Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Sanidad y Política Social
«BOE» núm. 225, de 16 de septiembre de 2010
Referencia: BOE-A-2010-14199

TEXTO CONSOLIDADO
Última modificación: sin modificaciones

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 15 el contenido mínimo de la historia clínica de cada paciente. Las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias en materia de gestión de la atención sanitaria, han venido implantando diferentes modelos y soluciones de historia clínica o historia de salud para el uso interno de sus respectivos centros y servicios que, en los últimos años, ha sustituido el soporte tradicional en papel por el digital o electrónico. El grado de implantación actual de la historia clínica electrónica en los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud se acerca ya a la totalidad de los mismos en el nivel asistencial de atención primaria de salud, siendo previsible que, en breve plazo, se alcance un nivel similar de implantación en los centros de atención especializada y de emergencias médicas.

En la disposición adicional tercera de la citada ley se dispone que el Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las comunidades autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición.

Asimismo, en el artículo 56 de la Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo, con el acuerdo de las comunidades autónomas, la coordinación de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual para permitir el acceso de profesionales e interesados a la historia clínica.

Por otra parte, en la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y sus normas de desarrollo, se abordan aquellos aspectos en los que es obligado que las previsiones normativas sean comunes, como es el caso de la interoperabilidad, que, como capacidad de los sistemas de información y de los procedimientos a los que dan soporte para compartir datos y posibilitar el intercambio de información y conocimiento entre ellos, resulta necesaria para la cooperación, el desarrollo, la integración y la prestación de servicios conjuntos por las Administraciones públicas.

Existen soluciones tecnológicas que hacen posible la interoperabilidad, entendida como la transmisión de datos entre sistemas de información heterogéneos, de la que uno de sus

aspectos es la interoperabilidad semántica. Uno de los pasos imprescindibles para alcanzarla es definir, por acuerdo, el conjunto de datos que, por su relevancia, deben estar contenidos en los diferentes informes clínicos que describen los procesos de atención sanitaria realizados a ciudadanos concretos en cualquier centro o servicio del Sistema Nacional de Salud. Esta homogeneidad es uno de los elementos de normalización que facilitan el intercambio entre sistemas diferentes al servicio de los ciudadanos.

Además de la contribución que supone la normalización de los contenidos de cara a hacer posible la interoperabilidad entre sistemas de información distintos, la instauración de modelos básicos, contrastados por expertos, como instrumento para recoger y presentar la información clínica de manera estandarizada, permite garantizar una homogeneidad en los contenidos de los documentos clínicos en el sistema sanitario público que facilita su comprensión y la más rápida localización de la información, tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios, con independencia del territorio donde deban ser atendidos o donde se haya generado la información, dando de esta forma cumplimiento al mandato de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Este real decreto, atendidas la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas vigentes en el ámbito de cada comunidad autónoma, y con el consenso de profesionales sanitarios de distintas áreas de conocimiento, pretende establecer el conjunto mínimo de datos que deberán contener una serie de documentos clínicos con el fin de compatibilizar y hacer posible su uso por todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se garantiza la aplicación de las previsiones de este real decreto en los centros y dispositivos asistenciales que atiendan a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

En la elaboración de este real decreto han sido oídos los colectivos profesionales implicados en la atención sanitaria, a través de un amplio conjunto de sociedades científicas de diferentes especialidades médicas y de enfermería. Asimismo han sido consultadas las comunidades autónomas, a través de grupos de expertos designados por la Subcomisión de Sistemas de Información, las Mutualidades de funcionarios civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y del personal al servicio de la Administración de Justicia; se ha sometido al pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y cuenta además con el informe favorable de la Agencia Española de Protección de Datos.

Esta norma que tiene la condición de básica, en el sentido previsto en el artículo 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución, que atribuye al Estado las competencias para establecer las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales y las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente, se dicta en uso de las habilitaciones conferidas por la disposición adicional tercera de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y el artículo 56 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Política Social, con la aprobación previa de la Vicepresidenta Primera del Gobierno y Ministra de la Presidencia, de acuerdo con el Consejo de Estado, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 3 de septiembre de 2010,

DISPONGO:

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.*

Este real decreto tiene como objeto el establecimiento del conjunto mínimo de datos que deberán contener los documentos clínicos enumerados en el artículo 3, cualquiera que sea el soporte, electrónico o papel, en que los mismos se generen.

Las disposiciones recogidas en este real decreto serán de aplicación en todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 2. *Estructura de los datos.*

Los modelos de documento clínico contenidos en los anexos están conformados por distintas variables que se definen por las siguientes propiedades:

1. Denominación o nombre de la variable.

2. Formato (texto, fecha, número).

3. Valores. Se refiere a los diferentes contenidos que puede adoptar la variable. Para determinadas variables, el valor posible debe estar incluido entre los comprendidos en una lista cerrada.

4. Aclaraciones. Se trata de un breve comentario encaminado a la mejor comprensión para la asignación del valor a la variable y su posterior interpretación.

5. Carácter (conjunto mínimo o recomendable). La variable tiene el carácter de «conjunto mínimo» (CM) cuando su presencia es obligada en cualquier modelo de informe definido por cualquier servicio de salud. Ello no implica que el campo destinado a recoger los valores de esta variable no pueda encontrarse vacío de datos en algún caso. Es de carácter «recomendable» (R) cuando su presencia o no en los informes queda a criterio de cada comunidad autónoma. Cuando dentro de una variable calificada como CM existan diversos subapartados considerados como R, no será obligado que el documento se estructure en tales subapartados pero su contenido deberá coincidir con las áreas descritas en éstos.

Artículo 3. *Documentos clínicos.*

1. Los documentos clínicos para los que se establecen un conjunto mínimo de datos son los siguientes:

a) Informe clínico de alta, detallado en el anexo I.
b) Informe clínico de consulta externa, detallado en el anexo II.
c) Informe clínico de urgencias, detallado en el anexo III.
d) Informe clínico de atención primaria, detallado en el anexo IV.
e) Informe de resultados de pruebas de laboratorio, detallado en el anexo V.
f) Informe de resultados de pruebas de imagen, detallado en el anexo VI.
g) Informe de cuidados de enfermería, detallado en el anexo VII.
h) Historia clínica resumida, detallada en el anexo VIII.

No obstante y en el ámbito de sus competencias, las comunidades autónomas podrán establecer sus respectivos modelos de documentos clínicos, incorporando aquellas otras variables que consideren apropiadas. Dichos modelos deberán incluir, en todo caso, todas las variables que integran el conjunto mínimo de datos, tal y como figuran en los anexos de este real decreto.

Se incluye el anexo IX para recoger el listado de abreviaturas empleadas en los anexos con expresión de las denominaciones completas a las que corresponden.

2. Para la elaboración del informe clínico de urgencias y el de resultados de pruebas de laboratorio, los diferentes dispositivos de atención de urgencias en el primero o los laboratorios de las distintas especialidades que generen resultados en el segundo, deberán adoptar las diferentes estructuras de organización de la información tal y como se describen en el anexo correspondiente.

3. Los contenidos del informe de cuidados de enfermería podrían ser incluidos en algunos de los informes clínicos enumerados en el apartado 2, en cuyo caso, darán lugar a informes conjuntos del equipo médico-enfermero. En este caso, este informe ha de respetar los contenidos mínimos establecidos en cada uno de los modelos de datos que se integran.

4. La historia clínica resumida a la que se refiere el artículo 3.1 h) es un documento electrónico, alimentado y generado de forma automática y actualizado en cada momento, a partir de los datos que los profesionales vayan incluyendo en la historia clínica completa del paciente.

Disposición adicional única. *Documentos clínicos de mutualistas y beneficiarios de MUFACE, ISFAS y MUGEJU que reciban su asistencia sanitaria en virtud de los conciertos suscritos con Entidades de Seguro Libre.*

1. Las previsiones de este real decreto se aplicarán en los centros y dispositivos asistenciales que las Entidades de Seguro Libre pongan a disposición de los mutualistas y beneficiarios de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) en virtud de los conciertos que éstas suscriban y en cuanto a los documentos clínicos de los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en los Reales Decretos Legislativos 4/2000, de 23 de

junio, 1/2000, de 9 de junio y 3/2000, de 23 de junio, que encomiendan a dichas mutualidades la gestión de los mecanismos de cobertura, incluyendo la sanitaria, de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y del Personal al Servicio de la Administración de Justicia, respectivamente.

2. En relación con las previsiones de los artículos 2.5 y 3.1 de este real decreto, las tres Mutualidades, en el ámbito de sus competencias y en virtud de lo señalado en el apartado anterior, podrán incorporar en sus respectivos modelos de documentos clínicos otras variables que consideren apropiadas. Dichos modelos deberán incluir, en todo caso, todas las variables que integran el conjunto mínimo de datos, tal y como figuran en los anexos de este real decreto. Las referencias a la «Denominación del Servicio de Salud» en los «Datos de la Institución Emisora» contenidas en dichos anexos se entenderán realizadas a cada una de las tres Mutualidades a los efectos de esta disposición adicional.

3. La aplicación de esta disposición adicional en cuanto a la interoperabilidad de la información clínica electrónica de los sistemas que son responsabilidad de las Mutualidades en el marco del Sistema Nacional de Salud, se atendrá a lo que se acuerde para todo el territorio nacional en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con las restantes Administraciones implicadas.

Disposición transitoria primera. *Conservación de documentos clínicos.*

Los documentos clínicos que se hubieran generado con anterioridad a la entrada en vigor de este real decreto podrán continuar conservándose en su estado actual.

Disposición transitoria segunda. *Adecuación de los modelos existentes.*

En el plazo de 18 meses a partir de la entrada en vigor de este real decreto se habrán adecuado los modelos de los documentos clínicos que se vengan utilizando a los nuevos contenidos mínimos en él establecidos.

Disposición final primera. *Título competencial.*

Este real decreto tiene la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución, que atribuye al Estado las competencias para establecer las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales y las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente.

Disposición final segunda. *Desarrollo normativo.*

Se autoriza al titular del Ministerio Sanidad y Política Social para, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dictar las disposiciones necesarias para la aplicación y desarrollo de lo establecido en este real decreto, así como para la modificación de sus anexos.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

El presente real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid, el 3 de septiembre de 2010.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Sanidad y Política Social,
TRINIDAD JIMÉNEZ GARCÍA-HERRERA

ANEXO I

CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME CLÍNICO DE ALTA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[1]
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe Clínico de Alta		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM
Fecha de Ingreso	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Fecha de alta	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM
Nombre Responsable 2	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM
Categoría profesional 2	Texto	Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		
Servicio	Texto	Según normativa en vigor en cada momento.	Actualmente: clasificación de Servicios del CMBD/SIFCO	CM
Unidad	Texto	Libre		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud. SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud. SNS-O. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut. OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM
Denominación del provisor de servicios	Texto +Logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible +texto libre.	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM
Dirección del Centro				
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible +texto libre.		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R
DATOS DEL PACIENTE				

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[1]
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM
Primer Apellido	Texto			CM
Segundo Apellido	Texto			CM
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto		H/M	CM
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de C Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP Europeo	Texto		Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R
N.º Historia Clínica	Texto	Libre		CM
Domicilio				
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			
Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL				
Motivo del Alta	Texto	Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a otro centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros	Se incluyen las categorías correspondientes al CMBD nacional, independientemente de que los CMBD autonómicos incorporen de hecho categorías adicionales, cuyas respuestas luego se reclasifican. La categoría de respuesta fallecimiento, será recodificada a «éxitus»	CM
Motivo de Ingreso	Texto	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Tipo de ingreso	Texto	Urgente Programado		CM
Antecedentes	Texto	Libre		CM
Enfermedades familiares hereditarias Enfermedades previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Alergias Hábitos tóxicos Actuaciones preventivas (1) Medicación previa Situación funcional (2) Antecedentes sociales y profesionales	Texto	Libre	(1) Vacunaciones infantiles, del adulto, quimioprofilaxis realizadas, etc. (2) Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias escalas (Escalas de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca, valoraciones del grado de demencia, escalas de calidad de vida, etc.)	R
Historia Actual	Texto	Libre		CM
Exploración Física	Texto	Libre		CM
Resumen pruebas complementarias	Texto	Libre		CM
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	R
Evolución y comentarios	Texto	Libre	En su caso, puede incluirse el protocolo quirúrgico en este apartado, así como comentarios al diagnóstico o tratamiento, valoraciones diagnósticas adicionales, describir si el ingreso psiquiátrico fue involuntario,. describir reacciones adversas a fármacos u otras sustancias utilizados en este episodio, complicaciones evolutivas de la/las enfermedades o realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales.	CM
Diagnóstico Principal	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[1]
Otros Diagnósticos	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Procedimientos	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Tratamiento	Texto	Libre		CM
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	R
Fármacos	Texto +código	Libre (Especialidad + principio activo + dosis/unidad+ nº unidades/dosis+ intervalo de dosis+ vía administración+ duración) nomenclator oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	En la medida en que la implantación de las aplicaciones informáticas de HCE, que incluyen módulos de prescripción lo permitan, el texto libre, será reemplazado progresivamente por el vocabulario del catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclator Oficial/ Snomed-CT)	R
Otras Recomendaciones	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo, fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas, etc.	CM

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

ANEXO II

CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME CLÍNICO DE CONSULTA EXTERNA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[2]
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe Clínico de Consulta Externa		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM
Fecha de Consulta	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM
Nombre Responsable 2	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM
Categoría profesional 2	Texto	Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM
Servicio	Texto	Según normativa en vigor en cada momento.	Actualmente: clasificación de Servicios del CMBD/SIFCO	CM
Unidad	Texto	Libre		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud. SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud. SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears.		CM
		RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud. SNS-O. Servicio Navarro de SaludOSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		
Denominación del provisor de servicios	Texto + Logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible +texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura.	CM

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R²
Dirección del centro				
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible +texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R
DATOS DEL PACIENTE				
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM
Primer Apellido	Texto			CM
Segundo Apellido	Texto			CM
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto		H/M	CM
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de C Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP Europeo	Texto		Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R
N.º Historia Clínica	Texto	Libre		CM
Domicilio				
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			
Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL				
Motivo de Consulta	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Antecedentes	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	CM
Enfermedades familiares hereditarias Enfermedades previas Antecedentes Neonatales, Obstétricos y Quirúrgicos Alergias Hábitos tóxicos Actuaciones Preventivas (1) Medicación previa			(1) Vacunaciones infantiles, del adulto, quimioprofilaxis realizadas, etc. (2) Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias escalas (Escalas de dependencia, clasificación	R
Situación funcional (2) Antecedentes sociales y profesionales			funcional de la Insuficiencia cardiaca, Valoraciones del grado de demencia, Escalas de Calidad de vida, etc.)	
Historia Actual	Texto	Libre		CM
Exploración Física	Texto	Libre		CM
Resumen pruebas complementarias	Texto	Libre		CM
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	R

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[2]
Evolución y comentarios	Texto	Libre	Se pueden realizar comentarios del seguimiento evolutivo, en el caso de que el informe no se refiera a una sola consulta sino a un periodo de seguimiento en el que se han realizado varias entrevistas clínicas. En este caso se puede incluir aquí el periodo de tiempo del que es comprensivo el informe o reseñar las fechas en las que se produjeron las consultas. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados en este episodio o describir complicaciones evolutivas de la/las enfermedades, realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales	CM
Diagnóstico Principal	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Otros Diagnósticos	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Procedimientos	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Tratamiento	Texto	Libre		CM
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	R
Fármacos	Texto +código	Libre (Especialidad+principio activo+ dosis/unidad+ n.º unidades/dosis+ intervalo de dosis+ vía administración + duración) nomenclator oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	Prescripciones activas al final del período de seguimiento. En la medida en que la implantación de las aplicaciones informáticas de HCE, que incluyen módulos de prescripción lo permitan, el texto libre, será reemplazado progresivamente por el vocabulario del catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclator Oficial/ Snomed-CT).	R
Otras recomendaciones	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo: fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas, etc.	CM

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

ANEXO III

CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS

Variable	Formato	Valores de referencia	Aclaraciones	CM/R[3]
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe Clínico de Urgencias		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe.	R
Fecha y hora de ingreso o de activación del recurso	dd/mm/aaaa hh:mm	Libre		CM
Fecha y hora de alta	dd/mm/aaaa hh:mm	Libre		CM
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe.	CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Facultativo Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM
Nombre Responsable 2		Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante.	CM
Categoría responsable 2		Facultativo Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM
Unidad Asistencial responsable	Texto	Servicio de Urgencia Hospitalaria Servicio de Urgencia de A.Primaria SAMU S.º Urgencias + texto libre		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				

Variable	Formato	Valores de referencia	Aclaraciones	CM/R[3]
Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud. SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud. SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud. SNS-O. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut . OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM
Denominación del provisor de servicios	Texto +logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH para Centros de Atención Especializada. Inventario para Centros de Primaria RECESS para ambos cuando esté disponible +texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura.	CM
Dirección del Centro				
Tipo de vía	Texto			CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección Web/Correo Electrónico	Texto		Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario.	R
DATOS DEL PACIENTE				
Nombre	Texto	Dato que figure en BD de la TSI de la CA		CM
Primer Apellido	Texto			CM
Segundo Apellido	Texto			CM
Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto		H/M	CM
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de la C. Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP Europeo			Se reserva este espacio en previsión de que en el futuro exista un código europeo/internacional de identificación.	R
N.º Historia Clínica	Texto	Libre		R
Domicilio				
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			
Teléfono	Texto			R
Persona de Referencia	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)		R
Teléfono de Referencia	Texto	Libre		R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL				

Variable	Formato	Valores de referencia	Aclaraciones	CM/R[3]
Procedencia	Texto	Médico de Familia/Pediatra de AP Por decisión del paciente o familiar Cuerpos de Seguridad Otros Servicios de Urgencias		R
Tipo de Consulta	Texto	Enfermedad Accidente de tráfico Accidente Laboral Otros Accidentes		R
Motivo de Alta	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a otro centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros	Se incluyen aquellas categorías correspondientes al CMBD nacional, independientemente de que los CMBD autonómicos incorporen categorías adicionales cuyas respuestas luego se reclasifican. La categoría de respuesta *fallecimiento*, será recodificada a *éxitus*.	CM
Motivo de Consulta	Texto + código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Antecedentes	Texto	Libre		CM
Enfermedades Previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Medicación previa Alergias Situación funcional (1) Antecedentes sociales y profesionales	Texto	Libre	(1) Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades, y se podrán utilizar una o varias escalas (Escalas de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardiaca, valoraciones del grado de demencia, escalas de calidad de vida, etc.).	R
Historia Actual	Texto	Libre		CM
Exploración física				CM
TA (/) FC ( )lat/min FR ( ) resp/min Temp. ( )ºC Saturación O_2 Glucemia capilar Resumen de exploración	Texto	Libre		R
Resumen de pruebas complementarias	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados.	CM
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre		R
Evolución y comentarios	Texto	Libre	En su caso pueden incluirse, además de comentarios evolutivos y del período de observación, la descripción de técnicas realizadas durante el proceso de atención. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados en este episodio, complicaciones evolutivas de la/las enfermedades, realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales.	CM
Diagnóstico principal	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Otros diagnósticos	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Procedimientos	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Tratamiento	Texto	Libre		CM
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.).	R
Fármacos	Texto +código	Libre (Especialidad+principio activo+ dosis/unidad+ n.º unidades/dosis+ intervalo de dosis+ vía administración+ duración) nomenclator oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	Prescripciones activas. En la medida en que la implantación de las aplicaciones informáticas de HCE, que incluyen módulos de prescripción lo permitan, el texto libre, será reemplazado progresivamente por el vocabulario del catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclator Oficial/ Snomed-CT).	R
Otras recomendaciones	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo: fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas, etc.	CM

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

ANEXO IV

CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME CLÍNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[4]
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe Clínico de Atención Primaria		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Fecha en la cual se emite el informe. Es común a ambos pies de firma.	CM
Fecha inicio periodo	dd/mm/aaaa	Libre	Fecha en la que se inicia el periodo de seguimiento en el que se inscriben los diferentes episodios y actuaciones que se describen.	CM
Fecha fin periodo	dd/mm/aaaa	Libre	Fecha en la que finaliza el periodo de seguimiento en el que se inscriben los diferentes episodios y actuaciones que se describen.	CM
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe.	CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Médico de Familia Pediatra de AP Texto Libre		CM
Nombre Responsable 2	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar el primer firmante.	CM
Categoría responsable 2	Texto	Médico de Familia Pediatra de AP Texto Libre		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación del Servicio de Salud	Texto + logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud. SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud. SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud. SNS-O. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut. OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM
Denominación del provisor de servicios	Texto +logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura.	CM
Dirección del Centro				
Tipo de vía	Texto	Inventario de Centros de Atención Primaria y posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto libre		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección Web/Correo Electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario.	R
DATOS DEL USUARIO/PACIENTE				

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[4]
Nombre	Texto	Dato que figure en BD de la TSI de la CA		CM
Primer Apellido	Texto			CM
Segundo Apellido	Texto			CM
Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto		H/M	CM
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de la C. Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP Europeo			Se reserva este espacio en previsión de que en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R
N.º Historia Clínica	Texto	Libre		CM
Domicilio				
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			
Teléfono	Texto			R
Persona de Referencia	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Se trata de la persona que representa los intereses del paciente.	R
Teléfono de Referencia	Texto	Libre		R
DATOS DE SALUD				
Antecedentes	Texto	Libre	Se recomienda su clasificación en subapartados.	CM
Enfermedades familiares hereditarias Enfermedades previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Alergias Hábitos tóxicos Actuaciones preventivas (1) Medicación previa Situación funcional (2) Antecedentes sociales y profesionales			(1) Vacunaciones infantiles, del adulto, quimioprofilaxis realizadas, etc. (2) Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias escalas (Escalas de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca, valoraciones del grado de demencia, escalas de calidad de vida, etc.).	R
Resumen pruebas complementarias	Texto	Libre		CM
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados.	R
Resumen de Episodios Atendidos	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Evolución y comentarios	Texto	Libre	Se pueden realizar comentarios del seguimiento evolutivo. También es el lugar adecuado para describir reacciones adversas a fármacos utilizados o describir complicaciones evolutivas de la/las enfermedades, realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales.	CM
Diagnósticos	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Procedimientos	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Tratamiento	Texto	Libre	Se refiera al último tratamiento que esté activo.	CM
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.).	R

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[4]
Fármacos	Texto +código	Libre (Especialidad+principio activo+ dosis/unidad+ n.º unidades/dosis+ intervalo de dosis+ vía administración+ duración) nomenclator oficial MSPS (código nacional)/Snomed- CT	Prescripciones activas al final del período de seguimiento. En la medida en que la implantación de las aplicaciones informáticas de HCE, que incluyen módulos de prescripción lo permitan, el texto libre, será reemplazado progresivamente por el vocabulario del catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclator Oficial/ Snomed-CT).	CM R
Otras Recomendaciones	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo: fecha de próxima cita, conveniencia de una nueva revisión, petición de pruebas, etc...	R

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

ANEXO V

CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[5]
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies del informe	CM
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)		CM
Categorías profesional 1	Texto	Médico Residente		CM
		Facultativo Especialista de Área	Es parte del primer pie de firma del informe	
		Farmacéutico Residente		
		Biólogo Residente		
		Jefe de Sección		
		Jefe de Servicio		
		Texto libre		
Nombre Responsable 2	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)		CM
Categorías profesional 2	Texto	Facultativo Especialista de Área		CM
		Jefe de Sección	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	
		Jefe de Servicio		
		Texto libre		
Servicio	Texto	Análisis Clínicos	RD 1277/2003 y normativa en vigor en cada momento	CM
		Anatomía Patológica		
		Bioquímica Clínica		
		Hematología y Hemoterapia		
		Genética		
		Inmunología		
		Microbiología y parasitología		
Unidad	Texto	Libre		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud.		CM
		SALUD. Servicio Aragonés de Salud		
		SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud		
		SCS. Servicio Cántabro de Salud.		
		SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha		
		SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.		
		DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya		
		SES. Servicio Extremeño de Salud.		
		SERGAS. Servizo Galego de Saúde.		

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[5]
		INGESA. Instituto Nadonal de Gestión Sanitaria.		
		IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears.		
		RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud.		
		Servicio Madrileño de Salud.		
		Servicio Murciano de Salud		
		SNS-O. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA.		
		Agència Valenciana de Salut		
		OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		
Denominación del provisor de servicios.	Texto + Logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto Libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM
Dirección del Centro				
Tipo de Vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible + texto libre		CM
Nombre de vía	Texto			CM
Número de vía	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el ususario	R
DATOS DEL PACIENTE				
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM
Primer Apellido	Texto			CM
Segundo Apellido	Texto			CM
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto		H/M	CM
DNI/T. Residencia/Pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de C. Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP Europeo	Texto		Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación	R
N.º Historia Clínica	Texto	Libre		CM
N.º Cama/N.º Consulta	Texto	Libre		R
DATOS DEL SOLICITANTE				
Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud.		CM
		SALUD. Servicio Aragonés de Salud		
		SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud		
		SCS. Servicio Cántabro de Salud.		
		SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha		
		SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.		
		DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya		
		SES. Servicio Extremeño de Salud.		
		SERGAS. Servizo Galego de Saúde.		
		INGESA. Instituto Nadonal de Gestión Sanitaria.		
		IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears.		
		RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud.		
		Servicio Madrileño de Salud.		
		Servicio Murciano de Salud		
		SNS-O. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA.		
		Agència Valenciana de Salut		

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[5]
		OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		
Denominación del provisor de servicios	Texto + Logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH[6] y posteriormente RECESS[7] cuando esté disponible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventado en vigor por ser de reciente apertura	CM
Servicio	Texto	Según normativa en vigor en cada momento	Actualmente clasificación de Servicios del CMBD/SIFCO	CM
Unidad	Texto	Libre		CM
Nombre del solicitante	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)		CM
Categoría profesional	Texto	Médico Residente		CM
		Facultativo Especialista de Área		
		Jefe de Sección		
		Jefe de Servicio		
		Médico de Familia		
		Pediatra de AP		
		Texto libre		
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL				
DATOS DE LA MUESTRA				
Fecha de toma de muestra	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Número de muestra	Texto	Libre		CM
Tipo de muestra	Texto + Código	Libre		CM
		Bioquímica: LOINC		R
		Hematología: LOINC		
		Inmunología: LOINC		
		Genética: LOINC		
		Microbiología: Vocabulario local a partir de LOINC		
		A. Patológica Sn:med-CT		
Grupo de determinación	Texto	Bioquímica general	*Bioquímica General:*	CM
		Sistemático orina	*Metabolitos (ej. glucosa, urea, creatinina, etc.)*	
		Hormonas	*Enzimas (AST, ALT, LDH, etc.)*	
		Marcadores tumorales	*Iones (Na, K, Cl, Ca, P, Mg, etc.)*	
		Niveles de fármacos y tóxicos	*Otras proteínas (Marcadores cardíacos, etc.)*	
		Gasometría Hematología	*Líquido Biológicos*	
		Hemostasia (Coagulación)	*Espermiogramas y estudios semen*	
		Hemoterapia	*Estudios en heces*	
		Hematología-Coagulación: Pruebas especiales	*Elementos traza (Cu, Se, etc.)*	
		Inmunología - Alergia	*Proteínas (Transferrína, Ceruloplasmina, Complemento, etc.)*	
		Microbiología Genética	*Electroferesis de proteínas*	
		Anatomía Patológica - Biopsias	*Inmunofijación/Inmunosubstracción*	
		Anatomía Patológica. Citologías	*Inmunoglobinas y Cadenas ligeras*	
			Sistemático orina:	
			Urianálisis	
			Sedimento	

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[5]
			Hormonas:	
			Hormonas	
			Vitaminas	
			Otros inmunoensayos relacionados (ej PAPPA)	
			Marcadores tumorales:	
			Marcadores tumorales séricos	
			Patología Molecular enfermedades neoplásicas hemotológicas	

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[5]
			Patología Molecular enfermedades neoplásicas, tumores sólidos *Niveles de fármacos y tóxicos:* *Monitorización de Fármacos* *Detección Drogas de abuso* *Detección de otros tóxicos (metales pesados, tóxicos laborales, etc.)* *Farmacogenómica* *Gasometría* *Hematología:* *Hematimetría manual y automatizada (incluye el Hemograma, el diferencial leucocitario automatizado y manual, la morfología eritrocitaria, la VSG, la viscosidad plasmática, etc.)* *Hemostasia (coagulación):* *Pruebas de Hemostasia básicas (Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina Pardal Activada y Fibrinógeno)* *Hemoterapia:* *Estudios de Inmunohematología (detección de Anticuerpos irregulares)* *Pruebas de compatibilidad transfusional* *Hematoloqía-Coagulación: Pruebas especiales:* *Citoquímica, Citometría, Citogenética y Biología Molecular de sangre periférica y médula ósea (incluye todos los marcadores diagnósticos)* *Aspirado medular y Biopsia de Médula Ósea (incluye todos los estudios de médula ósea)* *Estudios de Eritropatología* *Pruebas para estudio de Diátesis Hemorrágicas* *Pruebas para estudio de Trombosis* *Biología Molecular de alteraciones congénitas o adquiridas de la Hemostasia* *Inmunología-Alergia:* *Autoinmunidad* *Inmunoquímica* *Histocompatibilidad* *Inmunobiología* *Microbiología:* *Bacteriología* *Virología* *Parasitología*	

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[5]
			Micología *Serología infecciosa* *Biología molecular infecciosa* *Genética:* *Citogenética* *Patología/Genética molecular* *Anatomía Patológica-Biopsias* *Biopsias y piezas quirúrgicas* *Inmunohistoquímica* *Anatomía Patológica molecular* *Microscopía electrónica* *Citometría de flujo*	
			Anatomía Patológica-Citologías: *Citologías y PAAF* *Inmunocitoquímica* *Anatomía Patológica molecular* *Microscopía electrónica* *Colometría de flujo*	
Modelo TIPO A			Este modelo puede recoger todos aquellos resultados de pruebas diagnósticas que se expresan con una denominación de determinación, un resultado (generalmente expresado en cifras), las unidades de medida utilizadas y un rango de valores de referencia que se toman como estándar de normalidad.	
Determinación	Texto	Libre		CM
Resultado	Texto	Libre		CM
Unidades	Texto	Libre		CM
Rango	Texto	Libre		CM
Comentarios	Texto	Libre		R
Modelo TIPO B			Este modelo puede recoger todos aquellos resultados de pruebas diagnósticas que requieran una descripción y una conclusión en texto libre. Ej. Estudio de médula ósea.	
Determinación	Texto	Libre		CM
Técnica	Texto			CM
Descripción	Texto	Libre		CM
Conclusión	Texto +	Libre		CM
	Código	SNOMED		R

[5] Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia en esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debo formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

[6] CNH: Catálogo Nacional de Hospitales.

[7] RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSPS.

ANEXO VI

CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE IMAGEN

Variable	Formato	Valores	Adaraciones	CM/R[8]
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe de resultados de pruebas de imagen		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM
Nombre Responsable 2	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM
Categoría profesional 2	Texto	Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		
Servicio	Texto	Radiodiagnóstico Medicina Nuclear		CM
Unidad	Texto	Libre		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominadón del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servio Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud SNS-0. Servicio Navarro de SaludOSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM
Denominación del provisor de servicios	Texto + Logo	Libre		R
Denominadón del Centro	Texto + Logo	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM
Dirección del Centro				
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R
DATOS DEL PACIENTE				

Variable	Formato	Valores	Adaraciones	CM/R[8]
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM
Primer Apellido	Texto			CM
Segundo Apellido	Texto			CM
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto		H/M	CM
DNI/T. Residencia/Pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de C Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP Europeo	Texto		Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación	R
N.° Historia Clínica	Texto	Libre		CM
N.° Cama / N.° Consulta	Texto	Libre		R
DATOS DEL SOLICITANTE				
Denominadón del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.		CM
		SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servio Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud SNS-0. Servicio Navarro de SaludOSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		
Denominación del provisor de servicios	Texto + Logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH[9] y posteriormente RECESS[10] cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM
Servicio	Texto	Según normativa en vigor en cada momento	Actualmente clasificación de Servicios del CMBD/SIFCO	CM
Unidad	Texto	Libre		CM
Nombre del solicitante	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)		CM
Categoría profesional	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio Médico de Familia Facultativo Pediatra de AP Texto Libre		CM
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL				
Información Clínica	Texto	Libre	Reflejará el mismo contenido que el volante de petición de la exploración. Es el lugar para detallar los datos clínicos que justifican la realización de la prueba y establecen las sospechas diagnósticas	CM
Exploración	Texto + Código (cadena numérica+ cadena de texto)	Libre Catálogo SERAM en vigor Catálogo SEMN en vigor		CM R
Fecha de Exploración	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Descripción de la exploración	Texto	Libre	Es una descripción detallada de la exploración realizada, en la que podrán concretarse además: Prioridad (normal, urgente) Medios de contraste (tipo, dosis y velocidad de inyección Reacciones adversas Otros incidentes (falta de colaboración, ansiedad, claustrofobia...) y abordaje de los mismos. Limitaciones técnicas Exploración con la que se compara y fecha de la misma	R

Variable	Formato	Valores	Adaraciones	CM/R[8]
Hallazgos	Texto	Libre	Es una descripción detallada de los hallazgos, en la que podrán concretarse además: Hallazgos negativos	CM
			Comparación con estudios previos Limitaciones diagnósticas	
Diagnóstico	Texto + Código	Libre Cadena de texto (Nombre del catálogo utilizado) + Código asignado		CM R
Recomendaciones	Texto	Libre	Es el lugar para recoger: Cuidados o tratamientos que se deben seguir después de la realización de la exploración diagnóstica o intervencionista. Indicación de otras exploraciones que se deben realizar para completar el estudio del paciente o el plazo en el que se debe realizar un control de la exploración	CM

[8] Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia en esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debo formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

[9] CNH: Catálogo Nacional de Hospitales.

[10] RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSPS.

ANEXO VII

CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R [11]
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe de Cuidados de Enfermería		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM
Fecha Valoración de Enfermería	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Fecha Alta de Enfermería/Fecha de Derivación Enfermera	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Enfermera Responsable 1	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM
Categoría profesional Enfermera Responsable 1	Texto	Enfermera Enfermera Especialista Enfermera Residente (EIR)		CM
Enfermera Responsable 2	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM
Categoría profesional Enfermera Responsable 2	Texto	Enfermera Enfermera Especialista		CM
Dispositivo Asistencial	Texto	Centro de Salud Hospital Urgencias Hospitalarias Urgencias Extrahospitalanas Centro Sociosanitario Otros		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud SNS-O. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM
Denominación del provisor de servicios	Texto + Logo	Libre		R

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R [11]
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH[12] para Centros de Atención Especializada, Inventario para Centros de Primaria y posteriormente RECESS[13] cuando esté disponible + texto libre		CM
Dirección del Centro				
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible +texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R
DATOS DEL PACIENTE				
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM
Primer Apellido	Texto			CM
Segundo Apellido	Texto			CM
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto		H/M	CM
DNI/T. Residencia/Pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de C Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP Europeo	Texto		Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/intemacional de identificación.	R
N.° Historia Clínica	Texto	Libre		CM
Domicilio				
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R
Persona de Referencia	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Se trata de la persona que representa los intereses del paciente.	CM
Teléfono de Referencia	Texto	Libre		CM
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL				
Causas que generan la actuación enfermera	Texto	Libre		CM
Motivo de Alta/Derivación Enfermera	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitano Alta voluntaria Fallecimiento Otros		CM
Antecedentes y entorno	Texto	Libre	Destacar solamente la información relevante	CM
Enfermedades Previas Intervenciones quirúrgicas Tratamientos farmacológicos Alergias Actuaciones preventivas (1) Factores personales, familiares, sociales, culturales y laborales destacables (2).	Texto	Libre	(1) Vacunaciones y su estado (2) El conjunto de factores reseñados se refiere a aquellos elementos (personales, familiares, sociales o profesionales) que, formando parte de su entorno, pueden influir o condicionar la evolución de su estado de salud. Tienen cabida también aquellos acontecimientos puntuales (pérdida de familiar, evento laboral,...) que puedan influir en su respuesta ante diferentes situaciones de salud.	R

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R [11]
Diagnósticos Enfermeros resueltos	Texto + código	Literal NANDA + Código NANDA	Se trata de destacar aquellos diagnósticos, ya resueltos, que puedan resultar de interés para prever posteriores apariciones	CM R
Protocolos asistenciales en los que está incluido	Texto	Libre	Tienen cabida todos los procesos asistenciales y programas de salud en los que se encuentre incluido, tanto programas preventivos como de seguimiento, rehabilitación o educación sanitaria entre otros. Así como la relación de problemas interdependientes y/o de colaboración si fuera el caso.	CM
Valoración activa	Texto	Libre		CM
Modelo de referencia utilizado Resultados destacables	Texto	Libre	Deberá reflejarse la información relativa a la valoración enfermera más reciente. Se recomienda especificar otras escalas o tests aplicados y ajenos al modelo utilizado en la valoración general.	CM CM
Diagnósticos Enfermeros activos	Texto + código	Literal NANDA + Código NANDA	Aquellos diagnósticos presentes en el momento de la elaboración del informe, tanto reales como potenciales	CM R
Resultados de Enfermería	Texto + código	Literal NOC + Código NOC	Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas	CM R
Intervenciones de Enfermería	Texto + código	Literal NIC + Código NIC	Las intervenciones que se están llevando a cabo en el momento de elaboración del informe	CM R
Cuidador principal	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos) + Vinculación con el usuario	Deberá indicarse tanto el nombre como la relación que tiene con él (familiar, cuidador externo...)	CM R
Información complementaria/ Observaciones	Texto	Libre	Puede incluirse información relativa a la presencia de catéteres, prótesis, dietas especiales, así como destacar algún aspecto de especial relevancia relativo a la aplicación de las intervenciones activas.	R

[11] Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debo formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R).

[12] CNH: Catálogo Nacional de Hospitales.

[13] RECESS: Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del MSPS.

ANEXO VIII

CONJUNTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[14]	Volcado de Datos[15]	Acceso [16]
DATOS DEL DOCUMENTO						
Tipo de documento	Texto	Historia Clínica Resumida		CM	A	P/C
Fecha de creación	dd/mm/aaaa	Libre		CM	A	P/C
Fecha de última actualización	dd/mm/aaaa	Libre	La fecha en la que fue modificado alguno de los componentes del registro por última vez	CM	A	P/C
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA						

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[14]	Volcado de Datos[15]	Acceso [16]
Denominación del Servicio de Salud	Texto + logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL .Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS.Servizo Galego de Saúde INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud SNS-O. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM	A	P/C
Denominación del provisor de servicios	Texto+logo	Libre		R		
DATOS DEL USUARIO/PACIENTE						
Nombre	Texto	Dato que figure en BD de TSI de la CA		CM	A	P/C
Primer Apellido	Texto			CM	A	P/C
Segundo Apellido	Texto			CM	A	P/C
Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa			CM	A	P/C
Sexo	Texto		H/M	CM	A	P/C
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R	A	P/C
NASS	Texto			CM	A	P/C
CIP de C. Autónoma	Texto			CM	A	P/C
Código SNS	Texto			R	A	P/C
CIP Europeo			Se reserva este espacio en previsión de que en el futuro exista un código europeo/internacional de identificación.	R	A	P/C
N.° Historia Clínica	Texto	Libre		CM	A	P/C
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de TSI de la CA		CM	A	P/C
Nombre de la vía	Texto			CM	A	P/C
Número de la vía	Texto			CM	A	P/C
Piso	Texto			CM	A	P/C
Letra	Texto			CM	A	P/C
Código Postal	Texto			CM	A	P/C
Municipio	Texto			CM	A	P/C
Provincia	Texto			CM	A	P/C
Teléfono	Texto			R	A	P/C
Persona de referencia	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Se trata de la persona que representa los intereses del paciente.	R	A/M	P/C
Teléfono de referencia	Texto	Libre		R	A/M	P/C
Cuidador Principal	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)		R	A/M	P/C
DATOS DE SALUD						
Existe información reservada por decisión del paciente	Botón s/n	SI NO	Este campo informa al profesional de que existe algún dato clínico que no figura en la HC por decisión del propio paciente.	CM	A	P/C
Existe documento de instrucciones previas	Botón s/n	SI NO	Informa al profesional de que existe este documento que está disponible en el Registro de Últimas Voluntades.	CM	A/M	P/C
Está incluido en protocolo de investigación clínica	Botón s/n	SI NO	Informa de la inclusión en un protocolo de investigación en la fecha de última actualización.	R	M	P/C
Alergias	Texto	Libre		CM	A	P/C
Vacunaciones	Texto	Libre		CM	A	P/C

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R[14]	Volcado de Datos[15]	Acceso [16]
Problemas Resueltos, Cerrados o Inactivos	Texto	Fecha + Texto Libre	Se especificará la fecha de cierre y el motivo	R	A	P/C
Problemas y Episodios Activos	Texto + Código	Fecha + Texto libre Sistema de Codificación CIE 9 MC/CIE 10/CIAP 2 Definida/SNOMED-CT	Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización. Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS	CM R	A	P/C
Tratamiento	Texto	Libre		CM		P/C
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	CM	A	P1C
Fármacos	Texto + código	Libre (Especialidad + principio activo + dosis/ unidad+ n° unidades/dosis+ intervalo de dosis+ vía administración+ duración) nomenclator oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	Prescripciones activas a la fecha de actualización. En la medida en que la implantación de las aplicaciones informáticas de HCE, que incluyen módulos de prescripción lo permitan, el texto libre, será reemplazado progresivamente por el vocabulario del catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclator Oficial/Snomed-CT)	CM	A	P1C
Diagnósticos Enfermeros activos	Texto + Código	Literal NANDA +Código NANDA	Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización	CM R	A	P1C
Resultados de Enfermería	Texto + Código	Literal NOC +Código NOC	Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas. Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización	CM R	A	P1C
Intervenciones de Enfermería	Texto + código	Literal NIC +Código NIC	Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización	CM R	A	P1C
ALERTAS	Texto	Libre	Su contenido deben ser advertencias clave de carácter objetivo que por su especial trascendencia deban ser resaltadas para ser tenidas en cuenta por cualquier profesional que deba prestar atención (Ej: Angioedema desencadenado por IECAS, Dispositivo IV con reservorio)	CM	M	P1C
Observaciones Subjetivas del Profesional	Texto	Libre	La única justificación de este campo es recoger valoraciones del profesional, siempre que sean de auténtico interés para el manejo de los problemas de salud por otro profesional. Sólo deberán ser reseñadas aquellas observaciones que sean encuadrables en algunos de los siguientes apartados: VALORACIONES SOBRE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS NO DEMOSTRADAS SOSPECHA ACERCA DE INCUMPLIMIENTOS TERAPÉUTICOS SOSPECHA DE TRATAMIENTOS NO DECLARADOS	R	M	P
			SOSPECHA DE HÁBITOS NO RECONOCIDOS			
			SOSPECHA DE HABER SIDO VÍCTIMA DE MALOS TRATOS			
			COMPORTAMIENTOS INSÓLITOS			

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

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

[16] El campo puede estar accesible, según la naturaleza de su contenido (anotaciones subjetivas o datos ojbetivos), a los profesionales P o al ciudadano C.

ANEXO IX

LISTADO ALFABÉTICO DE ABREVIATURAS EMPLEADAS

Abreviatura empleada	Significado
BD TSI	Base de datos de tarjeta sanitaria individual.

Abreviatura empleada	Significado
CIAP 2	Clasificación intemadonal en atención primaria. Versión 2.
CIE9-MC	Clasificación internacional de enfermedades. Modificación clínica.
CM	Conjunto mínimo.
CMBD	Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud.
CNH	Catálogo Nacional de Hospitales.
LOINC	Logical observation identifiers narres and codes.
MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association.
NIC	Nursing Interventions Classification.
NOC	Nursing Outcomes Classification.
R	Recomendable.
RECESS	Registro General de Establecimientos, Centros y Servicios Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Política Social.
SERAM	Sociedad Española de Radiología Médica.
SEMN	Sociedad Española de Medicina Nuclear.
SIFCO	Sistema de Información del Fondo de Cohesión del SNS.
SNOMED-CT	Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms.

Este texto consolidado no tiene valor jurídico.
Más información en info@boe.es