

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE SANIDAD

15551 *Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el 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.*

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 y, en su disposición adicional tercera, 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».

Reforzando lo dispuesto por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, el artículo 56 de la Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, encomienda al Ministerio de Sanidad, con el acuerdo de las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (en adelante, INGESA), la coordinación de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, previamente acordados con estas, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de dicha asistencia. Debe garantizarse, asimismo, la confidencialidad e integridad de la información, cualquiera que sea la administración sanitaria que la proporcione.

En cumplimiento de estas previsiones normativas, el 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, tras acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, estableció los datos esenciales comunes que deben contener determinados documentos clínicos en todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud, cualquiera que sea el soporte en que los mismos se generen. De este modo, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, proporciona modelos de información clínica de referencia para el conjunto del Sistema Nacional de Salud necesarios para su intercambio entre profesionales y centros y servicios autonómicos de salud.

Transcurridos más de doce años desde la aprobación del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, es necesario avanzar en la interoperabilidad de los datos clínicos mediante el enlace de las estructuras de información con el conocimiento, en beneficio de la calidad asistencial que los servicios de salud prestan a las personas. Para ello, es preciso no sólo representar la estructura de la información sino también su significado a través del enlace con terminologías clínicas. Esta combinación constituye un elemento clave para posibilitar la interoperabilidad de los informes clínicos entre los diferentes centros y dispositivos del Sistema Nacional de Salud, y facilitar así la cohesión y calidad de las actuaciones clínicas.

Además, es necesario implementar en el Sistema Nacional de Salud los modelos de información clínica que permitan también la interoperabilidad entre los países de la Unión Europea, al objeto de cumplir con la normativa vigente, la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, y el Real

Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, que dispone la aplicación de los estándares nacionales, europeos e internacionales de comunicación de la Historia Clínica Electrónica o de sus componentes en el intercambio de información de datos de salud.

Por todo lo anterior, debe llevarse a cabo una revisión de los modelos de información clínica de manera que estos modelos, que han mostrado su robustez a lo largo de su periodo de vigencia, sean actualizados y modificados para dar respuesta, por una parte, a las necesidades de normalización y de representación y enlace terminológico de los datos que se han identificado como necesarios a lo largo de este tiempo y, por otra, tenga en cuenta los aspectos de interoperabilidad transfronteriza en el marco de la Unión Europea.

Este avance facilitará también la disponibilidad de datos normalizados y de calidad que puedan ser útiles en el marco del Espacio Nacional de Datos de Salud y en su futura interoperabilidad con el Espacio Europeo de Datos Sanitarios.

La modificación del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, tiene, por lo tanto, como objetivo, contribuir a la mejora de la interoperabilidad de los informes clínicos que se producen en el Sistema Nacional de Salud, adecuándolos al estado del arte y normativa actuales, mejorando la composición de la información clínica requerida, formulando modelos de información clínicos e integrando los recursos de normalización semántica del Sistema Nacional de Salud, siempre en beneficio de la mejor asistencia sanitaria a las personas.

Por tanto, mediante este real decreto, se favorece la equidad en el acceso a la prestación sanitaria y la cohesión entre los diferentes territorios, entendiendo equidad en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos. Concretamente, el sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud contribuye a la coordinación del mismo siendo, además, tal como dispone la Ley 16/2003, de 28 mayo, uno de los elementos esenciales para el funcionamiento cohesionado y con garantías de calidad del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, se encomienda al Ministerio de Sanidad el establecimiento de un sistema de información sanitaria que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las comunidades autónomas. Dentro de este sistema se encuentra el sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (en adelante, HCDSNS) que contribuye a la coordinación de las administraciones públicas a través de la interoperabilidad, aspecto que se consigue mediante la normalización de los informes clínicos, apostando por la estandarización y la utilización de terminologías de referencia dentro del Sistema Nacional de Salud y a nivel europeo. Así, la mejora de la interoperabilidad contribuye a una mayor eficiencia de nuestro sistema, teniendo en cuenta que una de sus características es la descentralización sanitaria que en muchas ocasiones contribuye a la repetición de pruebas médicas en los casos de ciudadanos desplazados. El sistema HCDSNS, mediante el establecimiento de un conjunto mínimo de datos de los informes clínicos, contribuye a evitar pruebas redundantes dado que facilita la disponibilidad de la información con independencia de dónde esta se ha generado. De esta forma, las personas desplazadas a otra comunidad autónoma podrán disponer de su información facilitando el proceso asistencial y contribuyendo por tanto a la mejora de la calidad asistencial.

El presente real decreto cumple con los principios de buena regulación a los que se refiere el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, siendo observados los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia.

Así, de acuerdo con los principios de necesidad y eficacia, este real decreto persigue un interés general al pretender aplicar medidas que consoliden la equidad y la cohesión, por cuanto la normalización de contenidos clínicos facilita la interoperabilidad de los informes clínicos dentro del Sistema Nacional de Salud, posibilitando el acceso y la disponibilidad de la información clínica con independencia de la comunidad autónoma donde esta se haya generado, evitando, por tanto, la duplicidad y repetición de pruebas clínicas. De esta manera, se contribuye a mejorar la calidad asistencial en el mismo, así como su cohesión.

Además, el real decreto se basa en una identificación clara de los fines y objetivos perseguidos para establecer medidas que consoliden la equidad, la cohesión y la mejora de la calidad asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud, incorporando elementos de mejora de la normalización de contenidos clínicos tan necesaria para fomentar la interoperabilidad de los informes clínicos que se generan en cualquier servicio de salud del mismo.

En virtud del principio de proporcionalidad, la norma es respetuosa con el principio de intervención mínima, habiéndose constatado que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios.

Por lo que respecta al principio de seguridad jurídica, esta iniciativa se adopta de manera coherente con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea y, concretamente, se adecúa a la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, y el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, que dispone la aplicación de los estándares nacionales, europeos e internacionales de comunicación de la Historia Clínica Electrónica o de sus componentes en el intercambio de información de datos de salud.

En aplicación del principio de transparencia, se han puesto a disposición de la ciudadanía los documentos propios del proceso de elaboración de la norma, habiéndose realizado los trámites de consulta pública previa y de información pública.

En cuanto a la aplicación del principio de eficiencia, la iniciativa normativa evita la imposición de cargas administrativas innecesarias y se racionaliza, en su aplicación, la gestión de los recursos públicos, puesto que facilita la disponibilidad de la información con independencia de dónde esta se ha generado y contribuye a evitar pruebas redundantes.

En la elaboración de este real decreto han sido oídos los colectivos profesionales implicados en la asistencia sanitaria, a través de un amplio conjunto de sociedades científicas de diferentes especialidades médicas y de enfermería. Asimismo, han sido consultadas las comunidades autónomas y el INGESA. También se ha sometido al pleno del Comité Consultivo y 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 se ampara en lo 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, y 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 del Ministro de Sanidad, de acuerdo con el Consejo de Estado, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 4 de julio de 2023,

DISPONGO:

Artículo único. *Modificación del 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.*

El 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, queda modificado como sigue:

Uno. Se modifica el artículo 1, que queda redactado de la siguiente manera:

«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 anexo I, 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 Servicio Nacional de Salud.»

Dos. Se suprime el artículo 2.

Tres. Se da una nueva redacción al artículo 3, que queda redactado de la siguiente manera:

«Artículo 3. *Documentos clínicos.*

1. Los documentos clínicos a los que aplica el conjunto mínimo de datos en el Sistema Nacional de Salud, así como la enumeración de las variables y características que debe contener cada modelo de documento, se establecen en el anexo I.

2. Los conjuntos de datos, formatos, valores, estándares e información complementaria de cada uno de los documentos clínicos se describen en los anexos II a X.

3. Las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (en adelante, INGESA), adoptarán necesariamente el conjunto mínimo de datos establecido en los anexos del presente real decreto para garantizar la interoperabilidad en el Sistema Nacional de Salud. Adicionalmente, en el ámbito de sus competencias, podrán añadir a los informes otras variables que consideren pertinentes.

4. El Ministerio de Sanidad velará por el adecuado cumplimiento de este real decreto por parte de las comunidades autónomas y el INGESA, asumiendo la responsabilidad de validar los informes interoperables antes de su puesta a disposición en el Sistema Nacional de Salud. Los aspectos que deben observarse para la normalización de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud se establecerán en los respectivos anexos.»

Cuatro. Se modifica el apartado 2 de la disposición adicional única, que queda redactado de la siguiente manera:

«2. En relación con las previsiones que dispone 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. 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.»

Cinco. Se modifica la disposición final segunda, que queda redactada de la siguiente manera:

«Disposición final segunda. *Desarrollo normativo y adaptación de los anexos.*

Se habilita a la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo de lo establecido en este real decreto, así como para adaptar el contenido de los anexos al progreso o innovaciones técnicas y a la normativa de la Unión Europea.»

Seis. El anexo I se sustituye por el siguiente:

«ANEXO I

Documentos clínicos que forman parte del conjunto mínimo de datos del Sistema Nacional de Salud y aspectos generales para su elaboración

Los documentos clínicos que forman parte del conjunto mínimo de datos de los informes clínicos (CMDIC) en el Sistema Nacional de Salud son:

1. Informe clínico de alta.
2. Informe clínico de consulta externa.
3. Informe clínico de urgencias.
4. Informe clínico de atención primaria.
5. Informe de laboratorio.
6. Informe de resultados de pruebas de imagen.
7. Informe de resultados de otras pruebas diagnósticas.
8. Informe de cuidados de enfermería.
9. Historia clínica resumida.

En la elaboración de los informes clínicos mencionados, se tendrán en consideración los aspectos que se indican a continuación:

I. Legibilidad clínica. La legibilidad clínica para profesionales y la ciudadanía, así como la interoperabilidad semántica a nivel de sistemas de información, será tomada en cuenta en la creación de los informes recogidos en los anexos de este real decreto. Su observación por parte de los destinatarios de este real decreto, será objeto de auditoría por el Ministerio de Sanidad.

En aquellos campos marcados como TEXTO CODIFICADO, si las circunstancias técnicas no permiten su envío en este formato, se podrá considerar como opcional y excepcional el envío de TEXTO LIBRE.

El Ministerio de Sanidad podrá aceptar otras terminologías o clasificaciones de referencia no recogidas en estos anexos cuando exista una justificación clínica para ello.

II. Servicios terminológicos del Sistema Nacional de Salud. Se priorizará el uso de los servicios terminológicos del Sistema Nacional de Salud. Para el uso de SNOMED CT, se tendrán en cuenta los recursos desarrollados por el Centro Nacional de Referencia (CNR). Los conjuntos de referencias para este real

decreto irán identificados con la partícula «CMDIC» y podrán consultarse en el Navegador SNOMED CT del Sistema Nacional de Salud.

III. Fusión de los informes clínicos de alta hospitalaria y de cuidados de enfermería. Para aquellas comunidades autónomas que lo precisen, se aceptará la fusión de los informes clínicos de alta (ICA) y de cuidados de enfermería (ICE), contando ambos en el listado de informes disponibles que publica el Ministerio de Sanidad.

IV. Formato de la tabla.

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
SECCIÓN DEL DOCUMENTO					
Subsección del documento					
Agrupación de campos					
○ Campo agrupado					
○ Campo agrupado					
Campo normal					
Clúster de campos					
● Campo clúster					
● Campo clúster					
Clúster de campos					
● Campo clúster					
● Campo clúster					
Campo normal					

- Clúster de campos: Se trata de un conjunto de campos que pueden repetirse en grupo. Están identificados por una celda con fondo gris y los campos incluidos en el mismo por un punto negro. Se recomienda el formato tabla para este tipo de agrupaciones de campos.

- Agrupación de campos: Se trata de un conjunto de campos que deben estar agrupados, pero que no se repiten (en contraposición a los clústeres). Están identificados por texto subrayado en cursiva y los campos incluidos en el mismo por un punto blanco.

- Uso de la sangría: mediante la sangría se expresa el anidamiento y dependencia de unos campos, o agrupaciones, respecto a otros.

- Formato: se explicarán con detalle en el apartado III.

- Fuente: hace referencia a la fuente de los valores que se pueden consignar en el campo en cuestión. En el apartado VI se explicarán las diferentes fuentes incluidas en el real decreto.

- Valores: hace referencia a conjuntos de valores identificables que pueden ser utilizados en el campo en cuestión.

- o Valores nulos (NullFlavor): cuando un campo sea obligatorio, pero no pueda consignarse información, se utilizará un valor nulo (NullFlavor) que podrá explicar el motivo de la no existencia de información. Por ejemplo: sin información (NI), desconocido (UNK), preguntado pero desconocido (ASKU), etc.

- Comentarios: detalla información de interés o excepciones que se pueden aplicar a un campo concreto. Por ejemplo, excepciones a la obligatoriedad de algunos campos según circunstancias.

○ Cardinalidad: se indica de la siguiente manera [x..y], donde x es el número mínimo de valores que acepta un campo (0 = opcional; 1 = obligatorio) e y es el número máximo de valores que acepta un campo (n = tantos como sean necesarios).

• CM / R: indica si un campo es obligatorio (CM – conjunto mínimo) u opcional (R – recomendado).

V. Tipos de variables.

Variable	Detalle
ARCHIVO.	Pondrá a disposición del profesional un documento adicional de soporte. Las comunidades autónomas establecerán los mecanismos necesarios para facilitar la consulta del mismo.
BOOLEANO.	Valor lógico que consigna las opciones SI/NO o VERDADERO/FALSO.
FECHA .	Formato dd/mm/aaaa (día/mes/año).
FECHA-HORA .	Formato dd/mm/aaaa HH:MM:SS (día/mes/año hora:minutos:segundos).
IMAGEN.	Pondrá a disposición del profesional un documento gráfico adicional de soporte. Las comunidades autónomas establecerán los mecanismos necesarios para facilitar la consulta del mismo. También se podrán incrustar las imágenes directamente en el documento.
TEXTO LIBRE.	Una cadena de texto simple sin restricciones especiales.
TEXTO CODIFICADO.	Está compuesto por 3 campos: <ul style="list-style-type: none"> ● Identificador único de la fuente: mediante un código OID que permitirá identificar claramente la versión de la fuente que se está utilizando (por ejemplo: Clasificación Internacional de Enfermedades – 9.ª Revisión - Modificación Clínica (edición española). CIE-9-MC. 8.ª edición). ● Código: que es el dato que permitirá la interoperabilidad entre sistemas. ● Término: el descriptor que facilita la lectura a las personas.
URL.	Una dirección web.

VI. Fuentes de información.

Fuente	Detalle
CIAP.	La Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) permite clasificar los componentes de la consulta: motivo de la consulta, problema de salud atendido y proceso de atención.
CIE.	Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), se corresponde a la versión en español de la versión en inglés ICD.
CIE PCS.	Sistema de Codificación de Procedimientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE PCS)
CMBD.	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
CMDIC.	Conjunto Mínimo de Datos de Informes Clínicos (CMDIC).
EDQM.	European Directorate For the Quality of Medicines & Healthcare (EDQM) es uno de los catálogos incluidos en el MVC de eHDSI. En concreto, incluye información sobre la dosis y la forma farmacéutica de los medicamentos.
eHDSI.	Son los valores clínicos definidos en el sistema europeo eHealth Digital Service Infraestructure (eHDSI) o Infraestructura de Servicios de Sanidad electrónica. Estos se encuentran definidos en el Master Value Sets Catalogue (MVC) o Catálogo Maestro de Valores, que se trata de una colección de términos basados en sistemas de códigos estandarizados como CIE-10, SNOMED CT, ATC, EDQM, etc. empleados para los sistemas de intercambio transfronterizo de la Unión Europea. Se usará siempre la versión más actualizada del MVC. En informes nacionales se utilizarán los términos en castellano.
EMDN.	La Nomenclatura Europea de Dispositivos Médicos (European Medical Device Nomenclature - EMDN) tiene como objetivo apoyar el funcionamiento de la base de datos europea sobre productos sanitarios (EUDAMED). Entre sus diversos usos, será utilizada por los fabricantes para el registro de dispositivos médicos en EUDAMED, donde estará asociada a cada Identificador Único de Dispositivos - Identificador de Dispositivos (UDI-DI).
HL7.	Health Level Seven (HL7) es un conjunto de estándares para facilitar el intercambio electrónico de información clínica.

Fuente	Detalle
ISO 3166-1.	El Estándar Internacional de Normalización ISO 3166-1, publicado por la Organización Internacional de Normalización (ISO), define códigos para la representación de nombres de países y sus subdivisiones
LOINC.	Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) es un estándar internacional para la identificación de resultados de pruebas de laboratorio.
NANDA.	North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es una terminología que refleja los juicios clínicos (diagnósticos) de las enfermeras.
NIC.	Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).
NOC.	Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).
Nomenclátor.	Catálogos maestros de medicamentos mantenidos y actualizados diariamente por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
REGCESS.	Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).
SEFM.	Sociedad Española de Física Médica
SEMNUM.	Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (SEMNUM).
SERAM.	Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM).
SNOMED CT.	Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (SNOMED CT) es la terminología clínica integral, multilingüe y codificada de mayor amplitud, precisión e importancia desarrollada en el mundo. Las extensiones del Sistema Nacional de Salud pueden consultarse en el Navegador de SNOMED CT del Sistema Nacional de Salud.
TSI.	Tarjeta sanitaria individual (TSI).
UCUM.	Unified Code for Units of Measure (UCUM) es un sistema de códigos destinado a incluir todas las unidades de medida que se utilizan.»

Siete. El anexo II se sustituye por el siguiente:

«ANEXO II

Informe clínico de alta

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento.	TEXTO LIBRE.	CMDIC.	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto.		CM
Fecha y hora de ingreso.	FECHA-HORA.				CM
Fecha y hora de alta.	FECHA-HORA.				CM
Fecha y hora de firma.	FECHA-HORA.				CM
Datos del (de los) profesional/es responsable/s.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades. Podrán ir en el pie de página.	CM
Nombre responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
● Servicio responsable.	TEXTO LIBRE.				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Unidad asistencial responsable.	TEXTO LIBRE.				R
● Área de gestión clínica.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA					
Datos de la institución emisora.				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de servicios.					R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos de contacto del centro.					CM
Dirección del centro.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Número de la vía.	NÚMERO.				CM
○ Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
○ País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Dirección web.	URL.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PACIENTE					
Datos del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre.	TEXTO LIBRE.				CM
Primer apellido.	TEXTO LIBRE.				CM
Segundo apellido.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Fecha de nacimiento.	FECHA.				CM
Sexo.	TEXTO LIBRE.				CM
Identificadores del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Tipo de documento de identificación.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de documento.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS).	TEXTO LIBRE.				R
Código de Identificación Personal Autónomo (CIP-AUT).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal Sistema Nacional de Salud (CIP-SNS).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo).	TEXTO LIBRE.				R
Número de historia clínica.	TEXTO LIBRE.				R
Datos de contacto del paciente.					CM
<i>Domicilio.</i>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Portal.	TEXTO LIBRE.				R
o Piso.	TEXTO LIBRE.				R
o Letra.	TEXTO LIBRE.				R
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Teléfono móvil.	TEXTO LIBRE.				R
Otros teléfonos.	TEXTO LIBRE.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Centro de atención primaria.</i>					R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
○ Centro de atención primaria.	TEXTO CODIFICADO.	REGCESS.			R
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
○ Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
Datos sociales del paciente.					R
<i>Cuidador principal.</i>					R
○ Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
○ Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
<i>Tutor legal.</i>					R
○ Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Contacto de emergencia.</i>					R
● Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
● Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
● Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL					
Datos del episodio.					CM
Motivo de ingreso.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT CIE.			CM
Tipo de ingreso.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
Motivo de alta.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
Antecedentes personales.				El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	CM
Enfermedades previas.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
● Enfermedad.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.			CM
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes neonatales.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes obstétricos.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Antecedentes quirúrgicos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Procedimiento.	TEXTO CODIFICADO.	CIE PCS. SNOMED CT.			CM
• Edad en momento procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
• Fecha del procedimiento.	FECHA.				R
• Año del procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
Dispositivos médicos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Dispositivo médico.	TEXTO CODIFICADO.	EMDN. SNOMED CT.			CM
• Fecha implantación.	FECHA.				R
• Fecha de retirada.	FECHA.				R
• Identificador del dispositivo.	TEXTO LIBRE.				R
Vacunaciones e inmunizaciones.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Vacuna/ Inmunización.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
• Fecha administración.	FECHA.				CM
• Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			R
• Lote.	TEXTO LIBRE.				R
Alergias e intolerancias.					CM
• Tipo de reacción.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIAdverseEventType.		CM
• Agente causal.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
• Manifestación clínica.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
• Gravedad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSISeverity.		R
• Criticidad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICriticality.		R
• Nivel de Certeza.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICertainty.		R
• Estado.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIStatusCode.		R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Fecha de fin.	FECHA.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Hábitos tóxicos.					R
● Sustancia.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Patrón del consumo.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Hábitos no saludables.					R
● Hábito no saludable.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de fin.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de fin.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Situación funcional.</i>					R
● Escalas.					R
● Escala.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Resultado.	TEXTO LIBRE.				R
● Interpretación.	TEXTO LIBRE.				R
● Situación funcional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Antecedentes familiares.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
● Antecedente familiar.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			CM
● Grado de parentesco.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes sociales.					R
● Antecedente social.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Antecedentes profesionales.					R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
• Antecedente profesional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Fecha de fin.	FECHA.				R
Tratamiento previo al ingreso.					CM
Medicamentos.					CM
				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	
• Fármaco.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Denominación del/los principio/s activo/s	CM
• Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				CM
• Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
• Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
• Dosis del medicamento.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM Nomenclátor.		El contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación Ej: 500 mg (por comprimido); 1mg/ml; 10mg/g	CM
• Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Nombre del medicamento	R
• Posología.	TEXTO LIBRE.			Ej: 1 comprimido cada 8 horas durante 1 mes	CM
Fórmulas magistrales.					R
				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	
• Fórmula magistral.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
• Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				R
• Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
• Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
• Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
• Frecuencia de las tomas.	TEXTO LIBRE.				R
Enfermedad actual.					CM
Historia actual.	TEXTO LIBRE.				CM
Exploración física.	TEXTO LIBRE.				CM
Signos vitales.					R
					Se consignarán más variables si se estima oportuno.

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
○ Fecha y hora de registro.	FECHA-HORA.				R
○ Presión arterial sistólica.	TEXTO LIBRE.				R
○ Presión arterial diastólica.	TEXTO LIBRE.				R
○ Frecuencia cardiaca.	TEXTO LIBRE.				R
○ Frecuencia respiratoria.	TEXTO LIBRE.				R
○ Temperatura.	TEXTO LIBRE.				R
○ Saturación O2.	TEXTO LIBRE.				R
○ Glucemia.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Pruebas complementarias.</i>					R
○ Pruebas de laboratorio.	TEXTO LIBRE.				R
○ Pruebas de imagen.	TEXTO LIBRE.				R
○ Otras pruebas.	TEXTO LIBRE.				R
Evolución y comentarios.	TEXTO LIBRE.				CM
Diagnóstico principal.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			CM
Otros diagnósticos.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.		Cardinalidad [0..n].	R
Procedimientos realizados.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE CPS.			CM
Tratamiento al alta.					CM
Tratamiento farmacológico.					CM
Medicamentos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
● Fármaco.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Denominación del/los principio/s activo/s	CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis del medicamento.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM Nomenclátor.		El contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación Ej: 500 mg (por comprimido); 1mg/ml; 10mg/g	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Nombre del medicamento	R
● Posología.	TEXTO LIBRE.			Ej: 1 comprimido cada 8 horas durante 1 mes	CM
○ Número de unidades por toma.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM Nomenclátor.		Ej: 1 comprimido	R
○ Frecuencia de las tomas.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM Nomenclátor.		Ej: cada 8 horas	CM
○ Duración del tratamiento.	TEXTO LIBRE.			j: 1 mes	R
Fórmulas magistrales.				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
● Fórmula magistral.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				R
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
● Frecuencia de las tomas.	TEXTO LIBRE.				R
Vacunas individualizadas.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.		En este apartado se incluirán vacunas individualizadas antialérgicas	R
Tratamiento no farmacológico.	TEXTO LIBRE.			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
Plan de actuación.	TEXTO LIBRE.			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM»

Ocho. El anexo III se sustituye por el siguiente:

«ANEXO III

Informe clínico de consultas externas

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento.	TEXTO LIBRE.	CMDIC.	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto.	Se distinguen tres subtipos de informe de consulta externa: primera consulta (P), evolución o seguimiento (S) y alta (A). Por defecto todos los campos obligatorios aplicarán a todos los subtipos. Se indicarán las excepciones que pudieran aplicar en los comentarios de cada uno.	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Fecha y hora de consulta.	FECHA-HORA.			Este campo no será necesario en el subtipo de alta.	(P y S) CM
Fecha y hora de alta.	FECHA-HORA.			Este campo no será necesario en los subtipos de primera consulta y seguimiento.	(A) CM
Fecha y hora de firma.	FECHA-HORA.				CM
Datos del (de los) profesional/es responsable/s.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades. Podrán ir en el pie de página.	CM
• Nombre responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
• Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
• Servicio responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
• Unidad asistencial responsable.	TEXTO LIBRE.				R
• Área de gestión clínica.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA					
Datos de la institución emisora.				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de servicios.					R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos de contacto del centro.					CM
Dirección del centro.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	NÚMERO.				CM
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Dirección web.	URL.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PACIENTE					
Datos del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre.	TEXTO LIBRE.				CM
Primer apellido.	TEXTO LIBRE.				CM
Segundo apellido.	TEXTO LIBRE.				R
Fecha de nacimiento.	FECHA.				CM
Sexo.	TEXTO LIBRE.				CM
Identificadores del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Tipo de documento de identificación.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de documento.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS).	TEXTO LIBRE.				R
Código de Identificación Personal Autonómico (CIP-AUT).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo).	TEXTO LIBRE.				R
Número de historia clínica.	TEXTO LIBRE.				R
Datos de contacto del paciente.					CM
<i>Domicilio.</i>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
o Número de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Portal.	TEXTO LIBRE.				R
o Piso.	TEXTO LIBRE.				R
o Letra.	TEXTO LIBRE.				R
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Teléfono móvil.	TEXTO LIBRE.				R
Otros teléfonos.	TEXTO LIBRE.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Centro de atención primaria.</i>					R
o Centro de atención primaria.	TEXTO CODIFICADO.	REGCESS.			R
o Teléfono.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
o Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
Datos sociales del paciente.					R
<i>Cuidador principal.</i>					R
o Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
o Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
o Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
<i>Tutor legal.</i>					R
o Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
o Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Contacto de emergencia.</i>					R
● Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
● Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
● Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL					
Datos del episodio.					CM
Motivo de consulta.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.		Este campo no es necesario en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
Motivo de alta.	TEXTO CODIFICADO.	CMBD.		Este campo no será necesario en los subtipos de primera consulta y seguimiento.	(A) CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Antecedentes personales.				Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento. El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	(P y A) CM
Enfermedades previas.				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	(P y A) CM
• Enfermedad.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.			(P y A) CM
• Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes neonatales.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes obstétricos.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes quirúrgicos.				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	(P y A) CM
• Procedimiento.	TEXTO CODIFICADO.	CIE PCS. SNOMED CT.			(P y A) CM
• Edad en momento procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
• Fecha del procedimiento.	FECHA.				R
• Año del procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
Dispositivos médicos.				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	(P y A) CM
• Dispositivo médico.	TEXTO CODIFICADO.	EMDN. SNOMED CT.			(P y A) CM
• Fecha implantación.	FECHA.				R
• Fecha de retirada.	FECHA.				R
• Identificador del dispositivo.	TEXTO LIBRE.				R
Vacunaciones e inmunizaciones.				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	(P y A) CM
• Vacuna/ Inmunización.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			(P y A) CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
• Fecha administración.	FECHA.				(P y A) CM
• Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			R
• Lote.	TEXTO LIBRE.				R
Alergias e intolerancias.				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	(P y A) CM
• Tipo de reacción.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIAdverseEventType.		(P y A) CM
• Agente causal.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			(P y A) CM
• Manifestación clínica.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
• Gravedad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSISeverity.		R
• Criticidad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICriticality.		R
• Nivel de certeza.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICertainty.		R
• Estado.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIStatusCode.		R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Fecha de fin.	FECHA.				R
Hábitos tóxicos.					R
• Sustancia.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
• Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
• Edad de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Año de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Edad de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Año de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Patrón del consumo.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Hábitos no saludables.					R
• Hábito no saludable.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
• Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
• Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
• Edad de fin.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Año de fin.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Situación funcional.</i>					R
● Escalas.					R
● Escala.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Resultado.	TEXTO LIBRE.				R
● Interpretación.	TEXTO LIBRE.				R
● Situación funcional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Antecedentes familiares.				Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
● Antecedente familiar.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			(P y A) CM
● Grado de parentesco.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			(P y A) CM
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes sociales.					R
● Antecedente social.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Antecedentes profesionales.					R
● Antecedente profesional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Tratamiento previo.				Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento. La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	(P y A) CM
Medicamentos.					(P y A) CM
● Fármaco.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.		Denominación del/los principio/s activo/s	(P y A) CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				(P y A) CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
• Dosis del medicamento.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM, Nomenclátor.		El contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación Ej: 500 mg (por comprimido); 1mg/ml; 10mg/g	(P y A) CM
• Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
• Posología.	TEXTO LIBRE.			Ej: 1 comprimido cada 8 horas durante 1 mes	(P y A) CM
Fórmulas magistrales.					R
• Fórmula magistral.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			R
• Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				R
• Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
• Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			R
• Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
• Frecuencia de las tomas.	TEXTO LIBRE.				R
Enfermedad actual.				Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
Historia actual.		TEXTO LIBRE.		Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
Exploración física.		TEXTO LIBRE.		Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
<i>Signos vitales.</i>				Podrán añadirse los signos vitales que se estimen oportunos.	R
○ Presión arterial sistólica.	TEXTO LIBRE.				R
○ Presión arterial diastólica.	TEXTO LIBRE.				R
○ Frecuencia cardiaca.	TEXTO LIBRE.				R
○ Frecuencia respiratoria.	TEXTO LIBRE.				R
○ Temperatura.	TEXTO LIBRE.				R
○ Saturación O2.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Pruebas complementarias.</i>					R
○ Pruebas de laboratorio.	TEXTO LIBRE.				R
○ Pruebas imagen.	TEXTO LIBRE.				R
○ Otras pruebas.	TEXTO LIBRE.				R
Evolución y comentarios.		TEXTO LIBRE.			CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Diagnóstico principal.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			CM
Otros diagnósticos.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
Procedimientos realizados.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
Tratamiento (al alta).				Esta subsección se llamará «Tratamiento al alta» en el subtipo de informe de alta. En el resto, se llamará «Tratamiento». La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
Tratamiento farmacológico.					CM
Medicamentos.					CM
● Fármaco.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.		Denominación del/los principio/s activo/s	(P y A) CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				(P y A) CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis del medicamento.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM, Nomenclátor.		El contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación Ej: 500 mg (por comprimido); 1mg/ml; 10mg/g	(P y A) CM
● Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Posología.	TEXTO LIBRE.			Ej: 1 comprimido cada 8 horas durante 1 mes	(P y A) CM
Fórmulas magistrales.					R
● Fórmula magistral.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			R
● Dosis.	TEXTO LIBRE.				CM
● Frecuencia de las tomas.	TEXTO LIBRE.				CM
Vacunas individualizadas.				En este apartado se incluirán vacunas individualizadas antialérgicas	R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Vacunas individualizadas.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Tratamiento no farmacológico.	TEXTO LIBRE.			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
Plan de actuación.	TEXTO LIBRE.			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM»

Nueve. El anexo IV se sustituye por el siguiente:

«ANEXO IV

Informe clínico de urgencias

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento.	TEXTO LIBRE.	CMDIC.	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto.		CM
Fecha y hora de ingreso.	FECHA-HORA.				CM
Fecha y hora de activación del recurso.	FECHA-HORA.				R
Fecha y hora de alta.	FECHA-HORA.				CM
Fecha y hora de firma.	FECHA-HORA.				CM
Datos del (de los) profesional/es responsable/s.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades. Podrán ir en el pie de página.	CM
● Nombre responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
● Servicio responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Unidad asistencial responsable.	TEXTO LIBRE.				R
● Área de gestión clínica.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA					
Datos de la institución emisora.				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de servicios.					R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos de contacto del centro.					CM
Dirección del centro.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	NÚMERO.				CM
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Dirección web.	URL.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PACIENTE					
Datos del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre.	TEXTO LIBRE.				CM
Primer apellido.	TEXTO LIBRE.				CM
Segundo apellido.	TEXTO LIBRE.				R
Fecha de nacimiento.	FECHA.				CM
Sexo.	TEXTO LIBRE.				CM
Identificadores del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Tipo de documento de identificación.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de documento.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS).	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Código de Identificación Personal Autonómico (CIP-AUT).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo).	TEXTO LIBRE.				R
Número de historia clínica.	TEXTO LIBRE.				R
Datos de contacto del paciente.					CM
<i>Domicilio.</i>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Portal.	TEXTO LIBRE.				R
o Piso.	TEXTO LIBRE.				R
o Letra.	TEXTO LIBRE.				R
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Teléfono móvil.	TEXTO LIBRE.				R
Otros teléfonos.	TEXTO LIBRE.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Centro de atención primaria.</i>					R
o Centro de atención primaria.	TEXTO CODIFICADO.	REGCESS.			R
o Teléfono.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
o Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
Datos sociales del paciente.					R
<i>Cuidador principal.</i>					R
o Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
o Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
o Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
<i>Tutor legal.</i>					R
o Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
o Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Contacto de emergencia.</i>					R
o Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
o Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
o Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL					
Datos del episodio.					CM
Procedencia.	TEXTO CODIFICADO.	CMBD.			R
Tipo de consulta.	TEXTO CODIFICADO.	CMBD.			R
Motivo de consulta.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.			CM
Motivo de alta.	TEXTO CODIFICADO.	CMBD.			CM
Antecedentes personales.				El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	CM
Enfermedades previas.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Enfermedad.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.			CM
• Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes neonatales.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes obstétricos.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes quirúrgicos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Procedimiento.	TEXTO CODIFICADO.	CIE PCS. SNOMED CT.			CM
• Edad en momento procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
• Fecha del procedimiento.	FECHA.				R
• Año del procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Dispositivos médicos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Dispositivo médico.	TEXTO CODIFICADO.	EMDN. SNOMED CT.			CM
• Fecha implantación.	FECHA.				R
• Fecha de retirada.	FECHA.				R
• Identificador del dispositivo.	TEXTO LIBRE.				R
Vacunaciones e inmunizaciones.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Vacuna/ Inmunización.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
• Fecha administración.	FECHA.				CM
• Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			R
• Lote.	TEXTO LIBRE.				R
Alergias e intolerancias.					CM
• Tipo de reacción.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIAdverseEventType.		CM
• Agente causal.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
• Manifestación clínica.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
• Gravedad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSISeverity.		R
• Criticidad.		eHDSI.	eHDSICriticality.		R
• Nivel de certeza.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICertainty.		R
• Estado.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIStatusCode.		R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Fecha de fin.	FECHA.				R
Hábitos tóxicos.					R
• Sustancia.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
• Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
• Edad de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Año de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Edad de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Año de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Patrón del consumo.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Hábitos no saludables.					R
● Hábito no saludable.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de fin.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de fin.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Situación funcional.</i>					R
● Escalas.					R
● Escala.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Resultado.	TEXTO LIBRE.				R
● Interpretación.	TEXTO LIBRE.				R
● Situación funcional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Antecedentes familiares.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
● Antecedente familiar.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			CM
● Grado de parentesco.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes sociales.					R
● Antecedente social.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Antecedentes profesionales.					R
● Antecedente profesional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Tratamiento previo al ingreso.					CM
Medicamentos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Fármaco.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Denominación del/los principio/s activo/s	CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis del medicamento.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM Nomenclátor.		El contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación Ej: 500 mg (por comprimido); 1mg/ml; 10mg/g	CM
● Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Nombre del medicamento	R
● Posología.	TEXTO LIBRE.			Ej: 1 comprimido cada 8 horas durante 1 mes	CM
Fórmulas magistrales.				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
● Fórmula magistral.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				R
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
● Frecuencia de las tomas.	TEXTO LIBRE.				R
Enfermedad actual.					CM
Historia actual.	TEXTO LIBRE.				CM
Exploración física.	TEXTO LIBRE.				CM
<i>Signos vitales.</i>				Se consignarán más variables si se estima oportuno.	R
○ Fecha y hora de registro.	FECHA-HORA.				R
○ Presión arterial sistólica.	TEXTO LIBRE.				R
○ Presión arterial diastólica.	TEXTO LIBRE.				R
○ Frecuencia cardiaca.	TEXTO LIBRE.				R
○ Frecuencia respiratoria.	TEXTO LIBRE.				R
○ Temperatura.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
○ Saturación O2.	TEXTO LIBRE.				R
○ Glucemia.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Pruebas complementarias.</i>					R
○ Pruebas de laboratorio.	TEXTO LIBRE.				R
○ Pruebas de imagen.	TEXTO LIBRE.				R
○ Otras pruebas.	TEXTO LIBRE.				R
Evolución y comentarios.	TEXTO LIBRE.				CM
Diagnóstico principal.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			CM
Otros diagnósticos.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.		Cardinalidad [0..n].	R
Procedimientos realizados.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE CPS.			CM
Tratamiento al alta.					CM
Tratamiento farmacológico.					CM
Medicamentos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
● Fármaco.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Denominación del/los principio/s activo/s	CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis del medicamento.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM Nomenclátor.		El contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación Ej: 500 mg (por comprimido); 1mg/ml; 10mg/g	CM
● Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Nombre del medicamento	R
● Posología.	TEXTO LIBRE.			Ej: 1 comprimido cada 8 horas durante 1 mes	CM
Fórmulas magistrales.				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
● Fórmula magistral.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
• Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
• Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
• Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
• Frecuencia de las tomas.	TEXTO LIBRE.				R
Vacunas individualizadas.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.		En este apartado se incluirán vacunas individualizadas antialérgicas	R
Tratamiento no farmacológico.	TEXTO LIBRE.			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
Plan de actuación.	TEXTO LIBRE.			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM»

Diez. El anexo V se sustituye por el siguiente:

«ANEXO V

Informe clínico de atención primaria

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento.	TEXTO LIBRE.	CMDIC.	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto.		CM
Fecha de inicio de periodo.	FECHA.			Fecha en la que se inicia el periodo de seguimiento referido en el informe.	R
Fecha de fin de periodo.	FECHA.			Fecha en la que finaliza el periodo de seguimiento referido en el informe.	R
Fecha y hora de firma.	FECHA-HORA.				CM
Datos del (de los) profesional/es responsable/s.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades. Podrán ir en el pie de página.	CM
• Nombre del profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
• Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
• Servicio responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
• Unidad asistencial responsable.	TEXTO LIBRE.				R
• Área de gestión clínica.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA					
Datos de la Institución emisora.				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Servicio de Salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de Servicios.					R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos de contacto del centro.					CM
Dirección del centro.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	NÚMERO.				CM
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Dirección Web.	URL.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PACIENTE					
Datos del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre.	TEXTO LIBRE.				CM
Primer apellido.	TEXTO LIBRE.				CM
Segundo apellido.	TEXTO LIBRE.				R
Fecha de nacimiento.	FECHA.				CM
Sexo.	TEXTO LIBRE.				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Identificadores del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Tipo de documento de identificación.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de documento.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS).	TEXTO LIBRE.				R
Código de Identificación Personal Autonómico (CIP-AUT).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS).	TEXTO LIBRE.				CM
CIP-europeo.	TEXTO LIBRE.				R
Historia clínica.	TEXTO LIBRE.				R
Datos del contacto del paciente.					CM
<i>Domicilio.</i>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Número de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Portal.	TEXTO LIBRE.				R
○ Piso.	TEXTO LIBRE.				R
○ Letra.	TEXTO LIBRE.				R
○ Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
○ País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Teléfono móvil.	TEXTO LIBRE.				R
Otros teléfonos.	TEXTO LIBRE.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Centro de Atención Primaria.</i>					R
● Centro de Atención Primaria.	TEXTO CODIFICADO.	REGCESS.			R
● Teléfono.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
● Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Datos sociales del paciente.					
<i>Cuidador principal.</i>					R
○ Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
○ Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
<i>Tutor legal.</i>					R
○ Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				R
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Contacto de emergencia.</i>					R
● Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				CM
● Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
● Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL					
Datos del episodio.					CM
Motivo de consulta.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE 10 ES.			CM
Antecedentes personales.				Se consignará sólo la información que se considere necesaria para el informe. El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	CM
Enfermedades previas.					CM
● Enfermedad.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.			CM
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes neonatales.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.			R
Antecedentes obstétricos.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.			R
Antecedentes quirúrgicos.					CM
● Procedimiento.	TEXTO CODIFICADO.	CIE PCS. SNOMED CT.			CM
● Edad en momento procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
● Fecha del procedimiento.	FECHA.				R
● Año del procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
Dispositivos médicos.					CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
• Dispositivo médico.	TEXTO CODIFICADO.	EMDN. SNOMED CT.			CM
• Fecha implantación.	FECHA.				R
• Fecha de retirada.	FECHA.				R
• Identificador del dispositivo.	TEXTO LIBRE.				R
Vacunaciones e inmunizaciones.					CM
• Vacuna/Inmunización.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
• Fecha administración.	FECHA.				CM
• Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			R
• Lote.	TEXTO LIBRE.				R
Alergias e intolerancias.					CM
• Tipo de reacción.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIAdverseEventType.		CM
• Agente causal.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
• Manifestación clínica.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
• Gravedad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSISeverity.		R
• Criticidad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICriticality.		R
• Nivel de certeza.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICertainty.		R
• Estado.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIStatusCode.		R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Fecha de fin.	FECHA.				R
Hábitos tóxicos.					R
• Sustancia.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
• Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
• Edad de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Año de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Edad de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Año de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
• Patrón del consumo.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Hábitos no saludables.					R
● Hábito no saludable.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de fin.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de fin.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Situación funcional.</i>					R
● Escalas.					R
● Escala.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Resultado.	TEXTO LIBRE.				R
● Interpretación.	TEXTO LIBRE.				R
● Situación funcional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Antecedentes familiares.					R
● Antecedente familiar.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
● Grado de parentesco.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes sociales.					R
● Antecedente social.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Antecedentes profesionales.					R
● Antecedente profesional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Enfermedad actual.					R
Exploración física.	TEXTO LIBRE.				R
Hallazgos.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Signos vitales.</i>				Se podrán añadir más variables si se estima oportuno.	R
○ Presión arterial sistólica.	TEXTO LIBRE.				R
○ Presión arterial diastólica.	TEXTO LIBRE.				R
○ Frecuencia cardíaca.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
○ Frecuencia respiratoria.	TEXTO LIBRE.				R
○ Temperatura.	TEXTO LIBRE.				R
○ Saturación O2.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Pruebas complementarias.</i>					R
○ Resumen pruebas complementarias.	TEXTO LIBRE.				R
○ Pruebas de laboratorio.	TEXTO LIBRE.				R
○ Pruebas de imagen.	TEXTO LIBRE.				R
○ Otras pruebas.	TEXTO LIBRE.				R
Evolución y comentarios.	TEXTO LIBRE.				R
Resumen de episodios atendidos.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE. CIAP.			R
Diagnósticos.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE. CIAP.			R
Procedimientos realizados.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
<i>Tratamiento y recomendaciones.</i>					
Medicamentos.				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
● Fármaco.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Denominación del/los principio/s activo/s .	CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				CM
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis del medicamento.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM Nomenclátor.		El contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación Ej: 500 mg (por comprimido); 1mg/ml; 10mg/g .	R
● Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Posología.	TEXTO LIBRE.			Ej: 1 comprimido cada 8 horas durante 1 mes.	CM
Fórmulas magistrales.				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
● Fórmula magistral.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
• Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				R
• Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
• Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
• Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
• Frecuencia de las tomas.	TEXTO LIBRE.				R
Tratamiento no farmacológico.	TEXTO LIBRE.				CM
Recomendaciones.	TEXTO LIBRE.				CM»

Once. El anexo VI se sustituye por el siguiente:

«ANEXO VI

Informe de resultados de pruebas de laboratorio

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento.	TEXTO LIBRE.	CMDIC.	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto.		CM
Número de petición.	TEXTO LIBRE.				CM
Fecha y hora de petición.	FECHA-HORA.				R
Fecha y hora de firma.	FECHA-HORA.				CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA					
Datos de la institución emisora.				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de servicios.					R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos de contacto del centro.					CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Dirección del centro.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	NÚMERO.				CM
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Dirección web.	URL.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PACIENTE					
Datos del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre.	TEXTO LIBRE.				CM
Primer apellido.	TEXTO LIBRE.				CM
Segundo apellido.	TEXTO LIBRE.				R
Fecha de nacimiento.	FECHA.				CM
Sexo.	TEXTO LIBRE.				CM
Identificadores del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Tipo de documento de identificación.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de documento.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS).	TEXTO LIBRE.				R
Código de Identificación Personal Autonómico (CIP-AUT).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo).	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Número de historia clínica.	TEXTO LIBRE.				R
Datos de contacto del paciente.					CM
Domicilio.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Portal.	TEXTO LIBRE.				R
o Piso.	TEXTO LIBRE.				R
o Letra.	TEXTO LIBRE.				R
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Teléfono móvil.	TEXTO LIBRE.				R
Otros teléfonos.	TEXTO LIBRE.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Centro de atención primaria.					R
o Centro de atención primaria.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
o Teléfono.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
o Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
DATOS DEL SOLICITANTE					
Datos de la institución solicitante.				Aplicando el criterio de legibilidad del informe, no se duplicará información. Por ejemplo, en el caso de que la institución solicitante sea la misma que la emisora, podrá obviarse aunque esté marcada como CM.	CM
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de servicios.					R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos del solicitante.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades.	CM
● Nombre del profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
● Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
● Servicio solicitante.	TEXTO LIBRE.				CM
● Unidad solicitante.	TEXTO LIBRE.				R
● Área de gestión clínica.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL					
Datos de la muestra.					CM
● Fecha y hora de toma de la muestra.	FECHA-HORA.				CM
● Número de muestra.	TEXTO LIBRE.				CM
● Tipo de muestra.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. LOINC.			CM
● Comentario.	TEXTO LIBRE.			Se refiere a posibles comentarios generales sobre la muestra.	R
Nombre de sección/ laboratorio/unidad.	TEXTO LIBRE.				CM
Resultados de la muestra.				Se utilizarán los campos pertinentes dependiente del tipo de muestra.	CM
● Determinación.	TEXTO CODIFICADO.	LOINC.			CM
● Resultado.	TEXTO LIBRE.				R
● Unidades.	TEXTO CODIFICADO.	UCUM.			R
● Rango.	TEXTO LIBRE.				R
● Interpretación.	TEXTO CODIFICADO.	HL7.	AbnormalFlags.		R
● Técnica.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Descripción.	TEXTO LIBRE.				R
● Conclusión.	TEXTO LIBRE.				R
● Comentarios.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Datos del (de los) profesional/es responsable/s.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades. Podrán ir en el pie de página.	CM
● Nombre responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
● Servicio responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Unidad asistencial responsable.	TEXTO LIBRE.				R
● Área de gestión clínica.	TEXTO LIBRE.				R
● Fecha y hora de firma.	FECHA-HORA.				CM»

Doce. El anexo VII se sustituye por el siguiente:

«ANEXO VII

Informe de resultados de pruebas de imagen

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento.	TEXTO LIBRE.	CMDIC.	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto.		CM
Fecha y hora de petición.	FECHA-HORA.				R
Fecha y hora de firma.	FECHA-HORA.				CM
Datos del (de los) profesional/es responsable/s.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades. Podrán ir en el pie de página.	CM
● Nombre responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
● Servicio responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Unidad asistencial responsable.	TEXTO LIBRE.				R
● Área de gestión clínica.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA					
Datos de la institución emisora.				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de servicios.					R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos de contacto del centro.					CM
<i>Dirección del centro.</i>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	NÚMERO.				CM
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Dirección web.	URL.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PACIENTE					
Datos del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	
Nombre.	TEXTO LIBRE.				CM
Primer apellido.	TEXTO LIBRE.				CM
Segundo apellido.	TEXTO LIBRE.				R
Fecha de nacimiento.	FECHA.				CM
Sexo.	TEXTO LIBRE.				CM
Identificadores del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	
Tipo de documento de identificación.	TEXTO LIBRE.				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Número de documento.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS).	TEXTO LIBRE.				R
Código de Identificación Personal Autónomo (CIP-AUT).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo).	TEXTO LIBRE.				R
Número de historia clínica.	TEXTO LIBRE.				R
Datos de contacto del paciente.					CM
Domicilio.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Número de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Portal.	TEXTO LIBRE.				R
○ Piso.	TEXTO LIBRE.				R
○ Letra.	TEXTO LIBRE.				R
○ Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
○ País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Teléfono móvil.	TEXTO LIBRE.				R
Otros teléfonos.	TEXTO LIBRE.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Centro de atención primaria.</i>					R
○ Centro de atención primaria.	TEXTO CODIFICADO.	REGCESS.			R
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
○ Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL SOLICITANTE					
Datos de la institución solicitante.				Aplicando el criterio de legibilidad del informe, no se duplicará información. Por ejemplo, en el caso de que la institución solicitante sea la misma que la emisora, podrá obviarse, aunque esté marcada como CM.	CM
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de servicios.					R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos del solicitante.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades.	CM
● Nombre del responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
● Servicio solicitante.	TEXTO LIBRE.				CM
● Unidad solicitante.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL					
Información clínica.	TEXTO LIBRE.				CM
Exploración realizada.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. SERAM. SEMNUM.		La opción preferente es consignar información codificada, pero se aceptará excepcionalmente el uso de texto libre bajo circunstancias convenientemente justificadas. Se consignarán tantas exploraciones como sea necesario. En caso de haber más de una, la etiqueta de la variable será «Exploraciones realizadas». Cardinalidad [1..n].	CM
Fecha y hora de exploración.	FECHA-HORA.				CM
Descripción de la exploración.	TEXTO LIBRE.			Se consignarán los detalles relevantes de la exploración, incluyendo posibles complicaciones durante el procedimiento.	R
Datos dosimétricos.	TEXTO LIBRE.	SEFM.			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Trazabilidad de productos radioactivos utilizados.	TEXTO LIBRE.				R
Hallazgos.	TEXTO LIBRE.				CM
Diagnósticos.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.		La opción preferente es consignar información codificada, pero se aceptará excepcionalmente el uso de texto libre bajo circunstancias convenientemente justificadas. Se consignarán tantos diagnósticos como sea necesario. Cardinalidad [1..n].	CM
Recomendaciones.	TEXTO LIBRE.				R
Imágenes relevantes.	IMAGEN.			Cardinalidad [0..n].	R»

Trece. El anexo VIII se sustituye por el siguiente:

«ANEXO VIII

Informe de resultados de otras pruebas diagnósticas

Variable	Formato	Terminologías / Clasificaciones / Catálogos	Valores / Conjuntos de referencia	Comentarios	CM / R
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento.	TEXTO LIBRE.	CMDIC.	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto.		CM
Fecha y hora de petición.	FECHA-HORA.				R
Fecha y hora de firma.	FECHA-HORA.				CM
Datos del (de los) profesional/es responsable/s.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Podrán ir en el pie de página. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades.	CM
● Nombre responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
● Servicio responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Unidad asistencial responsable.	TEXTO LIBRE.				R
● Área de gestión clínica.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA					
Datos de la institución emisora.				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM

Variable	Formato	Terminologías / Clasificaciones / Catálogos	Valores / Conjuntos de referencia	Comentarios	CM / R
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Proveedor de servicios.					R
Denominación del proveedor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo proveedor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos de contacto del centro.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
Dirección del centro.					CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	NÚMERO.				CM
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Dirección web.	URL.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PACIENTE					
Datos del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre.	TEXTO LIBRE.				CM
Primer apellido.	TEXTO LIBRE.				CM
Segundo apellido.	TEXTO LIBRE.				R
Fecha de nacimiento.	DATE.				CM
Sexo.	TEXTO LIBRE.				CM
Identificadores del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM

Variable	Formato	Terminologías / Clasificaciones / Catálogos	Valores / Conjuntos de referencia	Comentarios	CM / R
Tipo de documento de identificación.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de documento.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS).	TEXTO LIBRE.				R
Código de Identificación Personal Autónomo (CIP-AUT).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo).	TEXTO LIBRE.				R
Número de historia clínica.	TEXTO LIBRE.				R
Datos de contacto del paciente.					CM
Domicilio.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Portal.	TEXTO LIBRE.				R
o Piso.	TEXTO LIBRE.				R
o Letra.	TEXTO LIBRE.				R
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Teléfono móvil.	TEXTO LIBRE.				R
Otros teléfonos.	TEXTO LIBRE.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Centro de atención primaria.</i>					R
o Centro de atención primaria.	TEXTO CODIFICADO.	REGCESS.			R
o Teléfono.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R
o Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			R

Variable	Formato	Terminologías / Clasificaciones / Catálogos	Valores / Conjuntos de referencia	Comentarios	CM / R
DATOS DEL SOLICITANTE					
Datos de la institución solicitante.				Aplicando el criterio de legibilidad del informe, no se duplicará información. Por ejemplo, en el caso de que la institución solicitante sea la misma que la emisora, podrá obviarse, aunque esté marcada como CM.	CM
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de servicios.					R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Datos del solicitante.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades.	CM
● Nombre del responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
● Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
● Servicio solicitante.	TEXTO LIBRE.				CM
● Unidad solicitante.	TEXTO LIBRE.				R
● Área de gestión sanitaria.	TEXTO LIBRE.				
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL					
Información clínica de la solicitud.	TEXTO LIBRE.				CM
Procedimiento realizado.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE PCS. SERAM. SEMNUM.		La opción preferente es consignar información codificada, pero se aceptará excepcionalmente el uso de texto libre bajo circunstancias convenientemente justificadas. Se consignarán tantos procedimientos como sea necesario. En caso de haber más de uno, la etiqueta de la variable será «Procedimientos realizados». Cardinalidad [1..n].	CM
Fecha y hora del procedimiento.	FECHA-HORA.				CM

Variable	Formato	Terminologías / Clasificaciones / Catálogos	Valores / Conjuntos de referencia	Comentarios	CM / R
Descripción del procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
Hallazgos.	TEXTO LIBRE.				CM
Diagnósticos.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.		La opción preferente es consignar información codificada, pero se aceptará excepcionalmente el uso de texto libre bajo circunstancias convenientemente justificadas. Se consignarán tantos diagnósticos como sea necesario. Cardinalidad [1..n].	CM
Recomendaciones.	TEXTO LIBRE.				R
Informe complementario.	ARCHIVO.			Se incluirán documentos que por su naturaleza incluyan información relevante que no pueda incorporarse en las secciones previas. Se establecerán los mecanismos oportunos para que el acceso al mismo sea lo más sencillo posible. Estos mecanismos se valorarán en las auditorías realizadas por el Ministerio de Sanidad.	R
Imágenes relevantes.	IMAGEN.			Cardinalidad [0..n].	R»

Catorce. El anexo IX se sustituye por el siguiente:

«ANEXO IX

Informe de cuidados de enfermería

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento.	TEXTO LIBRE.	CMDIC.	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto.		CM
Fecha y hora de firma.	FECHA-HORA.				CM
Fecha y hora de valoración.	FECHA-HORA.				CM
Datos del (de los) profesional/es responsable/s.				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades. Podrán ir en el pie de página.	CM
• Nombre responsable.	TEXTO LIBRE.				CM
• Categoría profesional.	TEXTO LIBRE.				CM
• Servicio responsable.	TEXTO LIBRE.				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Unidad asistencial responsable.	TEXTO LIBRE.				R
● Área de gestión clínica.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA					
Datos de la institución emisora.				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.			CM
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM
Provisor de servicios.					R
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo provisor de servicios.	IMAGEN.				R
Centro.					CM
Denominación del centro.	TEXTO CODIFICADO.	REGCESS.			CM
Datos de contacto del centro.					CM
Dirección del centro.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Número de la vía.	NÚMERO.				CM
○ Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
○ País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Dirección web.	URL.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
DATOS DEL PACIENTE					
Datos del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre.	TEXTO LIBRE.				CM
Primer apellido.	TEXTO LIBRE.				CM
Segundo apellido.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Fecha de nacimiento.	FECHA.				CM
Sexo.	TEXTO LIBRE.				CM
Identificadores del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	
Tipo de documento de identificación.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de documento.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS).	TEXTO LIBRE.				R
Código de Identificación Personal Autonómico (CIP-AUT).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo).	TEXTO LIBRE.				R
Número de historia clínica.	TEXTO LIBRE.				R
Datos de contacto del paciente.					CM
Domicilio.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	NÚMERO.				CM
o Portal.	TEXTO LIBRE.				R
o Piso.	TEXTO LIBRE.				R
o Letra.	TEXTO LIBRE.				R
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM
o País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Teléfono móvil.	TEXTO LIBRE.				R
Otros teléfonos.	TEXTO LIBRE.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Centro de atención primaria.</i>					R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
○ Centro de atención primaria.	TEXTO CODIFICADO.	REGCESS.			R
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
○ Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Datos sociales del paciente.					R
Cuidador principal.					R
○ Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
○ Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
<i>Tutor legal.</i>					R
○ Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Contacto de emergencia.</i>					R
● Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				CM
● Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
● Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL					
Datos del episodio.					CM
Fecha y hora de valoración de enfermería.	FECHA-HORA.				CM
Causas que generan la actuación enfermera.	TEXTO LIBRE.				CM
Motivo de alta.	TEXTO LIBRE.				R
Fecha y hora de alta.	FECHA-HORA.				R
Antecedentes personales.				El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	CM
Enfermedades previas.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
● Enfermedad.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.			CM
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes neonatales.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Antecedentes obstétricos.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes quirúrgicos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
● Procedimiento.	TEXTO CODIFICADO.	CIE PCS. SNOMED CT.			CM
● Edad en momento procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
● Fecha del procedimiento.	FECHA.				R
● Año del procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
Vacunaciones e inmunizaciones.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
● Vacuna/ Inmunización.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
● Fecha administración.	FECHA.				CM
● Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			R
● Lote.	TEXTO LIBRE.				R
Alergias e intolerancias.					CM
● Tipo de reacción.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIAdverseEventType.		CM
● Agente causal.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
● Manifestación clínica.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
● Gravedad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSISeverity.		R
● Criticidad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICriticality.		R
● Nivel de certeza.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICertainty.		R
● Estado.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIStatusCode.		R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Hábitos tóxicos.					R
● Sustancia.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Año de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Patrón del consumo.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Hábitos no saludables.					R
● Hábito no saludable.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de fin.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de fin.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Situación funcional.</i>					R
● Escalas.					R
● Escala.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
● Resultado.	TEXTO LIBRE.				CM
● Interpretación.	TEXTO LIBRE.				R
● Situación funcional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Antecedentes familiares.					CM
Antecedentes familiares.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
● Antecedente familiar.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			CM
● Grado de parentesco.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes sociales.					R
Antecedentes sociales.					R
● Antecedente social.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Antecedentes profesionales.					R
Antecedentes profesionales.					R
● Antecedente profesional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Tratamiento previo al ingreso.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
Medicamentos.					R
● Fármaco.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Denominación del/los principio/s activo/s	CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis.	TEXTO LIBRE.	EDQM Nomenclátor.		El contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación Ej: 500 mg (por comprimido); 1mg/ml; 10mg/g	CM
● Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Nombre del medicamento	R
● Posología.	TEXTO LIBRE.			Ej: 1 comprimido cada 8 horas durante 1 mes	CM
Fórmulas magistrales.					R
● Fórmula magistral.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis.	TEXTO LIBRE.				CM
● Frecuencia de las tomas.	TEXTO LIBRE.				CM
Valoración de Enfermería.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
Protocolos asistenciales en los que está incluido.	TEXTO LIBRE.				R
Modelo de referencia utilizado.	TEXTO LIBRE.				CM
Datos destacables de la valoración.	TEXTO LIBRE.				CM
Cuidados.					CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Diagnósticos de Enfermería activos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
● Diagnóstico de Enfermería activo.	TEXTO CODIFICADO.	NANDA. SNOMED CT.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
Resultados de Enfermería.				Puede haber varios resultados anidados por diagnóstico.	R
● Resultado de enfermería.	TEXTO CODIFICADO.	NOC. SNOMED CT.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
Intervenciones de Enfermería.				Puede haber varios resultados anidados por resultado.	R
● Intervención de Enfermería.	TEXTO CODIFICADO.	NIC. SNOMED CT.			R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
Intervenciones de Enfermería no vinculadas a diagnóstico.	TEXTO CODIFICADO.	NIC. SNOMED CT.			R
Recomendaciones de cuidados enfermeros e información complementaria.	TEXTO LIBRE.				R»

Quince. Se añade un anexo X:

«ANEXO X

Historia clínica resumida

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL DOCUMENTO					
Tipo de documento.	TEXTO LIBRE.	CMDIC.	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto.		CM
Fecha y hora del informe.	FECHA-HORA.				CM
Fecha y hora de actualización.	FECHA-HORA.				CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA.					
Servicio de salud.	TEXTO LIBRE.	REGCESS.		Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Denominación del provisor de servicios.	TEXTO LIBRE.				R
Logo del servicio de salud.	IMAGEN.				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
DATOS DEL PACIENTE					
Datos del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre.	TEXTO LIBRE.				CM
Primer apellido.	TEXTO LIBRE.				CM
Segundo apellido.	TEXTO LIBRE.				R
Fecha de nacimiento.	FECHA.				CM
Sexo.	TEXTO LIBRE.				CM
Identificadores del paciente.				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Tipo de documento de identificación.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de documento.	TEXTO LIBRE.				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS).	TEXTO LIBRE.				R
Código de Identificación Personal Autonómico (CIP-AUT).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS).	TEXTO LIBRE.				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo).	TEXTO LIBRE.				R
Número de historia clínica.	TEXTO LIBRE.				R
Datos del contacto del paciente.					CM
Domicilio.				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
o Tipo de vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Nombre de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Número de la vía.	TEXTO LIBRE.				CM
o Portal.	TEXTO LIBRE.				R
o Piso.	TEXTO LIBRE.				R
o Letra.	TEXTO LIBRE.				R
o Código postal.	TEXTO LIBRE.				CM
o Municipio.	TEXTO LIBRE.				CM
o Provincia.	TEXTO LIBRE.				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
○ País.	TEXTO CODIFICADO.	ISO 3166-1.			CM
Teléfono móvil.	TEXTO LIBRE.				R
Otros teléfonos.	TEXTO LIBRE.				R
Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Centro de atención primaria.</i>					
○ Centro de atención primaria.	TEXTO CODIFICADO.	REGCESS.			R
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
○ Correo electrónico.	TEXTO LIBRE.				R
Datos sociales del paciente.					
<i>Cuidador principal.</i>					
○ Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
○ Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
<i>Tutor legal.</i>					
○ Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				CM
○ Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Contacto de emergencia.</i>					
● Nombre y apellidos.	TEXTO LIBRE.				CM
● Teléfono.	TEXTO LIBRE.				R
● Relación con el paciente.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE					
DATOS CLÍNICOS GENERALES					
¿Está incluido en protocolo de investigación clínica?.	BOOLEANO.				CM
¿Existe documento de instrucciones previas?.	BOOLEANO.				CM
Alertas.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT. CIAP.		Una alerta es una llamada especial de atención o señal de alarma sobre un problema de salud u otra circunstancia del paciente que, de no ser tenida en cuenta, puede provocarle consecuencias negativas importantes ⁽¹⁾ . El campo es obligatorio. En caso de no contener información, se deberá consignar un valor nulo (NullFlavor).	CM
Antecedentes personales.				El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Enfermedades previas.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Enfermedad.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.			CM
• Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes neonatales.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes obstétricos.	TEXTO CODIFICADO.	CIE. SNOMED CT.		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes quirúrgicos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Procedimiento.	TEXTO CODIFICADO.	CIE PCS. SNOMED CT.			CM
• Edad en momento procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
• Fecha del procedimiento.	FECHA.				R
• Año del procedimiento.	TEXTO LIBRE.				R
Dispositivos médicos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Dispositivo médico.	TEXTO CODIFICADO.	EMDN. SNOMED CT.			CM
• Fecha implantación.	FECHA.				R
• Fecha de retirada.	FECHA.				R
• Identificador del dispositivo.	TEXTO LIBRE.				R
Vacunaciones e inmunizaciones.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Vacuna/Inmunización.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
• Fecha administración.	FECHA.				CM
• Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor. SNOMED CT.			R
• Lote.	TEXTO LIBRE.				R
Alergias e intolerancias.					CM
• Tipo de reacción.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIAdverseEventTyp.		CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
● Agente causal.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
● Manifestación clínica.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
● Gravedad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSISeverity.		R
● Criticidad.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICriticality.		R
● Nivel de certeza.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSICertainty.		R
● Estado.	TEXTO CODIFICADO.	eHDSI.	eHDSIStatusCode.		R
● Fecha de inicio.	FECHA.				R
● Fecha de fin.	FECHA.				R
Hábitos tóxicos.					R
● Sustancia.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de inicio del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de fin del consumo.	TEXTO LIBRE.				R
● Patrón del consumo.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
Hábitos no saludables.					R
● Hábito no saludable.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
● Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
● Edad de fin.	TEXTO LIBRE.				R
● Año de fin.	TEXTO LIBRE.				R
<i>Situación funcional.</i>					R
● Escalas.					R
○ Escala.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
○ Resultado.	TEXTO LIBRE.				R
○ Interpretación.	TEXTO LIBRE.				R
● Situación funcional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Antecedentes familiares.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Antecedente familiar.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			CM
• Grado de parentesco.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			CM
• Edad de inicio.	TEXTO LIBRE.				R
Antecedentes sociales.					R
• Antecedente social.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT.			R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Fecha de fin.	FECHA.				R
Antecedentes profesionales.					R
• Antecedente profesional.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE.			R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
• Fecha de fin.	FECHA.				R
Problemas de salud activos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Problema de salud activo.	TEXTO CODIFICADO.	SNOMED CT. CIE. CIAP.			CM
• Fecha de inicio.	FECHA.				CM
Cuidados.					CM
Diagnósticos de Enfermería activos.				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Diagnóstico de Enfermería activo.	TEXTO CODIFICADO.	NANDA. SNOMED CT.			R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
Resultados de Enfermería.					R
• Resultado de enfermería.	TEXTO CODIFICADO.	NOC. SNOMED CT.			R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
Intervenciones de Enfermería.					R
• Intervención de Enfermería.	TEXTO CODIFICADO.	NIC. SNOMED CT.			R
• Fecha de inicio.	FECHA.				R
Intervenciones de Enfermería no vinculadas a diagnóstico.	TEXTO CODIFICADO.	NIC. SNOMED CT.			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Recomendaciones de cuidados enfermeros.	TEXTO LIBRE.				R
Tratamiento y recomendaciones.					CM
Tratamiento farmacológico.					CM
Medicamentos.					CM
				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
● Fármaco.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.		Denominación del/los principio/s activo/s .	CM
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				CM
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis del medicamento.	TEXTO CODIFICADO.	EDQM Nomenclátor.		El contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación Ej: 500 mg (por comprimido); 1mg/ml; 10mg/g .	CM
● Nombre comercial.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Posología.	TEXTO LIBRE.			Ej: 1 comprimido cada 8 horas durante 1 mes.	CM
Fórmulas magistrales.					R
				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
● Fórmula magistral.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Fecha inicio tratamiento.	FECHA.				R
● Fecha fin de tratamiento.	FECHA.				R
● Vía de administración.	TEXTO CODIFICADO.	Nomenclátor.			R
● Dosis.	TEXTO LIBRE.				R
● Frecuencia de las tomas.	TEXTO LIBRE.				R
Tratamiento no farmacológico.	TEXTO LIBRE.			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM/R
Recomendaciones.	TEXTO LIBRE.			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM

⁽¹⁾ Historia clínica digital. Conceptos comunes y definiciones. Enfoque desde la Atención Primaria. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/HCE.ConceptosyDefiniciones.pdf>

Disposición transitoria primera. *Plazo de adaptación de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud al presente real decreto.*

En el plazo de veinticuatro meses a partir de la entrada en vigor del presente real decreto, los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud deberán ser conformes a lo establecido en él.

Disposición transitoria segunda. *Evaluación de conformidad de los modelos existentes.*

Sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición transitoria primera, los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud que, a la entrada en vigor del presente real decreto, se encuentren en fase de desarrollo conforme a los modelos hasta entonces aplicables podrán ser validados por el Ministerio de Sanidad.

Disposición final única. *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 4 de julio de 2023.

FELIPE R.

El Ministro de Sanidad,
JOSÉ MANUEL MIÑONES CONDE