

UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERÍA
Recinto Universitario Simón Bolívar
Facultad de Electrotecnia y Computación

MANUAL DE USUARIO

Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico (SCHCP)

Autor

Br. Elsie Adelina León Flores

Tutor

MSc. Ing. Humberto Francisco Zepeda Palacios



INTRODUCCIÓN	3
ACCESO AL SISTEMA.....	4
INICIO DEL SISTEMA DE HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA	4
REGISTRO DE USUARIO	5
INICIO DE SESIÓN	5
RESTABLECIMIENTO DE CONTRASEÑA	6
MENÚ DEL SISTEMA	6
VINCULACIÓN DEL SISTEMA CON DROPBOX	7
GUÍA DE USO DE REGISTROS.....	9
REGISTRO DE MADRE.....	9
<i>Agregar un nuevo registro de Madre.</i>	10
<i>Modificar un registro existente.</i>	10
<i>Buscar un registro.</i>	11
<i>Eliminar un registro de Madre.</i>	11
REGISTRO DE PADRE.....	11
<i>Agregar un nuevo registro de Padre.</i>	12
<i>Modificar un registro existente.</i>	12
<i>Buscar un registro.</i>	12
<i>Eliminar un registro de Padre.</i>	13
REGISTRO DE PACIENTE.....	13
<i>Agregar un nuevo registro de paciente.</i>	14
<i>Modificar registro existente</i>	14
<i>Buscar registro</i>	15
<i>Eliminar registro</i>	15
REGISTRO DE CONSULTA	16
<i>Agregar nuevo registro</i>	16
<i>Modificar registro existente</i>	17
<i>Buscar registro</i>	18
<i>Eliminar registro</i>	18
<i>Registro de Receta Médica</i>	18
<i>Agregar nuevo registro</i>	19
<i>Modificar registro existente</i>	19
<i>Imprimir registro de receta</i>	19
<i>Registro de Exámenes</i>	20
<i>Agregar nuevo registro</i>	20
<i>Modificar registro existente</i>	21
<i>Buscar registro</i>	21
<i>Eliminar registro</i>	22
REGISTRO ALIMENTACIÓN	22
<i>Agregar nuevo registro</i>	23
<i>Modificar registro existente</i>	23
REGISTRO HITO MOTOR.....	23
<i>Agregar nuevo registro</i>	24
<i>Modificar registro existente</i>	24
REGISTRO VACUNAS.....	25
<i>Agregar nuevo registro de Vacuna.</i>	25
<i>Modificar registro existente de Vacuna.</i>	26
<i>Buscar registro de Vacuna.</i>	26
<i>Eliminar registro de Vacuna.</i>	26
REGISTRO PATOLOGÍA.....	27
<i>Agregar nuevo registro de Patología.</i>	27
<i>Modificar registro existente de Patología</i>	28
<i>Buscar registro de Patología.</i>	28
<i>Eliminar registro de Patología.</i>	29
REGISTRO EMBARAZO	29
<i>Agregar registro</i>	30
<i>Modificar registro</i>	30
REGISTRO PARTO	31



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

Agregar registro	31
Modificar registro	32
Registro Parto Apgar	32
Agregar registro.....	33
Modificar registro	33
REGISTRO ANTECEDENTES FAMILIARES	34
Agregar registro	34
Modificar registro	34
REGISTRO DE AGENDA	35
Agregar un nuevo registro de cita	35
Ver un registro existente de cita	35
Buscar un registro de cita	36
Eliminar un registro de cita	36
REGISTRO DE TABLAS CATÁLOGOS	37
Catálogo de Motivos	37
Agregar un nuevo registro de Motivo	37
Modificar un registro existente de Motivo	37
Eliminar un registro de Motivo	38
Catálogo de Patologías	38
Agregar un nuevo registro de Patología	38
Modificar un registro existente de Patología	38
Eliminar un registro de Patología.....	39
Catálogo de Vacunas	39
Agregar un nuevo registro de Vacuna.....	39
Modificar un registro existente de Vacuna.....	40
Eliminar un registro de Vacuna	40
GUÍA DE USO DE REPORTES	40
REPORTE DE FICHA DE PACIENTE	41
REPORTE DE INFORMACIÓN PRENATAL	41
REPORTE DE HISTORIAL DE CONSULTAS	42
REPORTE DE HISTORIAL DE PATOLOGÍAS	42



Introducción

El presente documento posee la información sobre las operaciones del Sistema de Historia Clínica Pediátrica. El cual permite al médico (usuario) gestionar de una manera fácil el Expediente y la Historia Clínica de sus pacientes.

Este documento le permitirá al usuario aclarar sus dudas conforme al manejo óptimo de los recursos del sistema, además obtendrá la explicación de cómo utilizar la interfaz y los métodos para el procesamiento de la información.

Una de las características fundamentales del sistema es su interfaz, que es sencilla, fácil y amigable para el usuario, tal y como se detallan en los requerimientos. Es un sistema fácil de manejar y dinámico, ya que ofrece al usuario velocidad en el procesamiento de los datos agregando que brinda la confianza y seguridad en las transacciones al no tener fallos, ni permitir que el usuario cometa errores al ingresar datos, pues cuenta con campos validados, además de poder crear copias de seguridad tanto de manera local (en su computadora) como en la nube.



Acceso al Sistema

Inicio del Sistema de Historia Clínica Pediátrica

Para acceder al Sistema de Historia Clínica Pediátrica, debe de hacer doble clic al Acceso Directo que se encuentra en el escritorio de la computadora o dirigirse a la carpeta donde se encuentra el sistema y dar doble clic al archivo "SHistoriaClinicaPediatica.jar".



Ilustración 1 Acceso Directo Aplicación

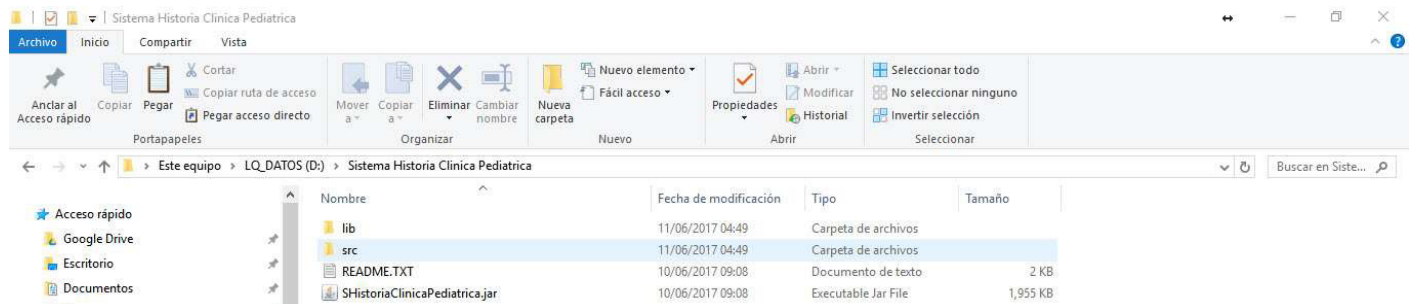


Ilustración 2 Carpeta del Sistema

Una vez que se ejecutó la aplicación, se mostrará la pantalla de inicio.



Ilustración 3 Pantalla de Inicio de Sistema Historia Clínica Pediátrica



Registro de Usuario

Una vez que ha iniciado la aplicación, lo primero que debe de hacer es crear un registro de usuario para ello debe de dar clic en el botón “Registrarse”.

Los datos que se requieren del usuario son:

- Código Médico: Es el código de sanidad que el MINSA otorga a los médico registrados.
- Nombre: Nombre del médico
- Apellido: Apellido del médico.
- Dirección Clínica: Dirección de la clínica donde atiende el médico.
- Horario de Atención: Es el horario en el que atiende en la clínica el médico.
- Teléfono de Clínica: Es el número telefónico de la clínica donde atiende el médico.
- Celular: Es el número celular del médico.
- Correo: es el correo electrónico del médico.
- Usuario: es el usuario con el que accederá el médico a la aplicación.
- Clave: es la clave que el médico usará para ingresar a la aplicación.

The screenshot shows a web form titled 'Ficha Medico' with a sub-header 'Datos del Medico'. The form contains the following fields and values:

Field	Value
Código Médico	6563
Nombre	Felix Pedro
Apellidos	Molina
Dirección Clínica	Hospital Vivian Pellas
Horario de Atención	7am - 8pm
Teléfono de Clínica	22345435
Celular	88765123
Correo	felixmolina@hotmail.com
Usuario	fpmolina
Clave	*****

At the bottom of the form are three buttons: 'Guardar' (green), 'Actualizar' (grey), and 'Cerrar' (red).

Ilustración 4 Llenado de Datos del Médico

This screenshot is identical to the previous one, but with a modal message box overlaid on top. The message box has a title bar 'Mensaje' and contains the following text:

i Datos guardados exitosamente

Below the text is an 'Aceptar' button.

Ilustración 5 Datos Guardados.

Inicio de Sesión

Una vez que se han registrado los datos, se debe de cerrar la ventana y se mostrará nuevamente la pantalla de inicio. Para ingresar al sistema, ingrese los datos de usuario y contraseña que ha proporcionado. Si los datos de acceso son incorrecto, el sistema le mostrará un mensaje de advertencia para que se verifiquen los datos ingresados, de lo contrario le mostrará un mensaje de bienvenida al sistema con su nombre. Luego se le mostrará el menú de la aplicación.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico



Ilustración 6 Acceso Incorrecto. Mensaje de Verificación.

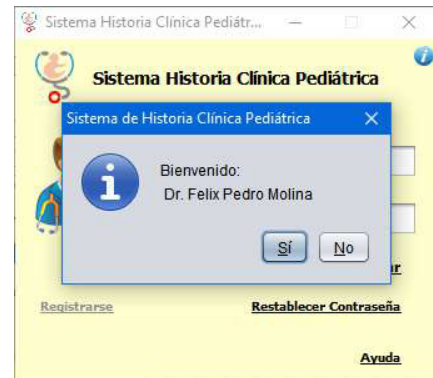


Ilustración 7 Acceso Correcto. Mensaje de Bienvenida.

Restablecimiento de Contraseña

Si se le ha olvidado su contraseña, puede restablecerla. De clic en “Restablecer Contraseña”, se le mostrará el formulario de “Restablecer Contraseña”. Los datos que se solicitan para restablecer su contraseña son:

- Usuario: El usuario que creo para acceder a la aplicación.
- Código Médico: El código de médico que el MINSA le otorga.
- Nueva contraseña: Es con la contraseña nueva con la que ingresará al sistema.

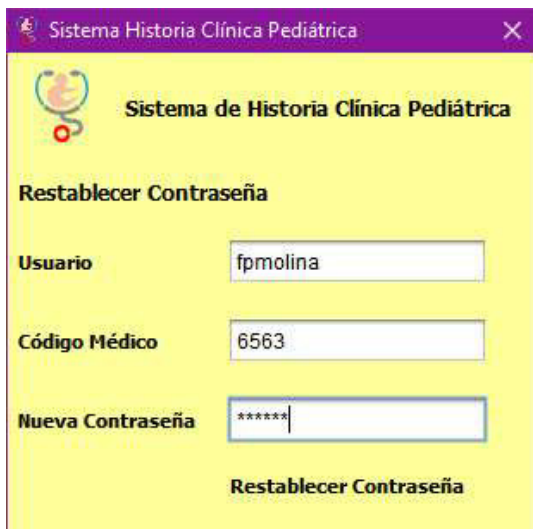


Ilustración 8 Cambio de Contraseña

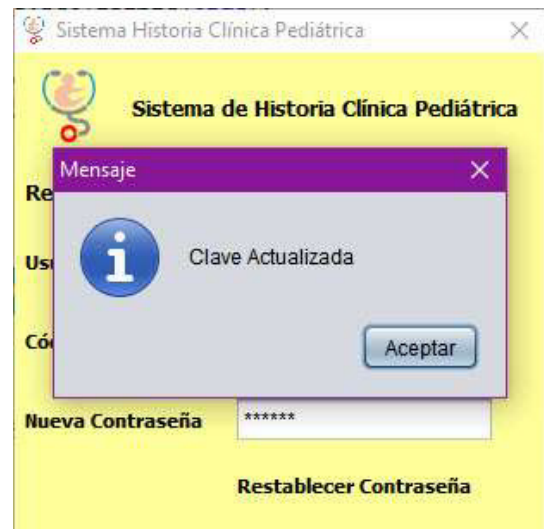


Ilustración 9 Cambio de Contraseña aceptado

Llene los datos que se solicitan y luego de clic en el botón Restablecer Contraseña, una vez que se haya hecho el cambio, le saldrá un mensaje de “Clave Actualizada”

Menú del Sistema

En el menú del sistema encontrará nueve botones.

- Botón Paciente: Se le abrirá el listado de todos los pacientes que el usuario atiende. Desde aquí puede agregar un nuevo paciente o modificar los datos médicos del paciente.
- Botón Madre: Se le abrirá el listado de los nombre de las madres de cada uno de los pacientes. Puede agregar o modificar un registro.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

- Botón Padre: Se le abrirá el listado de los nombre de los padres de cada uno de los paciente. Puede agregar o modificar un registro.
- Botón Mi Perfil: Son los datos del usuario.
- Botón Agenda: Se le abrirá un listado de todas las citas, puede agregar, modificar o eliminar una cita.
- Botón Reporte: Se le abrirá una ventana en la cual usted generará los reportes para cada paciente que desee.
- Botón Tablas: Se le abrirá un menú para que agregue datos en las tablas de Motivo Consulta, Vacunas y Patologías.
- Botón Dropbox: Sirve para vincular la aplicación con Dropbox y para crear respaldos de la base de datos así como restaurar los datos.
- Botón Información: Se le abrirá una ventana con la información del sistema. También puede abrir la ayuda.



Ilustración 10 Menú del Sistema.

Vinculación del sistema con Dropbox

Una vez en el menú, debe de dirigirse al botón de BackUp para vincular el Sistema Historia Clínica Pediátrica con Dropbox. Se le mostrará una nueva ventana. Dar clic en la opción “*Vincular con Dropbox*”



Ilustración 11 Menú Dropbox para vincular sistema.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

Al dar clic en vincular con Dropbox se mostrará un cuadro de dialogo donde ingresará un código. Este código lo conseguirá de una página web que se abre de Dropbox.

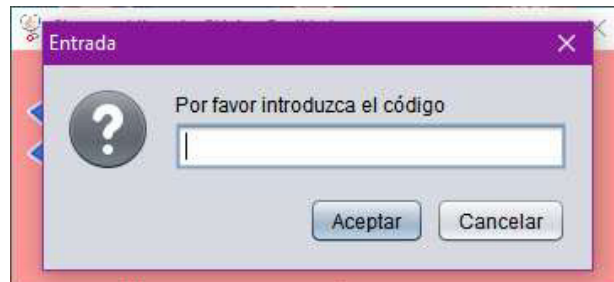


Ilustración 12 Ventana para Ingresar código de Dropbox

En la página web que se abrirá debe clic en el botón “Permitir” para que el Sistema de Historia Clínica Pediátrica pueda acceder a Dropbox.

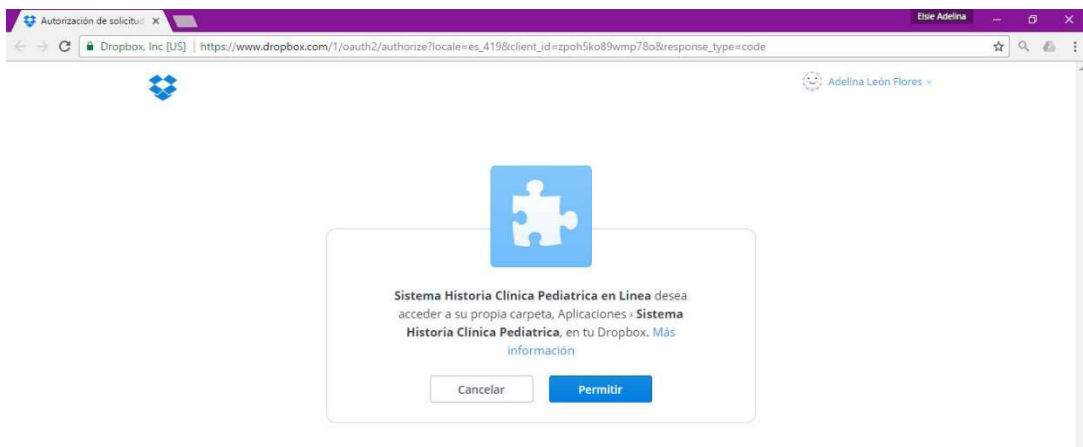


Ilustración 13 Solicitud de permiso de Aplicación para acceder a Dropbox

Una vez que le dio “Permitir” Dropbox abrirá una nueva ventana y en está estará el código que copiará y pegará en el cuadro de dialogo del sistema.

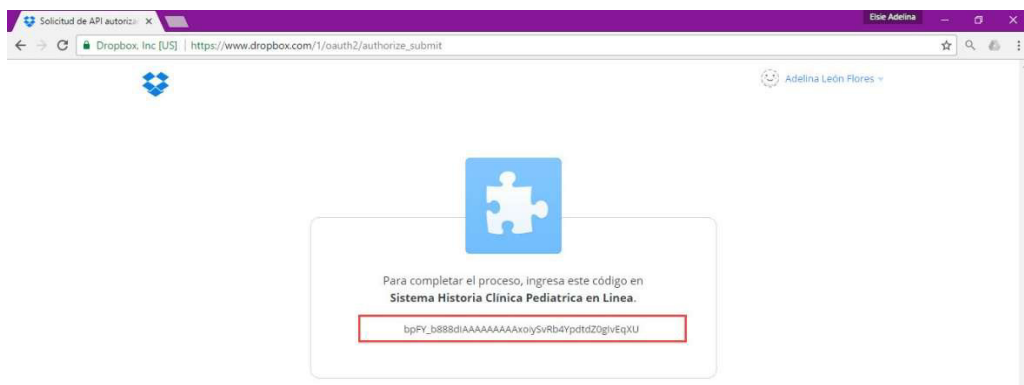


Ilustración 14 Código que se copiará al sistema.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

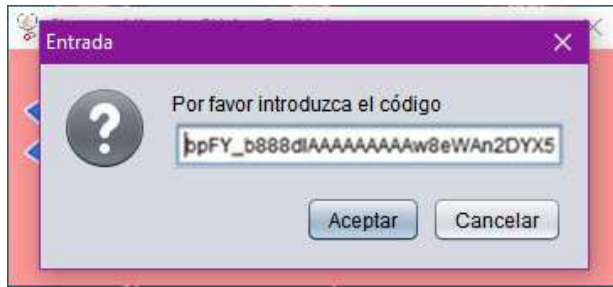


Ilustración 15 Introducción de código al sistema.

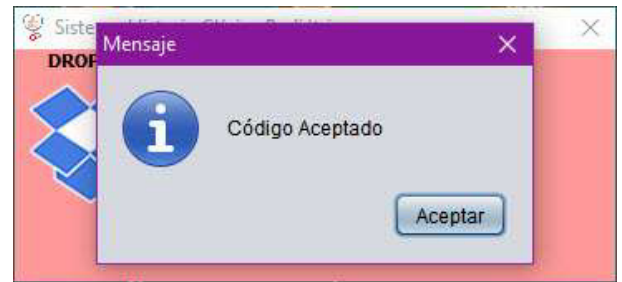


Ilustración 16 Código aceptado.

Una vez que el código ha sido introducido, le mostrará un cuadro de dialogo con el mensaje de “Código Aceptado”, de aceptar. En su Dropbox aparecerá una nueva carpeta llamada aplicación y dentro de ésta se encontrará una carpeta llamada “Sistema Historia Clínica Pediátrica” aquí se guardarán las copias de seguridad que posteriormente realizará.

Habiendo realizado la vinculación con Dropbox, el sistema queda listo para comenzar con la inserción de datos de los pacientes.

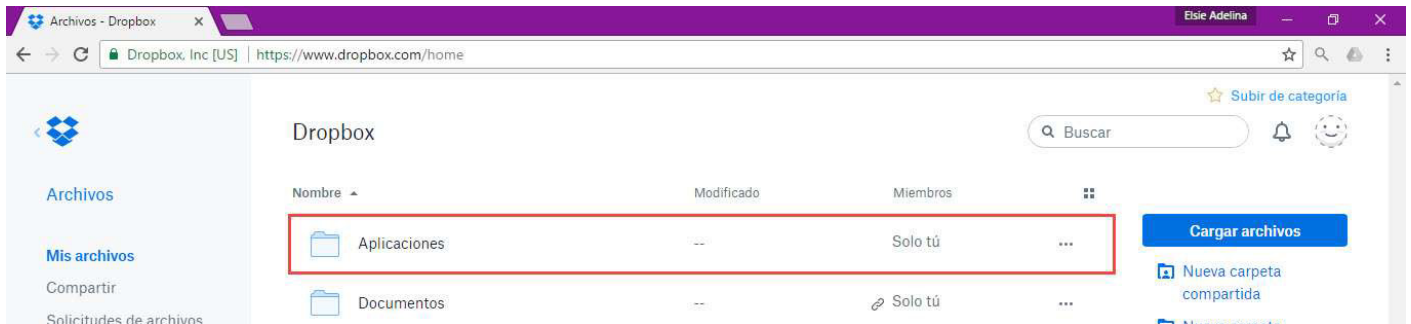


Ilustración 17 Carpeta aplicaciones que contiene carpeta del Sistema

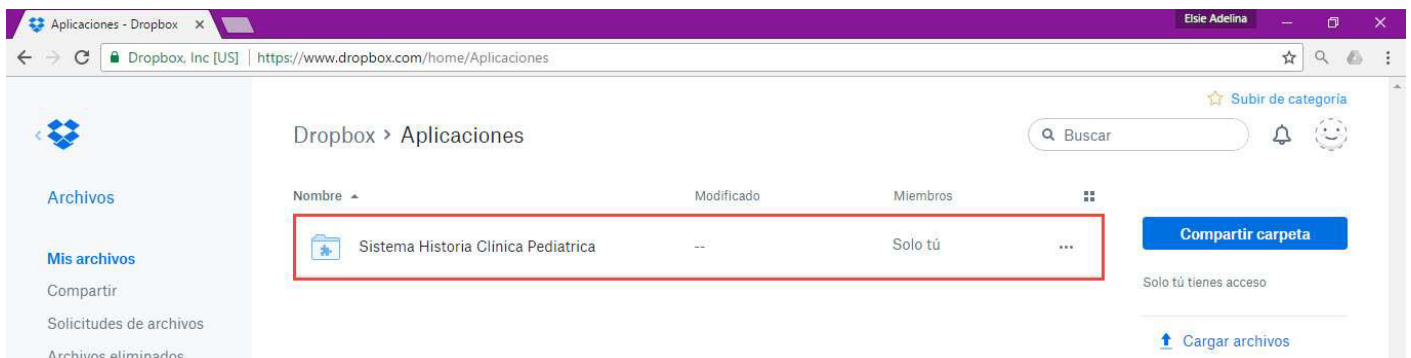


Ilustración 18 Carpeta del Sistema.

Guía de uso de Registros

Registro de Madre.

Es la tabla que almacena la información de la madre. Los datos que se requieren para el registro de madre son los siguientes:

- Nombres: Los nombres de la madre.
- Apellidos: Los apellidos de la madre.
- Grupo Sanguíneo: El tipo de sangre de la madre.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

- Dirección: La dirección de donde vive la madre.
- Teléfono: El número de teléfono de la casa donde vive la madre.
- Celular: El número de celular de la madre
- Antecedentes: Enfermedades que padece la madre.

Agregar un nuevo registro de Madre.

Para agregar un nuevo registro de Madre, debe de dar clic en el botón “Agregar” del listado de registro de Madre, le aparecerá una nueva ventana con los datos que se solicitan de la madre. (Todos los campos son obligatorios de llenar).

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Ficha Madre

Datos de la Madre

Nombres: María Gabriela

Apellidos: Bravo Gaitán

Grupo Sanguíneo: O+

Dirección: Junio. Del restaurante Hot Bueger 2c al Lago, 25mts Este.

Teléfono: 22498753

Celular: 87656789

Antecedentes: Asma

Guardar Actualizar Cerrar

Ilustración 19 Registro de Madre

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Ficha Madre

Datos de la Madre

Nombres: María Gabriela

Apellidos: Bravo Gaitán

Grupo Sanguíneo: O+

Dirección: Junio. Del restaurante Hot Bueger 2c al Lago, 25mts Este.

Teléfono: 22498753

Celular: 87656789

Antecedentes: Asma

Guardar Actualizar Cerrar

Mensaje: Datos guardados exitosamente. Aceptar

Ilustración 20 Registro de Madre guardado

Modificar un registro existente.

Para poder modificar un registro de madre, se debe de buscar el registro en la tabla, seleccionarlo y luego dar clic en el botón “Modificar”. Se le mostrará la ventana con los datos actuales de la madre, e ingrese el nuevo dato en los campos del formulario, luego de clic en “Actualizar”. Y le mostrará el mensaje de “Datos actualizados correctamente”.

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Buscar

Nombre	Apellido	GrupoSang
María Gabriela	Bravo Gaitán	O+
Hannah Lucía	Manzanarez Acevedo	A-

Seleccionar

Agregar

Modificar

Eliminar

Total Registros: 2

Ilustración 21 Selección Registro para Modificar

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Ficha Madre

Datos de la Madre

Nombres: María Gabriela

Apellidos: Bravo Gaitán

Grupo Sanguíneo: O+

Dirección: Junio. Del restaurante Hot Bueger 2c al Lago

Teléfono: 22498753

Celular: 87656789

Antecedentes: Asma, Alergia al Polvo.

Guardar Actualizar Cerrar

Mensaje: Datos actualizados exitosamente. Aceptar

Ilustración 22 Registro Madre Modificado



Buscar un registro.

Para buscar un registro de madre, lo que debe de hacer es, escribir en el campo “Buscar” el nombre o apellido de la madre, y luego dar clic en el botón “*Buscar*”.

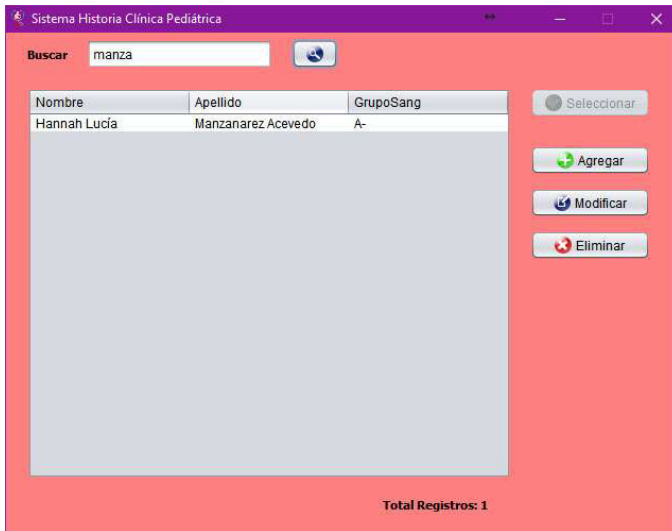


Ilustración 23 Buscar por Apellido

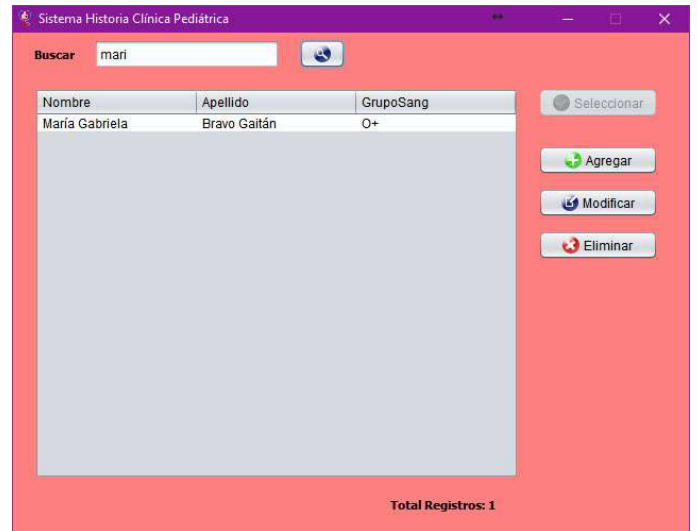


Ilustración 24 Buscar por Nombre

Eliminar un registro de Madre.

Para eliminar un registro de madre, debe de seleccionar el registro y dar clic en el botón “Eliminar”, de clic en “Sí” si desea eliminar el registro o en “No” si no lo eliminará.

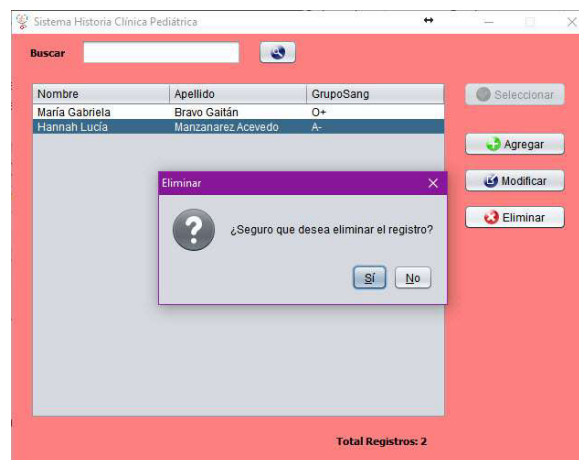


Ilustración 25 Eliminar Registro Madre

Registro de Padre.

Es la tabla que almacena la información del padre. Los datos que se requieren para el registro del padre son los siguientes:

- Nombres: Los nombres del padre.
- Apellidos: Los apellidos del padre.
- Grupo Sanguíneo: El tipo de sangre del padre.
- Dirección: La dirección de donde vive el padre.
- Teléfono: El número de teléfono del casa donde vive el padre.
- Celular: El número de celular del padre



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

- Antecedentes: Enfermedades que padece el padre.

Agregar un nuevo registro de Padre.

Para agregar un nuevo registro de Padre, debe de dar clic en el botón “Agregar” del listado de registro de Padre, le aparecerá una nueva ventana con los datos que se solicitan del padre. (Todos los campos son obligatorios de llenar).

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Ficha Padre

Datos del Padre

Nombres: Miguel Francisco

Apellidos: López Morales

Grupo Sanguíneo: B-

Direccion: Colonia 14 de Septiembre. Frente al colegio 14 de Septiem

Teléfono: 23567885

Celular: 56473123

Antecedentes: Alergia a picadora de insectos.

Guardar Actualizar Cerrar

Ilustración 26 Registro Padre

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Ficha Padre

Datos del Padre

Nombres: Miguel Francisco

Apellidos: López Morales

Grupo Sanguíneo: B-

Direccion: Colonia 14 de Septiembre. Frente al colegio 14 de Septiem

Teléfono: 23567885

Celular: 56473123

Antecedentes: Alergia a picadora de insectos.

Guardar Actualizar Cerrar

Mensaje: Datos guardados exitosamente. Aceptar

Ilustración 27 Registro Padre guardado.

Modificar un registro existente.

Para poder modificar un registro de padre, se debe de buscar el registro en la tabla, seleccionarlo y luego dar clic en el botón “Modificar”. Se le mostrará la ventana con los datos actuales del padre, e ingrese el nuevo dato en los campos del formulario, luego de clic en “Actualizar”. Y le mostrará el mensaje de “Datos actualizados correctamente”.

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Buscar

Nombre	Apellido	GrupoSang
David	Talavera Juarez	A-
Miguel Francisco	López Morales	B-

Seleccionar

Agregar

Modificar

Eliminar

Total Registros: 2

Ilustración 28 Selección Registro para Modificar

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Ficha Padre

Datos del Padre

Nombres: Miguel Francisco

Apellidos: López Morales

Grupo Sanguíneo: B-

Direccion: Colonia 14 de Septiembre. Frente al colegio 14 de Septiem

Teléfono: 23567885

Celular: 56473123

Antecedentes: Alergia a veneno de insectos

Guardar Actualizar Cerrar

Mensaje: Datos actualizados exitosamente. Aceptar

Ilustración 29 Registro Padre Modificado

Buscar un registro.

Para buscar un registro de padre, lo que debe de hacer es, escribir en el campo “Buscar” el nombre o apellido del padre, y luego dar clic en el botón “Buscar”.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

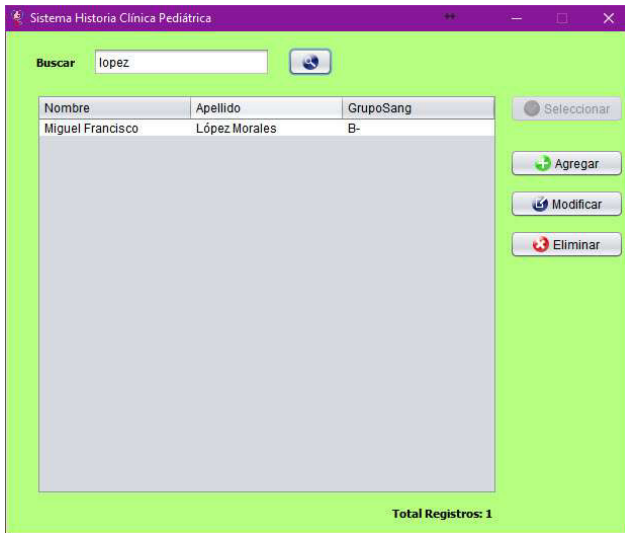


Ilustración 30 Buscar por Apellido

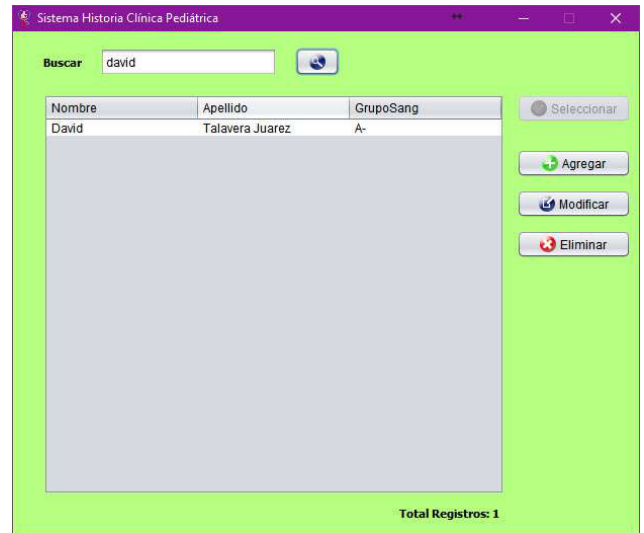


Ilustración 31 Buscar por Nombre

Eliminar un registro de Padre.

Para eliminar un registro de padre, debe de seleccionar el registro y dar clic en el botón “Eliminar”, de clic en “Sí” si desea eliminar el registro o en “No” si no lo eliminará.

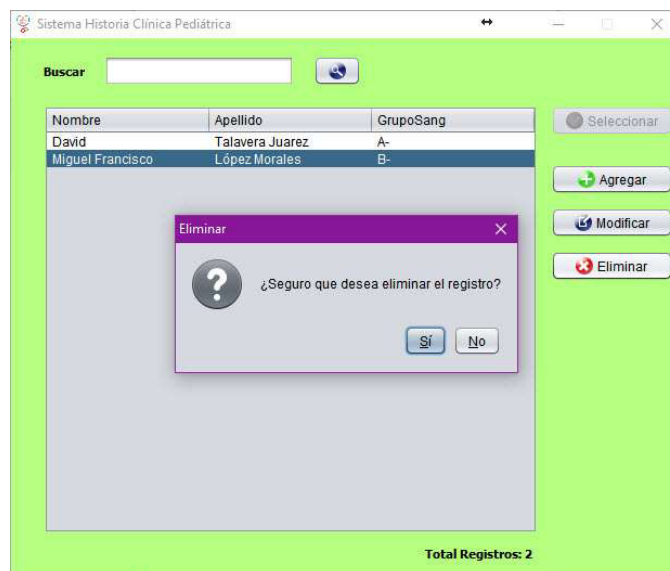


Ilustración 32 Eliminar Registro Padre

Registro de Paciente

Es la tabla que almacena la información del paciente. Los datos que se requieren para el registro del paciente son los siguientes:

- N° de Expediente: Es el número de expediente del paciente. Este se crea de forma automática al guardar el registro.
- Nombres: Los nombres del paciente.
- Apellidos: Los apellidos del paciente.
- Sexo: Es el sexo del paciente.
- Grupo Sanguíneo: El tipo de sangre del paciente.
- Fecha Nacimiento: Es la fecha de nacimiento del paciente.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

- Departamento Nacimiento: El departamento en el que nació el paciente.
- Municipio: El municipio donde nació el paciente.
- Madre: El nombre de la Madre.
- Padre: El nombre del Padre.

Agregar un nuevo registro de paciente

Para agregar un nuevo registro de paciente, debe de dar clic en el botón “Agregar” del listado de registro de paciente, le aparecerá una nueva ventana con los datos que se solicitan del paciente. (Todos los campos son obligatorios de llenar).

Ilustración 33 Registro de Paciente

Ilustración 34 Registro de Paciente guardado

Modificar registro existente

Para modificar un registro de paciente, debe de buscar el registro en la tabla, seleccionarlo y luego dar clic en el botón “Modificar”. Se le mostrará la ventana con los datos actuales del paciente, modifique el los campos deseado, luego de clic en “Actualizar”.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

Ficha Paciente

Datos del Paciente

N° Expediente: TAJ000051095

Nombre: José Emilio

Apellidos: Talavera Bravo

Sexo: Femenino Masculino

Grupo Sanguíneo: A-

Fecha Nacimiento: 10-may-2000

Departamento Nacimiento: Managua

Municipio Nacimiento: Managua

Mamá: María Gabriela Bravo Galán

Papá: David Talavera Juárez

Datos de Consulta

Consulta, Alimentación, Hito Motor, Patología, Embarazo, Parto, Antecedentes Familiares

Message: Datos actualizados exitosamente. Aceptar

Ilustración 35 Registro de Paciente Actualizado

Buscar registro

Para buscar un registro de paciente, lo que debe de hacer es, escribir en el campo “Buscar” el nombre o apellido del paciente, y luego dar clic en el botón “Buscar”.

Listado de Pacientes

Buscar: tala

Expediente	Nombre	Apellidos	Sexo	Grupo Sanguíneo	Fecha Nacimien...	Departamento	Municipio
TAJ000051095	José Emilio	Talavera Bravo	Masculino	A-	2000-05-10	Managua	Managua

Agregar, Modificar, Eliminar

Total Registros: 1

Ilustración 36 Buscar paciente por apellido

Listado de Pacientes

Buscar: lucia

Expediente	Nombre	Apellidos	Sexo	Grupo Sanguíneo	Fecha Nacimien...	Departamento	Municipio
LEMA09061564	María Lucía	López Manazan...	Femenino	AB-	2009-06-15	Managua	Managua

Agregar, Modificar, Eliminar

Total Registros: 1

Ilustración 37 Buscar paciente por nombre

Eliminar registro

Para eliminar un registro de paciente, debe de seleccionar el registro y dar clic en el botón “Eliminar”, de clic en “Sí” si desea eliminar el registro o en “No” si no lo eliminará.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

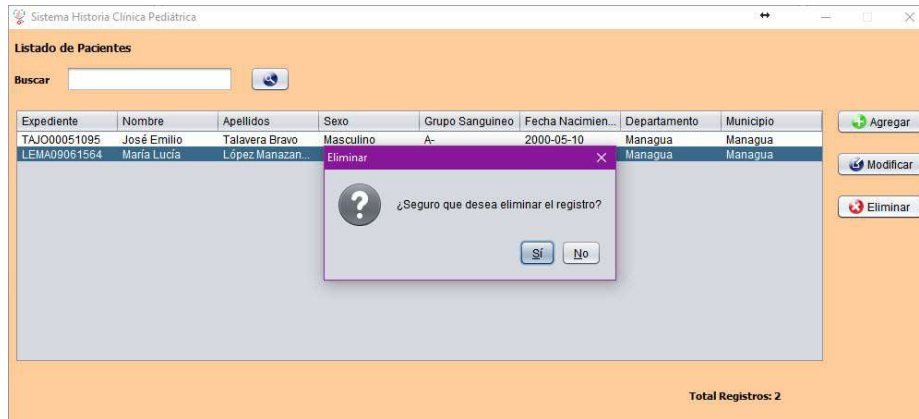


Ilustración 38 Eliminar registro de paciente

Registro de Consulta

Es la tabla que almacena la información de consulta del paciente. Los datos que se requieren para el registro de la consulta del paciente son los siguientes:

- N° Expediente: Es el número de expediente del paciente. Este lo proporciona el sistema.
- Fecha: Es la fecha de la cita médica.
- Edad: es la edad que tiene el paciente que tiene el día de la cita.
- Motivo: es el motivo de la consulta.
- Sintomatología: es los síntomas que presenta el paciente el día de la cita.
- Notas: es la observación que hace el médico.
- Peso: el peso que tiene el paciente.
- Altura: la altura del paciente.
- PC (Perímetro cefálico): es el tamaño del perímetro cefálico del paciente
- IMC (índice de masa corporal): este campo lo calcula el sistema.
- Temperatura: es la temperatura del paciente.
- FR. (Frecuencia Respiratoria): frecuencia respiratoria del paciente.
- FC (Frecuencia Cardíaca) : frecuencia cardíaca del paciente
- Presión Arterial: presión arterial del paciente.
- Medicamento indicado: Es el medicamento que le receta el médico al paciente.
- Diagnostico Posible: Es la posible enfermedad que el paciente puede presentar.
- Diagnostico Confirmado: Es la enfermedad que el paciente presenta.

Agregar nuevo registro

Para agregar un nuevo registro de consulta, debe de dar clic en el botón “Agregar” del listado de registro de consulta, le aparecerá una nueva ventana con los datos que se solicitan del paciente. Una vez que ha llenado los datos y ha guardado, se le habilitarán los botones de receta y de exámenes.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

Ilustración 39 Registro de Consulta

Ilustración 40 Registro de Consulta Guardado

Modificar registro existente

Para modificar un registro de consulta, debe de seleccionar de la lista de registro de consultas y luego dar clic en “*Modificar*”. Se le mostrará la ventana de registro de consulta, modifique el campo que desea y luego de clic en “*Actualizar*”.

Ilustración 41 Registro de Consulta Actualizado



Buscar registro

Para buscar un registro de consulta, escriba el motivo de la consulta y luego de clic en el botón “*Buscar*”.

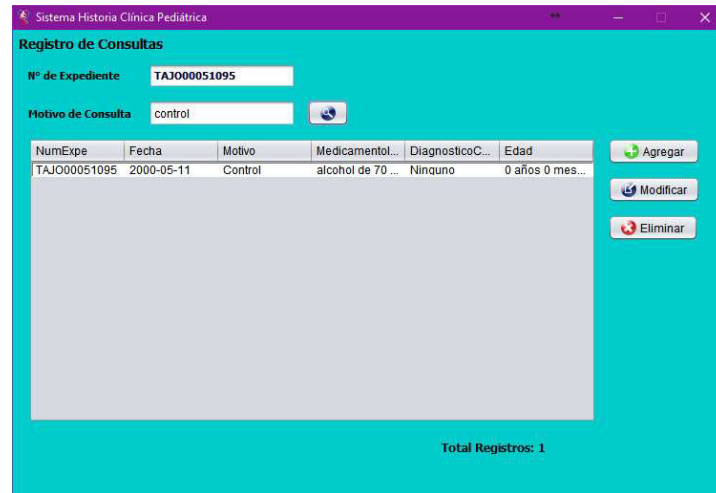


Ilustración 42 Búsqueda de Registro de Consulta.

Eliminar registro

Para eliminar un registro de consulta debe de seleccionar el registro a eliminar y luego dar clic en el botón “*Eliminar*”.

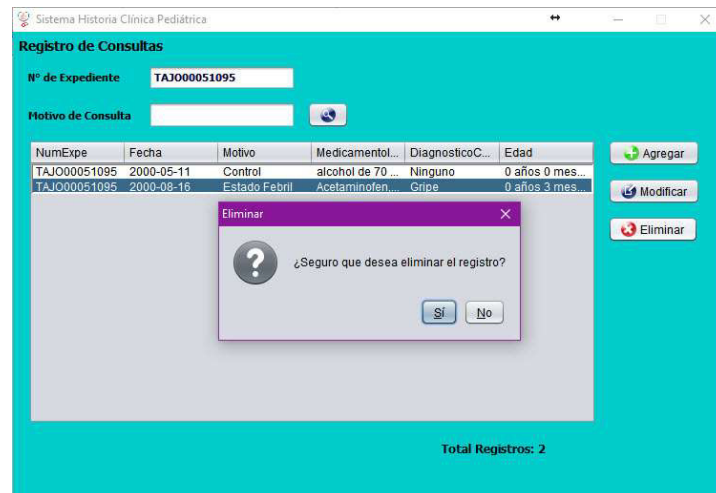


Ilustración 43 Eliminar registro de consulta

Registro de Receta Médica

Es la tabla que almacena la información de la receta que el médico le extiende al paciente. Los datos que se requieren para el registro son los siguientes:

- Paciente: Es el nombre del paciente.
- Nº Expediente: Es el número de expediente del paciente.
- Fecha: es la fecha de consulta. Esta ya la proporciona el sistema.
- Detalle: El sistema proporciona los síntomas y la medicación indicada de la consulta. El médico puede agregar otro dato.



Agregar nuevo registro

Para agregar un nuevo registro de receta médica, de clic en el botón “Receta” que se encuentra en la ficha de consulta. Luego de clic en “Guardar”.

Ilustración 44 Registro de Receta Médica

Ilustración 45 Registro de Receta Médica Guardado

Modificar registro existente

Para modificar un registro de receta médica, de clic en el botón de “Receta Médica”. Se le abrirá la ventana con los datos actuales, modifique el campo que desea y de clic en “Actualizar”.

Ilustración 46 Registro de Receta Médica Actualizada.

Imprimir registro de receta

Para Imprimir la receta médica, debe primero guardar los datos de la receta. Una vez guardados se habilitará el botón de “Imprimir”, de clic en él para visualizar el reporte de receta médica, se le mostrará una ventana que le permite guardar el reporte en la computadora o mandarlo a imprimir físicamente.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

Receta Médica

DR. Felix Pedro Molina
Código Médico 6563

Dirección Hospital Vistan Perlos
Horario de Atención 7am - 8pm
Teléfono 22345435
Celular 88765123

Paciente José Emilio Talavera Bravo
Número Expediente TAJ000051095
Fecha Jueves 11-may-2000
Detalle Síntomas: --
Medicamento: alcohol de 70 gramos y gaza de algodón.

Domingo 18 Junio Página 1 de 1

Ilustración 47 Reporte de Receta Médica.

Registro de Exámenes

Es la tabla que almacena la información de la receta que el médico le extiende al paciente. Los datos que se requieren para el registro son los siguientes:

- N° Expediente: Es el número de expediente del paciente. Este lo proporciona el sistema.
- Tipo de Estudio: Es el tipo de examen que se le realizará al paciente.
- Resultado: Es el resultado que se obtuvo del examen que se realizó el paciente.
- Archivo: Es la copia del examen; puede ser imagen o archivo pdf.

Agregar nuevo registro

Para agregar un nuevo registro de examen, dar clic en el botón “Examen” que se encuentra en la ventana de datos de consulta. Se abrirá el listado de los exámenes que se realizaron para esa consulta. De clic en “Agregar” y se le presentará la ventana con los datos requeridos.

Ficha de Examen

Registro Estudios Ordenados

N° Expediente TAJ000051095

Tipo de Estudio Radiografía

Resultado

Archivo

Ver

Guardar Actualizar Cerrar

Ilustración 48 Registro de Examen

Ficha de Examen

Registro Estudios Ordenados

N° Expediente TAJ000051095

Tipo de Estudio Radiografía

Resultado

Archivo

Ver

Guardar Actualizar Cerrar

Mensaje

Datos guardados exitosamente

Aceptar

Ilustración 49 Registro de Examen Guardado



Modificar registro existente

Para modificar un registro de examen, selecciona el registro que se desea modificar, luego dar clic en el botón “*Modificar*”. Se abrirá de nuevo la ventana de registro, actualice el campo que desea y luego de clic en “*Actualizar*”.



Ilustración 50 Registro Examen Actualizar



Ilustración 51 Registro Examen Actualizado Correctamente

Nota: Si se guarda o actualiza el archivo del examen del paciente, se creará una conexión a Dropbox y se creará la carpeta de Exámenes y dentro de esta se creará otra carpeta con el número de expediente del paciente.

Esto lo puede visualizar en su carpeta que se creó en Dropbox en: Aplicaciones -> Sistema Historia Clínica -> Exámenes -> N°Expediente del paciente. Cuando se haya creado la conexión a Dropbox y se haya cargado el examen a él, el sistema le mostrará los siguientes mensajes.



Ilustración 52 Estableciendo conexión con Dropbox

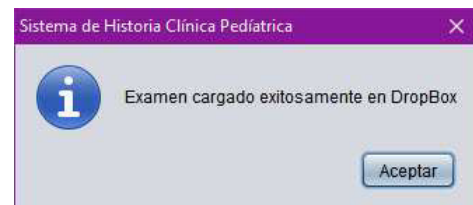


Ilustración 53 imagen de examen cargada a Dropbox

Buscar registro

Para buscar un registro escriba el nombre del examen que desea buscar y luego de clic en el botón de “*Buscar*”.

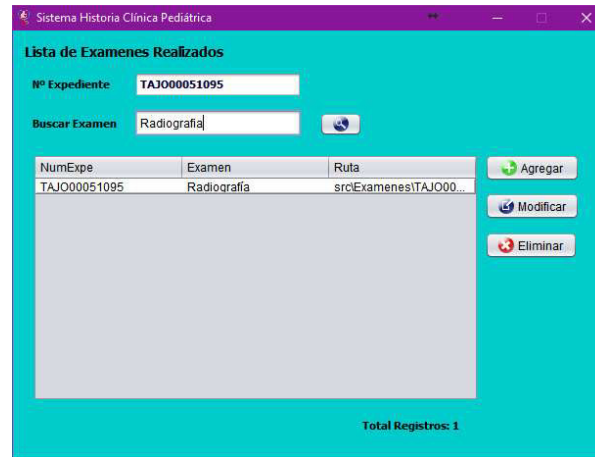


Ilustración 54 Buscar registro de Examen

Eliminar registro

Para eliminar un registro, seleccione de la lista de exámenes el registro a eliminar, luego de clic en el botón “Eliminar” y de clic en “Si”, si desea eliminar el registro realmente el registro y de clic en “No” si no lo desea eliminar.

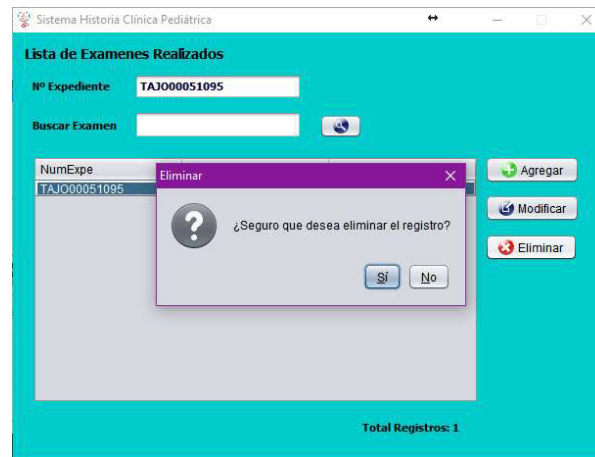


Ilustración 55 Eliminar registro de Examen

Registro Alimentación

En esta tabla se almacena la información de las comidas que el paciente ha tenido durante su período de lactancia. Los datos que se piden son:

- Nº Expediente: Esté lo proporciona el sistema.
- Pecho: Si la madre le dio pecho al paciente.
 - o Hasta: Es el número de meses que le dio pecho la madre al paciente.
- Suplemento Lácteo: Nombre(s) de la(s) leche(s) que se le ha dado al paciente.
 - o Desde: Es desde que mes se le comenzó a dar leche no materna al paciente.
- Gluten: Tipos de cereales que se le ha dado de alimento al paciente.
 - o Desde: número de meses que tenía el paciente cuando se comenzó a dar este tipo de alimento.
- Alimentos sólidos: Tipo de alimento que el paciente comenzó a ingerir. Como verduras, frutas, etc.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

- Desde: Número de meses que tenía el paciente cuando comenzó a ingerir este tipo de comidas.

Agregar nuevo registro

Para agregar la alimentación del paciente, dar clic al botón que dice “Alimentación”. Se le mostrará una ventana con los datos antes descrito. (Todos los campos son obligatorios).

Datos alimenticios

Registro de Datos Alimenticios

N° Expediente: TAJ000051095

Pecho: SI Hasta: 6 Meses

Suplemento Lácteo: Nestlé Desde: 4 Meses

Gluten: Nestum Nestlé Desde: 5 Meses

Alimentos Sólidos: Puré de verduras Desde: 0 Meses

Guardar Actualizar Cerrar

Ilustración 56 Registro datos Alimentación

Datos alimenticios

Registro de Datos Alimenticios

N° Expediente: TAJ000051095

Pecho: SI Hasta: 6 Meses

Suplemento Lácteo: Nestlé Desde: 4 Meses

Gluten: Nestum Nestlé Desde: 5 Meses

Alimentos Sólidos: Puré de verduras Desde: 0 Meses

Mensaje: Datos guardados exitosamente

Guardar Actualizar Cerrar

Ilustración 57 Guardado de datos exitoso.

Modificar registro existente

Para modificar el registro de alimentación del paciente, debe de abrir nuevamente la ficha de alimentación, haga el cambio debido y luego actualice. Cuando los datos sean actualizado se le mostrará un cuadro de mensaje con el texto: “Datos actualizados exitosamente”.

Datos alimenticios

Registro de Datos Alimenticios

N° Expediente: TAJ000051095

Pecho: SI Hasta: 6 Meses

Suplemento Lácteo: Nestlé Desde: 4 Meses

Gluten: Nestum Nestlé Desde: 5 Meses

Alimentos Sólidos: Puré de verduras, frutas Desde: 8 Meses

Mensaje: Datos actualizados exitosamente

Guardar Actualizar Cerrar

Ilustración 58 Actualización de Datos

Registro Hito Motor

En esta tabla se almacena la información de los hitos motores que el paciente ha tenido durante su crecimiento. Los datos que se piden son:

- N° Expediente: Está lo proporciona el sistema.
- Sentado sin apoyo: El médico hará la valoración de si el paciente se sienta solo.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

- De pie con Ayuda: Es la valoración que realiza el médico al paciente, para saber si se puede mantener de pie pero con ayuda de un objeto o persona.
- Gatea con Manos y Rodillas: Es la valoración que el médico hace al paciente para determinar si este puede gatear completamente.
- Anda con ayuda: Es la valoración que el médico realiza al paciente para saber si este puede caminar con la espalda derecha y se desplaza agarrándose de un objeto.
- De pie Solo: Es la valoración que realiza el médico al paciente para saber si este puede mantenerse de pie solo, con su espalda erguida y sin sostenerse de ningún objeto.
- Anda solo: Es la valoración que realiza el médico al paciente para comprobar que el paciente camina solo sin ayuda para sostenerse de un objeto o persona.

Para cada hito que el paciente vaya cumpliendo, el médico hará la anotación de la fecha en que se realiza la valoración. El sistema calculará la edad del niño de acuerdo con la fecha de nacimiento y la fecha de observación.

Agregar nuevo registro

Para agregar el hito motor del paciente, dar clic al botón que dice “Hito Motor”. Se le mostrará una ventana con los datos antes descrito. (Todos los campos son obligatorios). Al guardar el primer registro, en los demás selectores de fecha se guardará la fecha que tiene la computadora.

The screenshot shows a web application window titled 'Sistema Historia Clínica Pediátrica'. The main content area is a form titled 'Ficha Hito Motor'. At the top, there is a field for 'Nº de Expediente' with the value 'TAJ000051095'. Below this, there are five sections, each representing a different motor milestone. Each section contains a title, a description, and a 'Fecha de Observación' field. The milestones are: 'Sentado sin apoyo', 'De pie con ayuda', 'Gatea con Manos y Rodillas', 'Anda con ayuda', and 'De Pie Solo'. To the right of the form, there are buttons for 'Guardar', 'Actualizar', and 'Cerrar'. A message box is overlaid on the form, displaying an information icon and the text 'Datos guardados exitosamente' with an 'Aceptar' button.

Ilustración 59 Guardado dato hito motor exitoso

Modificar registro existente

Para modificar el registro de hito motor del paciente, vuelva a abrir la ventana de hito motor, elija la fecha de la nueva observación y actualice.



Ilustración 60 Registro de Datos actualizado

Registro Vacunas

En esta tabla se almacena la información de las vacunas aplicadas al paciente. Los datos que se requieren son:

- N° de Expediente: Es el número de expediente del paciente, esto lo proporciona el sistema.
- Fecha Programada: Es la fecha que el médico propone que el paciente llegará a aplicarse esa vacuna.
- Fecha Real: Es la fecha en que llega el paciente a aplicarse la vacuna.
- Vacuna: Es la vacuna que se le aplicó al paciente.
- Dosis: Es la dosis que se le aplicó al paciente. Esta va ligada a la vacuna que se le aplicó.

Agregar nuevo registro de Vacuna.

Para agregar un nuevo registro debe de dar clic en el botón “Vacuna”. Se le mostrará la lista de vacunas aplicadas al paciente, si no hay registro se mostrará vacío. Luego de clic en “Agregar” y se le mostrará una ventana con los datos antes solicitados. Llene los datos y de clic en “Guardar”.

Ilustración 61 Ingresando los datos de vacunación

Ilustración 62 Vacuna agregada correctamente



Modificar registro existente de Vacuna.

Para modificar un registro existente, seleccione de la lista el registro que desea modificar, luego de clic en “Modificar” y se le mostrará de nuevo el formulario. Realice el cambio y de clic en “Actualizar”.



Ilustración 63 Registro Vacuna Actualizado

Buscar registro de Vacuna.

Para buscar una vacuna aplicada al paciente, debe de escribir en el cuadro de texto de búsqueda el nombre de la vacuna que desea buscar.

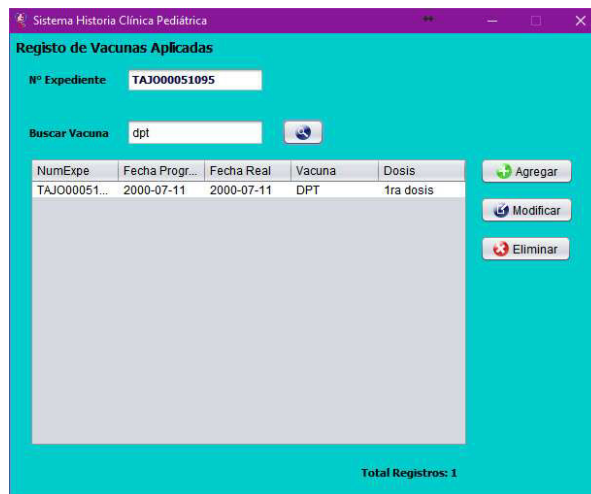


Ilustración 64 Listado de Vacunas Aplicadas al paciente

Eliminar registro de Vacuna.

Para eliminar un registro de vacuna debe seleccionar un registro de la lista y dar clic en “Eliminar”. Si quiere eliminar de clic en “Si”, de lo contrario de clic en “No”.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

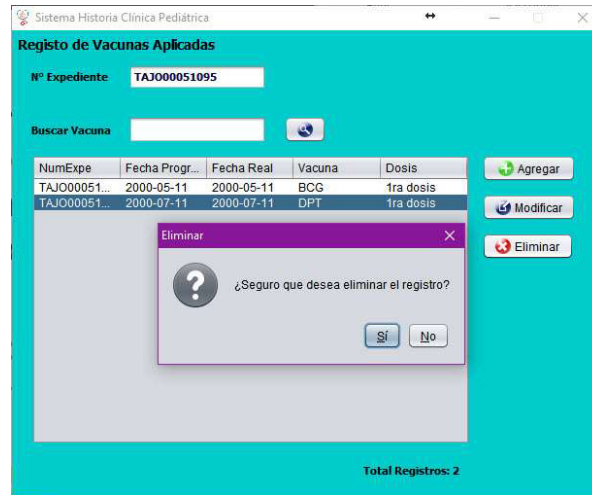


Ilustración 65 Eliminar registro de vacuna

Registro Patología

En esta tabla se almacena la información de las patologías que el paciente ha presentado. Los datos que se requieren son:

- N° de Expediente: Es el número de expediente del paciente, esto lo proporciona el sistema.
- Fecha Programada: Es la fecha que el paciente presenta la enfermedad.
- Edad: es la edad que tiene el paciente cuando presenta la enfermedad.
- Patología: es la enfermedad que el paciente presenta.
- Notas: es alguna observación sobre la enfermedad del paciente.

Agregar nuevo registro de Patología.

Para agregar una nueva patología, debe de dar clic en el botón que dice “*Patología*” se le mostrará una ventana donde se muestra el listado de patologías que el paciente ha presentado. Si aún no hay registro se mostrará vacía. De clic en el botón “*Agregar*” y se muestra un formulario para llenar con los datos antes mencionados.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

Ilustración 66 Registro de Patología

Ilustración 67 Registro Patología Guardado

Modificar registro existente de Patología

Para modificar un registro, seleccione el registro de la lista de patología y luego de clic en “Modificar”, se le mostrará la ventana con los datos ya llenado, cambie el dato que desea y luego de clic en “Actualizar”.

Ilustración 68 Registro Patología Actualizado

Buscar registro de Patología.

Para buscar un registro de patología, escriba el nombre de la patología que desea buscar en el cuadro de texto, luego de clic en el botón “Buscar”.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

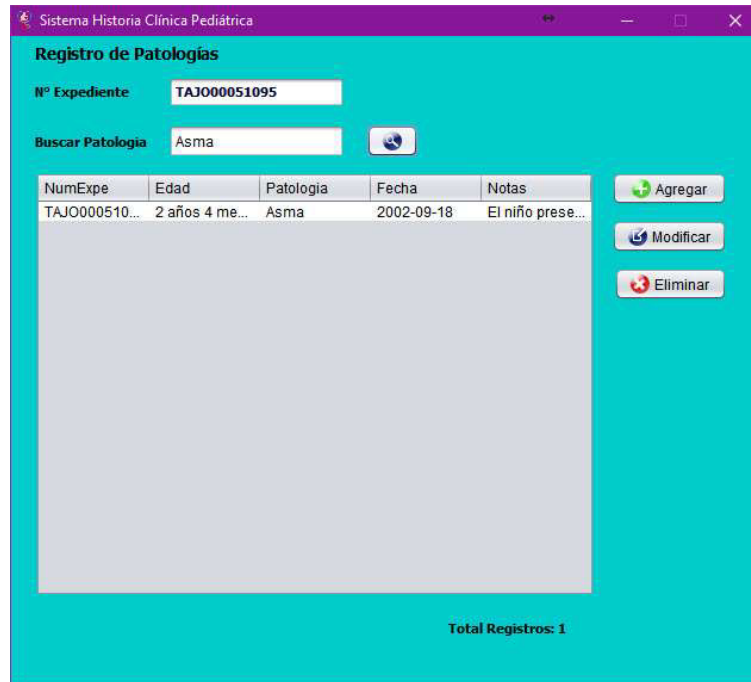


Ilustración 69 Buscar Patología

Eliminar registro de Patología.

Para eliminar un registro de patología, debe seleccionar el registro que desea eliminar, luego dar clic en el botón “Eliminar” y confirmar si desea o no eliminarlo.

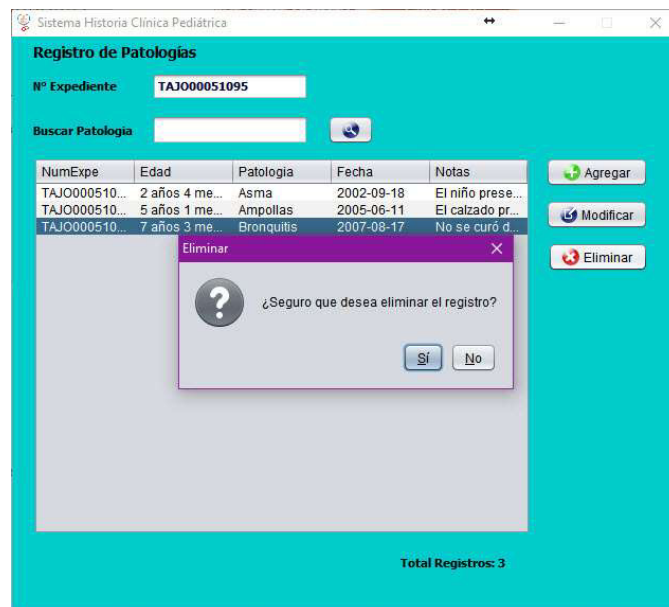


Ilustración 70 Eliminar registro de Patología.

Registro Embarazo

Es la tabla que almacena la información del embarazo de la madre del paciente. Los datos que se requieren para el registro del embarazo de la madre del paciente son los siguientes:

- Nº de Expediente: Es el número de expediente del paciente. Este lo proporciona el sistema.
- Nº de Gestación: Es el número del embarazo de la madre para ese paciente.
- Obstetra: El nombre del médico que atendió el desarrollo del embarazo de la madre del paciente.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

- Duración: Es la duración del embarazo de la madre del paciente.
- Enfermedad: Enfermedad que presentó la madre en el embarazo.
- Infecciones: Es la infecciones que tuvo la madre del paciente durante el embrazo.
- Asma: Es para saber si la madre del paciente padeció de asma durante el embarazo.
- Medicación: Son los medicamentos que se le recetaron a la madre durante el embarazo.
- Observación: Es una descripción acerca del embarazo de la madre del paciente.

Agregar registro

Para agregar el embarazo de la madre del paciente, dar clic al botón que dice “Embarazo”. Se le mostrará una ventana con los datos antes descrito.

Ilustración 71 Registro de datos de Embarazo

Ilustración 72 Registro de Embarazo exitoso

Modificar registro

Para modificar el registro de embarazo de la madre del paciente. Abra una vez más la ventana de Embarazo, luego modifique el campo deseado y de clic en actualizar.



Ilustración 73 Registro de Embarazo modificado

Registro Parto

En esta tabla se registran los datos del parto del paciente. Para el registro del parto se solicitan los siguientes datos:

- N° Expediente: Es el número de expediente del paciente. El sistema lo proporciona.
- Hospital: El nombre del Hospital en el que nació el paciente.
- Parto: El tipo de parto que tuvo la madre del paciente.
- Parto Gamma: Si se administró inmunoglobulina. En el caso que la madre sea Rh negativa.
- Posición: El tipo de posición que tenía el paciente al nacer.
- Anestesia: Es el tipo de anestesia que se le aplicó a la madre del paciente al momento del parto.
- Ombligo: Es el tiempo que tardó en caerse el ombligo del paciente.
- Observación: Es alguna nota sobre si hubo o no complicaciones en el parto.
- Peso: es el peso del paciente en Kilogramos.
- Altura: es la altura del paciente en Centímetros.
- Perímetro Cefálico: es el tamaño del cráneo del paciente.
- IMC (Índice de masa corporal): Este es calculado por el sistema cuando se guarden los datos.

Agregar registro

Para agregar el parto de la madre del paciente, dar clic al botón que dice “Parto”. Se le mostrará una ventana con los datos antes descrito.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

Ilustración 74 Registro de Datos de Parto.

Ilustración 75 Registro de Parto exitoso

Modificar registro

Para modificar el registro de embarazo de la madre del paciente. Abra una vez más la ventana de Parto, luego modifique el campo deseado y de clic en actualizar.

Ilustración 76 Registro Parto actualizado

Registro Parto Apgar

Es la tabla que contiene el resultado del examen apgar que se le realiza al paciente al nacer. Los datos que se requieren para este registro son:

- Puntuación del Ritmo Cardíaco del paciente al nacer.
- Puntuación de la Respiración del paciente al nacer.
- Puntuación del Tono Muscular del paciente al nacer.
- Puntuación de la Respuesta ante estímulo del paciente al nacer
- Puntuación del Color de la piel del paciente al nacer.
- Puntuación Total del Examen: es la sumatoria los puntos que se obtuvieron en cada observación que se le hizo al paciente. Este es un campo auto calculado por el sistema. De clic en el botón calcular para obtener la suma.



Agregar registro

Para agregar el examen apgar del paciente, dar clic al botón que dice “Examen Apgar” el cuál se encuentra en la ventana de “Parto”. Se le mostrará una ventana con los datos antes descrito.

Ficha Examen Apgar

Ritmo Cardíaco		
Ausencia de ritmo cardíaco	0	
Ritmo cardíaco lento (menos de 100 latidos por minutos)	1	
Ritmo cardíaco adecuado (mas de 100 latidos por minutos)	2	2

Respiración		
No Respira	0	
Llanto débil, respiración irregular	1	
Llanto fuerte	2	1

Tono Muscular		
Flojo, flácido	0	
Algo de flexibilidad o doblez	1	
Movimiento activo	2	2

Respuesta Ante Estimulo		
Ninguna respuesta	0	
Mueca	1	
Llanto o retraimiento vigoroso	2	2

Color		
Pálido o azul	0	
Color del cuerpo normal, pero extremidades azules	1	
Color normal	2	2

Calcular Puntuación: 9

Ilustración 77 Registro Examen Apgar

Ficha Examen Apgar

Ritmo Cardíaco		
Ausencia de ritmo cardíaco	0	
Ritmo cardíaco lento (menos de 100 latidos por minutos)	1	
Ritmo cardíaco adecuado (mas de 100 latidos por minutos)	2	2

Respiración		
No Respira	0	
Llanto débil, respiración irregular	1	
Llanto fuerte	2	1

Tono Muscular		
Flojo, flácido	0	
Algo de flexibilidad o doblez	1	
Movimiento activo	2	2

Respuesta Ante Estimulo		
Ninguna respuesta	0	
Mueca	1	
Llanto o retraimiento vigoroso	2	2

Color		
Pálido o azul	0	
Color del cuerpo normal, pero extremidades azules	1	
Color normal	2	2

Calcular Puntuación: 9

Mensaje: Datos guardados exitosamente

Ilustración 78 Registro Examen Apgar Guardado

Modificar registro

Para modificar el registro del examen apgar del paciente. Abra una vez más la ventana de Examen Apgar, luego modifique el campo deseado, luego de clic en calcular y para finalizar de clic en actualizar.

Ficha Examen Apgar

Ritmo Cardíaco		
Ausencia de ritmo cardíaco	0	
Ritmo cardíaco lento (menos de 100 latidos por minutos)	1	
Ritmo cardíaco adecuado (mas de 100 latidos por minutos)	2	2

Respiración		
No Respira	0	
Llanto débil, respiración irregular	1	
Llanto fuerte	2	2

Tono Muscular		
Flojo, flácido	0	
Algo de flexibilidad o doblez	1	
Movimiento activo	2	2

Respuesta Ante Estimulo		
Ninguna respuesta	0	
Mueca	1	
Llanto o retraimiento vigoroso	2	2

Color		
Pálido o azul	0	
Color del cuerpo normal, pero extremidades azules	1	
Color normal	2	2

Calcular Puntuación: 10

Mensaje: Datos actualizados exitosamente

Ilustración 79 Registro Examen Apgar Actualizado



Registro Antecedentes Familiares

En esta tabla se registran los datos de antecedentes médicos familiares del paciente. Para el registro del parto se solicitan los siguientes datos:

- N° Expediente: Es el número de expediente del paciente. El sistema lo proporciona.
- Antecedentes Maternos: Son las enfermedades por parte de la madre que el paciente puede heredar.
- Antecedentes Paternos: Son las enfermedades por parte del padre que el paciente puede heredar.

Agregar registro

Para agregar los antecedentes médicos familiares del paciente, dar clic al botón que dice “Antecedentes Familiares”. Se le mostrará una ventana con los datos antes descrito.

Ilustración 80 Registro de Antecedentes Familiares

Ilustración 81 Registro Antecedentes Familiares Guardado

Modificar registro

Para modificar el registro los antecedentes familiares del paciente. Abra una vez más la ventana de Antecedentes Familiares, luego modifique el campo deseado y de clic en actualizar.

Ilustración 82 Registro Antecedentes Familiares Actualizado



Registro de Agenda

En esta tabla se registran los datos de las citas que el médico programa para atender. Para el registro de la cita se solicitan los siguientes datos:

- Fecha: Es la fecha en que se agendará la cita.
- Paciente: Es el nombre del paciente.
- Hora: Es el intervalo de hora en la que el médico atenderá al paciente.
- Motivo: Es el motivo por el cual se le agenda la cita al paciente.
- Nota: alguna observación que se necesite recordar para la cita.

Agregar un nuevo registro de cita

Para agregar un nuevo registro de cita, de clic en el botón “Agenda” del menú de la aplicación. Se le abrirá una ventana con los datos que anteriormente se describen. De clic en el botón “+” para agregar un nuevo registro y luego de clic en el botón “Guardar”.

The screenshot shows the 'Agenda Médica' interface. On the left, there is a calendar for the month of May 2000. Below the calendar are input fields for 'Fecha' (11/05/2000), 'Paciente' (José Emilio Talavera Bravo), 'Hora' (De: 07:00 AM, Hasta: 08:00 AM), 'Motivo' (Control), and 'Notas' (Se le hará su primer chequeo). At the bottom of the form are buttons for 'Guardar' and 'Cancelar'. On the right, there is a 'Listado de Consultas Agendadas' section with a search bar and a table with columns: Nombre Paciente, Fecha, Hora Inicio, Hora Fin, and Motivo. A 'Mensaje' dialog box is centered over the form, containing an information icon, the text 'Datos guardados exitosamente', and an 'Aceptar' button.

Ilustración 83 Registro de Cita guardado

Ver un registro existente de cita

Para ver un registro de cita, seleccione el registro que desea ver, y luego de clic en el botón “Ver” y se le mostrarán los datos de la cita.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

Nombre Paciente	Fecha	Hora Inicio	Hora Fin	Motivo
José Emilio Tal...	2000-05-11	07:00:00	08:00:00	Control
José Emilio Tal...	2000-08-17	07:00:00	08:00:00	Revisión
José Emilio Tal...	2004-06-12	14:00:00	15:00:00	Revisión
María Lucía Lop...	2009-06-15	08:00:00	09:00:00	Control

Ilustración 84 Selección de Cita para ver datos

Buscar un registro de cita

Para buscar una cita, tiene tres opciones, por fecha, paciente (nombre o apellido) y motivo de consulta. Seleccione la opción por la cual buscará y escriba el dato en el cuadro de texto de búsqueda y luego de clic en el botón “*Buscar*”.

Nombre Paciente	Fecha	Hora Inicio	Hora Fin	Motivo
José Emilio Tal...	2004-06-12	14:00:00	15:00:00	Revisión

Ilustración 85 Búsqueda de Cita por fecha

Nombre Paciente	Fecha	Hora Inicio	Hora Fin	Motivo
María Lucía Lóp...	2009-06-15	08:00:00	09:00:00	Control

Ilustración 86 Búsqueda de Cita por Paciente

Nombre Paciente	Fecha	Hora Inicio	Hora Fin	Motivo
José Emilio Tal...	2000-05-11	07:00:00	08:00:00	Control
María Lucía Lóp...	2009-06-15	08:00:00	09:00:00	Control

Ilustración 87 Búsqueda de Cita por Motivo

Eliminar un registro de cita

Para eliminar un registro de cita, seleccione el registro de cita que desea eliminar, luego de clic en el botón “*Eliminar*” y confirme si desea o no eliminar el registro.



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

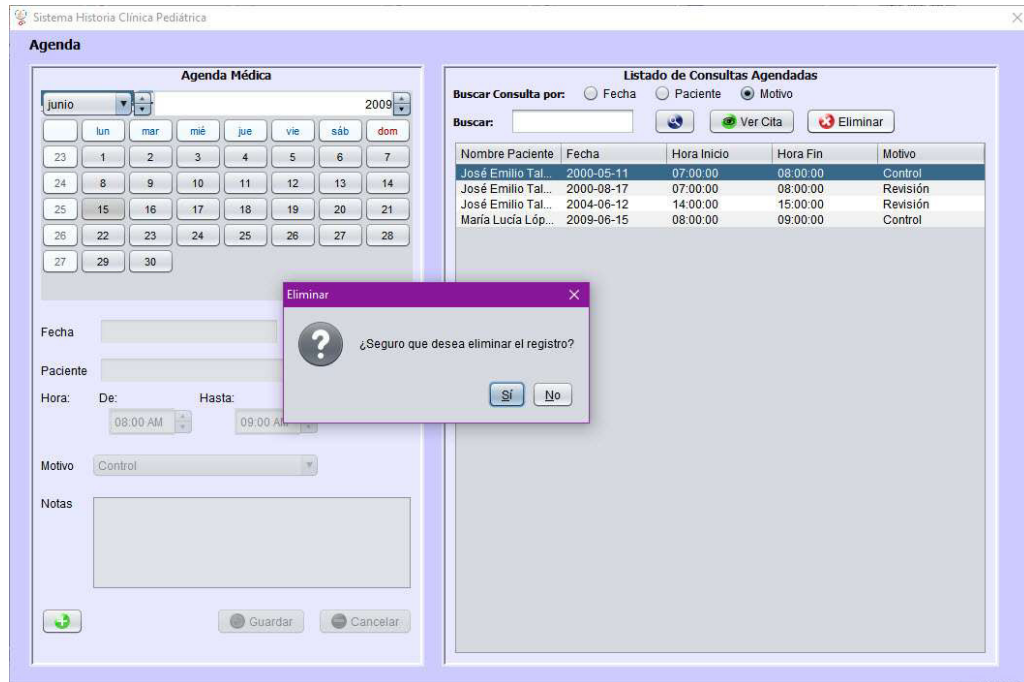


Ilustración 88 Eliminar Registro de Cita

Registro de Tablas Catálogos.

Existen tres tablas catálogos, las cuales se llenarán conforme a los datos que el médico necesite.

Catálogo de Motivos

Esta tabla almacena la Información de los motivos por los cuales un paciente asiste a una consulta médica. Para el catálogo de Motivos de clic en el botón que dice “Motivo”.

Agregar un nuevo registro de Motivo

Para agregar un nuevo motivo, de clic en el botón “Agregar” luego en la caja de texto escriba el Motivo de Consulta y de clic en “Guardar”



Ilustración 89 Registro de Motivo Guardado

Modificar un registro existente de Motivo

Para modificar un registro existente, seleccione el motivo que desea modificar de la lista, luego de clic en el botón “Modificar”, realice el cambio y de clic en “Actualizar”



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico

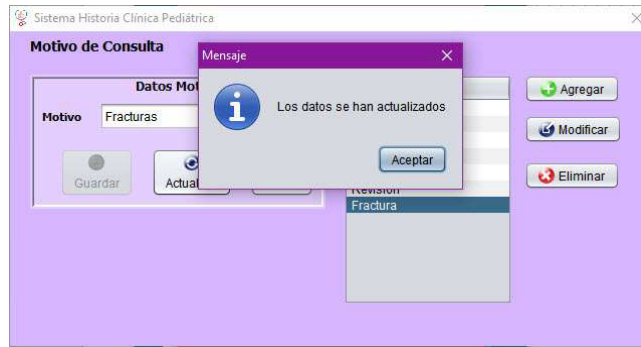


Ilustración 90 Registro de Motivo Actualizado

Eliminar un registro de Motivo

Para eliminar un registro existente, seleccione el motivo que desea eliminar de la lista, y luego de clic en el botón “*Eliminar*”, después confirme si desea o no eliminar el registro.

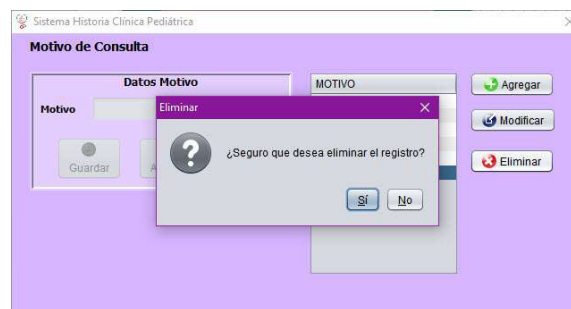


Ilustración 91 Registro Motivo Eliminado

Catálogo de Patologías

Esta tabla almacena la información sobre las patologías que un paciente puede presentar a medida que se va desarrollando. Para el catálogo de Patologías de clic en el botón que dice “*Patología*”.

Agregar un nuevo registro de Patología

Para agregar un nuevo Patología, de clic en el botón “*Agregar*” luego en la caja de texto escriba la Patología y una nota y luego de clic en “*Guardar*”



Ilustración 92 Registro de Patología Guardado

Modificar un registro existente de Patología

Para modificar un registro existente, seleccione el Patología que desea modificar de la lista, luego de clic en el botón “*Modificar*”, realice el cambio y de clic en “*Actualizar*”



Desarrollo de Sistema de Control del Historial Clínico Pediátrico



Ilustración 93 Registro Patología Actualizado

Eliminar un registro de Patología

Para eliminar un registro existente, selección el Patología que desea eliminar de la lista, y luego de clic en el botón “Eliminar”, después confirme si desea o no eliminar el registro.

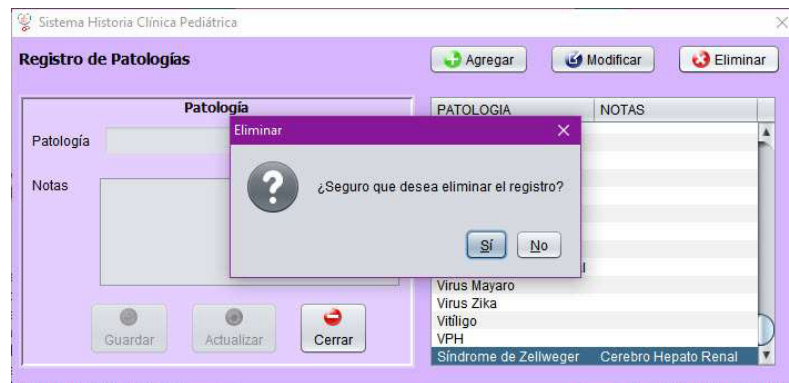


Ilustración 94 Registro Patología Eliminado

Catálogo de Vacunas

Esta tabla almacena la información sobre las vacunas que se le aplican a un paciente conforme su edad. Para el catálogo de Vacunas de clic en el botón que dice “Vacuna”.

Agregar un nuevo registro de Vacuna

Para agregar un nuevo Vacuna, de clic en el botón “Agregar” luego en la caja de texto escriba el Vacuna, la dosis y el año, mes o días a los que se aplica esa vacuna, luego de clic en “Guardar”

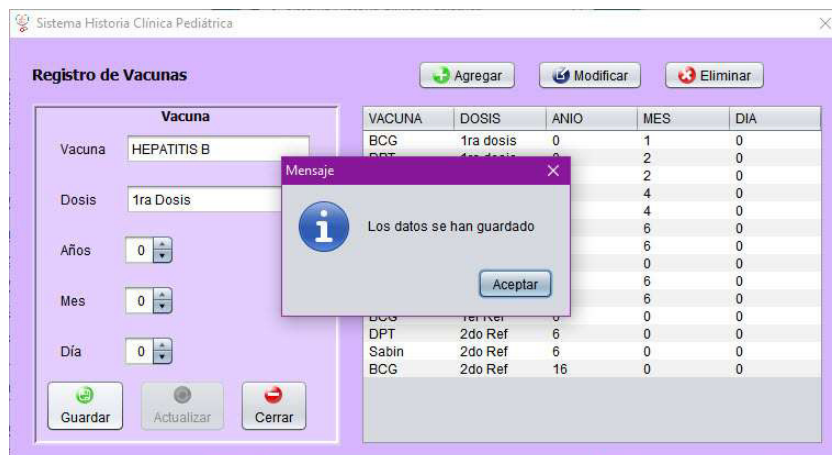


Ilustración 95 Registro Vacuna guardado



Modificar un registro existente de Vacuna

Para modificar un registro existente, seleccione el Vacuna que desea modificar de la lista, luego de clic en el botón “*Modificar*”, realice el cambio y de clic en “*Actualizar*”

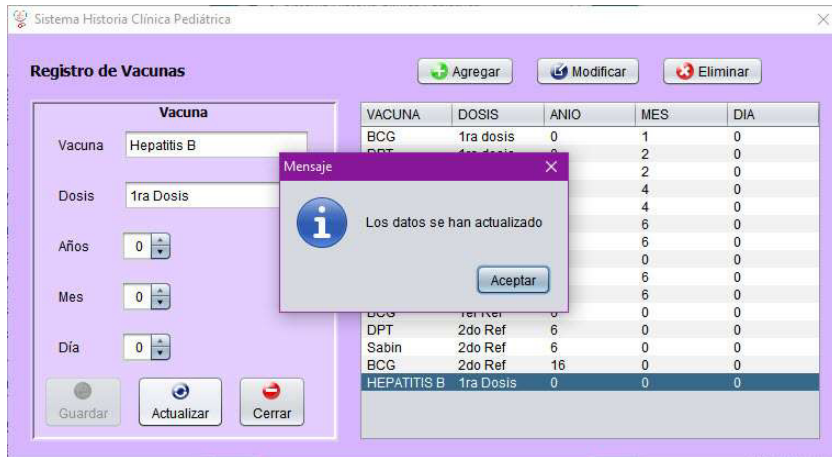


Ilustración 96 Registro Vacuna Actualizado.

Eliminar un registro de Vacuna

Para eliminar un registro existente, seleccón la vacuna que desea eliminar de la lista, y luego de clic en el botón “*Eliminar*”, después confirme si desea o no eliminar el registro.

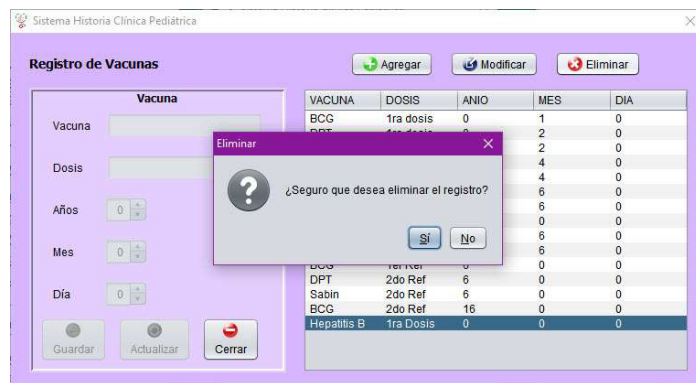


Ilustración 97 Registro de Vacuna Eliminado

Guía de uso de Reportes

Para crear los reportes debe de ir al botón “*Reportes*”, se le mostrará una ventana donde saldrán cuatro opciones de reportes.

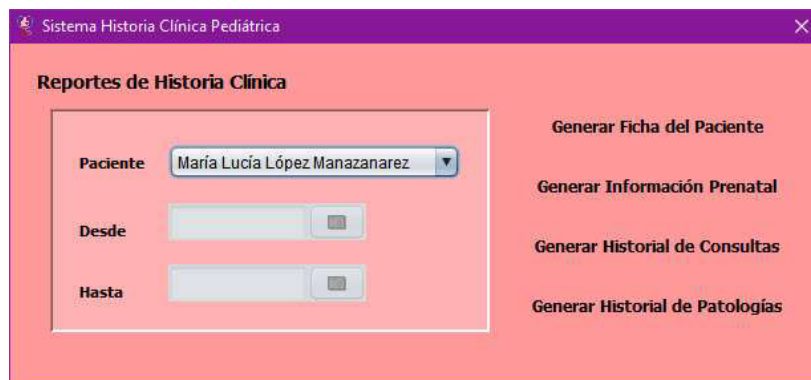



Ilustración 98 Formulario de Reportes



Reporte de Ficha de Paciente
De este reporte se obtienen los datos del paciente. Seleccione el nombre del paciente de la lista y luego de clic en el botón Generar Ficha del Paciente.

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Ficha del Paciente



Datos del Paciente

Paciente: María Lucía López Manzanarez
 N° Expediente: LEMAD9081564
 Fecha Nacimiento: 15-06-2009
 Sexo: Femenino
 Grupo Sanguíneo: AB-

Lugar de Nacimiento

Departamento: Managua
 Municipio: Managua

Datos de los Padres

Nombre de la Madre: Hannah Lucía Manzanarez Acevedo
 Nombre del Padre: Miguel Francisco López Morales


martes 27 junio 2017 Page 1 of 1

Ilustración 99 Reporte de Ficha de Paciente

Reporte de Información Prenatal
De este reporte se obtiene la información prenatal del paciente. Seleccione el nombre del paciente de la lista y luego de clic en generar información prenatal.

Sistema Historia Clínica Pediátrica

Información Prenatal



Paciente: José Emilio Talavera Bravo
 N° Expediente: TAJ000051095

Datos del Embarazo

Obstetra	Miguel Angel Gutierrez Paz	Asma	Si
N° Gestación	1	Infecciones	Ninguna
Duración	36	Medicación	Ninguna
Enfermedad	Diabetes	Observación	El embarazo fue normal, sin complicaciones.

Datos del Parto

Lugar	Bautista	Ombiligo	5
Parto	Eutócico	Peso	3.4 Kg
PartoGamma	No	Altura	46.0 cm
Posicion	Cefálica	IMC	16.07
Anestesia	No	Perimetro Cefálico	24.0

Datos Examen Apgar

Ritmo Cardíaco	Respiración	Respuesta ante Estimulo	Tono Muscular	Color	Puntuación
2	2	2	2	2	10

martes 27 junio 2017 Page 1 of 1

Ilustración 100 Reporte de Información Prenatal



Reporte de Historial de Consultas
De este reporte se obtiene el historial de consultas a las cuales ha asistido el paciente. Seleccione el nombre del paciente y el rango de fechas de las que quiere obtener el historial de consultas.



Historial de Consultas

Paciente José Emilio Talavera Bravo
N° Expediente TAJ00051095
Edad 0 años 0 meses 1 días

Datos de la Consulta

Fecha	11-may-2000	Medicamento Indicado	alcohol de 70 gramos y gazas de algodón.
Motivo	Control	Diagnóstico Posible	ninguno
Sintomatología		Diagnóstico Confirmado	Ninguno
Notas	El niño está en buenas condiciones se le aplicará la primer vacuna. Y se le		

Datos de Crecimiento

Peso	3.4 Kg	IMC	21.25
Altura	40.0 cm	Perimetro Cefálico	24.0

Datos de Signos Vitales

Temperatura	36.0 °C	Frecuencia Respiratoria	44.0 rpm
Frecuencia Cardíaca	120.0 lpm	Presión Arterial	74.0 / 51.0 mmHg

Ilustración 101 Reporte de Historial de Consulta

Reporte de Historial de Patologías
De este reporte se obtienen los datos de las patologías que el paciente ha presentado durante su crecimiento. Para ello seleccione el rango de fecha y el nombre del paciente que desea obtener la información y de clic en Generar reporte de Historial de Patologías.



Historial de Patologías

Paciente José Emilio Talavera Bravo
N° Expediente TAJ00051095

Fecha de Registro: 18-sep-2002

Edad	2 años 4 meses 8 días
Patología	Asma
Notas	El niño presenta problemas asmáticos, por clima muy helado, se le puso nebulizador.

Fecha de Registro: 11-jun-2005

Edad	5 años 1 meses 1 días
Patología	Ampollas
Notas	El calzado provocó ampollas en el pie del paciente.

Fecha de Registro: 17-ago-2007

Edad	7 años 3 meses 7 días
Patología	Bronquitis
Notas	No se curó de forma adecuada la gripe. Se le aplicará penicilina.

Ilustración 102 Reporte de Historial de Patología