns: 'Fecha', 'Tipo Informe', 'Profesional', and 'Observaciones'. The 'Informes' section shows two rows of data: '05-Oct-2015', 'Propuesta clinica laboral', 'INS 1 MANUALES CENTRO 1 PPMAN NO TOCAR IN...', and '05-Oct-2015', 'Reclamaciones ante Altas/Bajas', 'INS 1 MANUALES CENTRO 1 PPMAN NO TOCAR IN...'. At the bottom right of the interface is a 'Modificar' (Modify) button.

Se puede consultar desde la lista de informes del menú general de Historia clínica, pulsando sobre la opción ‘Ver’.

3.22 Propuesta Clínico Laboral

Disponible dentro de la lista de informes existentes en la lista de actuaciones de Inspección.

Historial Clínico (60)		Actuaciones Inspección	Consulta activa	Incapacidad temporal	Informes
Actuaciones incapacidad temporal					
Actuaciones					
<div> <div>Acumular</div> <div>Desacumular</div> <div>Abrir proceso por traslado</div> </div>					
	Contingencias	Fecha Baja	Diagnóstico Baja	Días Bajas	Motivo Alta
1	Comunes - Enfermedad común	25-Jun-2007	...	6	30-Jun-2007
2	Comunes - Enfermedad común	01-Abr-2014	...	...	Parte Baja A...
3	Comunes - Enfermedad común	01-Feb-2014	...	60	01-Abr-2014
4	Comunes - Enfermedad común	06-Abr-2014	...	65	10-Abr-2014
5	Profesionales - Accidente de trab...	12-Abr-2013	...	...	Parte Baja A...
6	Comunes - Enfermedad común	14-Oct-2013	...	...	Parte Baja A...
7	Comunes - Enfermedad común	12-Ago-2013	...	...	Parte Baja A...
8	Comunes - Enfermedad común	14-Abr-2014	...	...	Parte Baja A...
9	Comunes - Enfermedad común	14-Abr-2014	...	...	Parte Baja A...
10	Comunes - Enfermedad común	14-Abr-2014	...	...	Parte Baja A...
11	Comunes - Enfermedad común	14-Abr-2014	...	...	Parte Baja A...
12	Comunes - Enfermedad común	14-Abr-2014	...	...	Parte Baja A...
13	Comunes - Enfermedad común	14-Abr-2014	...	...	Parte Baja A...
14	Comunes - Enfermedad común	04-Ago-2015	...	...	Parte Baja A...
15	Comunes - Enfermedad común	21-Ago-2015	...	...	Parte Baja A...
16	Comunes - Enfermedad común	21-Ago-2015	...	...	Parte Baja A...

El informe tiene el siguiente formato:



INFORME-PROPUESTA CLÍNICO-LABORAL



DATOS DEL FACULTATIVO Y DE LA ENTIDAD GESTORA

Nombre y apellidos	Nº Colegiado
INSPECTOR MÉDICO SERVICIOS SANITARIOS	
SECCIÓN INSPECCIÓN DEPARTAMENTO	
Dirección:	
Localidad:	Provincia:
DATOS MUTUA ACCIDENTES	
Nombre:	
Dirección:	
Localidad:	

DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL ENFERMO

Apellidos y nombre	Nº de Afiliación a la S. Social
Dirección:	C.P. Localidad Teléfono
Fecha nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otros
Nombre o razón social de la empresa:	
Dirección:	C.P. Localidad Provincia:
Profesión última ejercida y puesto de trabajo:	
NO APLICA	
Profesión principal ejercida (1):	
Otras profesiones ejercidas:	
Régimen de la S. Social: General <input type="checkbox"/> RETA <input type="checkbox"/> EH <input type="checkbox"/> REA <input type="checkbox"/>	
Contingencia de la Incapacidad: Enfermedad Común <input type="checkbox"/> Accidente no Laboral <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	
Fecha de baja I.T.:	Fecha de alta I.T.:
Periodos anteriores de Baja por I.T. (2):	
18/02/2015-08/08/2015 480 D - NEUMONIA POR ADENOVIRUS	
Motivo de la Incapacidad (3):	

DATOS CLÍNICOS - LABORALES

Antecedentes familiares:
Antecedentes Personales:
Enfermedad Actual (Resumen):
Valoración del estado general:
Peso: Talla: Constitución: Marcha:
Musculatura: Piel y mucosas: Aspecto general:
Otros y dientes:
Otros:
Descripción del cuadro clínico por aparatos o sistemas gruesos realizados y resultados:
Diagnóstico principal y secundario:
Tratamiento efectuado:

Possibilitats terapèutiques i rehabilitadores:

Centros y Servicios donde ha recibido asistencia el enfermo (Periodos hospitalización):

Limitaciones orgánicas y/o funcionales (p.ej.: Retraso mental, demencia, disfasia, amputación):

Graduación de la Patología invalidante por etiología:

Informe Laboral (descripción del trabajo desarrollado por el enfermo, puesto de trabajo, jornada laboral, etc.):

Circunstancias sociales, familiares, laborales, etc. de la comunidad:

Nivel cultural y de instrucción:

Página 3 de 4

PROPUESTA PROVISIONAL

Julio clínico-laboral recogiendo los considerandos que aconsejan la propuesta:

Propuesta de:

En **la ciudad de** a **del mes de**

Fdo. **Profesional responsable de la propuesta de incapacidad**

NOTAS:

Este informe tiene el carácter de documento público con alta importancia sanitaria y socio-económica individual y colectiva.

- (1) Se considera profesión principal aquella ejercida primordialmente a lo largo de su vida.
- (2) Sólo se consignarán los periodos de baja de duración superior a 10 días habidos en los últimos diez años.
- (3) Propuesta de incapacidad permanente, Cambio de contingencia, Otros (indicar):
- (4) No se hará referencia al grado de incapacidad.

Firmar y Guardar **Limpiar**

Página 4 de 4

Se podrá Modificar/Duplicar desde la lista de actuaciones y desde la pestaña de informes:

Historial Clínico (60) **Actuaciones Inspección** Consulta activa Incapacidad temporal Informes

Actuaciones incapacidad temporal

Actuaciones

Contingencias Fecha Baja Diagnóstico Baja Dias Bt Fecha Alta Motivo Alta

Comunes - Enfermedad común 25-Jun-2007 100-LEPTOSPIROSIS 6 30-Jun-2007 Alta INGS

Informes

Fecha	Tipo Informe	Profesional	Observaciones
05-Oct-2015	Propuesta clínico laboral	INS 1 MANJUALES CENTRO 1 PPMAN NO TOCAR IN...	
05-Oct-2015	Redamaciones ante Altas/Bajas...	INS 1 MANJUALES CENTRO 1 PPMAN NO TOCAR IN...	

Comunes - Enfermedad común 01-Abr-2014 023-1-BRUCILLA ABORTUS 05-Abr-2014 Parte Baja A...

Duplicar **Modificar**

En la lista de informes del menú general de Historia clínica se podrán ver los informes generados con la fecha y usuario que creó cada uno de ellos.

Cada informe tendrá una rueda de opciones que podrá disponer de las siguientes acciones

- **Ver.** Opción para acceder a la consulta del informe. Siempre habilitada.
- **Modificar.** Opción para modificar el informe generado. Sólo para profesionales que tengan permiso para editar propuestas clínico laborales y que sean del mismo servicio que el usuario creador. Si el profesional no es del mismo servicio que el usuario creador, se informará mediante el mensaje 'Acceso no autorizado'.
- **Duplicar.** Opción para generar un nuevo informe duplicando la información del seleccionado. Habilitada cuando el profesional dispone de permiso sobre la funcionalidad.

Se tomarán los datos del proceso IT que esté abierto y tomando los siguientes datos del informe desde el que se haya seleccionado la opción duplicar:

- Descripción del cuadro clínico por aparatos o sistemas
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado

- Posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras
- Centros y Servicios donde ha recibido asistencia el enfermo
- Limitaciones orgánicas y/o funcionales
- Graduación de la Patología invalidante por etiología
- Informe Laboral
- Circunstancias sociales, familiares, laborales, etc. De la comunidad
- Nivel cultural y de instrucción
- Juicio clínico-laboral

Las opciones **Nuevo**, **Modificar** y **Duplicar** sólo estarán habilitadas cuando el usuario se encuentre editando la Historia Clínica.

En la cabecera de la sección detalle se dispone de un botón “**Nuevo informe**” para generar un nuevo informe. Si el paciente no tiene un proceso IT abierto se mostrará un aviso al pulsar sobre la opción y el usuario no podrá acceder a la generación del nuevo informe.



3.22.1 Creación habilitada tras finalizar el proceso IT

El informe P-47 podrá generarse, tras el cierre o alta del proceso, un número de días posteriores (esta cifra podrá ser modificada). El funcionamiento estará habilitado para las opciones “Nuevo” y “Duplicar”.

3.23 Seguro de Viaje

Mediante la pulsación del botón **Nuevo Informe** se lanza el informe para su cumplimentación.

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos: **FERNANDO BOTELLA ESTEVE**
DNI: Nº SIP: **8700080** Fecha de nacimiento: **18/08/1998** Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:

DATOS SOBRE LA CAUSA DE LA ASISTENCIA

Motivo de la asistencia: ☐ Accidente.

☐ Enfermedad.

En caso de accidente, detallar:

Fecha del accidente: Hora del accidente:

Lugar del accidente:

Descripción del accidente:

Operador, Empresa o Agencia organizadora del viaje:

Entidad aseguradora que cubre la asistencia en viaje:

Nº Póliza:

Otras observaciones:

(A completar por el personal administrativo)

Indicar si se ha hecho entrega del parte de asistencia sanitaria por accidente en viaje: ☐ Si ☒ No

Fecha de entrega:

Indicar si el lesionado ha firmado el parte de asistencia sanitaria por accidente en viaje: ☐ Si ☒ No

(A completar por el personal sanitario)

Descripción de lesiones:

Imprimir y Guardar

La AGENCIA VALENCIANA DE SALUD le informa que el coste de la asistencia sanitaria prestada por hechos o situaciones que entran dentro de la cobertura de SEGUROS DE ASISTENCIA EN VIAJES (p.e. viajes turísticos organizados) puede ser reclamado a la entidad aseguradora con la que esté concertado este tipo de seguros.

Con este fin, precisamos de su colaboración al objeto de que facilite toda la información que se le requiere en este documento, indicándole que, en el caso de que no pueda facilitarla en este momento, dispone de un plazo de quince días hábiles para aportarla.

DATOS DE LA ASISTENCIA:

Nº Parte:
Centro:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:
Fecha de la asistencia/ ingreso: Hora:
Sanitario responsable de la asistencia:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO:

Nombre y apellidos:
DNI: 20820671Y Nº SIP: Fecha de nacimiento: 18/08/1998 Teléfono:
Domicilio:
Código Postal: Población: Provincia:

DATOS SOBRE LA CAUSA DE LA ASISTENCIA

Motivo de la asistencia: ☐ Accidente.
☐ Enfermedad.

En caso de accidente, detallar:

Fecha del accidente: Hora del accidente:
Lugar del accidente:
Descripción del accidente:

Operador, Empresa o Agencia organizadora del viaje:
Entidad aseguradora que cubre la asistencia en viaje:
Nº Póliza:
Otras observaciones:

El declarante manifiesta la veracidad de los datos consignados, dándose por enterado de lo que se le informa en el presente documento, y para que así conste firma el parte en el lugar y fecha señalados

Lugar y Fecha: Firma del declarante:
Nombre y apellidos del firmante:
DNI:

Si el firmante es persona distinta del lesionado, indicar relación o vínculo con el mismo:

Advertencia legal: Los datos referentes a la asistencia pueden ser comunicados a la entidad aseguradora que deba hacerse cargo del pago de la misma. Asimismo se informa que los datos de carácter personal contenido en este documento podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por la Conselleria de Sanitat y la Agencia Valenciana de Salud, indicándose que sobre estos datos podrá Vd. ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición que establece la Ley Orgánica 15/99, sobre Protección de Datos.

Imprimir y Guardar

3.24 Parte de lesiones a pacientes privados de libertad

Parte de lesiones específico para pacientes privados de libertad según establece el protocolo de Estambul.

Categorías para el acceso/consulta: Médico, Trabajador social, Inspector, Enfermero y Fisioterapeuta.

Categorías para la edición: Facultativo, Facultativo coordinador funcional atención ambulatoria, Facultativo coordinador DATAMART y Gestor SIA funcional.

La generación del informe se realizará desde:

- Historia clínica / Informes / Parte de lesiones a pacientes privados de libertad
- Consulta de la historia de salud / Informes / Parte de lesiones a pacientes privados de libertad

Al seleccionar el informe se mostrará la lista de partes de lesiones generados con anterioridad.

Para cada parte generado se mostrará:

- Fecha de generación

- Usuario que lo generó
- Rueda de opciones. Las acciones posibles serán:
 - o Visualizar el parte generado

Si existe una consulta activa, en la cabecera se mostrará un botón de 'Nuevo Informe' para crear un nuevo parte de lesiones.

Tras pulsar en el botón se abrirá la nueva ventana emergente para el registro de los datos para el informe:

La ventana tendrá todos los apartados del informe que el usuario deberá rellenar para registrar el parte:

- Datos del paciente. En este apartado se recogerá la información relativa al paciente. Estará compuesta por campos fijos y editables:
 - o Campos no editables:
 - Icono con el sexo del paciente.
 - Nombre y apellidos del paciente.
 - Número de SIP del paciente.
 - DNI/NIE del paciente.
 - Fecha de nacimiento.
 - Teléfono de contacto.
 - o Campos editables. Se cargarán por defecto, pudiendo ser modificados posteriormente:
 - Domicilio del paciente.

- Provincia.
 - Municipio.
 - Código postal.
- Datos del profesional. En este apartado se recogerá la información relativa al profesional. Los datos no serán modificables:
- Nombre y apellidos del profesional.
 - Número de colegiado.
 - Centro de salud.
 - Departamento de salud.
- Consentimiento del paciente. Apartado para indicar si el paciente da su consentimiento:
- Selector para indicar si el paciente da su consentimiento.
 - Obligatorio seleccionar un valor.
 - Por defecto no se preseleccionará ningún valor.
 - Valores posibles:
 - Compatible con los hechos alegados.
 - No compatible con los hechos alegados.
 - Motivo por el que no da el consentimiento. Campo de texto que se activará sólo cuando se seleccione la opción 'No' en el selector. En ese caso será obligatorio y su tamaño máximo serán 4000 caracteres.

Parte de lesiones a personas privadas de libertad

Parte de lesiones a personas privadas de libertad

Causas de las lesiones

Fecha de las lesiones

Hora de las lesiones

Lugar donde ocurrieron las lesiones

Declaración de cómo ocurrieron las lesiones

Antecedentes personales de interés

Exploración física

Aceptar e imprimir Cancelar

- Causas de las lesiones. En este apartado se recogerá la declaración de la persona asistida:

- Fecha y hora en que se produjeron los hechos. Campos editables por el usuario. Se validará que la fecha y hora introducidas no sean nulas y tengan un valor válido.
- Lugar donde se produjeron las lesiones. Campo de texto obligatorio.
- Declaración de cómo ocurrieron los hechos. Campo de texto obligatorio. El tamaño máximo del campo serán 4000 caracteres.
- Antecedentes personales de interés. En este apartado se recogerán los antecedentes personales en relación con las lesiones
 - Campo de texto opcional.
 - El tamaño máximo serán 4000 caracteres.
 - En caso que se deje vacío, no se imprimirá el apartado de antecedentes en el informe.
- Exploración física. En este apartado se recogerá una descripción detallada de las lesiones.
 - Campo de texto obligatorio.
 - El tamaño máximo serán 4000 caracteres.

The screenshot shows a web application window titled "Parte de lesiones a personas privadas de libertad". The window has a header bar with the same title. Below the header, there are five sections, each with a yellow header bar and a text input field:

- Exploración física**: A single-line text input field.
- Estado psíquico**: A single-line text input field.
- Diagnóstico médico**: A single-line text input field.
- Pronóstico Clínico**: A single-line text input field.
- Recomendaciones terapéuticas**: A single-line text input field.

At the bottom right of the window, there are two buttons: "Aceptar e imprimir" (with a pencil icon) and "Cancelar".

- Estado psíquico. En este apartado se recogerá las reacciones emocionales del paciente durante la narración de los hechos.
 - Campo de texto obligatorio.
 - El tamaño máximo serán 4000 caracteres.
- Diagnóstico clínico. En este apartado se recogerán los diagnósticos clínicos del paciente.

- Se mostrará un buscador de diagnósticos y procedimientos codificados con la CIE-9.
 - El usuario deberá incluir al menos un diagnóstico.
 - El buscador funcionará igual al que existe en la consulta activa, filtrando a partir del tercer carácter introducido.
 - Las descripciones que se mostrarán serán las oficiales del diagnóstico/procedimiento para la CIE-9.
 - Cada diagnóstico o procedimiento se incluirá en una tabla bajo el buscador con la siguiente información:
 - Tipo → D diagnóstico, P procedimiento.
 - Tipo de codificador → CIE-9.
 - Código del diagnóstico/procedimiento.
 - Descripción del diagnóstico/procedimiento.
 - Icono para eliminar el diagnóstico/procedimiento de la lista.
 - Al añadir un diagnóstico, se realizarán las mismas validaciones que al añadir el diagnóstico directamente a la consulta activa.
 - Tras generar el informe, se pasarán los diagnósticos seleccionados a la consulta activa.
- Pronóstico clínico.
- Campo de texto obligatorio.
 - El tamaño máximo serán 4000 caracteres.

Parte de lesiones a personas privadas de libertad

Parte de lesiones a personas privadas de libertad

Recomendaciones terapéuticas

Plan de actuaciones y observaciones

Plan de actuaciones y observaciones:

☒ Alta ☐ Ingreso hospitalización ☐ Derivado servicios sociales ☐ Derivado atención primaria/especializada ☐ Otros

Observaciones:

Juicio de compatibilidad

La exploración es:

☒ Compatible con los hechos alegados ☐ No compatible con los hechos alegados

Comentarios y aclaraciones:

Aceptar e imprimir Cancelar

- Recomendaciones terapéuticas.
 - o Campo de texto obligatorio
 - o El tamaño máximo serán 4000 caracteres
- Plan de actuaciones y observaciones. Apartado para indicar la actuación que se realiza con el paciente, así como las observaciones sobre la misma.
 - o Selector del plan de actuación.
 - Obligatorio seleccionar un valor
 - Por defecto no se preseleccionará ningún valor
 - Valores posibles:
 - Alta del paciente
 - Ingreso en hospitalización
 - Derivado a servicios sociales
 - Derivado a atención primaria/especializada
 - Otros
 - o Observaciones.
 - Campo de texto obligatorio
 - El tamaño máximo serán 4000 caracteres
- Juicio de compatibilidad. Apartado para indicar una valoración de la consistencia entre los datos del examen médico y psicológico y las alegaciones de malos tratos.
 - o Selector para indicar si la exploración es o no compatible con los hechos alegados.
 - Obligatorio seleccionar un valor
 - Por defecto no se preseleccionará ningún valor
 - Valores posibles:
 - Compatible con los hechos alegados
 - No compatible con los hechos alegados
 - o Comentarios y aclaraciones
 - Campo de texto obligatorio
 - El tamaño máximo serán 4000 caracteres

- Documentos adjuntos. Apartado para indicar si se adjuntan fotografías al informe:
 - o Selector de si se adjuntan fotografías:
 - Obligatorio seleccionar un valor
 - Por defecto no se preseleccionará ningún valor
 - Valores posibles:
 - Sí
 - No
 - o Descripción. Campo de texto que se activará sólo cuando se seleccione la opción 'Sí' en el selector. En ese caso será obligatorio y su tamaño máximo serán 4000 caracteres.
 - o Selector para indicar el motivo por el que no se adjuntan. Sólo se activará cuando se seleccione la opción 'No':
 - Obligatorio seleccionar un valor
 - Por defecto no se preseleccionará ningún valor
 - Valores posibles:
 - Carecer de medios
 - Otras causas

En la parte inferior de la ventana se mostrarán dos botones:

- Aceptar y firmar. Se validará que los campos del informe sean válidos:
 - o Todos los campos obligatorios deberán tener un valor no nulo.
 - o Deberá haber al menos un diagnóstico seleccionado
 - o La fecha de los malos tratos será una fecha válida y anterior o igual al día en curso.
 - o La hora de los malos tratos será una hora válida

En caso que se detecte algún valor no válido, se mostrará un mensaje de error y se marcarán los campos incorrectos para que el usuario subsane el problema.

Si todos los campos son válidos, se solicitará el certificado para firmar el informe.

Se generará el informe en formato PDF y se le mostrará al usuario en pantalla para que pueda imprimirlo.

Se generará el parte el informe en formato PDF.

- Cancelar. Se cancelará la creación del informe descartándose los datos introducidos. Se cerrará la ventana y se volverá a la lista de partes de lesiones del paciente en la pestaña de informes

Al firmar, se generará el informe del parte de lesiones a pacientes privados de libertad con los datos introducidos:

147697931954601072

**GENERALITAT VALENCIANA**
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSITAT I SALUT PÚBLICA

PARTE DE LESIONES A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD
PART DE LESIONS A PERSONES PRIVADES DE LLIBERTAT

DATOS IDENTIFICATIVOS / DADES IDENTIFICATIVES

DATOS DEL PACIENTE / DADES DEL PACIENT

Apellidos y Nombre:
Cognoms i Nom:

SIP:
STP:

DNI:
DNI:

Sexo:
Sexe:

Fecha de nacimiento:
Data de naixement:

23/08/

Teléfono:
Telèfon:

Domicilio:
Domicili:

C.P.:
C.P.:46600

Localidad:
Localitat:prueba loc

Provincia:
Província:VALENCIA

DATOS DEL PROFESIONAL / DADES DEL PROFESSIONAL

Apellidos y Nombre:
Cognoms i Nom:

Nº colegiado:
Nº col·legiat:

Centro de salud:
Centre de salut:CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT

Departamento:
Departament:1 - DEPARTAMENT DE SALUT DE VINAROS

CONSENTIMIENTO / CONSENTIMENT

☒ SI

☐ NO

CAUSAS DE LAS LESIONES / CAUSES DE LES LESIONS

Fecha de las lesiones:
Data de les lesions:

20/10/2016

Hora de las lesiones:
Hora de les lesions:

05:30

Lugar donde ocurrieron las lesiones:
Lloc on van ocórrer les lesions:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Vestibulum ultrices faucibus quam, vitae feugiat enim porta quis. Etiam maximus sit amet quam in facilisis. Nam lobortis efficitur lacinia.

Declaración de cómo ocurrieron las lesiones:
Declaració de com van ocórrer les lesions:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Vestibulum ultrices faucibus quam. Etiam maximus sit amet quam in facilisis. Nam lobortis efficitur lacinia.

Ejemplar para el PACIENTE
Exemplar per al PACIENT

Gen: 20/10/2016 18:01:59
Imp: 20/10/2016 18:05:01

Pag. 1 de 3

Se mostrarán todos los campos registrados excepto el apartado de antecedentes personales, que sólo se mostrará en el informe si se ha registrado información.

En la última página del informe se añadirá la firma digital del profesional con los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del profesional que realiza el informe
- Número de colegiado
- Firma digital con los datos del informe codificados

DOCUMENTOS ADJUNTOS / DOCUMENTS ADJUNTS

<input type="checkbox"/> SI	Número de fotos: <input type="text"/> Nombre de fotos: <input type="text"/>	Descripción: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> NO	Motivo por el que no se adjuntan Motiu pel qual no s'adjunten	
	<input checked="" type="checkbox"/> Carecer de medios No tindre mitjans	
	<input type="checkbox"/> Otras causas Altres causes	

En ALBORAYA, a 20 de octubre de 2016

A ALBORAYA, a 20 de octubre de 2016

Nombre y apellidos: / Nom i cognoms:

Número de colegiado: / Nombre de colegiat:

Firma digital / Signatura digital:

06176008,anyway,yh7d9gag77gdyt7yvaft77feet020e780uwa7uA007ve
2077,2076,2074,2072,2070,2068,2066,2064,2062,2060,2058,2056,2054,2052,2050,
2048,2046,2044,2042,2040,2038,2036,2034,2032,2030,2028,2026,2024,2022,2020,
2018,2016,2014,2012,2010,2008,2006,2004,2002,2000,1998,1996,1994,1992,1990,
1988,1986,1984,1982,1980,1978,1976,1974,1972,1970,1968,1966,1964,1962,1960,
1958,1956,1954,1952,1950,1948,1946,1944,1942,1940,1938,1936,1934,1932,1930,
1928,1926,1924,1922,1920,1918,1916,1914,1912,1910,1908,1906,1904,1902,1900,
1898,1896,1894,1892,1890,1888,1886,1884,1882,1880,1878,1876,1874,1872,1870,
1868,1866,1864,1862,1860,1858,1856,1854,1852,1850,1848,1846,1844,1842,1840,
1838,1836,1834,1832,1830,1828,1826,1824,1822,1820,1818,1816,1814,1812,1810,
1808,1806,1804,1802,1800,1798,1796,1794,1792,1790,1788,1786,1784,1782,1780,
1778,1776,1774,1772,1770,1768,1766,1764,1762,1760,1758,1756,1754,1752,1750,
1748,1746,1744,1742,1740,1738,1736,1734,1732,1730,1728,1726,1724,1722,1720,
1718,1716,1714,1712,1710,1708,1706,1704,1702,1700,1698,1696,1694,1692,1690,
1688,1686,1684,1682,1680,1678,1676,1674,1672,1670,1668,1666,1664,1662,1660,
1658,1656,1654,1652,1650,1648,1646,1644,1642,1640,1638,1636,1634,1632,1630,
1628,1626,1624,1622,1620,1618,1616,1614,1612,1610,1608,1606,1604,1602,1600,
1598,1596,1594,1592,1590,1588,1586,1584,1582,1580,1578,1576,1574,1572,1570,
1568,1566,1564,1562,1560,1558,1556,1554,1552,1550,1548,1546,1544,1542,1540,
1538,1536,1534,1532,1530,1528,1526,1524,1522,1520,1518,1516,1514,1512,1510,
1508,1506,1504,1502,1500,1498,1496,1494,1492,1490,1488,1486,1484,1482,1480,
1478,1476,1474,1472,1470,1468,1466,1464,1462,1460,1458,1456,1454,1452,1450,
1448,1446,1444,1442,1440,1438,1436,1434,1432,1430,1428,1426,1424,1422,1420,
1418,1416,1414,1412,1410,1408,1406,1404,1402,1400,1398,1396,1394,1392,1390,
1388,1386,1384,1382,1380,1378,1376,1374,1372,1370,1368,1366,1364,1362,1360,
1358,1356,1354,1352,1350,1348,1346,1344,1342,1340,1338,1336,1334,1332,1330,
1328,1326,1324,1322,1320,1318,1316,1314,1312,1310,1308,1306,1304,1302,1300,
1298,1296,1294,1292,1290,1288,1286,1284,1282,1280,1278,1276,1274,1272,1270,
1268,1266,1264,1262,1260,1258,1256,1254,1252,1250,1248,1246,1244,1242,1240,
1238,1236,1234,1232,1230,1228,1226,1224,1222,1220,1218,1216,1214,1212,1210,
1208,1206,1204,1202,1200,1198,1196,1194,1192,1190,1188,1186,1184,1182,1180,
1178,1176,1174,1172,1170,1168,1166,1164,1162,1160,1158,1156,1154,1152,1150,
1148,1146,1144,1142,1140,1138,1136,1134,1132,1130,1128,1126,1124,1122,1120,
1118,1116,1114,1112,1110,1108,1106,1104,1102,1100,1098,1096,1094,1092,1090,
1088,1086,1084,1082,1080,1078,1076,1074,1072,1070,1068,1066,1064,1062,1060,
1058,1056,1054,1052,1050,1048,1046,1044,1042,1040,1038,1036,1034,1032,1030,
1028,1026,1024,1022,1020,1018,1016,1014,1012,1010,1008,1006,1004,1002,1000,
998,996,994,992,990,988,986,984,982,980,978,976,974,972,970,968,966,964,962,
960,958,956,954,952,950,948,946,944,942,940,938,936,934,932,930,928,926,924,
922,920,918,916,914,912,910,908,906,904,902,900,898,896,894,892,890,888,886,
884,882,880,878,876,874,872,870,868,866,864,862,860,858,856,854,852,850,848,
846,844,842,840,838,836,834,832,830,828,826,824,822,820,818,816,814,812,810,
808,806,804,802,800,798,796,794,792,790,788,786,784,782,780,778,776,774,772,
770,768,766,764,762,760,758,756,754,752,750,748,746,744,742,740,738,736,734,
732,730,728,726,724,722,720,718,716,714,712,710,708,706,704,702,700,698,696,
694,692,690,688,686,684,682,680,678,676,674,672,670,668,666,664,662,660,658,
656,654,652,650,648,646,644,642,640,638,636,634,632,630,628,626,624,622,620,
618,616,614,612,610,608,606,604,602,600,598,596,594,592,590,588,586,584,582,
580,578,576,574,572,570,568,566,564,562,560,558,556,554,552,550,548,546,544,
542,540,538,536,534,532,530,528,526,524,522,520,518,516,514,512,510,508,506,
504,502,500,498,496,494,492,490,488,486,484,482,480,478,476,474,472,470,468,
466,464,462,460,458,456,454,452,450,448,446,444,442,440,438,436,434,432,430,
428,426,424,422,420,418,416,414,412,410,408,406,404,402,400,398,396,394,392,
390,388,386,384,382,380,3

147697931954901072

Ejemplar para el PACIENTE
Exemplar per al PACIENT

Gen: 20/10/2016 18:01:59
Imp: 20/10/2016 18:05:02

Pag. 3 de 3

Se generarán dos copias del informe, una indicando que es para el paciente y otra para el juzgado de guardia.

En cada página del informe se imprimirá de forma lateral el código de identificación del informe.

El informe generado se guardará para que cualquier usuario con permisos de consulta pueda visualizarlo en cualquier momento.

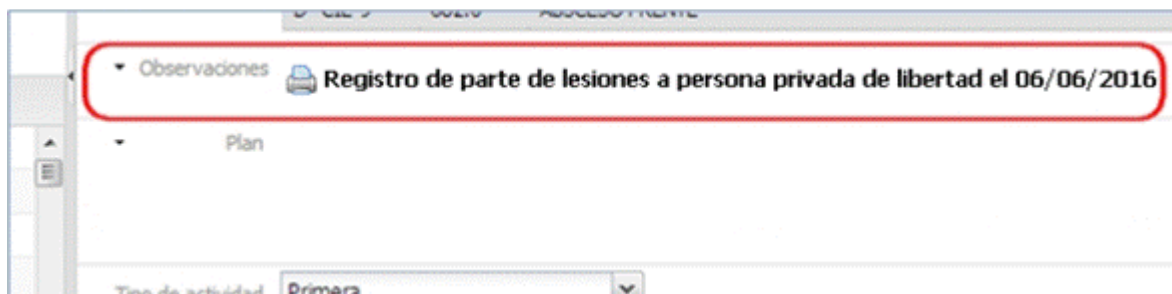
En la lista de informes del parte de lesiones a personas privadas de libertad se añadirá un apunte con los siguientes datos:

- Fecha y hora actual en que se ha registrado el informe
- Nombre y apellidos del profesional que ha generado el informe

En caso que hubiera varios registros del informe para el mismo paciente, se mostrará ordenado de manera descendente, mostrando siempre el más reciente arriba.

Esta lista será para consultar cuando se generó el informe y para reimprimir el mismo.

Los diagnósticos seleccionados se incorporarán a la consulta activa evitando que se dupliquen. Al incorporarlos se validará si requieren que se registre más información para que el usuario la complete. En el apartado observaciones de la consulta activa se añadirá un apunte indicando que se ha registrado un parte de lesiones a personas privadas de libertad.



3.25 Informe de Riesgo Sociosanitario infantil

Al seleccionar el informe de la pestaña informes del menú general de Historia clínica se mostrará la lista de informes de riesgo generados con anterioridad ordenados de forma descendente.

Para cada informe generado anteriormente se mostrará:

- Fecha de generación
- Usuario que lo generó
- Rueda de opciones. Las acciones posibles serán:
 - o Visualizar el informe generado

En la cabecera de la lista de informes de riesgo sociosanitario infantil generados anteriormente se mostrarán dos botones:

- Nuevo Informe: Se mostrará cuando exista una consulta activa y el usuario tenga el permiso de edición para el informe. Al pulsar en él, se accederá al formulario para el registro de un nuevo informe de riesgo sociosanitario.
- Ver Protocolo de actuación: Se mostrará siempre que se acceda a la lista de informes. Al pulsar sobre él, se abrirá el protocolo básico de actuación en una ventana de ayuda.



3.25.1 Creación del informe

Tras pulsar en el botón 'Nuevo Informe' se abrirá la nueva ventana emergente para el registro de los datos para el informe:

En la parte superior de la ventana se mostrará el título del informe y un icono para visualizar el protocolo básico de actuación.



Al pulsar sobre el icono se abrirá el documento básico de actuación en formato PDF en una ventana de ayuda.

El resto de la ventana mostrará los distintos apartados del informe.

La categoría del profesional que rellena el informe es un dato que se obtendrá automáticamente a partir del servicio en que está trabajando el usuario.

Si al entrar en el registro del informe, este dato no está configurado correctamente, se mostrará una ventana de error informando que no es posible registrar el informe: *Categoría no autorizada para registrar el informe.*

En cada apartado aparece un icono de ayuda y al posicionarse sobre el mismo, se mostrará la ayuda para rellenar el apartado.

Los apartados del informe son:

- **Datos de identificación del paciente.** En este apartado se recogerá la información relativa al paciente.

Mostrará la zona de datos para el informe. Estará compuesta por campos fijos y editables:

A screenshot of a web form titled 'A DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/LA MENOR'. The form has a yellow header bar. It contains several input fields: 'Paciente:' with a small icon, 'S.I.P.:', 'F.Nacimiento:' with a date picker set to 2002, 'Teléfono 1:', and 'Teléfono 2:'. Below these are 'Domicilio:', 'Provincia:' (a dropdown menu showing 'VALENCIA'), 'Municipio:' (a dropdown menu showing 'VILAMARXANT'), and 'Cód. Postal:' (a dropdown menu showing '46191'). There are also fields for 'Datos de la madre, padre o persona responsable:', 'Más información de interés:', 'País de origen del padre:', 'País de origen de la madre:', and 'Nacionalidad del/a menor:' (a dropdown menu showing 'ESPAÑA').

- Campos fijos (no editables). Se cargarán con la información recibida desde SIP para el paciente:
 - Icono con el sexo del paciente.
 - Nombre y apellidos del paciente en formato: *Apellido1 Apellido2, Nombre*
 - Número de SIP del paciente.
 - Fecha de nacimiento
- Campos editables. Se cargarán por defecto con la información recibida desde SIP, pudiendo ser modificada posteriormente. Algunos campos serán de obligada cumplimentación mientras que otros podrán dejarse vacíos:
 - Campos obligatorios:
 - Domicilio del paciente. Campo obligatorio. Campo de texto de hasta 100 caracteres
 - Provincia. Campo obligatorio. Desplegable con todas las provincias españolas. Por defecto se precargará la provincia de contacto almacenada en

SIP. El usuario podrá filtrar la lista de provincias introduciendo una cadena de búsqueda. Si no se conoce deberá seleccionar la opción 'DESCONOCIDA'.

- Municipio. Campo obligatorio. Desplegable dependiente con los municipios de la provincia seleccionada. Se cargará vacío mientras no haya una provincia seleccionada. El usuario podrá filtrar la lista de municipios introduciendo una cadena de búsqueda. Deberá seleccionarse un municipio de la lista o introducir el nombre de uno que no esté en ella. Orden alfabético descendente
- Nacionalidad del/la menor. Desplegable con la lista de países de CRC. Por defecto se cargará con el país de la nacionalidad del menor si está se ha recibido desde SIP. El usuario podrá filtrar la lista de países introduciendo una cadena de búsqueda. Deberá seleccionarse un país de la lista o introducir el nombre de uno que no esté en ella. Si se desconoce deberá seleccionar 'DESCONOCIDO'. Orden alfabético descendente.

▪ Campos opcionales:

- Teléfonos de contacto. Se validará que el dato introducido se corresponda con un teléfono válido (sólo valores numéricos y con una longitud de 9 caracteres) si no es nulo.
- Código postal. Por defecto se cargará con el código postal almacenado en SIP. Se validará que si se introduce un valor éste sea un código postal válido (5 caracteres numéricos)
- Datos de la madre, padre o persona responsable. Campo de texto de hasta 100 caracteres
- Más información de interés. Campo de texto de hasta 100 caracteres
- País de origen del padre. Desplegable con la lista de países de CRC. Por defecto no se seleccionará ningún registro. El usuario podrá filtrar la lista de países introduciendo una cadena de búsqueda. Podrá seleccionarse un país de la lista o introducir el nombre de uno que no esté en ella. Orden alfabético descendente.
- País de origen de la madre. Desplegable con la lista de países de CRC. Por defecto no se seleccionará ningún registro. El usuario podrá filtrar la lista de países introduciendo una cadena de búsqueda. Podrá seleccionarse un país de la lista o introducir el nombre de uno que no esté en ella. Orden alfabético descendente.

- **Indicadores y factores de riesgo.** Por defecto no se marcará ningún indicador ni se precargará información en ningún campo de texto. A nivel general los indicadores no serán exclusivos entre sí, por lo que el usuario podrá seleccionar aquellos que sean necesarios.

Este apartado estará compuesto de 8 sub-apartados:

○ **Indicadores físicos:**

B. INDICADORES Y FACTORES DE RIESGO OBSERVADOS	
B1. FÍSICOS EN EL/LA MENOR	
<input type="checkbox"/> Lesiones internas, abdominales	<input type="checkbox"/> Persistencia inexplicable de enfermedades
<input type="checkbox"/> Fracturas múltiples, en diferentes estados de cicatrización	<input type="checkbox"/> Ingresos múltiples en hospitales
<input type="checkbox"/> Heridas, magulladuras, mordeduras	<input type="checkbox"/> Intoxicaciones
<input type="checkbox"/> Quemaduras, cortes, pinchazos	<input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia
<input type="checkbox"/> Síndrome de niño/a zarandeador/a	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo (peso, estatura, lenguaje...)
<input type="checkbox"/> Accidentes extraños	

Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado estarán activos, pudiendo marcar el usuario tantos como sean necesarios.

○ Indicadores de abuso sexual:

Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado estarán activos excepto el indicador de 'Relato de abuso sexual', pudiendo marcar el usuario tantos como sean necesarios.

El indicador 'Relato de abuso sexual' se mostrará inactivo, no pudiendo ser seleccionado directamente por el usuario.

Indicador de quien describe el relato de abuso sexual:

- Un adulto
- Un menor

El usuario podrá marcar ambos (adulto y menor). En caso de marcar alguno de los dos se marcará automáticamente el indicador 'Relato de abuso sexual' y se activará el área de texto para registrar el relato de abusos.

En caso de desmarcar ambos indicadores se desmarcará automáticamente el indicador 'Relato de abuso sexual' y se inactivará el área de texto para el relato, borrándose lo que se hubiera registrado en ella.

Relatos u observaciones. Área de texto autoextensible de hasta 4000 caracteres. Por defecto estará inactiva hasta que el usuario marque al menos un descriptor del relato. En caso de que se registre información en el campo, deberá introducirse al menos 10 caracteres.

○ Indicadores comportamentales y emocionales:

Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado estarán activos, pudiendo marcar el usuario tantos como sean necesarios.

○ Indicadores de negligencia:

Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado estarán activos, pudiendo marcar el usuario tantos como sean necesarios.

- **Indicador de violencia de género.**



- **Indicador de embarazo en la menor:**



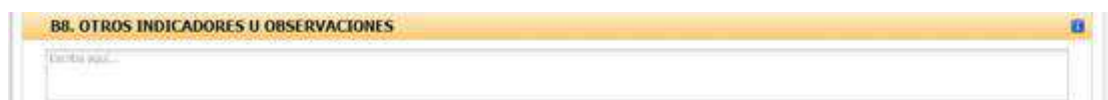
Sólo se activará si el sexo del paciente es 'Femenino'.

- **Indicadores familiares, prenatales, perinatales y postnatales:**



Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado estarán activos, pudiendo marcar el usuario tantos como sean necesarios.

- **Otros indicadores u observaciones:**



Área de texto autoextensible con máximo de 4000 caracteres. Dato opcional. Por defecto se mostrará el literal 'Escriba aquí ...'.

- **Condiciones de salud que incrementan el riesgo.**



Por defecto no se seleccionará ninguna opción. El usuario podrá seleccionar tantos como sean necesarios.

El indicador 'Discapacidad' se mostrará inactivo al cargar la pantalla, mostrándose activos los selectores del indicador:

- Física

○ Psíquica

○ Sensorial

Al marcar alguno de los selectores del indicador 'Discapacidad' se marcará automáticamente el indicador.

Si se desmarcan todos los selectores del indicador, se desmarcará automáticamente el indicador.

- **Circunstancias de la notificación:**



Por defecto no se seleccionará ninguna opción.

El usuario deberá seleccionar una opción para cada circunstancia:

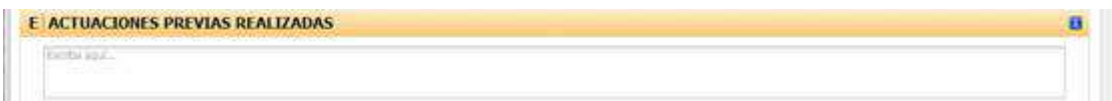
○ Motivo de la notificación. sospecha o evidencia

○ Observación. Aislada o reiterada

○ Indicador de si se ha informado a la familia. Sí o no

- Motivo por el que no se ha informado a la familia. Campo de texto autoextensible de hasta 4000 caracteres. Por defecto se mostrará el literal 'Escriba aquí ...'. Sólo se activará cuando se marque la opción 'No' y será obligatorio que se rellene con al menos 10 caracteres. Si tras rellenarlo se cambia a la opción 'Sí', se eliminará del campo de texto lo que se hubiera escrito.

- **Actuaciones previas realizadas:**



Campo de texto autoextensible de hasta 4000 caracteres

- **Solicitud de actuaciones:**



Por defecto no se seleccionará ninguna opción. El usuario podrá seleccionar tantos destinos a los que está dirigida la notificación como considere necesarios.

Si el usuario marca la opción de 'Otro', se activará el campo anexo para que el usuario especifique el destino. Este campo de texto tendrá un tamaño de hasta 50 caracteres y un mínimo de 3. Actuaciones solicitadas. Campo de texto autoextensible de hasta 4000 caracteres. Se activará si el usuario marca alguna de las opciones del apartado, siendo obligatorio que se rellene al menos 10 caracteres.

- **Datos de la notificación:**



Por defecto no se seleccionará ninguna opción.

El usuario deberá seleccionar:

- La opción para identificarse en el informe:
 - De manera directa: En el informe se mostrará el nombre y apellidos del profesional en el apartado de la persona que notifica.
 - De manera indirecta: En el informe se mostrará el identificador del recurso.
- El ámbito desde el que notifica:
 - Atención primaria
 - Hospital
 - Otro. En este caso se activará el campo de texto anexo para que el usuario especifique otro ámbito desde el que notifica. El tamaño máximo de este campo será 50 y el mínimo será de 3 caracteres.

En la parte inferior se mostrarán dos **botones** con las acciones que el usuario puede realizar.



Los botones son:

- Aceptar y firmar. Se realizarán las distintas acciones para comprobar que la información es válida, así como registrar el informe:
 - Validaciones sobre los campos del informe:
 - Todos los **campos obligatorios** deberán tener un valor no nulo:
 - Indicadores físicos en el/la menor:
 - Si se ha marcado la opción de relato de abuso sexual:
 - Se deberá tener marcado si ha sido un adulto o un menor.
 - El área de texto para el relato, deberá haber registrado al menos 10 caracteres.
 - Circunstancias de la notificación:
 - Se deben haber marcado alguna selección en cada pregunta

- Si se ha marcado 'No' en la pregunta de si se ha informado a la familia, se debe haber rellenado el campo de texto del por qué (mínimo 10 caracteres)
- Solicitud de actuaciones:
 - Se debe haber marcado al menos una de las opciones posibles a la que va dirigida la notificación.
 - Si se ha seleccionado la opción de 'Otros', se debe haber rellenado al menos 3 caracteres en el campo de texto anexo.
 - Se debe haber registrado al menos 10 caracteres en el área de texto de las actuaciones solicitadas.
- Datos de la notificación:
 - Se debe seleccionar el ámbito que notifica (AP u Hospital) o especificar otro ámbito en el campo de texto (mínimo de 3 caracteres). Sólo se podrá seleccionar un valor. Si se ha especificado otro ámbito en el campo de texto y se cambia a 'AP' u 'Hospital', se borrará lo que se hubiera especificado en este campo.
 - se debe haber seleccionado si la identificación del usuario se realiza directamente por su nombre y apellidos o indirectamente por el identificador del puesto de trabajo que ocupa.
- Otras validaciones:
 - Datos de identificación de el/la menor:
 - Teléfono 1 y teléfono 2: Campos opcionales. Los valores válidos cuando no sean nulos son:
 - Sólo podrá contener valores numéricos.
 - El tamaño mínimo y máximo será de 9 caracteres.
 - Código postal: Campo opcional. Los valores válidos para este campo cuando no sea nulo son:
 - Sólo podrá contener valores numéricos.
 - El tamaño mínimo y máximo será de 5 caracteres.
 - Se solicitará el certificado y se almacenará el informe firmado digitalmente, mostrándose en una ventana el informe generado en PDF para su impresión.
 - Se activará automáticamente la alerta de riesgo social
 - Al cerrar la ventana del informe, se validará si es necesario rellenar un parte de lesiones o de violencia de género:
 - **Modelo judicial del parte de lesiones.** Será necesario que se registre un parte de lesiones para el juzgado si el usuario ha marcado algún indicador del apartado **B2** – De abuso sexual en el/la menor:
 - Se mostrará un mensaje para que el usuario decida si quiere registrar en ese momento el parte judicial de lesiones.

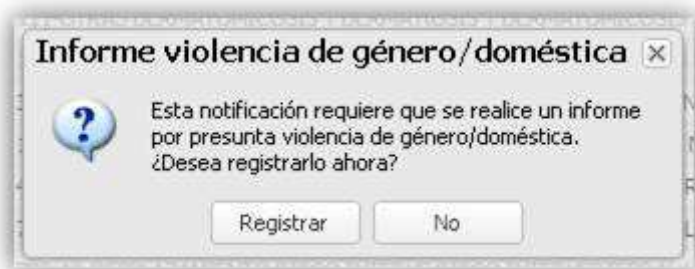


○ Si el usuario acepta:

- Se abrirá el modelo judicial del parte de lesiones para que el usuario lo rellene.
- Se seleccionará automáticamente el origen de lesión 'Sospecha de abuso sexual en menor' en la consulta activa.
- El funcionamiento del registro del parte de lesiones será igual a cuando se registra directamente desde el botón añadir informe desde la lista de informes del paciente.

▪ **Informe Médico de presunta violencia de género.** Será necesario registrar un informe de violencia de género cuando:

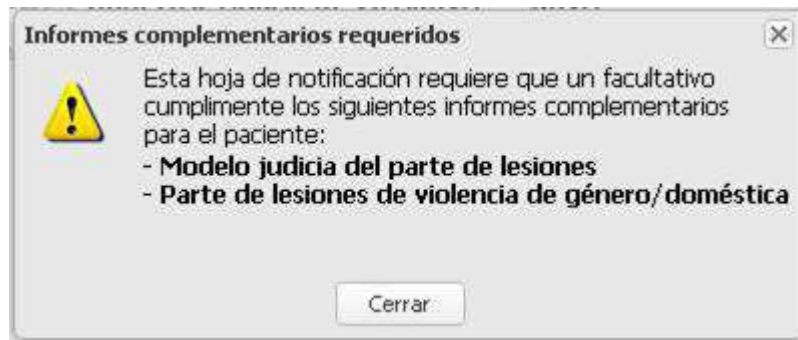
- Se marque el indicador del apartado **B5** – Violencia de género hacia la menor.
 - El sexo del paciente sea femenino.
 - La edad del paciente sea igual o superior a 14 años.
- Se mostrará un mensaje para que el usuario decida si quiere acceder a SIVIO para registrar en ese momento el informe por presunta violencia de género.



○ Si el usuario acepta:

- Se accederá a SIVIO para registrar el informe de violencia de género.

▪ En caso que se deba realizar un parte judicial de lesiones y/o un informe de violencia de género en SIVIO, se mostrará un mensaje de aviso cuando el usuario no tenga permisos para realizar alguno de los informes complementarios:



- Se guardará un apunte con el usuario que ha generado el informe junto a la fecha y hora de generación. Este apunte se visualizará en la lista de informes de riesgo socio-sanitario infantil al cerrar la ventana con el PDF.
- Se registrará en el apartado de observaciones de la consulta activa un apunte

Observaciones



Generado informe de Informe de Riesgo Sociosanitario infantil el 08/09/2016

- Cancelar. Cerrará la ventana de registro del informe sin almacenar ninguna información, volviendo a la lista de informes de riesgo socio-sanitario infantil.

3.25.2 Imprimir el informe y registro del informe impreso

Al firmar, se generará el informe de la hoja de notificación de riesgo socio-sanitario infantil con los datos introducidos:

HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES

FULL DE NOTIFICACIÓ PER A L'ATENCIÓ SOCIO SANITARIA INFANTIL I LA PROTECCIÓ DE MENORS

A DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/LA MENOR / DADES D'IDENTIFICACIÓ DEL/LA MENOR			
Apellidos y Nombre: Cognoms i Nom:		SIP: SIP:	
Fecha de nacimiento: Data de naixement:	Teléfono 1: Telèfon 1:	Teléfono 2: Telèfon 2:	Hombre/ Home Mujer/ Dona <input checked="" type="checkbox"/>
Domicilio: Domicili:		C.P.: C.P.:	
Localidad: Localitat:		Provincia: Província:	
Datos de la madre, padre o persona responsable Dades de la mare, pare o persona responsable		Más información de interés Més informació d'interès	
País origen padre País origen pare		Nacionalidad del/la menor: Nacionalitat del/la menor:	
ESPAÑA		ESPAÑA	
B INDICADORES Y FACTORES DE RIESGO OBSERVADOS / INDICADORS I FACTORS DE RISC OBSERVATS			
B1. FÍSICOS EN EL/LA MENOR / FÍSICS EN EL/LA MENOR			
<input checked="" type="checkbox"/> Lesiones internas, abdominales Lesions internes, abdominals <input type="checkbox"/> Fracturas múltiples, en diferentes estados de cicatrización Fractures múltiples, en diferents estats de cicatrització <input type="checkbox"/> Heridas, magulladuras, mordeduras Ferides, magolaments, moscos <input checked="" type="checkbox"/> Quemaduras, cortes, pinchazos Cremades, talls, punxades <input type="checkbox"/> Síndrome del niño/a zarandeado/a Síndrome del xiquet/la sacsat/da <input type="checkbox"/> Accidentes extraños Accidents estranys		<input type="checkbox"/> Persistencia inexplicable de enfermedades Persistència inexplicable de malalties <input type="checkbox"/> Ingresos múltiples en hospitales Ingressos múltiples en hospitals <input type="checkbox"/> Intoxicaciones Intoxicacions <input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia Síndrome d'abstinència <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo (peso, estatura, lenguaje, ...) Retard en el desenvolupament (pes, estatura, llenguatge,...)	
B2. DE ABUSO SEXUAL EN EL/LA MENOR / D'ABÚS SEXUAL EN EL/LA MENOR			
<input type="checkbox"/> Contusiones, sangrado en genitales externos, zona vaginal o anal Contusions, sangnat en genitals externs, zona vaginal o anal <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea Malaltia venèria <input type="checkbox"/> Restos de semen en boca, genitales o ropa Restes de semen en boca, genitals o roba <input type="checkbox"/> Desgarros y dilatación anal Esparros i dilatació anal <input type="checkbox"/> Cervix o vulva hinchada y roja Cervix o vulva unfada i roja <input type="checkbox"/> Relato de abuso sexual: Relat d'abús sexual: <input type="checkbox"/> de adulto d'adult <input type="checkbox"/> de menor de menor		<input type="checkbox"/> Dificultad para caminar o sentarse Dificultat per a caminar o asseure's <input type="checkbox"/> Dolor o picor en la zona genital Dolor o picor en la zona genital <input type="checkbox"/> Himen perforado o rasgado Himen perforat o esgarrat <input type="checkbox"/> Lesiones en el pene o el escroto Lesions en el penis o l'escrot	

B3. COMPORTAMENTALES Y EMOCIONALES EN/LA MENOR / COMPORTAMENTALS I EMOCIONALS EN EL/LA MENOR

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manifiesta que no le cuidan o que le maltratan
<i>Manifesta que no el cuiden o que el/la maltracten</i> | <input type="checkbox"/> No quiere irse a casa o estar con sus padres.
<i>No vol anar-se'n a casa o estar amb els seus pares</i> |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación, sueño o control de esfínteres
<i>Trastorns d'alimentació, del son o de control d'esfínters</i> | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio
<i>Intent de suïcidi</i> |
| <input type="checkbox"/> Manifiesta dolores frecuentes sin causa aparente
<i>Manifesta dolors freqüents sense causa aparent</i> | <input type="checkbox"/> Conductas adictivas en el/la menor
<i>Conductes adictives en el/la menor</i> |
| <input type="checkbox"/> Establece relaciones distantes u hostiles
<i>Establix relacions distants o hostils</i> | |

B4. NEGLIGENCIA / NEGLIGÈNCIA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Necesidades médicas no atendidas
<i>Necessitats mèdiques no ateses</i> | <input type="checkbox"/> Aspecto descuidado, dejado y falta de higiene en los padres
<i>Aspecte descuidat, deixat i falta d'higiene en els pares</i> |
| <input type="checkbox"/> Escasa higiene
<i>Higiene escassa</i> | <input type="checkbox"/> Los padres no acuden cuando son citados
<i>Els pares no acudixen quan són citats</i> |
| <input type="checkbox"/> Vestimenta inadecuada
<i>Vestimenta inadequada</i> | <input type="checkbox"/> En ingreso hospitalario del/la menor los profesionales sanitarios observan conductas negligentes en los padres (especificar en observaciones)
<i>En ingrés hospitalari del/la menor, els professionals sanitaris observen conductes negligents en els pares (especificar en observacions)</i> |
| <input type="checkbox"/> Desnutrición, deshidratación
<i>Desnutrició, deshidratació</i> | |
| <input type="checkbox"/> Cansado o apatía permanente
<i>Cansament o apatia permanent</i> | <input type="checkbox"/> No dan importancia a la situación detectada
<i>No donen importància a la situació detectada</i> |
| <input type="checkbox"/> Cráneo aplanado, alopecia por postura prolongada
<i>Crani aplanat, alopecia per postura prolongada</i> | <input type="checkbox"/> Insuficiente atención al/la menor (especificar en observaciones)
<i>Insuficient atenció al/la menor (especificar en observacions)</i> |
| <input type="checkbox"/> Falta de control médico durante el embarazo (menos de 5 visitas)
<i>Falta de control mèdic durant l'embaràs (menys de 5 visites)</i> | <input type="checkbox"/> Eluden las responsabilidades parentales o abandonan al menor
<i>Eludixen les responsabilitats parentals o abandonen el/la menor</i> |
| <input type="checkbox"/> Ausencia de cobertura sanitaria
<i>Absència de cobertura sanitària</i> | <input type="checkbox"/> No manifiestan afecto por el/la menor
<i>No manifesten afecte pel o per la menor</i> |

B5. VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LA MENOR* / VIOLÈNCIA DE GÈNERE CAP A LA MENOR*

- ☐ Ejercida por el cónyuge o persona con análoga relación presente o pasada de afectividad
Exercida pel cònjuge o persona amb anàloga relació present o passada d'afectivitat

* Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere.

B6. EMBARAZO EN LA MENOR / EMBARÀS EN LA MENOR

- ☐ Gestante menor de edad
Gestant menor d'edat

147489936391500330

B7. FAMILIARES: PRENATALES, PERINATALES Y POSTNATALES / FAMILIARS: PRENATALS, PERINATALS I POSTNATALS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Embarazo no deseado: solicitud de aborto, adopción ...
<i>Embaràs no desitjat: sol·licitud d'avortament, adopció ...</i> <input type="checkbox"/> Monoparentalidad y falta de apoyo sociofamiliar
<i>Monoparentalitat i falta de suport sociofamiliar</i> <input type="checkbox"/> Situación económica precaria: desarraigo, pobreza, marginación...
<i>Situació econòmica precària: desarrelament, pobresa, marginació...</i> <input type="checkbox"/> Problemas de vivienda: carencia, condiciones deficientes
<i>Problemes de vivenda: carència, condicions deficientes</i> <input type="checkbox"/> Negativa a que se realicen visitas domiciliarias
<i>Negativa a que es facen visites domiciliàries</i> <input type="checkbox"/> Padres muy jóvenes o inmaduros
<i>Pares molt joves o immadurs</i> <input type="checkbox"/> Alguno de los padres padece una enfermedad mental
<i>A algun dels pares patix una malaltia mental</i> <input type="checkbox"/> Los padres abusen de drogas o alcohol
<i>Els pares abusen de drogues o alcohol</i> <input type="checkbox"/> Dificultades de comprensión en los padres
<i>Dificultats de comprensió en els pares</i> <input type="checkbox"/> Ludopatía en los padres
<i>Ludopatia en els pares</i> <input type="checkbox"/> Antecedentes de negligencia o maltrato en otros hijos o hijas
<i>Antecedents de negligència o maltractament en altres fills o filles</i> <input type="checkbox"/> Violencia familiar o doméstica
<i>Violència familiar o domèstica</i> <input type="checkbox"/> Cambios habituales de hospital, de centro de salud ...
<i>Canvis habituals d'hospital, de centre de salut ...</i> <input type="checkbox"/> Comportamiento conflictivo durante las visitas médicas
<i>Comportament conflictiu durant les visites mèdiques</i> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intentan ocultar los indicadores físicos del/la menor o el/la causante
<i>Intenten ocultar els indicadors físics del/la menor o el/la causant</i> <input type="checkbox"/> No dan explicaciones convincentes y congruentes
<i>No donen explicacions convincentes i congruents</i> <input type="checkbox"/> No controlan el comportamiento del/la menor en las visitas médicas
<i>No controlen el comportament del/la menor en les visites mèdiques</i> <input type="checkbox"/> Disciplina demasiado rígida y autoritaria
<i>Disciplina massa rígida i autoritària</i> <input type="checkbox"/> Son extremadamente protectores del/la menor
<i>Són extremadament protectors del/la menor</i> <input type="checkbox"/> Utilizan al/la menor en tareas impropias de su edad
<i>Usen el/la menor en tasques impròpies de l'edat</i> <input type="checkbox"/> Tienen una imagen muy negativa del/la menor
<i>Tenen una imatge molt negativa del/la menor</i> <input type="checkbox"/> Expectativas no realistas sobre el/la menor
<i>Expectatives no realistes sobre el/la menor</i> <input type="checkbox"/> Desprecian, rechazan o culpan a el/la menor
<i>Menyspreuen, rebutgen o culpen el/la menor</i> <input type="checkbox"/> Excesiva ansiedad ante la crianza
<i>Excessiva ansietat davant de la criança</i> <input type="checkbox"/> Utilización del/la menor de manera inapropiada en el proceso de separación de pareja (especificar en observaciones)
<i>Utilització del/la menor de manera inapropiada en el procés de separació de parella (especificar en observacions)</i> <input type="checkbox"/> Padre/madre en situación de privación de libertad
<i>Pare /mare en situació de privació de llibertat</i> |
|---|---|

B8. OTROS INDICADORES U OBSERVACIONES / ALTRES INDICADORS O OBSERVACIONS

C CONDICIONES DE SALUD QUE INCREMENTAN EL RIESGO / CONDICIONS DE SALUT QUE INCREMENTEN EL RISC

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gran prematuridad: <1.500 gr o 30 semanas de gestación
<i>Gran prematuritat: <1.500 gr. o 30 setmanes de gestació</i> <input type="checkbox"/> Problema crónico de salud
<i>Problema crònic de salut</i> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedad o posible trastorno mental
<i>Malaltia o possible trastorn mental</i> <input type="checkbox"/> Discapacidad:
<i>Discapacitat:</i> <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial |
|--|--|

D CIRCUNSTANCIAS DE LA NOTIFICACIÓN / CIRCUMSTÀNCIES DE LA NOTIFICACIÓ

Notificación por:
Notificació per:

- ☐ Sospecha
Sosпита
- ☒ Evidencia
Evidència

Observación:
Observació:

- ☐ Aislada
Aïllada
- ☒ Reiterada
Reiterada

Se ha informado a la familia de esta notificación: / S'ha informat la família d'aquesta notificació:

- ☒ Sí
- ☐ No ¿Por qué?
Per què?

E ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS / ACTUACIONS PRÈVIES REALITZADES

F SOLICITUD DE ACTUACIONES / SOL·LICITUD D'ACTUACIONS

Dirigida a:

- ☒ Equipo Municipal de Servicios Sociales
Equip Municipal de Serveis Socials
- ☐ Servicios Territoriales de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusiones
Serveis Territorials de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusiones

- ☐ Centro de recepción de menores
Centre de recepció de menors

- ☐ Fiscalía de menores
Fiscalia de menors

- ☐ Otro (especificar):
Altre (especificar):

Actuaciones solicitadas: / Actuacions sol·licitades:

147489936391500330

Ejemplar para la FAMILIA
Exemplar per a la FAMILIA

- Se mostrarán los literales de forma bilingüe (castellano/valenciano), mostrándose el valenciano en cursiva.
- En todas las páginas del informe se mostrará la cabecera y pie

- Cabecera:
 - o Logo de la Conselleria de Sanitat.
 - o Título del informe. En tamaño grande en la primera página de cada ejemplar debajo del logo de la Conselleria y en tamaño pequeño junto al logo en el resto de páginas.
- Lateral: Se mostrará el identificador único del informe.
- Pie:
 - o Parte izquierda:
 - Literal para quien va dirigido el informe:
 - Ejemplar para la familia.
 - Ejemplar para la intervención.
 - Fecha de generación y la fecha de impresión del informe.
 - o Parte derecha:
 - Número de página y el total de páginas del informe

El apartado G – Datos de la notificación será un apartado calculado a partir de los datos seleccionados en el informe:

- Fecha de notificación → Será la fecha del día en que se registró la hoja de notificación.
- Domicilio del centro → Dirección completa del centro.
- Localidad → Municipio en que se ubica el centro.
- Teléfono y fax del centro.
- Ámbito desde el que se notifica → Se obtiene del valor marcado al generar la hoja de notificación.
- Categoría del profesional → Según esté configurada la categoría para el informe en el servicio en que está trabajando el usuario:
 - o Se marcará la categoría del servicio para el informe.
 - o Se marcará la categoría que hubiera seleccionado el usuario al registrar el informe.
- Persona que notifica → Según la forma de identificarse que haya seleccionado el usuario al registrar el informe se mostrará:
 - o Nombre y apellidos del profesional.
 - o Identificador del puesto de trabajo que ocupa.

Al final del informe se añadirá la firma digital del profesional con los datos del informe codificados.

**HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INFANTIL
Y LA PROTECCIÓN DE MENORES**
**FULL DE NOTIFICACIÓ PER A L'ATENCIÓ SOCIO SANITARIA INFANTIL
I LA PROTECCIÓ DE MENORS**

G DATOS DE LA NOTIFICACIÓN / DADES DE LA NOTIFICACIÓ

Fecha de la notificación Data de la notificació	Domicilio del centro: Adreça del centre:		
20/05/	Localidad: Localitat:	Teléfono: Telèfon:	9
Ámbito que notifica Àmbit que notifica	<input checked="" type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> HOSPITAL	Otro/a: Un altre/a:	FAX: 9
Profesional / Professional: <input checked="" type="checkbox"/> Médico-Pediatra <input type="checkbox"/> Matrona-Enfermera <input type="checkbox"/> T. Social <input type="checkbox"/> Psicólogo Metge-Pediatre Comare-Intermer Treball Social Psicòleg			
Persona que notifica (Opcional: nombre colegiado / nom colegiat) 			

En VALENCIA, a 20 de
A VALENCIA, a 20 de

Firma digital / Signatura digital:

146374909272500663

Ejemplar para la FAMILIA
Exemplar per a la FAMILIA

Gen: 20/05/2016 14:59:38
Imp: 23/05/2016 12:07:06

Pag. 4 de 4

Ejemplo de impreso de la última página de la hoja de notificación

3.25.3 Consulta y reimpresión de un informe existente de Riesgo Sociosanitario infantil

Si la hoja a visualizar se registró antes de la evolución tecnológica se mostrará sobre la plantilla en PDF igual a cómo se realizaba con anterioridad.

Si la hoja a visualizar se registró después de la evolución tecnológica, al pulsar en el botón de visualizar se generará el informe en pantalla con los datos del informe previamente generados, de forma que el usuario pueda reimprimirlo.

Todos los datos del informe serán los que se tienen almacenados del momento en que se registró, excepto la fecha de impresión del pie de página que será la fecha y hora del momento actual.

3.26 Hoja notificación para la desatención en adultos

La generación del nuevo informe se realiza desde:

- Historia clínica → Informes → Hoja de notificación de desatención en adultos
- Historia clínica → Consulta activa → Observaciones → Informes → Hoja de notificación de desatención en adultos
- Consulta de la historia de salud → Informes → Hoja de notificación de desatención en adultos

Está visible sólo para pacientes mayores de 18 años.

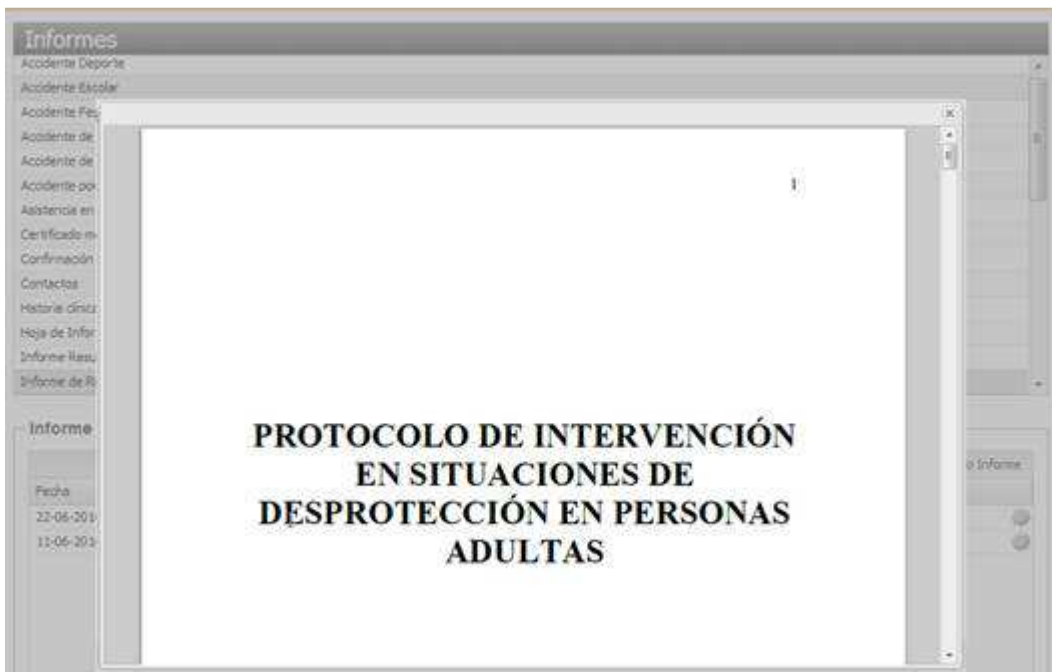
Al seleccionar el informe en la pestaña informes del menú general de historia clínica se muestra la lista de hojas de notificación del paciente, generadas con anterioridad ordenados de forma descendente.

Para cada hoja de notificación generada se muestra:

- Fecha de generación
- Usuario que lo generó
- Rueda de opciones. Las acciones posibles son:
 - o Visualizar la hoja de notificación generada

En la cabecera de la lista de informes de desatención en adultos generados anteriormente se muestran dos botones:

- Nuevo Informe: Se muestra cuando exista una consulta activa. Al pulsar en él, se accede al formulario para el registro de una nueva hoja de notificación.
- Ver Documentación de apoyo: Se muestra siempre que se acceda a la lista de informes. Al pulsar sobre él, se abre el protocolo de actuación en una ventana de ayuda.



3.26.1 Registro de una nueva hoja de notificación

Hoja de notificación para la desatención en adultos

A DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

Paciente: S.I.P.: D.A.T. / N.I.E.: P. Nacimiento:

Dirección: Teléfono 1: Teléfono 2:

Provincia: Municipio: Cód. postal:

VALENCIA 46

Datos del cónyuge, pareja o hijo: Otros familiares:

B INDICADORES

B1. FÍSICOS

☐ Hematomas, heridas, quemaduras, arañazos, mordeduras

☐ Callos repetitivos, fracturas múltiples.

☐ Negación de lesiones.

☐ Utilización indebida de medios de inmovilización

☐ Deshidratación / desnutrición

☐ Alimentación / vestimenta inadecuada

☐ Higiene escasa / inadecuada

☐ Higiene sanitaria deficiente / nula (no realizar cambios posturales, no practicar curas)

☐ Situación de dependencia

☐ No solicitar y/o retardar demanda médica ante lesiones y/o situaciones graves de salud

☐ Visitas reiteradas a atención de urgencias

☐ Uso inadecuado de la medicación

B2. PSICOLÓGICOS

☐ Sentimientos de humillación: culpa, vergüenza, ridículo, rechazo.

☐ Recibe gritos, insultos y amenazas

☐ Depresión, incluso con ideación suicida

☐ Cambios bruscos de actitud o conducta

☐ Agitación, angustia, ansiedad, nerviosismo, sedación, confusión, inseguridad

☐ Oueles de agresiones

Hoja de notificación para la desatención en adultos

B. INDICADORES

B1. FÍSICOS

<input type="checkbox"/> Hematomas, heridas, quemaduras, arañazos, mordeduras	<input type="checkbox"/> Higiene escasa / inadecuada
<input type="checkbox"/> Caídas repetitivas, fracturas múltiples	<input type="checkbox"/> Higiene sanitaria deficiente / nula (no realizar cambios posturales, no practicar curas)
<input type="checkbox"/> Negación de lesiones	<input type="checkbox"/> Situación de dependencia
<input type="checkbox"/> Utilización indebida de medios de inmovilización	<input type="checkbox"/> No solicitar y/o retardar demanda médica ante lesiones y/o situaciones graves de salud
<input type="checkbox"/> Deshidratación / desnutrición	<input type="checkbox"/> Visitas reiteradas a atención de urgencias
<input type="checkbox"/> Alimentación / vestimenta inadecuada	<input type="checkbox"/> Uso inadecuado de la medicación

B2. PSICOLÓGICOS

<input type="checkbox"/> Sentimientos de humillación: culpa, vergüenza, ridículo, rechazo	<input type="checkbox"/> Cambios bruscos de actitud o conducta
<input type="checkbox"/> Recibe gritos, insultos y amenazas	<input type="checkbox"/> Agitación, angustia, ansiedad, nerviosismo, sedación, confusión, inseguridad
<input type="checkbox"/> Depresión, incluso con ideación suicida	<input type="checkbox"/> Quejas de agresiones
<input type="checkbox"/> Actitud de desamparo en la víctima	<input type="checkbox"/> Agresividad ante personas que lo intenten explorar o que se aproximen
<input type="checkbox"/> Autoabandono	<input type="checkbox"/> Cambio de comportamiento de la víctima en presencia del cuidador con profesionales

B3. DE ABUSO

<input type="checkbox"/> Falta de respeto a sus opiniones	<input type="checkbox"/> Desconocimiento de los propios derechos
<input type="checkbox"/> Falta de respeto a la intimidad	<input type="checkbox"/> No proporcionar información a la persona
<input type="checkbox"/> Infantilización del trato	<input type="checkbox"/> Ocultación-falsificación de información, interfiriendo en la toma de decisiones
<input type="checkbox"/> Negación de tratamiento, por el argumento de la edad	<input type="checkbox"/> Manejo inadecuado de los recursos económicos/gestión de bienes por un tercero, sin consentimiento o bajo coacción
<input type="checkbox"/> Aprovecharse de sus capacidades, para facilitar el trabajo del cuidador	

Hoja de notificación para la desatención en adultos

Hoja de notificación para la desatención en adultos

B4. DE VULNERABILIDAD

<input type="checkbox"/> Sin familia	<input type="checkbox"/> Sin cobertura sanitaria
<input type="checkbox"/> Falta de apoyo familiar/mala relación familiar	<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol/otras adicciones
<input type="checkbox"/> Aislamiento social	<input type="checkbox"/> Negación de enfermedad
<input type="checkbox"/> Permanece solo durante largos periodos de tiempo	<input type="checkbox"/> Rechaza intervención (recursos propuestos)
<input type="checkbox"/> Carácter dócil, comprensivo, poco exigente	<input type="checkbox"/> Coacción de familiares/personas del entorno se oponen a la intervención
<input type="checkbox"/> Enfermedad psíquica o mental, deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Falta de adherencia al tratamiento/sin seguimiento sanitario
<input type="checkbox"/> Vivienda insalubre/carece de vivienda	<input type="checkbox"/> Problemas vecinales/comunitarios

B5. EN LOS CUIDADORES

<input type="checkbox"/> Actitud de indiferencia	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol, fármacos o drogas
<input type="checkbox"/> Estrés: sobrecarga física y/o emocional	<input type="checkbox"/> Enfermedad física, psíquica, sensorial
<input type="checkbox"/> Baja tolerancia hacia la persona	<input type="checkbox"/> Con problemas personales/económicos, laborales
<input type="checkbox"/> Cuidador único	<input type="checkbox"/> Tener otras cargas de enfermos graves o discapacitados
<input type="checkbox"/> Escasa preparación, falta habilidades, dificultad de comprensión de la enfermedad	<input type="checkbox"/> Problemas de autoestima
<input type="checkbox"/> Falta de apoyo social, aislamiento	<input type="checkbox"/> Falta de implicación en la resolución de problemas
<input type="checkbox"/> No querer dejar sola a la persona/vigilancia innecesaria	<input type="checkbox"/> Relaciones hostiles causadas por el cuidador: insultos, intimidación
<input type="checkbox"/> Trastorno o enfermedad mental	

B6. OTROS INDICADORES O COMENTARIOS

Escriba aquí ...

Aceptar y finalizar Cancelar

Hoja de notificación para la desatención en adultos

Hoja de notificación para la desatención en adultos

C. ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS

Escriba aquí ...

Se ha informado a la familia de esta notificación:

☐ Sí ☐ No

¿Por qué? :Escriba aquí ...

Se adjuntan informes:

☐ Sí ☐ No

D. SOLICITUD DE ACTUACIONES

Dirigida a:

<input type="checkbox"/> Equipo municipal de Servicios Sociales	<input type="checkbox"/> Servicios Territoriales de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas
<input type="checkbox"/> Otro (especificar):	<input type="checkbox"/> Fiscalía

Escriba aquí ...

Actuaciones solicitadas:

Escriba aquí ...

E. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

Identificación en el informe del profesional que notifica:

☐ De manera directa con el nombre y apellidos del profesional

☐ Indirectamente a través del identificador del puesto que ocupa

Ámbito que notifica:

☐ Atención primaria

☐ Hospital

☐ Otro: :Escriba aquí ...

Aceptar y finalizar Cancelar

En la parte superior de la ventana se muestra el título del informe y un icono para visualizar el protocolo básico de actuación.

Hoja de notificación para la desatención en adultos

Hoja de notificación para la desatención en adultos

Al posicionar el cursor sobre el icono se muestra el literal 'Ver Protocolo de actuación'. Al pulsar sobre el mismo se abre el documento básico de actuación en formato PDF en una ventana de ayuda. El resto de la ventana muestra los distintos apartados del informe.

La categoría del profesional que rellena el informe es un dato que se obtiene automáticamente a partir del servicio en que se está trabajando.

Si al entrar en el registro del informe, este dato no está configurado correctamente, se mostrará una ventana de error informando que no es posible registrar el informe:

Categoría no autorizada para registrar el informe.

Los apartados del informe son:

- **Datos de identificación del paciente.** En este apartado se recoge la información relativa al paciente.

El formulario, titulado 'A DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA', contiene los siguientes campos: un icono de paciente a la izquierda; campos para 'S.I.P.', 'D.N.I./N.I.E.' y 'F. nacimiento' (con el valor '30/02/1980'); un campo 'Domicilio' con un botón de selección; campos para 'Teléfono 1' y 'Teléfono 2' (ambos con prefijo '+34'); un desplegable para 'Provincia' (seleccionada 'VALENCIA'); un desplegable para 'Municipio' (seleccionado 'GUARDAMONTE DE UN CONGREGADO'); un campo para 'Cód. postal' (con prefijo '+6'); y campos para 'Datos del cónyuge, pareja e hijos' y 'Otros familiares'.

En la parte superior del apartado se indica el título del apartado.

El resto del apartado muestra la zona de datos para el informe. Está compuesta por campos fijos y editables:

- o Campos fijos (no editables):
 - Icono con el sexo del paciente.
 - Nombre y apellidos del paciente en formato: *Apellido1 Apellido2, Nombre*
 - Número de SIP del paciente.
 - Número de DNI/NIE
 - Fecha de nacimiento
- o Campos editables. Se cargan por defecto con la información recibida desde SIP, pudiendo ser modificada posteriormente. Algunos campos son de obligada cumplimentación mientras que otros podrán dejarse vacíos:
 - Campos obligatorios:
 - Domicilio del paciente. Campo de texto de hasta 100 caracteres
 - Provincia. Desplegable con todas las provincias españolas. Por defecto se precargará la provincia de contacto almacenada en SIP. Se podrá filtrar la lista de provincias introduciendo una cadena de búsqueda. Si no se conoce deberá seleccionar la opción 'DESCONOCIDA'.
 - Municipio. Desplegable dependiente con los municipios de la provincia seleccionada. Se cargará vacío mientras no haya una provincia seleccionada. Se podrá filtrar la lista de municipios introduciendo una cadena de búsqueda. Deberá seleccionarse un municipio de la lista o introducir el nombre de uno que no esté en ella.
 - Campos opcionales:
 - Teléfonos de contacto.
 - Código postal. Por defecto se carga con el código postal almacenado en SIP. 5 caracteres numéricos

- Datos del cónyuge, pareja e hijos. Campo de texto de hasta 100 caracteres
 - Otros familiares. Campo de texto de hasta 100 caracteres
- **Indicadores y factores de riesgo.** Por defecto no se marcará ningún indicador ni se precargará información en ningún campo de texto.

Este apartado está compuesto de ocho sub-apartados:

○ **Indicadores físicos:**

B1. FÍSICOS	
<input type="checkbox"/> Hematomas, heridas, quemaduras, arañazos, mordeduras	<input type="checkbox"/> Higiene escasa / inadecuada
<input type="checkbox"/> Caídas repetitivas, fracturas múltiples.	<input type="checkbox"/> Higiene sanitaria deficiente / nula (no realizar cambios posturales, no practicar curas)
<input type="checkbox"/> Negación de lesiones	<input type="checkbox"/> Situación de dependencia
<input type="checkbox"/> Utilización indebida de medios de inmovilización	<input type="checkbox"/> No solicitar y/o retardar demanda médica ante lesiones y/o situaciones graves de salud
<input type="checkbox"/> Deshidratación / desnutrición	<input type="checkbox"/> Visitas reiteradas a atención de urgencias
<input type="checkbox"/> Alimentación / vestimenta inadecuada	<input type="checkbox"/> Uso inadecuado de la medicación

Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado están activos, pudiendo marcarse tantos como sean necesarios.

○ **Indicadores psicológicos:**

B2. PSICOLÓGICOS	
<input type="checkbox"/> Sentimientos de humillación: culpa, vergüenza, ridículo, rechazo.	<input type="checkbox"/> Cambios bruscos de actitud o conducta
<input type="checkbox"/> Recibe gritos, insultos y amenazas	<input type="checkbox"/> Agitación, angustia, ansiedad, nerviosismo, sedación, confusión, inseguridad
<input type="checkbox"/> Depresión, incluso con ideación suicida	<input type="checkbox"/> Quejas de agresiones
<input type="checkbox"/> Actitud de desamparo en la víctima	<input type="checkbox"/> Agresividad ante personas que lo intenten explorar o que se aproximen
<input type="checkbox"/> Autoabandono	<input type="checkbox"/> Cambio de comportamiento de la víctima en presencia del cuidador con profesionales

Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado están activos, pudiendo marcarse tantos como sean necesarios.

○ **Indicadores de abuso:**

B3. DE ABUSO	
<input type="checkbox"/> Falta de respeto a sus opiniones	<input type="checkbox"/> Desconocimiento de los propios derechos
<input type="checkbox"/> Falta de respeto a la intimidad	<input type="checkbox"/> No proporcionar información a la persona
<input type="checkbox"/> Infantilización del trato	<input type="checkbox"/> Ocultación-falsificación de información, interfiriendo en la toma de decisiones
<input type="checkbox"/> Negación de tratamiento, por el argumento de la edad	<input type="checkbox"/> Manejo inadecuado de los recursos económicos/gestión de bienes por un tercero, sin consentimiento o bajo coacción
<input type="checkbox"/> Aprovecharse de sus capacidades, para facilitar el trabajo del cuidador	

Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado están activos, pudiendo marcarse tantos como sean necesarios.

○ **Indicadores de vulnerabilidad:**

Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado están activos, pudiendo marcarse tantos como sean necesarios.

○ **Indicadores en los cuidadores:**

Al registrar el informe todos los indicadores del sub-apartado están activos, pudiendo marcarse tantos como sean necesarios.

○ **Otros indicadores o comentarios:**

Área de texto con máximo de 4000 caracteres. Dato opcional.

- **Actuaciones previas realizadas:**

Por defecto no se seleccionará ninguna opción.

En la parte de datos habrá varios apartados diferentes:

○ Área de texto con máximo de 4000 caracteres. Dato opcional.

○ Indicador de si se ha informado a la familia. Sí o no. Se debe seleccionar una de las dos opciones.

- Motivo por el que no se ha informado a la familia. Campo de texto de hasta 4000 caracteres. Por defecto se muestra el literal 'Escriba aquí...'. Sólo se activa cuando se marque la opción 'No' y es obligatorio que se rellene con al menos 10 caracteres. Si tras rellenarlo se cambia a la opción 'Sí', se elimina del campo de texto lo que se hubiera escrito.

- Indicador de si se adjuntan otros informes. Si o No. Se debe seleccionar una de las dos opciones.

- **Solicitud de actuaciones:**

Dirigida a. Por defecto no se selecciona ninguna opción. Se puede seleccionar tantos destinos a los que está dirigida la notificación como considere necesarios.

Si se marca la opción de 'Otro', se activa el campo anexo para que se especifique el destino.

Campo de texto de hasta 50 caracteres y un mínimo de 3.

Actuaciones solicitadas. Campo de texto de hasta 4000 caracteres. Obligatorio rellenar al menos 10 caracteres.

- **Datos de la notificación:**

Por defecto no se selecciona ninguna opción.

Se debe seleccionar:

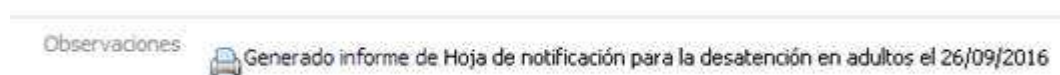
- La opción para identificarse en el informe:
 - De manera directa: En el informe se mostrará el nombre y apellidos del profesional en el apartado de la persona que notifica.
 - De manera indirecta: En el informe se mostrará el identificador del recurso
- El ámbito desde el que notifica:
 - Atención primaria
 - Hospital
 - Otro. En este caso se activa el campo de texto anexo para que se especifique otro ámbito desde el que notifica. El tamaño máximo de este campo es de 50 y el mínimo de 3 caracteres.

En la parte inferior se muestran dos botones con las acciones que se pueden realizar:



Los botones son:

- **Aceptar y firmar.** Se realizan las distintas acciones para comprobar que la información es válida, así como registrar el informe:
 - o Validaciones sobre los campos del informe:
 - Todos los campos obligatorios deben estar cumplimentados.
 - Otras validaciones:
 - Datos de identificación de el/la menor:
 - o Teléfono 1 y teléfono 2: Campos opcionales. Los valores válidos cuando no sean nulos son:
 - Sólo podrá contener valores numéricos
 - El tamaño mínimo y máximo será de 9 caracteres.
 - o Código postal: Campo opcional. Los valores válidos para este campo cuando no sea nulo son:
 - Sólo podrá contener valores numéricos.
 - El tamaño mínimo y máximo será de 5 caracteres.
 - o Se solicita el certificado y se almacena el informe firmado digitalmente, mostrándose en una ventana el informe generado en PDF para su impresión.
 - o Se activa automáticamente la alerta de riesgo social en caso que no esté ya activa.
 - o Se registra en el apartado de observaciones de la consulta activa un apunte.



- **Cancelar.** Cierra la ventana de registro del informe sin almacenar ninguna información, volviendo a la lista de informes.

3.26.2 Imprimir el informe y registro del informe impreso

Al firmar, se genera el informe de la hoja de notificación de desatención en adultos con los datos introducidos:

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE DESATENCIÓN EN ADULTOS FULL DE NOTIFICACIÓ DE DESATENCIÓ EN ADULTS

A DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/LA MENOR / DADÉS D'IDENTIFICACIÓ DEL/LA MENOR

Apellidos y Nombre: Cognoms i Nom:		DNI:		Fecha de nacimiento: Data de naixement:	
9		9		23/02/	
Teléfono 1: Telèfon 1:		Teléfono 2: Telèfon 2:		Sexo: Sexe:	
9		9		HOMBRE	
Domicilio: Adreça:				C.P. i C.P.:	
Localidad: Localitat:				Provincia: Província:	
VALENCIA				VALENCIA	
Datos del cónyuge, pareja e hijos Dades del cònjuge, parella i fills			Otros familiares Altres familiars		

B INDICADORES Y FACTORES DE RIESGO OBSERVADOS / INDICADORS I FACTORS DE RISC OBSERVATS

B1. FÍSICOS / FÍSICS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hematomas, heridas, quemaduras, arañazos, mordeduras
<i>Hematomes, ferides, cremades, arrats, mossegades</i> | <input type="checkbox"/> Higiene escasa/inadecuada
<i>Higiene escassa/inadecuada</i> |
| <input type="checkbox"/> Caídas repetitivas, fracturas múltiples
<i>Caigudes repetitives, fractures diverses</i> | <input type="checkbox"/> Higiene sanitaria deficiente/nula (no realizar cambios posturales, no practicar curas)
<i>Higiene sanitària deficient/nul·la (no realitzar canvis posturals, no practicar cures)</i> |
| <input type="checkbox"/> Negación de lesiones
<i>Negació de lesions</i> | <input type="checkbox"/> Situación de dependencia
<i>Situació de dependència</i> |
| <input type="checkbox"/> Utilización indebida de medios de inmovilización
<i>Utilització indeguda de mitjans d'inmovilització</i> | <input type="checkbox"/> No solicitar y/o retardar demanda médica ante lesiones
<i>No sol·licitar i/o retardar demanda mèdica davant lesions i/o situacions greus de salut</i> |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación
<i>Deshidratació</i> | <input type="checkbox"/> Visitas reiteradas a atención de urgencias
<i>Visites reiterades a atenció d'urgències</i> |
| <input type="checkbox"/> Alimentación/vestimenta inadecuada
<i>Alimentació/Vestimenta inadequada</i> | <input type="checkbox"/> Uso inadecuado de la medicación
<i>Ús inadequat de la medicació</i> |

B2. PSICOLÓGICOS / PSICOLÒGICS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sentimientos de humillación: culpa, vergüenza, ridículo, rechazo
<i>Sentiments d'humiliació: culpa, vergonya, ridícul, rebuig</i> | <input type="checkbox"/> Cambios bruscos de actitud o conducta
<i>Canvis bruscos d'actitud o comportament</i> |
| <input type="checkbox"/> Recibe gritos, insultos y amenazas
<i>Rep. grits, insults i amenaces</i> | <input type="checkbox"/> Agitación, angustia, ansiedad, nerviosismo, sedación, confusión, inseguridad
<i>Agitació, angúlia, ansietat, nerviosisme, sedació, confusió i inseguretat</i> |
| <input type="checkbox"/> Depresión, incluso con ideación suicida
<i>Depressió, inclòs amb ideació suïcida</i> | <input type="checkbox"/> Quejas de agresiones
<i>Queixes d'agresions</i> |
| <input type="checkbox"/> Actitud de desamparo en la víctima
<i>Actitud de desamparament en la víctima</i> | <input type="checkbox"/> Agresividad ante personas que lo intenten explorar o que se aproximen
<i>Agresivitat davant persones que l'intenten explorar o que s'aproximen</i> |
| <input type="checkbox"/> Autoabandono
<i>Abandonament de si mateix</i> | <input type="checkbox"/> Cambio de comportamiento de la víctima en presencia del cuidador con profesionales
<i>Canvi de comportament de la víctima en presència del curador amb professionals</i> |

Gen: 20/05/2016 14:59:38
Imp: 23/05/2016 12:07:06

Pag. 1 de 4

Ejemplar para el PACIENTE/FAMILIA
Exemplar per al PACIENT/FAMÍLIA

En el informe se muestran todos los campos registrados en pantalla, manteniendo el orden de los apartados que tienen en la pantalla de registro del informe.

Se generan 2 copias del informe, con los mismos datos y con distinto destinatario:

- Para el paciente/familia
- Para solicitar la intervención

Formato del informe:

- Se muestran los literales de forma bilingüe (castellano/valenciano).
- En todas las páginas del informe se muestra la cabecera y pie:
 - o Cabecera:

- Logo de la Conselleria de Sanitat.
- Título del informe.
- Lateral: Se mostrará el identificador único del informe
- Pie:
 - Parte izquierda:
 - Fecha de generación y la fecha de impresión del informe.
 - Parte central:
 - Número de página y el total de páginas del informe.
 - Parte derecha:
 - Literal para quien va dirigido el informe:
 - Ejemplar para el PACIENTE/FAMILIA
 - Ejemplar para la INTERVENCIÓN

El apartado **E – Datos de la notificación** será un apartado calculado a partir de los datos seleccionados en el informe:

- Fecha de notificación → Será la fecha del día en que se registró la hoja de notificación.
- Domicilio del centro → Dirección completa del centro.
- Localidad → Municipio en que se ubica el centro.
- Teléfono y fax del centro.
- Ámbito desde el que se notifica → Se obtiene del valor marcado al generar la hoja de notificación.
- Categoría del profesional → Se obtendrá del per.
- Persona que notifica → Según la forma de identificarse que haya seleccionado al registrar el informe, se muestra:
 - Nombre y apellidos del profesional.
 - Identificador del puesto de trabajo que ocupa.

Al final del informe se añade la firma digital del profesional con los datos del informe codificados.

E DATOS DE LA NOTIFICACIÓN / DADES DE LA NOTIFICACIÓ

Fecha de la notificación Data de la notificació	Domicilio del centro: Adreça del centre:			Telefonos Telèfons
20/05/				9
Ámbito que notifica Àmbit que notifica	<input checked="" type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	Otro/a: Un altre/a:	FAX: 9
Profesional / Professional:				
<input checked="" type="checkbox"/> Médico-Pediatra Metge-Pediatre	<input type="checkbox"/> Matrona-Enfermera Comare-Infermer	<input type="checkbox"/> T. Social Treball Social	<input type="checkbox"/> Psicólogo Psicòleg	
Persona que notifica (Opcional: nombre colegiado / nom colegiat)				

En VALENCIA, a 20 de
A VALENCIA, a 20 de

Firma digital / Signatura digital:

146374909272500663

Gen: 20/05/2016 14:59:38
Imp: 23/05/2016 12:07:06

Pag. 4 de 4

Ejemplar para el PACIENTE/FAMILIA
Exemplar per al PACIENT/FAMÍLIA

3.26.3 Consulta y reimpresión de un informe existente

Si se pulsa en la acción de visualizar una hoja de notificación previamente registrada, se genera el informe en pantalla con los datos del informe previamente generados, de forma que pueda ser reimpresso. Todos los datos del informe son los que se tienen almacenados del momento en que se registró, excepto la fecha de impresión del pie de página que es la fecha y hora del momento actual.

3.27 Nota informativa de la consulta

Al pulsar sobre el informe "Nota informativa de la Consulta" se mostrará la lista de todos los informes que se hayan generado. Desde este punto no se ofertará la creación del informe, sólo la consulta en PDF de los ya generados. **Un informe guardado e impreso no será modificable.** El profesional, si desea

modificar un informe impreso, deberá generar otra “Nota informativa de la Consulta” para reflejar en la misma el contenido que desee imprimir.

3.27.1 Informe impreso de la nota informativa

Cuando el profesional pulse sobre la opción “Imprimir”, o pulse sobre la opción “Ver” de un informe “Nota informativa de la Consulta”, se mostrará en ventana el informe generado en su día con los siguientes apartados:

Cabecera: Logotipo y nombre del informe



NOTA INFORMATIVA
NOTA INFORMATIVA

Datos de la consulta: Información del registro de la Consulta: Paciente, profesional, servicio... Se trata de la misma información que se muestra en la pantalla.

Paciente / Pacient		SIP / SiP	Edad / Edat
[Campo de texto]		[Campo de texto]	[Campo de texto]
Fecha de consulta	Hora de consulta	Centro	
Data de consulta	Hora de consulta	Centre	
[Campo de texto]	[Campo de texto]	[Campo de texto]	
Origen / Origen	Servicio / Servici	Profesional / Professional	
[Campo de texto]	[Campo de texto]	[Campo de texto]	

Apartados de la Consulta: La cabecera y el contenido de cada uno de los apartados que el profesional haya marcado para imprimir y además tenga texto cumplimentado/registrado

Motivo de consulta / Motiu de consulta
Seguimiento de [Campo de texto]
Diagnósticos y Procedimientos / Diagnòstics i Procediments
[Campo de texto]

Lateral izquierdo: Identificación del informe que se ha impreso mediante un código único

Pie de página: Contendrá la fecha en la que se generó e imprimió el informe y el número de página

Gen: 25/09/2017 16:50:48
Imp: 25/09/2017 16:50:51

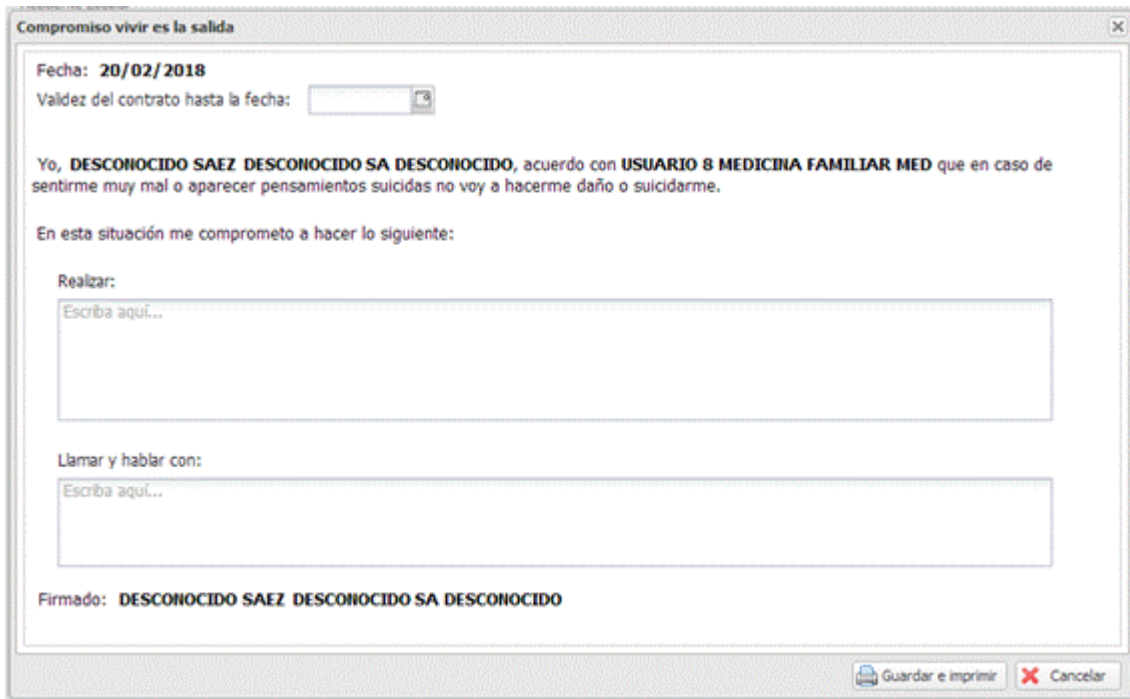
Pag. 2 de 3

Si el apartado no tiene datos cumplimentados, pero sí tiene datos subjetivos cumplimentados, se mostrará el apartado completo.

3.28 Informe: Compromiso vivir es la salida

Nuevo informe para recoger el contrato de no suicidio con el nombre "Compromiso vivir es la salida". Opción disponible desde el apartado Informes de la Historia Clínica (y accesible desde la nueva área de Salud Mental).

Se guardará la generación de cada copia con el contenido cumplimentado y no se podrá modificar el informe generado, sólo consultar/imprimir de nuevo, mediante la opción "Ver". En el caso de querer modificar el contenido se deberá generar un nuevo informe. Se rellenará el contrato mediante el siguiente diseño de formulario:



Compromiso vivir es la salida

Fecha: 20/02/2018

Validez del contrato hasta la fecha:

Yo, **DESCONOCIDO SAEZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**, acuerdo con **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme.

En esta situación me comprometo a hacer lo siguiente:

Realizar:

Escriba aquí...

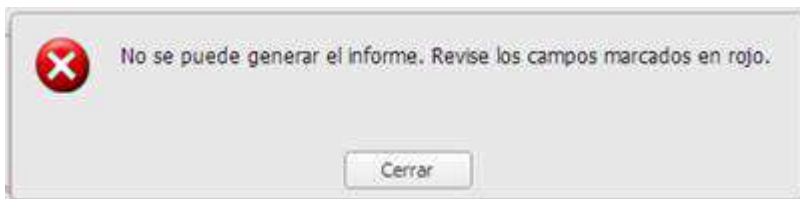
Llamar y hablar con:

Escriba aquí...


Firmado: **DESCONOCIDO SAEZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**

Guardar e imprimir Cancelar

Los campos "**Realizar**" y "**Llamar y hablar con**" permitirán un máximo de 4000 caracteres, y para poder generarlo deberá cumplimentar la fecha y los campos de texto de forma obligatoria. No se añade un número mínimo de caracteres a cumplimentar en los campos de texto (al menos uno).



Se generará un apunte en el apartado Observaciones de la Historia Clínica tras pulsar imprimir.

Observaciones  Generado informe de Compromiso vivir es la salida el 20/02/2018

Y al imprimir se generará una sola copia con el siguiente formato:

151912277339900101

Fecha: **20/02/2018**
Data:

Validez del contrato hasta la fecha: **27/02/2018**
Validesa del contracte fins a la data:

Yo, **DESCONOCIDO SAEZ**, acuerdo con **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme.

Jo, **DESCONOCIDO SAEZ**, acorde amb **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en el cas de sentir-me molt malament o aparéixer pensaments suïcides no vaig a fer-me dany o suïcidar-me.

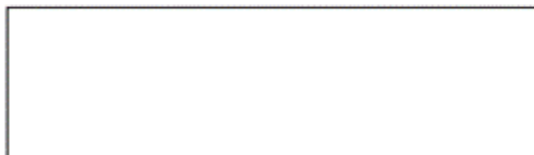
En esta situación me comprometo a hacer lo siguiente:
En esta situació em compromet a fer el següent:

Realizar / Realitzar:

- Respirar profundamente
- Relajarme

Llamar y hablar con / Cridar i parlar amb:
Mi hermano

Firmado / Signat: **DESCONOCIDO SAEZ**



3.29 Informe de voluntades anticipadas

Informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental (voluntades anticipadas) para su consulta y registro tanto desde SIA como desde una aplicación externa.

La generación del nuevo informe se realizará desde:

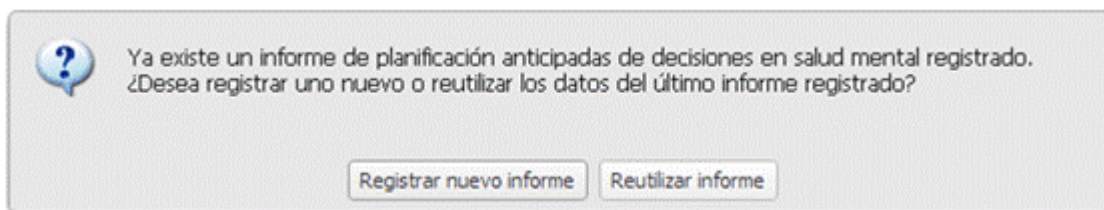
- Historia clínica → Informes → Informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental.
- Historia clínica → Consulta activa → Observaciones → Informes → Informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental.

- Consulta de la historia de salud → Informes → Informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental.


En la pestaña de visualización de los informes en la historia del paciente, se mostrará el informe **‘Informe de Planificación anticipada de decisiones en salud mental’** si el usuario tiene la funcionalidad de consulta.

Este informe estará accesible para cualquier usuario que tenga la funcionalidad de consulta del informe. Al seleccionar el informe se mostrará la lista de informes generados con anterioridad, ordenados de forma descendente.

En la cabecera de la lista de informes generados se mostrará el botón de Nuevo Informe. Este botón se mostrará cuando la consulta esté activa y el usuario tenga el permiso de edición para el informe. Al pulsarlo; si el paciente ya tiene un informe generado previamente, se mostrará una ventana para que el usuario decida si quiere registrar un nuevo informe desde cero o partiendo de los datos cargados en el último informe registrado para registrar una nueva versión del informe sin tener que cumplimentar toda la información de nuevo.



En la lista del histórico de informes, para cada informe, se mostrará:

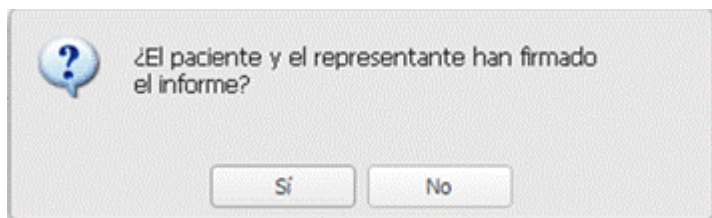
- Fecha de generación.
- Usuario que lo generó.
- Icono  para indicar que el informe no fue firmado por el paciente y el representante. Visible únicamente cuando el profesional sea el que registró el informe. Al posicionarse sobre el icono se mostrará un tooltip informativo:

“El informe no está firmado por el paciente ni por el representante”

Si el paciente tiene más de un informe en la lista, este icono sólo se mostrará para el último registrado para el paciente.

- Rueda de opciones. Las acciones posibles serán:
 - o Visualizar el informe generado. Esta opción sólo se mostrará si el usuario tiene el permiso sobre la funcionalidad de consulta del informe.
 - o Modificar el informe generado. Sólo se mostrará si la consulta está activa y el profesional es quien registró el informe, tiene el permiso sobre la funcionalidad de edición y han pasado menos de 24 horas desde su registro.
 - o Guardar firma. Sólo se mostrará si la consulta está activa y el profesional es quien registro el informe, es el último informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental del paciente generado y el informe no tiene la marca de que fuese firmado por el paciente y el representante.

Al pulsar en esta opción se preguntará al profesional para que confirme la firma del paciente y el representante.



¿El paciente y el representante han firmado el informe?

Sí No

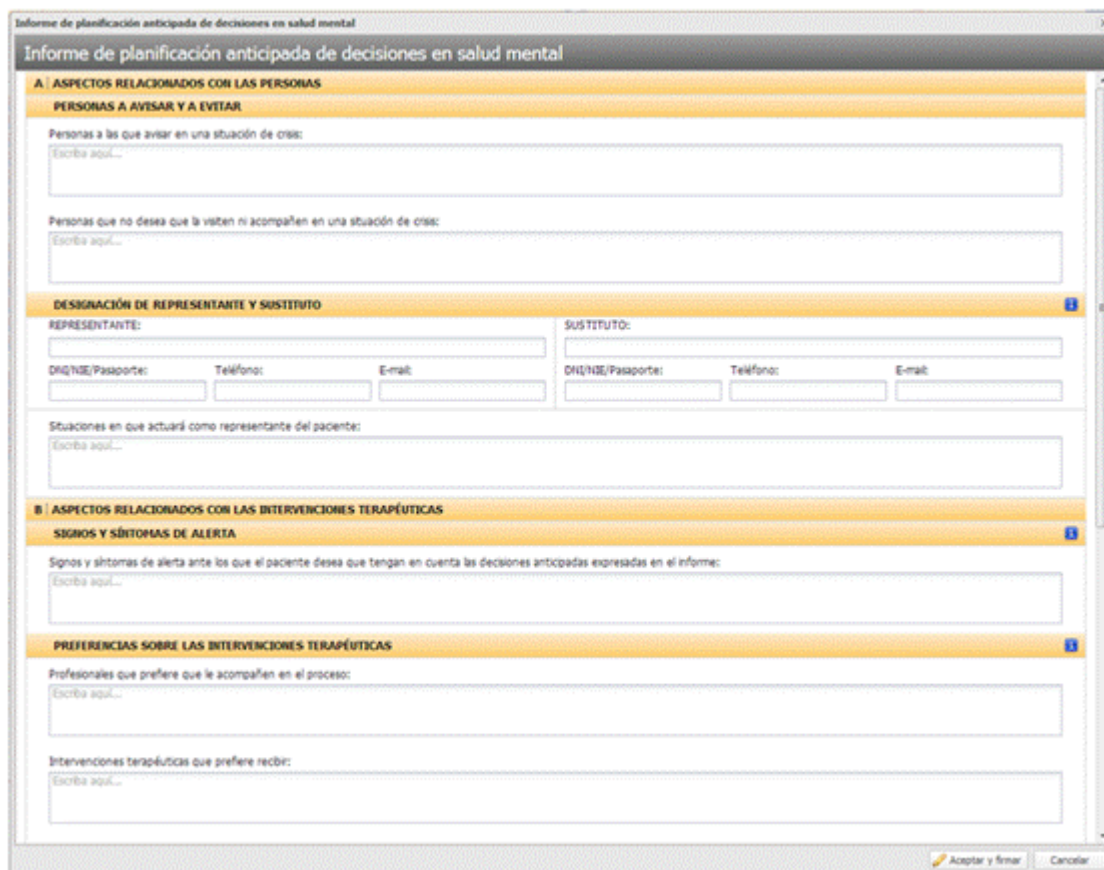
Al marcarlo como firmado, se guardará un apunte de que se ha modificado el informe en el apartado 'Observaciones' y se activará la alerta de que el paciente tiene un informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental registrado.

A los informes marcados como firmados por el paciente y representante no se podrá quitar la marca de firma. En caso de querer quitarla, por haber sido marcado como firmado por error, se deberá generar una nueva versión del informe a través del botón de 'Nuevo Informe'.

3.29.1 Registro de un nuevo informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental

Tras pulsar en el botón "Nuevo Informe" se abrirá la nueva ventana emergente para el registro de los datos para el informe.

Si se ha elegido precargar los datos del informe anterior, cada campo se cargará con los datos del informe anterior que estuvieran cumplimentados.



Informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental

A: ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS

PERSONAS A AVESAR Y A EVITAR

Personas a las que avisar en una situación de crisis:
Escriba aquí...

Personas que no desea que la visiten ni acompañen en una situación de crisis:
Escriba aquí...

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE Y SUSTITUTO

REPRESENTANTE: SUSTITUTO:

DNI/NIE/Pasaporte: Teléfono: E-mail: DNI/NIE/Pasaporte: Teléfono: E-mail:

Situaciones en que actuará como representante del paciente:
Escriba aquí...

B: ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALERTA

Signos y síntomas de alerta ante los que el paciente desea que tengan en cuenta las decisiones anticipadas expresadas en el informe:
Escriba aquí...

PREFERENCIAS SOBRE LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Profesionales que prefiere que le acompañen en el proceso:
Escriba aquí...

Intervenciones terapéuticas que prefiere recibir:
Escriba aquí...

Aceptar y firmar Cancelar

Informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental

PREFERENCIAS SOBRE LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Profesionales que prefiere que le acompañen en el proceso:
Escriba aquí...

Intervenciones terapéuticas que prefiere recibir:
Escriba aquí...

Intervenciones terapéuticas que no desea recibir:
Escriba aquí...

ACCIONES CON INFLUENCIA EN EL BIENESTAR DE LA PERSONA

Acciones que le han influido al paciente (positiva o negativamente) en otras situaciones de crisis:
Escriba aquí...

C PREFERENCIAS SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PREFERENCIAS SOBRE LAS INTERVENCIONES

Intervenciones que prefiere que se realicen:
Escriba aquí...

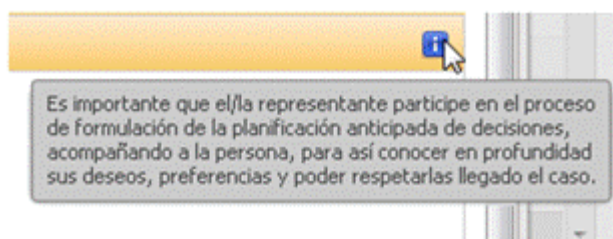
Intervenciones que no desea que se le apliquen:
Escriba aquí...

HÁBITOS PERSONALES

Hábitos personales que el paciente desea que se tengan en cuenta durante su estancia en un dispositivo de salud mental:
Escriba aquí...

Aceptar y firmar Cancelar

En ciertos apartados se mostrará un icono de ayuda  para ayudar a su cumplimentación. Al posicionar el cursor sobre el icono se mostrará un tooltip con ayuda para rellenar el apartado.



En la parte inferior se mostrarán dos botones con las acciones que el usuario puede realizar.

Aceptar y firmar Cancelar

Los botones son:

- **Aceptar y firmar.** Al pulsarlo, se validará que se hayan introducido todos los campos obligatorios:
 - o Personas a las que avisar en una situación de crisis
 - o Nombre y apellidos del representante
 - o DNI/NIE/Pasaporte del representante
 - o Teléfono del representante
 - o Situaciones en las que debe actuar
 - o Signos y síntomas de alerta
 - o Preferencias respecto a los profesionales que quiere que le acompañen

- Preferencias sobre las intervenciones a recibir
- Intervenciones que no desea recibir
- Acciones que influyen en el bienestar de la persona
- Preferencias sobre las intervenciones a que se le realicen
- Intervenciones que no desea que se le apliquen
- Hábitos personales

Tras validar estos datos:

- Se mostrará el informe con los datos registrados en formato PDF
- Si el paciente tenía una alerta de PAD en salud mental por un informe previo, se inactivará la alerta hasta que el paciente firme el nuevo informe.
- Se guardará un apunte con el usuario que ha generado el informe junto a la fecha y hora de generación. Este apunte se visualizará en la lista de informes de planificación anticipada de decisiones en salud mental al cerrar la ventana con el PDF.
- Se guardará un apunte en el apartado de observaciones del contacto activo.

Observaciones



Generado informe de Informe de Voluntades Anticipadas el 08/05/2018

- **Cancelar.** Mismo funcionamiento que al cerrar la ventana. Se cerrará la ventana sin registrar el informe, descartando los datos registrados.

Se cancelará la consulta creada en SIA al abrir el acceso, manteniéndose el registro de acceso.

3.29.2 Imprimir el informe y registro del informe impreso

Al firmar, se generará el informe con los datos introducidos y se visualizará en pantalla.

INFORME DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL

INFORME DE PLANIFICACIÓ ANTICIPADA DE DECISIONS EN SALUT MENTAL

Yo, D/Dª _____, con DNI/NIE/Passaporte Nº: _____ manifiesto mi deseo de que se tengan en cuenta estas decisiones anticipadas cuando me encuentre en una situación en la que mi capacidad para tomar decisiones este condicionada por un problema de salud mental.

Jó, En/Na _____, amb DNI/NIE/Passaport Nº: _____ manifeste el meu desig que es tinguen en compte estes decisions anticipades quan em trobe en una situació en què la meua capacitat per a prendre decisions estiga condicionada per un problema de salut mental.

A ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS / ASPECTES RELACIONATS AMB LES PERSONES

A1. PERSONAS A LAS QUE AVISAR EN UNA SITUACIÓN DE CRISIS / PERSONES A QUI AVISAR EN UNA SITUACIÓ DE CRISI

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam elementum placerat eleifend. Nam egestas sagittis lorem quis egestas. Proin mattis lectus et dui pretium lobortis. Suspendisse potenti. Morbi vehicula purus quis commodo porta. Donec bibendum diam id risus venenatis facilisis. Donec ornare neque sem, nec convallis purus facilisis sed. Donec at viverra purus. Phasellus vel dapibus ex. Donec in eros lacus. Nullam sit amet sem id dui venenatis vehicula. Nunc ut maximus quam. Suspendisse posuere enim vel nulla feugiat luctus. Mauris tempor hendrerit posuere.

A2. PERSONAS QUE NO QUIERO QUE ME VISITEN O ACOMPAÑEN EN UNA SITUACIÓN DE CRISIS / PERSONES QUE NO VULL QUE EN VISITEN O ACOMPANYEN EN UNA SITUACIÓ DE CRISI

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam elementum placerat eleifend. Nam egestas sagittis lorem quis egestas. Proin mattis lectus et dui pretium lobortis. Suspendisse potenti. Morbi vehicula purus quis commodo porta. Donec bibendum diam id risus venenatis facilisis. Donec ornare neque sem, nec convallis purus facilisis sed. Donec at viverra purus. Phasellus vel dapibus ex. Donec in eros lacus. Nullam sit amet sem id dui venenatis vehicula. Nunc ut maximus quam. Suspendisse posuere enim vel nulla feugiat luctus. Mauris tempor hendrerit posuere.

A3. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE / DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT

Deseo nombrar para que actúe como mi representante cuando me encuentre en una situación de crisis que me condicione a tomar decisiones a:

Desitge anomenar perquè actue com el meu representant quan em trobe en una situació de crisi que em condicione la presa de decisions a:

D/Dª:

En/Na:

B	ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS / ASPECTES RELACIONATS AMB LES INTERVENCIIONS TERAPÈUTIQUES
	B1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALERTA / SIGNES I SÍMPTOMES D'ALERTA
	A continuación, describo algunos signos y síntomas de alerta relacionados con mi situación ante los que deseo que se tengan en cuenta las decisiones anticipadas que expreso en este documento: <i>A continuació, descripc alguns signes i símptomes d'alerta relacionats amb la meua situació davant els quals desig que es tinguen en compte les decisions anticipades que expresse en este document:</i>
	Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam elementum placerat eleifend. Nam egestas sagittis lorem quis egestas. Proin mattis lectus et dui pretium lobortis. Suspendisse potenti. Morbi vehicula purus quis commodo porta. Donec bibendum diam id risus venenatis facilisis. Donec ornare neque sem, nec convallis purus facilisis sed. Donec at viverra purus. Phasellus vel dapibus ex. Donec in eros lacus. Nullam sit amet sem id dui venenatis vehicula. Nunc ut maximus quam. Suspendisse posuere enim vel nulla feugiat luctus. Mauris tempor hendrerit posuere.
	B2. PREFERENCIAS RESPECTO A LOS/LAS PROFESIONALES QUE QUIERE QUE LE ACOMPAÑEN EN SU PROCESO / PREFERÈNCIES RESPECTE A ELS/LES PROFESSIONALS QUE VOL QUE LI ACOMPANYEN EN EL SEU PROCÉS
	Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam
	B3. PREFERENCIAS RELACIONADAS CON LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS / PREFERÈNCIES RELACIONADES AMB LES
	PREFIERO recibir las siguientes intervenciones terapéuticas: <i>PREFERISC</i> rebre les següents intervencions terapèutiques:
	Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam elementum placerat eleifend. Nam egestas sagittis lorem quis egestas. Proin mattis lectus et dui pretium lobortis. Suspendisse potenti. Morbi vehicula purus quis commodo porta. Donec bibendum diam id risus venenatis facilisis. Donec ornare neque sem, nec convallis purus facilisis sed. Donec at viverra purus. Phasellus vel dapibus ex. Donec in eros lacus. Nullam sit amet sem id dui venenatis vehicula. Nunc ut maximus quam. Suspendisse posuere enim vel nulla feugiat luctus. Mauris tempor hendrerit posuere.
	NO DESEO recibir las siguientes intervenciones terapéuticas: <i>NO DESITGE</i> rebre les següents intervencions terapèutiques:
	Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam elementum placerat eleifend. Nam egestas sagittis lorem quis egestas. Proin mattis lectus et dui pretium lobortis. Suspendisse potenti. Morbi vehicula purus quis commodo porta. Donec bibendum diam id risus venenatis facilisis. Donec ornare neque sem, nec convallis purus facilisis sed. Donec at viverra purus. Phasellus vel dapibus ex. Donec in eros lacus. Nullam sit amet sem id dui venenatis vehicula. Nunc ut maximus quam. Suspendisse posuere enim vel nulla feugiat luctus. Mauris tempor hendrerit posuere.
	B4. ACCIONES QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR DE LA PERSONA / ACCIONS QUE INFLUEIXEN EN EL BENESTAR DE LA PERSONA
	Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam elementum placerat eleifend. Nam egestas sagittis lorem quis egestas. Proin mattis lectus et dui pretium lobortis. Suspendisse potenti. Morbi vehicula purus quis commodo porta. Donec bibendum diam id risus venenatis facilisis. Donec ornare neque sem, nec convallis purus facilisis sed. Donec at viverra purus. Phasellus vel dapibus ex. Donec in eros lacus. Nullam sit amet sem id dui venenatis vehicula. Nunc ut maximus quam. Suspendisse posuere enim vel nulla feugiat luctus. Mauris tempor hendrerit posuere.
	C PREFERENCIAS Y HÁBITOS PERSONALES RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA / PREFERÈNCIES I HÀBITS PERSONALS RELACIONATS AMB L'HOSPITALITZACIÓ EN PSIQUIATRIA
	C1. PREFERENCIAS RELACIONADAS CON LAS INTERVENCIONES EN PSIQUIATRÍA / PREFERÈNCIES RELACIONADES AMB LES INTERVENCIIONS EN PSIQUIATRIA
	PREFIERO recibir las siguientes intervenciones: <i>PREFERISC</i> rebre les següents intervencions:
	Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam elementum placerat eleifend. Nam egestas sagittis lorem quis egestas. Proin mattis lectus et dui pretium lobortis. Suspendisse potenti. Morbi vehicula purus quis commodo porta. Donec bibendum diam id risus venenatis facilisis. Donec ornare neque sem, nec convallis purus facilisis sed. Donec at viverra purus. Phasellus vel dapibus ex. Donec in eros lacus. Nullam sit amet sem id dui venenatis vehicula. Nunc ut maximus quam. Suspendisse posuere enim vel nulla feugiat luctus. Mauris tempor hendrerit posuere.

NO DESEO recibir las siguientes intervenciones:
NO DESITGE rebre les següents intervencions:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam
 elementum placerat eleifend. Nam egestas sagittis lorem quis egestas. Proin mattis lectus et dui pretium
 lobortis. Suspendisse potenti. Morbi vehicula purus quis commodo porta. Donec bibendum diam id risus
 venenatis facilisis. Donec ornare neque sem, nec convallis purus facilisis sed. Donec at viverra purus.
 Phasellus vel dapibus ex. Donec in eros lacus. Nullam sit amet sem id dui venenatis vehicula. Nunc ut
 maximus quam. Suspendisse posuere enim vel nulla feugiat luctus. Mauris tempor hendrerit posuere.

C2. HÁBITOS PERSONALES / HÀBITTS PERSONALS

Durante mi estada en un dispositivo de Salud mental me gustaría que se tuvieran en cuenta los siguientes hábitos personales:
Durant la meua estada en un dispositiu de Salut mental m'agradaria que es tingueren en compte els següents hàbits personals:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aliquam dapibus diam eu mattis dapibus. Etiam
 elementum placerat eleifend. Nam egestas sagittis lorem quis egestas. Proin mattis lectus et dui pretium
 lobortis. Suspendisse potenti. Morbi vehicula purus quis commodo porta. Donec bibendum diam id risus
 venenatis facilisis. Donec ornare neque sem, nec convallis purus facilisis sed. Donec at viverra purus.
 Phasellus vel dapibus ex. Donec in eros lacus. Nullam sit amet sem id dui venenatis vehicula. Nunc ut
 maximus quam. Suspendisse posuere enim vel nulla feugiat luctus. Mauris tempor hendrerit posuere.

En a 29 de Mayo de 2018

A del 29 de Maio de 2018

El titular / El titular

El representante / El representant

El facultativo / El facultatiu

t. Nombre y apellidos: / Nom / cognoms:

Nombre y apellidos: / Nom i cognoms:

Nombre y apellidos: / Nom / cognoms:

Firma: / Signature:

Firma: / Signature:

Firma digital: / Signature digital:

Se generarán dos copias del informe, una para el centro y otra para el paciente.
En la última página del informe se incluirá el apartado para las firmas con la fecha en que se realiza.
La fecha de firma que se mostrará será la del día en curso.
En el apartado de cada firma se mostrará el nombre y apellidos encima del espacio reservado para la firma.
En el caso del profesional, bajo su nombre y apellidos se mostrará su firma digital.

En [redacted] a 29 de Mayo de 2018
A [redacted] de/d' 29 de Maig de 2018


El titular / El titular	El representante / El representant	El facultativo / El facultatiu
Nombre y apellidos: / Nom i cognoms: [redacted]	Nombre y apellidos: / Nom i cognoms: [redacted]	Nombre y apellidos: / Nom i cognoms: [redacted]
Firma: / Signatura: [redacted]	Firma: / Signatura: [redacted]	Firma digital: / Signatura digital: [redacted]

152756008361500064

En el pie de página se mostrará:

- Parte izquierda:
 - o Fecha de generación del informe → Fecha y hora del momento en que se registró.
 - o Fecha de impresión → Fecha y hora del momento en que se imprimió.
- Parte central:
 - o Número de página y total de páginas del informe.
- Parte derecha:
 - o Identificador de ejemplar → Para el centro o para el paciente.

Tras imprimirse el informe y cerrarse el visor del PDF, se mostrará una ventana para que el profesional indique si el paciente y el representante han firmado el informe.



¿El paciente y el representante han firmado el informe?

Si el profesional confirma la firma del informe:

- se activará la alerta de planificación anticipada de decisiones (PAD) en salud mental para indicar que el paciente tiene un informe registrado y firmado.
- se marcará el informe como firmado para que se visualice en futuras reimpresiones del mismo.

3.29.3 Consulta y reimpresión de un informe existente

Si el usuario podrá visualizar y reimprimir un informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental que esté registrado.

En el pie de página la fecha de generación será la fecha en que se registró el informe mientras que la fecha de impresión será la fecha y hora del momento actual.

Si el informe fue firmado por el paciente y el representante, el apartado de firma mostrará:

- La fecha de firma será la fecha del día en que se registró la firma del paciente y representante

- En el espacio reservado para la firma del paciente y representante, se mostrará un texto indicativo:

“El paciente y el representante firmaron el informe en la fecha indicada”

En a **29 de Mayo de 2018**
A de/d' **29 de Maig de 2018**

El titular / El titular	El representante / El representant	El facultativo / El facultatiu
Nombre y apellidos: / Nom i cognoms: <input type="text"/>	Nombre y apellidos: / Nom i cognoms: <input type="text"/>	Nombre y apellidos: / Nom i cognoms: <input type="text"/>
Firma: / Signatura: <input type="text"/>	Firma: / Signatura: <input type="text"/>	Firma digital: / Signatura digital: <input type="text"/>

152758008361500084

El paciente i el representant firmaren el informe en la fecha indicada
El pacient i el representant signaren l'informe en la data indicada

Si no se firmó el informe, se imprimirá el apartado de firmas con el espacio reservado para ambas firmas. En este caso, además, al cerrar el visor se consultará al profesional que confirme si el paciente y el representante firmaron el informe.

¿El paciente y el representante han firmado el informe?

Si se confirma la firma del paciente y representante se activará la alerta para indicar que el paciente tiene un informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental registrado.

3.29.4 Modificar un informe existente

Esta opción sólo estará disponible cuando:

- Hayan pasado menos de 24 horas desde el registro del informe.
- El usuario tenga permisos sobre la funcionalidad de **‘Editar Informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental’**.
- El usuario sea el profesional que registró el informe y desde el centro y servicio en el que se registró.

Cualquier cambio realizado en el informe obliga a que éste sea firmado de nuevo por el paciente y representante.

Por tanto, al pulsar en el botón de ‘Aceptar y firmar’, si el informe ya estaba firmado, se eliminará la marca generándose el informe a imprimir con el apartado reservado para la firma del paciente y representante. Al cerrarse la ventana de visualización del informe en PDF, se consultará al profesional si el paciente y el representante firmaron el informe:

¿El paciente y el representante han firmado el informe?

Si el profesional confirma la firma del informe:

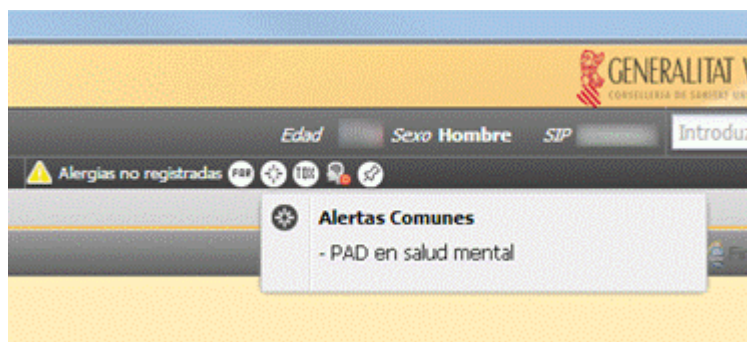
- se activará la alerta de PAD en salud mental en caso que no la tuviera activa.
- se marcará el informe como firmado para que se visualice en futuras reimpresiones del mismo.

Si el profesional no confirma la firma, se anulará la alerta de PAD en salud mental en caso que la tuviera activada.

Se guardará un apunte de que se ha modificado el informe en el apartado 'Observaciones' de la consulta.

3.29.5 Visualización de la alerta de PAD en salud mental

Cuando el paciente tenga un informe de planificación anticipada de decisiones en salud mental registrado y firmado, se visualizará la alerta al acceder a su historia clínica:

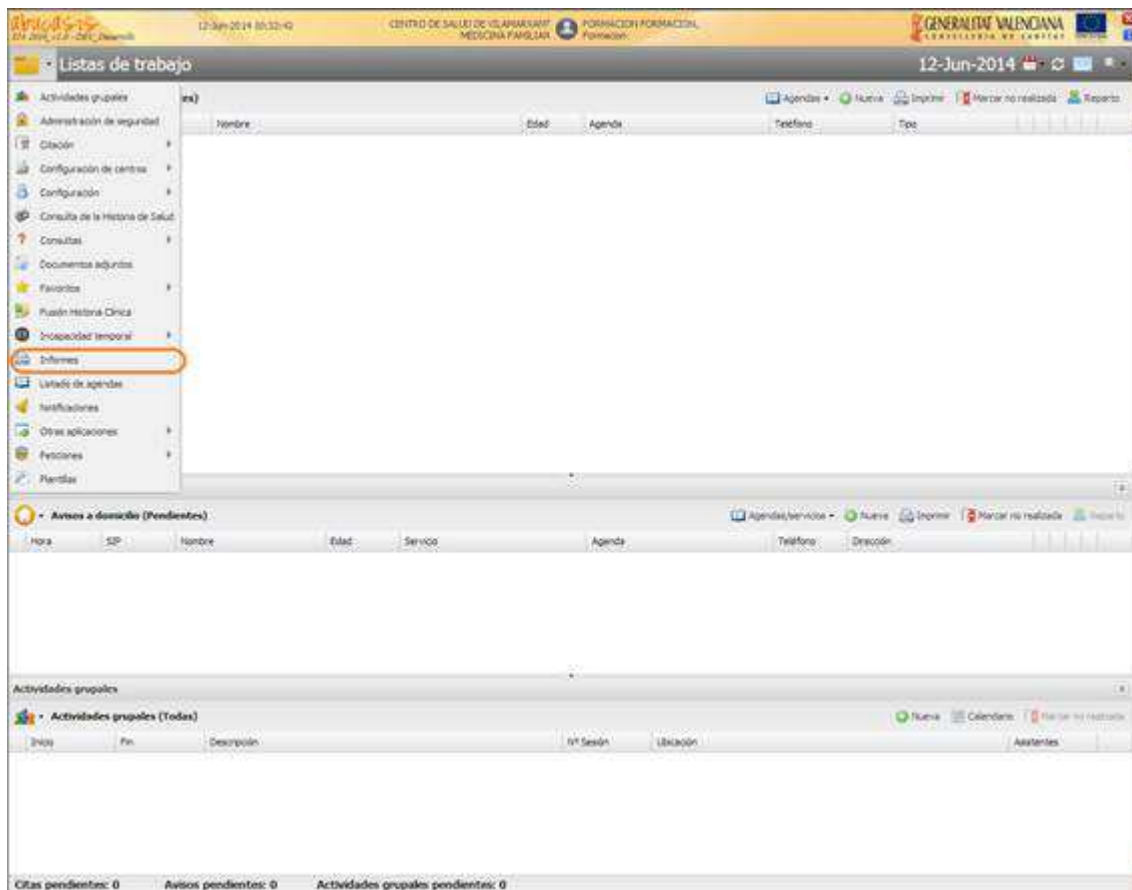


Al pulsar en la alerta se accederá a la pantalla de gestión de alertas del paciente desde donde se podrá anular manualmente.

4. INFORMES GENERALES

Los informes generales son informes que el usuario puede extraer y que no están asociados a un paciente en una consulta determinada. Son informes de datos agregados o de información general.

Los informes generales se obtendrán desde la pantalla de agenda profesional seleccionando la opción **Informes** del menú **utilidades**.



Mediante esta opción se obtienen informes generales que el usuario puede extraer y que no están asociados a un paciente en una consulta determinada.

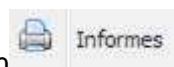
Actualmente desde esta opción se encuentra disponible:

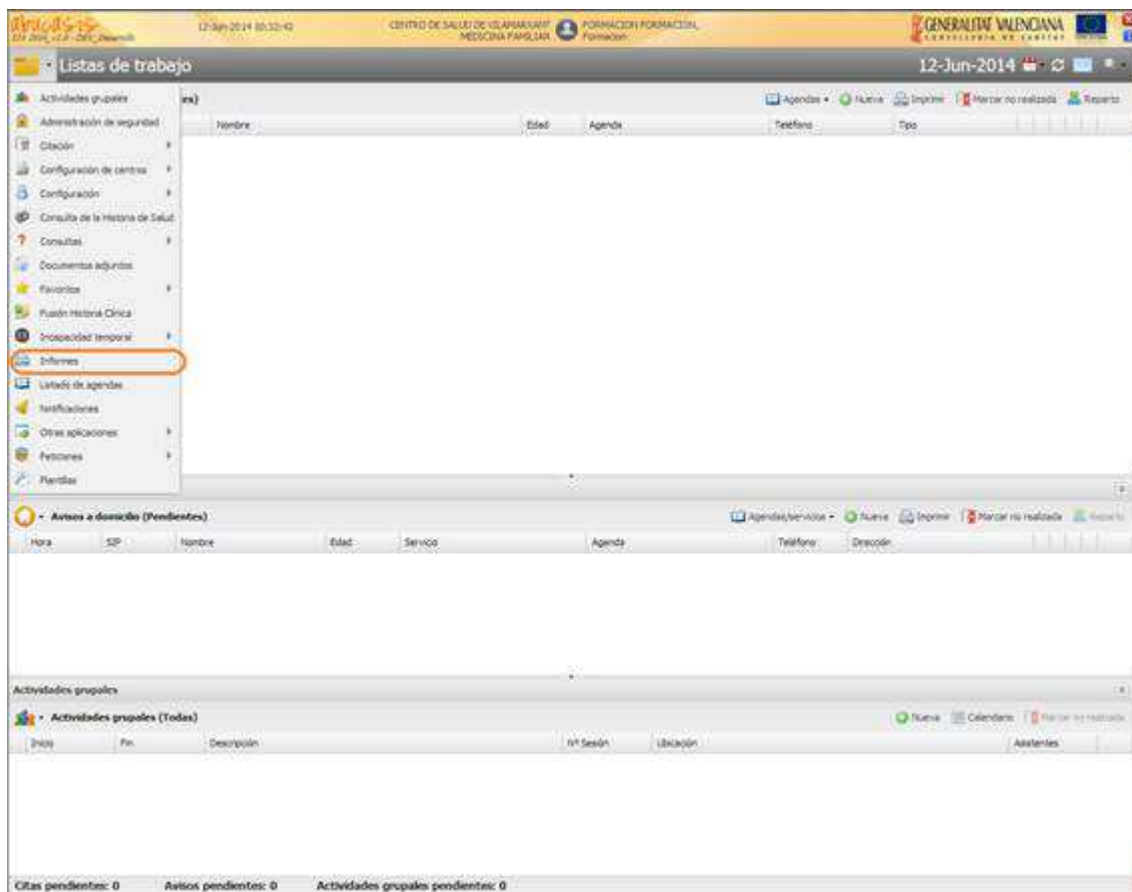
4.1 Enfermedades de Declaración Obligatoria Individual

El informe para licencia de apertura de establecimientos es un documento en el que el médico hace constar su firma con el visto bueno para la apertura.

Los pasos a realizar para obtener una licencia de apertura de establecimiento son:

1º) Desde la pantalla de Agenda de profesional, se accede a la opción





2º) A continuación se muestra la ventana para la selección del informe a obtener, en este caso seleccionaremos la opción 'Enfermedades de Declaración Obligatoria individual'.



3º) Al seleccionar la 'Enfermedades de Declaración Obligatoria individual' se visualiza la siguiente pantalla:

Selección del intervalo de fechas

Fecha Inicio:

Fecha Fin:

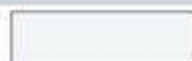
[Buscar](#)

Informe EDO



ENFERMEDADES DE
DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Semana n.º:
Localidad:
Cód. Postal:
Declaración: / /
Centro: CAP DE VICARREXANT, INMOS



NO SE CONSIDERA EL BROTE

Área de Salud N.º 5 Tel. - - Talang. - - Fax

Se recuerda que la sospecha de **Varicela** es de declaración obligatoria, de acuerdo al Plan de Vigilancia del Varicela

Enfermedades cuya declaración es solamente **Nominal**. Casos nuevos vistos durante la semana

Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Total

Semana de EDO's nominales

Enfermedades **Nominales**. Casos nuevos. Detalle de los datos de cada caso: **Procesar Encuesta Epidemiológica**

Enfermedad	Nombre y Apellidos	Edad Sexo	Ocupación	Localidad	Teléfono
------------	--------------------	-----------	-----------	-----------	----------

BROTE EPIDÉMICO. Se considera brote epidémico:

- Cuando se observen tres o más casos de cualquier enfermedad en un tiempo y un tiempo comprendido entre el mínimo y máximo del periodo de incubación o de latencia.
- Cuando se observe la aparición de una enfermedad, problema, riesgo o situación de salud en una zona hasta entonces libre de ella.

Debe comunicarse igualmente cualquier proceso relevante de INTOXICACIÓN AGUDA COLECTIVA, imputable a causa accidental, manipulada o consumo

Las ENFERMEDADES de DECLARACIÓN URGENTE, notificarlas al Coordinador del Centro de Salud o Epidemiología del Área.



[Ver EDO](#) [Imprimir](#) [EP Salir](#)

5. CONSULTA DE PACIENTES

The image displays two screenshots of the 'abucasis' medical software interface, specifically the 'Listas de trabajo' (Work Lists) section. The top screenshot shows the 'Consultas' menu expanded, highlighting the 'Consulta de pacientes' option. The bottom screenshot shows the 'Consultas' menu expanded, highlighting the 'Consulta de pacientes' option. Both screenshots show the 'GENERALITAT VALENCIANA' logo and the date '22-Dic-2016'.

Screenshot 1: Top

- Header: abucasis, 22-Dic-2016, GENERALITAT VALENCIANA
- Menu: Listas de trabajo
- Submenu: Consultas de pacientes
 - Cambio de nivel de riesgo para pacientes crónicos
 - Valoración de Pacientes crónicos
 - Consulta Morbilidad
 - Consulta Mortalidad
 - Consulta Discapacidad
 - Consulta IT
 - Embarazos pendientes de cierre
 - Consulta Informe Seguimiento Judicial de Adicción
 - Consulta Población Riesgo Gripe A

Screenshot 2: Bottom

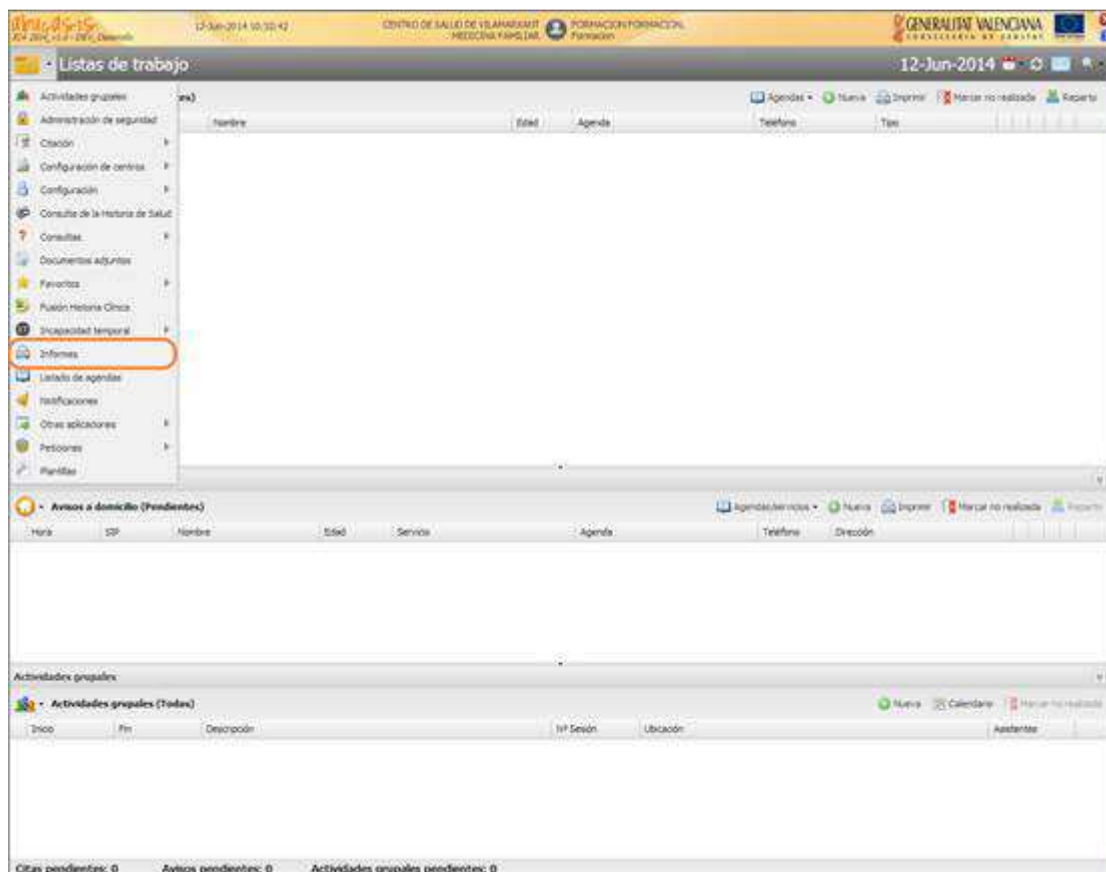
- Header: abucasis, 22-Dic-2016 12:16:18, HOSPITAL ARNAL DE VILANOVA, CARDIOLOGIA, FORMACION, Formación, GENERALITAT VALENCIANA
- Menu: Listas de trabajo
- Submenu: Consultas
 - Centinelas
 - Consulta asistencias
 - Consulta facturación privados
 - Consulta de Colectivos Clínicos
 - Listado de pacientes crónicos
 - Consulta de indicadores
 - Consulta de pacientes
 - Cambio de nivel de riesgo para pacientes crónicos
 - Valoración de Pacientes crónicos
 - Consulta Morbilidad
 - Consulta Mortalidad
 - Consulta Discapacidad
 - Consulta IT
 - Embarazos pendientes de cierre
 - Consulta Informe Seguimiento Judicial de Adicción
 - Consulta Población Riesgo Gripe A
 - Consulta partes de asistencia
 - Pacientes crónicos
 - Pruebas / Interconsultas

5.1 Licencia apertura de establecimientos

El informe para licencia de apertura de establecimientos es un documento en el que el médico hace constar su firma con el visto bueno para la apertura.

Los pasos a realizar para obtener una licencia de apertura de establecimiento son:

1º) Desde la pantalla de Agenda de profesional, se accede a la opción



2º) A continuación se muestra la ventana para la selección del informe a obtener, en este caso seleccionaremos la opción 'Licencia apertura establecimientos'.



3º) Al seleccionar la 'Licencia apertura establecimientos' se visualiza la siguiente pantalla:

SSA - Infórmate Usuario: USUARIO FORMACION FORMACION Centro: CAP DE VILAMARXANT 18:21:42 24/3/2010

Informe para licencia de apertura de establecimientos

Localidad: Hora: Fecha:

Facultativo:

Tipo: Interesado:

Actividad: Emplazamiento: Propietario:

Resultado:

En Presencia de: Cargo: D.N.I.:

Valor Calificación: Calificación:

Presentación Preliminar del Texto

En **VILAMARXANT** siendo las **18:01** horas del día **24 de Marzo de 2010**, el facultativo que suscribe **D. USUARIO FORMACION FORMACION** procede a informar con el siguiente resultado:

Por tanto, se procede a calificar la referida actividad como:

En testimonio de lo actuado, se levanta al presente informe por triplicado ejemplar que firma el interesado con el facultativo que suscribe en lugar y fecha indicados.



El sistema mostrará algunos datos del informe ya insertados, de los cuales la localidad y el facultativo no serán modificables, la fecha y la hora aunque vienen establecidos por defecto, pueden ser modificadas. La parte inferior se irá rellenando al mismo tiempo que vayamos introduciendo datos en los campos seleccionados.

Se obtendrá al final la parte 'Presentación preliminar del texto' cumplimentada en base a los datos introducidos en el apartado de 'Informe para Licencia de Apertura de Establecimientos'.

5.1.1 Imprimir Licencia de Apertura de Establecimientos

Mediante esta opción se imprime una licencia de apertura de establecimientos.

La operativa a seguir para imprimir un listado de licencia de apertura de establecimientos es la siguiente:

1º) Desde la pantalla del informe de licencia de apertura de establecimientos, se podrá seleccionar entre las dos opciones disponibles, **Imprimir** e **Imprimir sin datos**:

SSA / Infértil Usuario: USUARIO FORMACION FORMACION Centro: CAP DE VILAMARXANT 18:21:42 24/3/2010 ? X

Informe para licencia de apertura de establecimientos

Localidad: VILAMARXANT Hora: 18:01 Fecha: 24/3/2010

Facultativo: USUARIO FORMACION FORMACION

Tipo: Interesado:

Actividad: Emplazamiento: Propietario:

Resultado:

En Presencia de: Cargo: D.N.I.:

Valor Calificación: Calificación:

Presentación Preliminar del Texto

En VILAMARXANT siendo las 18:01 horas del día 24 de Marzo de 2010, el facultativo que suscribe D. USUARIO FORMACION FORMACION procede a informar con el siguiente resultado:

Por tanto, se procede a calificar la referida actividad como:

En testimonio de lo actuado, se levanta el presente informe por triplicado ejemplar que firma el interesado con el facultativo que suscribe en lugar y fecha indicados.

CENTRALITA VALENCIANA
CONSULTA DE SANIDAD



Imprimir

El sistema ofrece la posibilidad de imprimir la licencia de apertura cumplimentada.



Imprimir sin datos

El sistema da la posibilidad de imprimir en blanco el informe para su posterior cumplimentación.

5.2 Consulta Informe Seguimiento Judicial de Adicción.

Se crea una consulta de pacientes atendidos en un centro y servicio entre un periodo de fechas, que tengan pendiente la generación del 'Informe de seguimiento Judicial de la adicción' según la periodicidad indicada en la valoración del 'Seguimiento de la adicción'.

El informe 'Consulta Informe Seguimiento Judicial de Adicción' que mostrará la información obtenida tras la búsqueda, tendrá los siguientes apartados:

Centro: CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT

Especialidad: MEDICINA CONDUCTAS ADICTIVAS

Fecha desde: 26/02/2015

Fecha hasta: 26/01/2016

Consulta Informe Seguimiento Judicial de Adicción

EIP	Paciente	Fecha of. evaluación Seguimiento Adicción	Periodicidad de emisión Informe Seguimiento Judicial	Fecha of. Informe Seguimiento Judicial
000001	000001-000001-000001-000001	01/07/2015	Mensual	02/07/2015

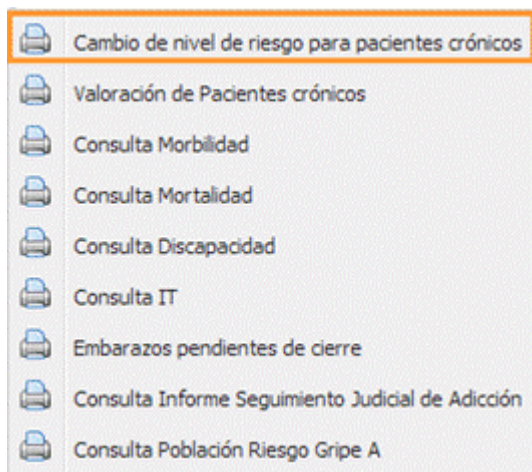
5.3 Programa Gestión de Crónicos

5.3.1 Gestión de crónicos (Cambio de riesgo y de situación) para el médico

5.3.1.1 Cambio de nivel de riesgo para pacientes crónicos.

El médico dispondrá de una consulta sobre los pacientes de su cupo, situada en las “Consultas de paciente” (accesible desde el menú principal de un médico y desde la agenda del profesional), y que le permitirá obtener el conjunto completo de pacientes seleccionados desde el proceso CARS, y conocer el nivel de riesgo asignado. Si no estuviera de acuerdo se permitirá el cambio del nivel asignado, indicando la causa que lo provoca.

Desde la lista de consulta de pacientes el médico facultativo seleccionará la opción “Consulta de Pacientes crónicos No Valorados”:



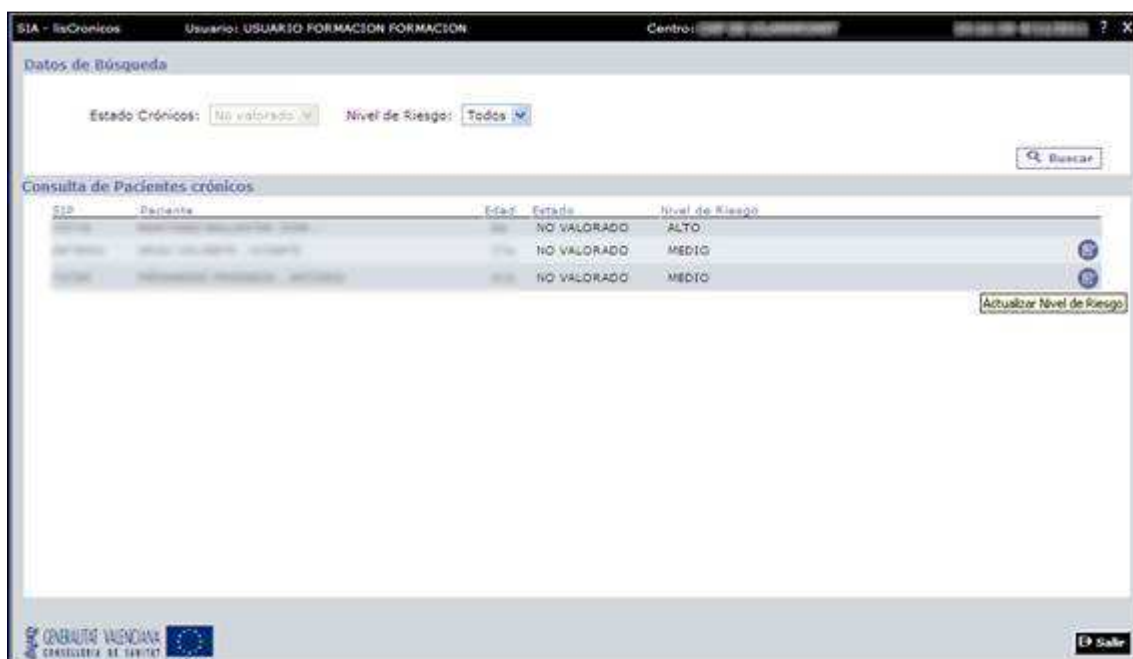
Mostrará una pantalla con una lista de pacientes que se encuentran en estado “No valorado” dentro del programa de gestión de crónicos y que tienen un nivel de riesgo “Bajo”, “Medio”, o “Alto”.

La pantalla tendrá en la parte superior un apartado de filtro donde aparecerán:

- Desplegable con el valor del estado de crónicos fijado a “No valorado”, no modificable,
- Desplegable con el “Nivel de riesgo”, mostrará los valores “Todos”, “Alto”, “Medio”, o “Bajo”. Estará activo y por defecto aparecerá seleccionado el valor “Todos”.

La lista mostrará los siguientes datos para cada paciente:

- o SIP
- o Paciente
- o Edad
- o Estado
- o Nivel de Riesgo:
- o Icono para Consulta de Historia Clínica: Para todos los pacientes.
- o Icono para cambio nivel de riesgo en pacientes con nivel de riesgo MEDIO

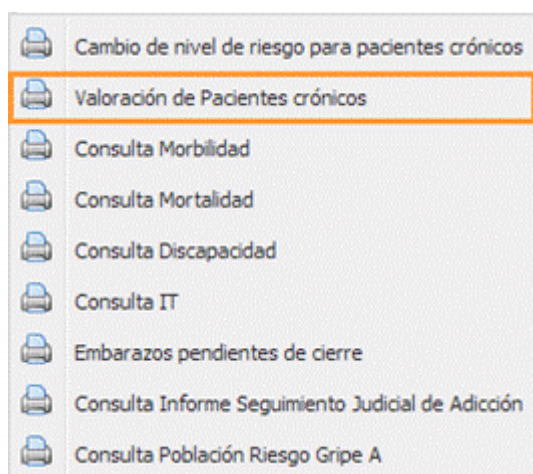


Sobre cada registro de la lista cuyo nivel de riesgo sea “Medio” se podrá realizar un cambio de nivel de riesgo a “Alto”, mediante un icono al final del registro. Cuando se pulse sobre el icono se mostrara una ventana con el nombre del paciente y un cuadro para introducir un texto que indique el motivo por el que se realiza el cambio.



5.3.1.2 Consulta para médicos de Valoración de un paciente crónico.

El médico dispondrá de consulta sobre los pacientes de su cupo, situada en “Consultas de paciente” (accesible desde el menú principal de un médico y desde la agenda del profesional), y que le permitirá obtener el conjunto completo de pacientes seleccionados desde el proceso CARS, para realizar el proceso de valoración sobre ellos.



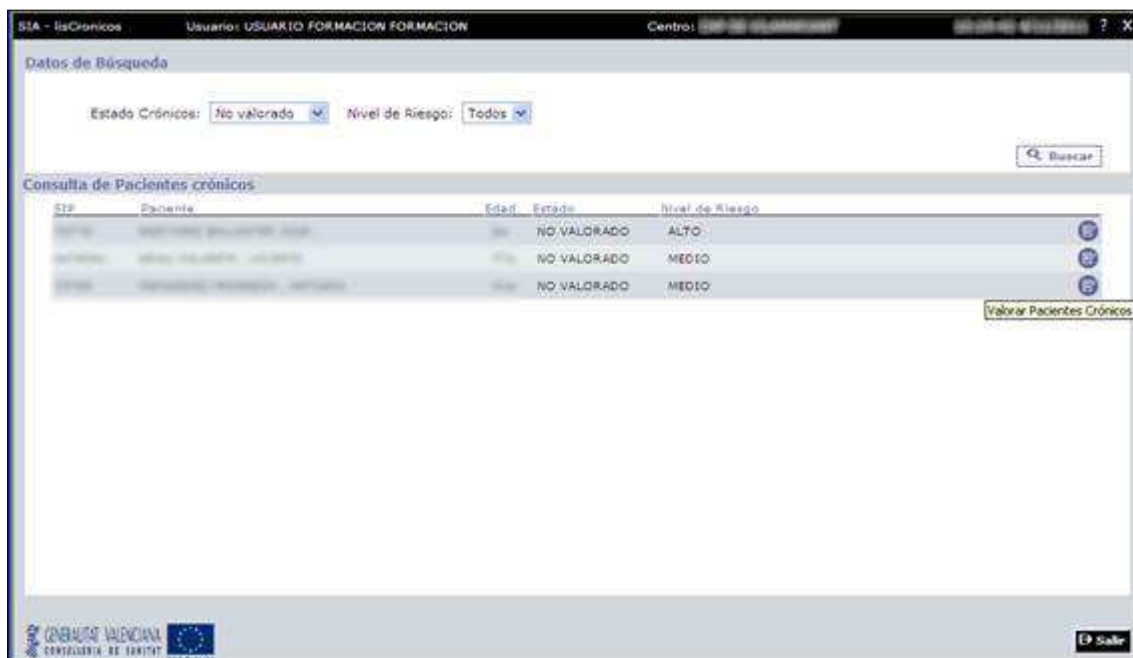
Desde la lista de consulta de pacientes el médico facultativo seleccionará la opción “Valoración de Pacientes crónicos”, que mostrará una pantalla con una lista de pacientes que se encuentran en estado “No valorado” dentro del programa de gestión de crónicos y que tienen un nivel de riesgo “Alto” o “Medio”.

La pantalla tendrá en la parte superior un apartado de filtro donde aparecerán:

- Desplegable con el valor del estado de crónicos: Mostrará los valores “No valorado”, “Candidato”, “No Candidato”. Estará activo, modificable y por defecto aparecerá seleccionado el valor “No valorado”.
- Desplegable con el “Nivel de riesgo”, mostrará los valores “Todos”, “Alto” o “Medio”. Estará activo y por defecto aparecerá seleccionado el valor “Todos”.

La lista mostrará los siguientes datos para cada paciente:

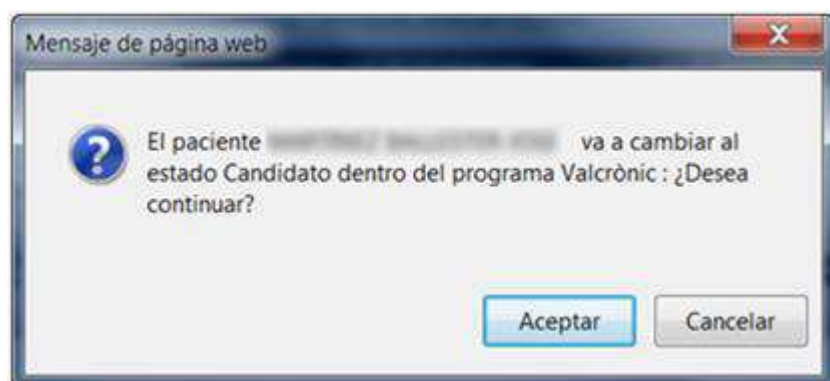
- o SIP
- o Paciente
- o Edad
- o Estado
- o Nivel de Riesgo:
- o Icono para Consulta de Historia Clínica: Para todos los pacientes
- o Icono para cambio de estado :



Sobre cada registro de la lista cuyo estado sea “No valorado” se podrá realizar un cambio de estado a “Candidato” o “No Candidato”, mediante un icono al final del registro. Cuando se pulse sobre el icono se mostrara una ventana con el nombre del paciente y un desplegable que permitirá seleccionar el estado destino.

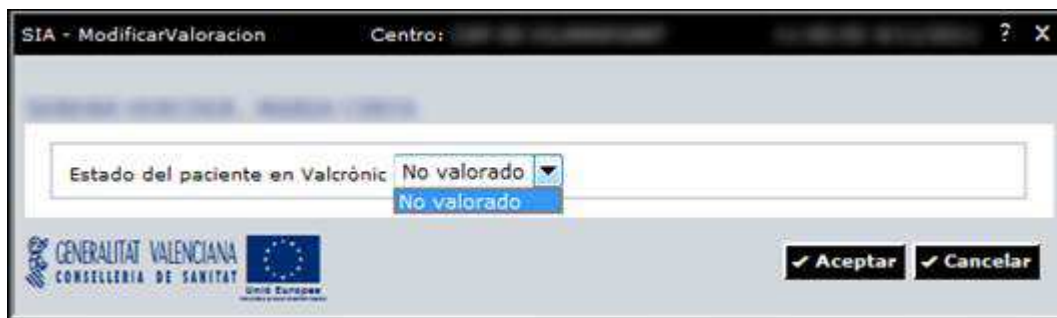


Si el usuario pulsa “Aceptar” se mostrará un mensaje de advertencia indicando que el paciente va a cambiar de estado,

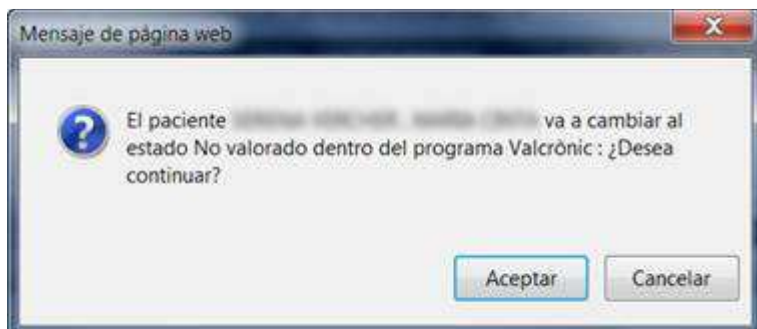


Si se pulsa “Aceptar” se realizará una actualización del estado del paciente en la aplicación HSE y se creará un registro para poder hacer seguimiento dentro del estado "Candidato". En caso de pulsar "Cancelar", se seguirá mostrando la pantalla de selección de estado.

Sobre cada registro de la lista cuyo estado sea “No Candidato” se podrá realizar un cambio de estado a “No valorado”, mediante un icono al final del registro. Cuando se pulse sobre el icono se mostrara una ventana con el nombre del paciente y un desplegable que permitirá seleccionar el estado destino (sólo el estado “No valorado”).



Si el usuario pulsa “Aceptar” se mostrará un mensaje de advertencia indicando que el paciente va a cambiar de estado.

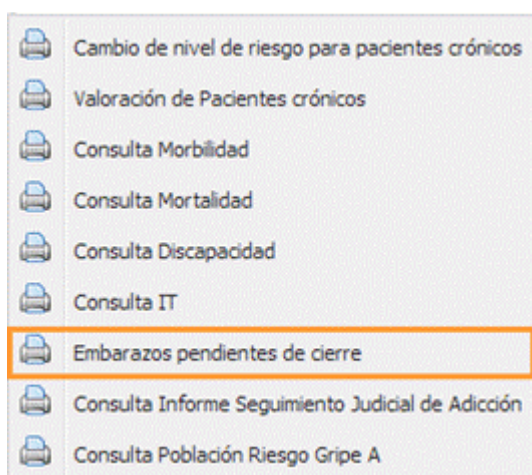


Si se pulsa “Aceptar” se realizará una actualización del estado del paciente en la aplicación HSE. En caso de pulsar “Cancelar”, se seguirá mostrando la pantalla de selección de estado.

Sobre los registro de la lista cuyo estado sea “Candidato” no se podrán realizar cambios de estado desde esta pantalla, por lo tanto no se mostrará icono de cambio de estado al final del registro.

5.4 Embarazos pendientes de cierre

Informe para las matronas que muestre los embarazos pendientes de cierre que tienen las pacientes de su cupo.



Tendrán acceso a este informe los usuarios de las categorías: **MED-Médico** y **ENF-Enfermería** (**Matronas está incluido dentro de la categoría ENF**).

Al igual que en el resto de ‘Consultas de Pacientes’ que existen actualmente en SIA, se generará un proceso de preparación de los datos necesarios para la obtención del informe. Dicho mantenimiento se actualizará en un proceso nocturno cada 2 días.

Los criterios para la obtención de los pacientes sobre los que obtener el informe (al igual que el resto de informes que se encuentran en la Consulta de Pacientes) son los siguientes (lo que en el documento se llama "cupo"):

- Para los médicos de familia / pediatras de atención primaria, se ejecutará el informe sobre los pacientes asignados a su cupo.
- Para los enfermeros de atención primaria (y por tanto para las matronas) se entiende los pacientes asignados a los cupos de los médicos cuyo recurso sea origen de una relación con el recurso de la persona que ejecute el informe.
- Para los profesionales médicos o enfermero de un servicio de nivel asistencial diferente de atención primaria, se ejecutará el informe sobre los pacientes atendidos en su centro y servicio.

Criterios que se deben aplicar para localizar los embarazos pendientes de cierre:

- **Primero**

- **Para las pacientes de sexo femenino del cupo del profesional que está ejecutando el informe**, se comprobará si tienen un embarazo activo sin **"fecha de finalización" del embarazo registrada**.
- Si tiene fecha de finalización, el embarazo está finalizado y la paciente no se debe mostrar en el informe.

Añadir Embarazos \ Abortos

Edad: 33 Años

Gestación: Sencilla

Fecha Finalización: 21/07/2009

- **Segundo**

- Si el embarazo no está finalizado, se localizará la primera de las siguientes fechas, buscando en el orden en que se listan a continuación:
 1. Se comprobará si existe la fecha probable de parto (FPP)
 2. Si no existe, se comprobará si existe la fecha de corrección de fecha probable de parto (CFPP)
 3. Si no existe, se comprobará si existe la fecha de la última menstruación (FUR)
 4. Si no existe, se comprobará si existe la fecha de corrección de fecha de la última menstruación (CFUR)
 5. Si no existe, se utilizará la fecha de creación del registro del embarazo.

Fecha última menstruación: 21/03/2009

Corrección F.U.R.: 25/03/2009

Fecha probable parto: 21/12/2009

Corrección F.P.P.: 21/12/2009

- **Tercero**

- En función de la fecha localizada, se le sumarán a la misma los siguientes días, para determinar si el embarazo debería estar cerrado:
 - Si la primera fecha que se ha localizado ha sido FPP o CFPP, se sumarán 3 meses a la fecha.
 - Si la primera fecha que se ha localizado ha sido FUR o CFUR, se sumarán 9 meses a la fecha y luego 3 meses más al resultado anterior.
 - Si la primera fecha que se ha localizado ha sido la fecha de creación del registro del embarazo, se sumarán 9 meses a la fecha del registro del embarazo y luego 3 meses más al resultado anterior.

- **Cuarto**

- Para determinar si el embarazo debería estar cerrado y por tanto mostrarse los datos del paciente en el informe, o por el contrario podría estar aún vigente:
 - Si la fecha resultante de la suma del paso anterior es menor a la fecha actual indica que es un embarazo no cerrado, y por lo tanto la paciente se mostrará en el informe.
 - Si la fecha resultante es mayor o igual a la fecha actual indica que el embarazo aún está vigente, y por lo tanto la paciente no se mostrará en el informe.

Una vez ejecutados los criterios, se mostrará el siguiente informe con las pacientes del cupo del profesional que tienen el embarazo pendiente de cierre. Los datos a mostrar en el informe son los siguientes:

Cabecera del informe

En la cabecera del informe se mostrará la siguiente información:

- Logotipos de la Generalitat Valenciana, de la AVS y de FEDER.
- Fecha del informe
- Número de registros encontrados
- Fecha de actualización de los datos
- Título del informe: "Embarazos pendientes de cierre"

Cuerpo del informe

En el cuerpo del informe se mostrará la siguiente información:

- Los datos del paciente se cargarán automáticamente en el informe y no se permitirá su modificación. Los valores se obtendrán de SIP para el paciente que cumpla los criterios del informe:

Campo en Informe	Observaciones	Modificable
SIP	Número SIP del paciente	NO
APE1 APE2, Nombre	Apellidos y Nombre del paciente	NO


- El criterio y la fecha que se ha utilizado para realizar el cálculo para saber que el embarazo está pendiente de cerrar y no se permitirá su modificación. Los valores se obtendrán de la información del embarazo:

Campo en Informe	Observaciones	Modificable
Criterio utilizado	El nombre del campo que haya sido utilizada para el cálculo: 1. Fecha probable de parto 2. Corrección FPP 3. Fecha última menstruación 4. Corrección FUR 5. Fecha registro del embarazo	NO
Fecha	La fecha que haya sido utilizada para el cálculo.	NO

Pie del informe

En el pie del informe se mostrará la siguiente información:

- Fecha de impresión del informe.
- Usuario que imprime el informe.
- Número de página sobre el total del informe.
- Centro donde se elabora el informe, dirección, teléfono y fax del mismo.


GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA

Fecha Informe: [dd/mm/aaaa]
 Registros encontrados: [nº]
 Información actualizada en fecha: [dd/mm/aaaa]

Embarazos pendientes de cierre


SIP	Paciente	Criterio utilizado	Fecha
00000000	LOPEZ, JUAN / FLORES	Fecha registro del embarazo	dd/mm/aaaa
00000000	GILGUIS, LUCAS / MARTIN, CLAUDIA	Fecha registro del embarazo	dd/mm/aaaa
00000000	GILGUIS, LUCAS / MARTIN, CLAUDIA	Fecha registro del embarazo	dd/mm/aaaa
00000000	GILGUIS, LUCAS / MARTIN, CLAUDIA	Fecha registro del embarazo	dd/mm/aaaa
00000000	MARTIN, J.D. / TEST	Fecha probable de parto	dd/mm/aaaa


[dd/mm/aaaa]
 FORMACION FORMACION FORMACION
Página 1 de 1


C/DA SANTISIMO ROSARIO, 1000 / 46100 BURJASSOT (VA)
 CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT
 Tel. 000000000 Fax 000000000


5.5 Consulta Morbilidad


- La consulta se realiza sobre los pacientes del cupo del usuario con el cual se accede.
- Cuando el profesional consulte este informe se mostrarán el número total de pacientes existentes con el diagnóstico que haya filtrado, por lo que se deberá introducir al menos un diagnóstico para que el informe se realice, pudiendo filtrar también por edades y sexo.


 Cambio de nivel de riesgo para pacientes crónicos


 Valoración de Pacientes crónicos


 Consulta Morbilidad


 Consulta Mortalidad

 Consulta Discapacidad

 Consulta IT

 Embarazos pendientes de cierre

 Consulta Informe Seguimiento Judicial de Adicción

 Consulta Población Riesgo Gripe A

SIA - ConsMorb
 09:14:54 15/12/2011 ? X

Filtros de Búsqueda

Edad desde: 0 hasta: 60 Años

Dx / Pr / I 1: CIE-9 321.1 MENINGITIS EN OTRAS ENFERMEC

Sexo: Ambos

Dx / Pr / I 2: CIE-9

Dx / Pr / I 3: CIE-9

Dx / Pr / I 4: CIE-9







Sexo: Ambos

Edad: 0 a 60 Años

Dx/ Pr/ I 1: CIE-9-321.1 MENINGITIS EN OTRAS ENFERMEDADES FUNGOSAS

Dx/ Pr/ I 2:

Dx/ Pr/ I 3:










Dx/ Pr/ I 4:

Consulta Morbilidad

SIP	Paciente	Sexo	Edad	Teléfono
000001	000001-0001-0001	Mujer	40 Años	000001
000002	000002-0002-0002	Mujer	18 Años	000002
000003	000003-0003-0003	Hombre	35 Años	000003

5.6 Consulta Mortalidad

- La consulta se realiza sobre los pacientes del cupo del usuario con el cual se accede.
- Consultando este informe los profesionales pueden obtener los pacientes fallecidos, pudiendo filtrar los datos, por edades, sexo y causa fundamental. No es necesario introducir ningún filtro para ver el informe.

-  Cambio de nivel de riesgo para pacientes crónicos
-  Valoración de Pacientes crónicos
-  Consulta Morbilidad
-  **Consulta Mortalidad**
-  Consulta Discapacidad
-  Consulta IT
-  Embarazos pendientes de cierre
-  Consulta Informe Seguimiento Judicial de Adicción
-  Consulta Población Riesgo Gripe A

GIA - ConsMorb 10:00:54 10/12/2011 ? X

Filtros de Búsqueda

Edad desde: hasta: Años

Causa fundamental: CIE-9

Sexo: Ambos

Sexo: Ambos

Edad:










Causa fundamental:

Consulta Mortalidad

SIP	Paciente	Sexo	Edad	Causa fundamental	Teléfono
000001	000001-0001-0001	Hombre	65 Años	E811 COLISION ENTRE VEHICULOS DESPUES	000001

5.7 Consulta Discapacidad




- La consulta se realiza sobre los pacientes del cupo del usuario con el cual se accede.
- Consultando este informe, los profesionales pueden obtener los pacientes que hay con discapacidad, pudiendo filtrar por edad, sexo, tipo de discapacidad y grado, no siendo necesario introducir ningún campo de filtrado para realizar el informe.


	Cambio de nivel de riesgo para pacientes crónicos
	Valoración de Pacientes crónicos
	Consulta Morbilidad
	Consulta Mortalidad
	Consulta Discapacidad
	Consulta IT
	Embarazos pendientes de cierre
	Consulta Informe Seguimiento Judicial de Adicción
	Consulta Población Riesgo Gripe A

SIA - ConsDisc 16:47:28 26/1/2016 ? X

Filtros de Búsqueda

<p>Edad desde: <input type="text"/></p> <p>hasta: <input type="text"/> Años ▼</p> <p>Sexo: <input type="text"/> Ambos ▼</p>	<p>Criterio</p> <p><input type="text"/> ▼</p> <p><input type="text"/> ▼</p> <p><input type="text"/> ▼</p> <p><input type="text"/> ▼</p> <p><input type="text"/> ▼</p> <p><input type="text"/> ▼</p>	<p>Tipo de Discapacidad</p> <p>Discapacidad física</p> <p>Discapacidad mental</p> <p>Dependencia - Barthel</p> <p>Dependencia - Lawton y Brody</p> <p>Deterioro cognitivo - Pfeiffer</p>	<p>Grado de Discapacidad</p> <p><input type="text"/> ▼</p> <p><input type="text"/> ▼</p> <p><input type="text"/> ▼</p> <p><input type="text"/> ▼</p> <p><input type="text"/> ▼</p>
---	--	---	---



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA

Centro: CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT

Información actualizada en fecha: 2016/01/26

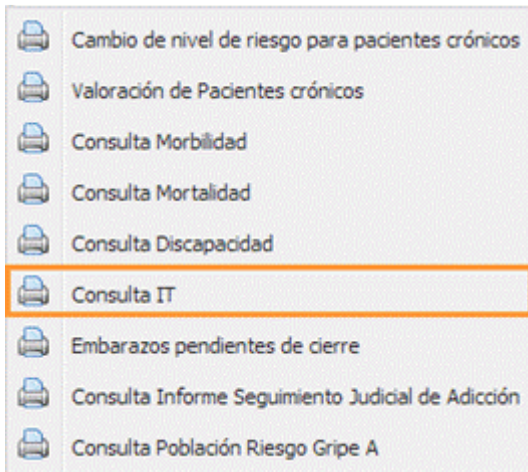
Sexo: Ambos
 Edad:

Tipo: Tienen Discapacidad física
 Grado:

Consulta Discapacidad

SIP	Paciente	Sexo	Edad	Discapacidad	Teléfono
00000	XXXXXXXXXX	Hombre	29 Años	Discapacidad mental. Grado: 5 Discapacidad física. Grado: 5	

5.8 Consulta IT



Se evoluciona tecnológicamente la pantalla de la Consulta IT y se añade una nueva condición en el filtro de búsqueda (por departamento).

A screenshot of a software window titled 'Consulta Incapacidad Temporal'. It features a 'Filtro de búsqueda' section with three sub-sections: 'Datos de origen', 'Datos de los procesos', and 'Tipo Informe'.
- 'Datos de origen': Includes radio buttons for 'Departamento: DEPARTAMENT DE SALUT VCIA ARNAU DE VILANOVA LLIRIA' and 'Centro y profesional'. The 'Centro' dropdown is set to 'CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT' and 'Profesional' is empty.
- 'Datos de los procesos': Includes date pickers for 'Fecha de inicio: 03/10/201' and 'Fecha fin: 06/10/2016'. A text field for 'Diagnóstico / Procedimiento:' contains 'ENDOCARDITIS MITRAL' and 'CIE9: 394.9'. There is a checked checkbox for 'Duración de la baja' and radio buttons for 'Mayor de' (selected), 'Menor de', '3 Meses', '6 Meses', '9 Meses', and '12 Meses'.
- 'Tipo Informe': Includes dropdowns for 'Procesos de baja abiertos:', 'Propuesta de alta médica: Sí', 'Estado propuestas: Pendiente', 'Recaída: No', and 'Alta previa anterior a 6 meses: Sí'.
At the bottom right are buttons for 'Imprimir', 'Limpiar', and 'Salir'.

La nueva pantalla de Consulta IT que contiene el filtro de búsqueda se distribuye en tres secciones:

- **Datos de origen**, de la petición de datos. Esta sección sólo estará disponible cuando el profesional disponga de permisos. El usuario deberá seleccionar una de las opciones. Por defecto estará seleccionada la opción “Centro y profesional”.
 - **Departamento**. Dato fijo cargado con el departamento desde el que accede el usuario que quiere realizar la consulta.
 - **Centro y profesional**. Esta opción requiere que se rellene de forma obligatoria el centro y de forma opcional el profesional sobre el que se quiere consultar.
 - **Centro**. Selección de centros del departamento del profesional de la sesión.
 - **Profesional**. Profesionales del centro seleccionado de la sesión.

- **Datos de los procesos**, que se quieren localizar. Ninguno de los datos es obligatorio.
 - **Fecha de inicio y fin.** Rango de fechas sobre las que se quiere realizar la consulta. Se permite introducir una de las fechas, para buscar desde o hasta la fecha que se indique.
 - **Diagnóstico**, de los procesos. Combo seleccionable de diagnósticos y procedimientos CIE-9.
 - **Duración de la baja.** Seleccionable para buscar bajas de una duración determinada, por defecto todas. El profesional podrá seleccionar duraciones **mayores o menores** de:
 - 3 meses
 - 6 meses
 - 9 meses
 - 12 meses
- **Tipo Informe**, de procesos de baja que se quieren obtener. Se trata de una información requerida. En función de la selección realizada el usuario podrá seleccionar unas u otras opciones de consulta:
 - **Procesos de baja abiertos.** Valor cargado por defecto. Para seleccionar opciones de
 - **Propuesta de alta médica.** Para que el profesional indique si desea filtrar procesos con o sin propuestas. Por defecto todos los procesos (---).
 - **Estado de la propuesta.** Si el profesional ha seleccionado que desea filtrar por estado de la propuesta (opción **Sí**) tendrá disponibles las siguientes opciones para el filtro:
 - **Todas**
 - **Pendiente**
 - **Contestada**
 - **Finalizada**
 - **Recaída.** Para que el profesional indique si desea filtrar procesos con o sin recaída. Por defecto todos los procesos (---)
 - **Alta previa anterior a 6 meses.** Para que el profesional indique si desea filtrar procesos que tengan un alta previa en los 6 meses. Por defecto todos los procesos (---)
 - **Procesos de baja acumulados.** Tipo de informe que permite opciones de procesos que acumulados con otros (para procesos de baja que no difieran en más de 6 meses con un proceso abierto y no estén anulados)
 - **Acumulados.** Para que el profesional indique si desea filtrar procesos con acumulación o sin ella.
 - ---: el informe mostrará tanto procesos que han sido acumulados como los que no lo han sido. Es el valor por defecto.
 - **Sí:** el informe mostrará los procesos abiertos (junto con los cerrados) que han sido acumulados.
 - **No:** el informe mostrará los procesos abiertos (junto con los cerrados) que no han sido acumulados y pueden cumplir las condiciones para hacerlo.

- **Contingencia.** Para que el profesional indique si desea filtrar procesos de con unas determinadas condiciones de contingencia. Los valores posibles son los siguientes:
 - ---: el informe muestra todos los procesos (tanto procesos que tienen el mismo tipo de contingencia como los que no). Es el valor por defecto.
 - **Mismo tipo:** el informe muestra los procesos que tienen el mismo tipo de contingencia (respecto al proceso abierto).
 - **Diferente tipo:** el informe muestra los procesos que tienen distinto tipo de contingencia (respecto al proceso abierto).

Las acciones disponibles en la pantalla serán las siguientes:

- **Imprimir.** Al pulsar sobre esta opción se genera un informe con el resultado de la consulta que se solicita.
- **Limpiar.** Vacía los campos de búsqueda.
- **Salir.** Cierra la ventana de búsqueda.

Búsqueda básica y búsqueda avanzada

Cuando el profesional no disponga de permiso para ver los datos extendidos de la consulta, tendrá limitados los campos de búsqueda:

La información de búsqueda que no estará disponible será la siguiente:

- El profesional no dispondrá de la sección **“Datos de origen”**. La búsqueda se realizará sobre los datos de IT del profesional solicitante
- En la sección **“Tipo Informe”**, sólo dispondrá de la opción **“Procesos de baja abiertos”** y en el mismo no podrá seleccionar:
 - Recaída.
 - Alta previa anterior a 6 meses.

5.8.1 Modificaciones en el impreso de la Consulta IT

La Consulta IT se compone de dos tipos de informe:

- Informe de procesos de baja abiertos.
- Informe de acumulación de procesos.

Cabecera del informe (común a los dos tipos de informe)

La cabecera del informe contendrá únicamente el logotipo y el título del informe.



Esta cabecera se imprimirá en cada una de las hojas del informe.

Pie de página (común a los dos tipos de informe)

El pie del informe contendrá los siguientes datos:

- Fecha de los datos que se están consultando.
- Datos del usuario que ha ejecutado la consulta:
 - Nombre y apellidos.
 - Centro del recurso desde el que se accede a la consulta.
 - Dirección y teléfonos del centro desde el que se realiza la consulta.
- Datos de control del informe:
 - Fecha y hora de la impresión del informe.
 - Página actual y número de páginas del informe.



Este pie de página se imprimirá en cada una de las hojas del informe.

Dato de control (común a los dos tipos de informe)

En el lateral izquierdo del informe, y en orientación vertical, se imprimirá el código de control del informe. Este código de control se corresponderá con el identificador que la aplicación asigna a cada una de las búsquedas que se realizan de este tipo de informe, y permitirá localizar en el sistema la búsqueda realizada.

SIP
SIP
12345678901234567890

Sección informativa de los filtros de búsqueda

En la primera página de cada informe, a continuación de la cabecera, se imprimirán las condiciones de búsqueda que el profesional haya seleccionado en pantalla para realizar la consulta.

En este apartado del informe se distinguirá la información a mostrar en función del tipo de permiso del usuario que realiza la consulta:

- Informe de búsqueda básica. Sólo visibles los campos básicos de la pantalla.
- informe con búsqueda avanzada. Visibles todas las opciones disponibles.

Departamento / Departament:	DEPARTAMENT DE SALUT VICIA ARNAU DE VILANOVA LLIRIA		Fecha Inicio / Data Inici:	
Centro / Centre:			Fecha Fin / Data Fi:	
Profesional / Professional:			Duración baja / Duració baixa:	
Diagnóstico / Diagnòstic:				
Tipo informe / Tipus informe:	Procesos de baja abiertos			
Propuesta de alta médica / Proposta d'alta mèdica:	Estado / Estat:		Procesos acumulados / Processos acumulats:	
Recalida / Recalida:			Contingencia / Contingència:	
Alta previa anterior a 5 meses / Alta prèvia anterior a 5 mesos:				

Diagnóstico / Diagnòstic:			Fecha Inicio / Data Inici:	
Tipo informe / Tipus informe:	Procesos de baja abiertos		Fecha Fin / Data Fi:	
Propuesta de alta médica / Proposta d'alta mèdica:	Estado / Estat:		Duración baja / Duració baixa:	

Agrupador de datos (común a los dos tipos de informe)

Todos los datos que se mostrarán en la sección detalle del informe estarán agrupados por centro y profesional, y ordenados alfabéticamente también por centro y profesional. En el informe, justo delante de cada agrupación realizada, se mostrará la información del agrupador:

Centro / Centre: CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT	Profesional / Professional: APELLIDO1 APELLIDO 2, NOMBRE PROFESIONAL
---	--

Consulta IT. Informe de procesos de baja abiertos

Cuando el profesional seleccione para la Consulta IT un informe de "**Procesos de baja abiertos**", la información obtenida se mostrará en la sección detalle y contendrá los siguientes datos:

- **SIP.**
- **Paciente.**
- **Diagnóstico.**
- **Duración estándar.**
- **Fecha de baja.**

- Duración del proceso.
- Fecha de recogida.
- Fecha de propuesta.
- Teléfono.

La cabecera de cada columna se informará al principio de cada página.

Consulta Incapacidad Temporal

GENERALITAT VALENCIANA
INSTRUMENT DE CONSULTA D'INCAPACITAT TEMPORAL

CONSULTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
CONSULTA D'INCAPACITAT TEMPORAL

Departamento / Departament: DEPARTAMENT DE SALUT VICIA ARNAU DE VILANOVA LLIRIA

Centro / Centre:

Profesional / Professional:

Diagnóstico / Diagnòstic:

Tipo informe / Tipus informe: Procesos de baja abiertos

Propuesta de alta médica / Proposta d'alta mèdica: Estado: / Estat: Recaida / Recaguda: Alta previa anterior a 6 meses / Alta prèvia anterior a 6 mesos:

Fecha inicio / Data inici:

Fecha fin / Data fi:

Duración baja / Duració baixa:

CENTRO / CENTRE: CENTRO DE INSERCIÓN (2-03) PROFESIONAL / PROFESSIONAL: IGUARD APELLIDO APELLIDO

SIP	Paciente	Diagnóstico	Duración estándar	F. Baja	Duración	F. Recogida	F. Propuesta	Teléfono
SIP	Pacient	Diagnòstic	Duració estàndard	F. Baixa	Duració	F. Recollida	F. Proposta	Telefòne
681	CELULITIS Y ABSCESO DE LOS DEDOS MANOPRE	15	2458/2015	490				
681	CELULITIS Y ABSCESO DE LOS DEDOS MANOPRE	15	2166/2015	499				
683	DESPROPORCIÓN		0908/2015	2251				

Imp: 07/10/2016 09:23:04 Información actualizada en fecha / Informació actualitzada a data: 06/10/2016 Centro consulta / Centre consulta: CENTRO DE SALUD DE VILAHARXANT 1 de 1

Consulta IT. Informe Procesos de baja acumulados

Cuando el profesional seleccione para la Consulta IT un informe de “**Procesos de baja acumulados**”, la información obtenida se mostrará en la sección detalle y contendrá los siguientes datos:


- **Número de proceso.** Para cada uno de los procesos de un paciente se mostrará la letra ‘P’ seguida del número de orden que corresponda al proceso dentro de todos los que tenga cargados el paciente, siendo P1 el proceso abierto y Pi el último proceso del paciente. Los números de proceso de un paciente que se muestren en un informe no tienen por qué ser consecutivos debido a que este número corresponde a la ordenación dentro de todos los procesos del paciente y en el informe sólo se muestran los que cumplen las condiciones de búsqueda.
- **Datos del paciente:**
 - número SIP.
 - Nombre.
 - Apellidos.
 - Teléfono.

- **Datos de los procesos de baja:**

- **Diagnóstico.**
- **Contingencia.**
- **Fecha de baja.**
- **Duración del proceso.**
- **Fecha de alta.**
- **Motivo de alta.**
- **Acumulado.** si está acumulado o no y entre paréntesis el proceso con el que lo está, o la etiqueta 'Otro' en caso de no estar presente en el listado.

La cabecera de cada columna se informará al principio de cada página.

Consulta Incapacidad Temporal



CONSULTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CONSULTA D'INCAPACITAT TEMPORAL

Departamento / Departament:

DEPARTAMENT DE SALUT VICIA ARNAU DE VILANOVA LLIRIA

Centro / Centre:

Profesional / Professional:

Diagnóstico / Diagnòstic:

Tipo informe / Tipus informe:

142.mh123.01.prog.1111

Procesos acumulados / Processos acumulats:

Contingencia / Contingència:

Fecha inicio / Data inici:

Fecha fin / Data fi:

Duración baja / Duració baixa:

CENTRO / CENTRE:

CENTRO DE INSPECCION 12-03

PROFESIONAL / PROFESSIONAL:

USUARIO APELLIDO APELLIDO

SP	Paciente	Diagnóstico	Contingencia / Contingència	Duración estándar / Duració estàndard	F. Baja	Duración acumulada / Duració acumulada	Procedimiento / Procediment	Procedimiento / Procediment	Telefono / Telèfon
001	00000000000000000000	881 - DELUITS Y ABSCESSO DE LOS DEDOS MANOPRE	Conting	15	24/06/2018	410	15	15	
002	00000000000000000000	881 - DELUITS Y ABSCESSO DE LOS DEDOS MANOPRE	Procedimiento	15	21/06/2018	408	51 (P2)	51 (P2)	
003	00000000000000000000	603 - DESPREOCCION		00000018	2281	51 (P2)	51 (P2)	51 (P2)	

Imp: 8/7/18/2018 09:23:04

Información actualizada en fecha / Informació actualitzada a data:

04/18/2018

Centro consulta / Centre consulta:

CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT

1 de 1