

**SISTEMA DE INFORMACION PARA EL MANEJO DEL
HISTORIAL CLINICO DE LA POLICLINICA MAFESALUD IPS.
DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**JENNY ARZA HERRERA
ELKIN BARRETO RIVAS
HENDER RODADO SANTANA
ANA SARABIA TORRES**

**PRESENTADO AL INGENIERO:
RICARDO MARIN**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
BARRANQUILLA ATLANTICO**

NOTA DE ACEPTACION

ASESOR

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

BARRANQUILLA, 16 DE JUNIO DE 2005

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. Planteamiento del problema	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Sistematización del problema	5
2. Justificación	6
2.1 Importancia teórica	6
2.2 Importancia practica	6
3. Objetivos	8
3.1 Objetivo general	8
3.2 Objetivo especifico	8
4. Marco de referencia	9
4.1 Marco teórico	9
4.2 Marco conceptual	37
4.3 Marco legal	45
4.3.1 La ley 100	45
5. Metodología	60
5.1 Método de investigación	60
5.2 Tipo de investigación	60

5.3 Cronograma	62
• 6. Ingeniería de requisitos	64
6.1 Descripción del sistema actual	64
6.2 Modelo de procesos del sistema actual	66
6.3 Identificación de requisitos	68
6.4 Análisis de requisitos	69
6.5 Especificación de requisitos	70
• 7. Ingeniería de información	71
7.1 Misión.	71
7.2 Visión	71
7.3 Historia	72
7.4 Políticas	73
7.5 Organigrama	75
8. Descripción de las tablas	76
8.2 Diagrama de flujo de datos	93
8.3 Diagrama entidad relación	100
8.4 Diagrama relacional	104
8.5 Diccionario de datos	105
Diseño del sistema actual	120
BIBLIOGRAFIA	



INTRODUCCION

Es primordial para la policlínica Mafesalud brindar un confortable servicio a todos sus afiliados a través de su moderna instalación ya que su principal objetivo es ofrecer un servicio oportuno, eficiente, con calor humano, seriedad y dedicación, asegurándole calidad en todo lo prestado.

Es por ello que con el avance tecnológico que condiciona la atención de la salud, en los últimos tiempos ha adquirido una gran importancia por lo cual nosotros como Ingenieros de Sistemas tenemos como tarea mejorar la eficiencia y la efectividad de los procesos en el momento de diligenciar el historial clínico de la Policlínica MAFESALUD.

Por medio de este proyecto podremos conocer la información necesaria para la creación de un Sistema de Información capaz de capturar todo lo relacionado con el paciente con el fin de brindar una solución óptima al problema por el cual atraviesa esta institución.

Conociendo las dificultades por las que atraviesan algunas Policlínicas en factores tales como la elaboración de Historias clínicas se ha decidido diseñar e implementar un Sistema de Información para la Policlínica MAFESALUD la cual brindara a sus

usuarios información sobre los datos, características y demás información de fácil acceso y garantizando integridad en sus datos.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

MAFESALUD IPS institución prestadora de salud(IPS), es una institución prestadora de servicios de salud en el marco de la ley 100 de 1993. Creada el 8 de noviembre de 2002, con un establecimiento privado, con autonomía administrativa y patrimonio propio, para brindar una atención adecuada en salud para los usuarios, bajo la escritura publica N° 5463 del 8 de noviembre del 2002, otorgada por la notaria única de soledad e inscrita en la cámara de comercio el 12 de noviembre del 2002 con el N° 101763.

Mafesalud se encuentra ubicada en la calle 49 N° 3sur 21 Barranquilla, la cual es moderna y confortable, cumple con todos los parámetros de la ley para contribuir a la satisfacción y buena atención de los usuarios adscritos a esta institución, la cual redundara en el beneficio de las empresas contratantes y adicionalmente por los valores agregados que esta empresa ofrece.

Esta institución(Mafesalud), en sus comienzos funcionaba como un centro de salud, la cual desde hace pocos años decidieron convertirla en una IPS.

En la actualidad cuenta con una sola planta pero se están haciendo gestiones para levantar una segunda planta debido a la gran demanda de pacientes que hay que atender.

Los servicios que ofrece esta institución y de la cual gozan muchas personas actualmente son: medicina general y odontología y se tiene previsto que en la segunda planta se pondrán a disposición de los usuarios servicios de laboratorio clínico y ecografías entre otros.

Todas estas reestructuraciones que se vienen haciendo es debido a la gran demanda de pacientes ya que cuenta con un contrato de 10.000 personas establecido por el ministerio de salud.

Con el cual se deben atender cien personas por día, cincuenta en la mañana y cincuenta en la tarde debido a que no se presta el servicio las 24 horas.

Los archivos centrales de historias clínicas (ACHC), de la policlínica Mafesalud se encuentran actualmente al con el problema del espacio debido al creciente número de historias clínicas y el incremento de documentos que componen las mismas; se estima un promedio de 260 historias clínicas de pacientes afiliados.

En esta IPS el proceso de hacer las historias clínicas resulta un poco ineficiente e insegura en cuanto a que se hace de forma manual y se archivan en un lugar donde con el paso del tiempo pueden deteriorarse fácilmente.

Este lo viene haciendo de la siguiente forma:

Cuando el paciente llega primero lo atienden en recepción y le hacen una factura el paciente recibe una copia para entregársela al médico y este proceda a atenderlo, después de hacerlo gestiona el formulario del historial clínico colocando el número de la cédula ciudadanía si el paciente es mayor de edad, en caso contrario el número de la tarjeta de identidad pero si es un niño que no tiene tarjeta de identidad se le coloca el número del registro civil de nacimiento. Como cada médico posee un código este lo debe registrar en la historia para identificar por quien fue atendido el paciente, entre otros datos que lleva esta.

Si el paciente llega a esta institución por segunda vez se hacen los procedimientos anteriormente mencionados y se le anexa una hoja de evolución a la historia; cuando al paciente se le requiere hacer exámenes clínicos o especializados estos son remitidos a otros centros con los cuales esta IPS tiene convenios; estos exámenes también son anexados en la historia clínica.

Las únicas personas que pueden tener acceso a las historias clínicas son los médicos y

las enfermeras; si un paciente que esta adscrito a esta IPS fallece o se retira de esta institución y algún familiar desea obtener su historia se le dará.

Mediante consultas que se le han hecho a algunos usuarios sobre la forma que se viene llevando el diligenciamiento del historial clínico todos coinciden que no es la mejor, consideran que se debería implementar una herramienta informática que pudiera hacer de forma más rápida y segura esta tarea ya que el medico nada mas dispone de un lapso de 20 minutos para atender a un paciente.

Con los datos obtenidos de la comunidad y pacientes de esta IPS (Mafesalud) se considera que el mal manejo y la desorganización es el principal problema de esta entidad, debido a que no cuentan con un software que pueda almacenar los datos de las historias clínicas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿DE QUE MANERA SE PODRA FACILITAR EL MANEJO DEL HISTORIAL CLINICO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS EN LA POLICINICA MAFESALUD IPS ?

1.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿ Cómo se puede mejorar el almacenamiento de la información personal del paciente contenida en su historia clínica?
2. ¿De qué forma se podrá agilizar el proceso de consulta del historial clínico y brindar información adecuada respecto al mismo?
3. ¿Cómo se puede extraer y agregar información acerca de los pacientes con que cuenta la Policlínica Mafesalud?
4. ¿Cómo se puede facilitar el proceso de diligenciamiento del historial clínico?



2. JUSTIFICACIÓN

2.1 IMPORTANCIA TEORICA.

Con motivo del avance normativo en el ámbito de la salud, se hace necesario buscar alternativas que garanticen pautas claras para la comprensión de los actos médicos.

Con el avance tecnológico que condiciona la atención de la salud, por lo que resulta sumamente necesario la aplicación de normas claras que garanticen la prueba de los datos, la confidencialidad de los actos médicos y la integridad y disponibilidad del contenido de la Historia clínica.

En la policlínica Mafesa un gran vacío en lo pertinente a historias clínicas, siendo necesario adoptar criterios generales para la optimización del contenido de los antecedentes del paciente y de la prueba del acto médico, ya que la historia clínica es el único documento que acredita la relación médico paciente.

2.2 IMPORTANCIA PRACTICA

Considerando que la información no es un problema de papeles sino de modelo relación clínica; por que una correcta historia clínica esta directamente vinculada a una practica medica calificada, ya que la exploración física esta estrechamente

amalgamada con la precisa información que solo brinda la historia clínica en el marco de un proceso comunicativo deliberativo interactivo y humanizador de aquella relación.

Por tal motivo se considera que la policlínica Mafesalud deberá llevar un registro cronológico y actualizado de todas las atenciones medicas, practicas, prescripciones, tratamientos e indicaciones dadas a los pacientes debidamente organizados.

Se pretende darle virtualidad al documento que contiene todos los elementos probatorios de la relación médico paciente, para además otorgarle a la IPS Mafesalud y galenos elementos claros para que puedan acreditar fehacientemente su actividad profesional, y no sean cuestionados por formalidades o cuestiones conexas que no hacen a la actividad profesional propia.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un sistema de información que administre las historias clínicas de la policlínica Mafesalud con el fin de agilizar el trabajo de los médicos en el momento de atender a sus pacientes.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Diseñar una interfaz de captura de datos personales de los pacientes con el fin de obtener reportes estadísticos.
- ◆ Diseñar un sistema de información para que los médicos y enfermeras puedan acceder fácilmente a las historias clínicas de la policlínica MAFESALUD IPS.
- ◆ Diseñar un módulo de importación y exportación de datos, para interactuar con otros sistemas informáticos.
- ◆ Implementar ayudas en líneas para facilitar el uso de todos los componentes del sistema de información.
- ◆ Realizar formulario de auditoría para la interpretación de los datos y determinar algunas alternativas para el control de la información.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEORICO.

Muchas entidades prestadoras de salud se han preocupado por un buen servicio a la comunidad por lo cual optaron por herramientas informáticas como software de historias clínicas, donde pueden almacenar los datos de sus pacientes en forma electrónica mediante bases de datos, entre ellos encontramos:

MED FILE VERSIÓN 2.10

Es un programa diseñado para satisfacer las necesidades de un consultorio medico general y en particular para archivar historias clínicas y gráficos de pacientes en un formato de bases de datos y emitir prescripciones y ordenes medicas en forma altamente personalizado y configurable por el usuario.

CLINIGEST SOFTWARE MEDICO

Es una iniciativa que surgió de la necesidad de los profesionales de la medicina de un software que permita la gestión de las historias clínicas de consulta sin necesidad de invertir precioso tiempo en aprender informática.

Como consecuencia de esta iniciativa nació el programa CLINIGEST una potente base de datos pensada como fichero de las historias clínicas de los pacientes, pero de manejo tan sencillo que precisa de “tiempo de aprendizaje cero”.

DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA

Un software diseñado en Colombia para que IPS, EPS y ARS , publicas y privadas mejoren los procesos de atención a pacientes y garanticen hasta en un 90 % el proceso de facturación.

El proyecto de investigación “desarrollo de software para IPS, EPS y ARS” , presentado para acceder a créditos de la línea IFI-COLCIENCIAS, permitió que un producto como “DINAMICA GERENCIAL ”se perfeccionara y ofreciera más servicios a entidades del sector de la salud, por medio de “DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA”. Este trabajo es el resultado del intercambio de conocimientos entre ingenieros de sistemas, dermatólogos, médicos, bacteriólogos, profesionales de las áreas administrativas y de la salud del centro dermatológico Federico Lleras y de la EPS salud Vida.

Por medio del software estas dos empresa una publica y otra privada han logrado mejorar procesos tanto en lo referente a actividades de EPS para Salud vida, como en

el área asistencial y medica en el caso del Lleras.

También se hacen mas ágiles los tramites de facturación por medio de un sistema administrativo de registro de pacientes y afiliados, todo lo cual permite el mejoramiento de la productividad y el cobro de la facturación en tiempos reducidos, lo que traducen calidad y eficiencia en la atención al paciente.

SYAC, una empresa que lleva 11 años en el mercado de software y considera que el desarrollo tecnológico de su aplicación se encuentra en la implementación de multimedia (imagen, sonido, texto) dentro de las historias clínicas, que a su vez alimentan la parte administrativa.

En el aspecto investigativo según Ricardo Pinzon, contar con a experiencia de entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud, permitió que SIAC aumentara su experiencia en el área de servicios de información conociendo y ofreciendo un producto con los procesos que se viven en cada una de estas áreas.

Sistemas y asesorías de Colombia cuenta actualmente con la certificación de la calidad ISO 9001 nacional e internacional otorgada por BVQI.

En la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, en el año 20003 se desarrollo un proyecto de grado titulado Diseño e implementación de un software para el manejo de la información de los usuarios en un centro médico.



noviembre.

Con el propósito de contribuir con el mejoramiento técnico administrativo de esta entidad, este software fue creado en el lenguaje de Visual Basic, el cual tiene que disponer de ciertos requisitos:

- Microsoft Windows 95 o posterior, Microsoft Windows Nt work station 4.0
- 16 Mb de memoria de Ram para Windows 95, 32 Mb para Windows Nt work
- Pantalla VGA o de mayor resolución, compatible con Microsoft Windows.

Fue elaborado por los estudiantes Doris Ponce, Willinton Sandoval, Shirley Tapias, Alexander Weis, Marelis Zambrano.

En la actualidad se están desarrollando algunos proyectos que tienen que ver con el mejoramiento en los procesos de algunas entidades de salud como por ejemplo:

Sistema de información para el control de citas y reoportes patológicos, médicos de los pacientes del ESE (Empresa social del estado) Hospital Local san José de Pueblo Viejo Magdalena.

Realizado por los estudiantes Johann Maza, Gustavo Duran, del semestre 8 °D de la universidad Simón Bolívar de Barranquilla.

Diseño e implementación de un software para el diagnóstico auditivo, seguimiento del paciente del consultorio servicios especializados en salud ocupacional.

Realizado por los estudiantes Joymar Molinares, Cesar Ochoa; Rafael Velázquez 11 N de la universidad Simón Bolívar de Barranquilla.

4.1.1 LA HISTORIA CLINICA

Todo profesional de la salud, centro médico, auxiliar de la medicina y cualquier otro profesional con título habilitante para el ejercicio del arte de curar, deberá llevar un registro cronológico y actualizado de todas las atenciones médicas, prácticas y prescripciones, tratamientos e indicaciones dadas a los pacientes debidamente organizado y por escrito y con firma del profesional interviniente, con inclusión de todos los datos personales del paciente, antecedentes referidos por aquel, y demás características personales así como también de todas las conclusiones de las indicaciones dadas.

¿QUE ES LA HISTORIA CLINICA?

Es la anamnesis o recogida de los datos a través del propio paciente y de otras fuentes con respecto a su estado físico y sus funciones psíquicas, sociales y sexuales.

La historia clínica constituye una base de información sobre la cual se planifican el diagnóstico, tratamiento, medidas adicionales y evolución del paciente.

En la primera parte de la historia clínica se describe la enfermedad actual, incluyendo sus signos y síntomas, su comienzo carácter y cualquier factor que agrave o mejore los síntomas. Las propias palabras del paciente son con frecuencia la mejor descripción y deben recogerse como tales, entrecomillándola si es preciso.

En la segunda parte se describen los antecedentes en cuanto a enfermedades, trastornos, inmunizaciones, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones del paciente, puede incluirse.

Una historia ocupacional en la que se refiera a la ocupación del paciente y su exposición a toxinas, radiaciones, estrés u otros riesgos laborales.

Es importante señalar el efecto que la enfermedad actual tiene sobre el trabajo del paciente.

Dentro de la historia clínica debe hacerse una historia social en la que se recojan los antecedentes y factores sociales, culturales y familiares del paciente haciendo hincapié en los factores que puedan haber afectado a la enfermedad actual.

En algunos casos es muy importante la historia sexual. Finalmente puede incorporarse una revisión o exploración por sistemas.

DIVISIÓN DE LA HISTORIA CLINICA

HISTORIA DEL PACIENTE:

Es el conjunto de documentos donde se recogen los antecedentes clínicos de un paciente y su historia actual. Este registro es confidencial.

En este se incluye la valoración inicial de su estado de salud, sus antecedentes familiares, los resultados de las pruebas analíticas practicadas, las notas tomadas por los médicos y enfermedades que han seguido diariamente su situación, los informes de las consultas solicitadas, las prescripciones ordenadas y cualquier otro dato pertinente.

HISTORIA FAMILIAR

Parte esencial de la historia clínica de un paciente en la que se recogen los datos sobre la salud de los miembros de su familia a fin de descubrir enfermedades a la que el

paciente puede ser especialmente susceptible.

También se recogen otros aspectos como edad, sexo y relaciones de los miembros de la familia y la historia marital del paciente.

HISTORIA PATOLÓGICA

Método del registro del estado de salud de un enfermo enfocado hacia la resolución de la enfermedad. Antes de iniciar el proceso de diagnóstico hay que reunir una serie de datos fundamentales que son todos aquellos que pueden contribuir a resolver el problema del enfermo. Los datos se recogen mediante la entrevista con el paciente, su familia y otras personas, la evaluación de la salud o el examen físico y las pruebas de laboratorio; a través de la entrevista se conocen los hábitos higiénicos y una anamnesis por aparato.

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

Resumen de los detalles personales y sociales de la vida de una persona, que sirven para identificar como tal, forman parte de esta historia el lugar de nacimiento, la religión, la raza, el estado, el número de hijos, la profesión y el lugar de residencia

pero pueden añadirse otros datos referentes a la educación, la forma de vida actual, el habito de fumar, la ingestión de alcohol y la utilización de fármacos.

Esta se recoge en la primera entrevista y se incluye el registro permanente.

HISTORIA SEXUAL

Parte de la historia del paciente relacionada a su función sexual y a sus eventuales disfunciones en este terreno. La historia sexual es particularmente importante para la obtención de datos en pacientes afectados de enfermedades del aparato reproductor, con trastornos sexuales o que consultan para efectuar un tratamiento anticonceptivo, la realización de un aborto o una esterilización. La amplitud de la historia clínica varía dependiendo de la edad y el estado del paciente y el motivo que le ha llevado a la consulta, pueden recogerse datos como la edad de la primera relación sexual, el tipo y frecuencia.

INFORMACIÓN DE UNA HISTORIA CLINICA

➤ FILIACIÓN O FICHA DE IDENTIFICACIÓN:



Nombre, edad, sexo, raza,, estado civil, ubicación geográfica (lugar de nacimiento, procedencia ,residencia actual), profesión u oficio, historia ocupacional(trabajos desempeñados, tipo y duración en orden cronológico), referencias (anotar si el paciente es remitido de hospital, puesto de salud, medico particular y el motivo de envió), fuente de la información, iniciativa para consulta (voluntaria espontánea, voluntaria orientada por un medico, obligado consciente o inconsciente)lugar de realización (hospital, consultorio, sala, piso, numero de la cama), fecha y hora de ingreso al (hospital, consultorio, sala o servicio).

➤ MOTIVO DE LA CONSULTA

Este aparte se constituye en el núcleo esencial del interrogatorio. Aunque puede ser motivo por varias razones, existe siempre una la más importante para el paciente que indujo a consultar; debe anotarse en las propias palabras de paciente.

➤ ANTECEDENTES PERSONALES

Se describen todas las enfermedades producidas desde el nacimiento hasta el comienzo del proceso que motiva la consulta actual, incluyendo operaciones, traumatismos, transfusiones etc. En ocasiones conduce al diagnostico de la enfermedad actual. Se deben realizar preguntas especificas sobre las patologías presentadas, fecha, evolución, tratamiento. Este incluye:

Enfermedades de la infancia, enfermedades del adulto, operaciones, traumatismos, lesiones, medicamentos habituales, hospitalizaciones, alergias, inmunizaciones, transfusiones, antecedentes gineco-obstétricos (monarquía).

➤ ANTECEDENTES SICO-SOCIALES

Hábitos (apetito, bulimia, anorexia, sed, sueño, bebidas alcohólicas, café, te , cigarrillos) estilo de vida (educación, servicio militar, trabajo, situación económica, matrimonio).

➤ HISTORIA FAMILIAR

Edad y salud de los padres en caso de fallecimiento anotar edad y causa, igual con hermanos y cada uno de los miembros de la familia, casos en la familia de diabéticos, Tbc, enfermedades cardiovasculares etc.

➤ EXAMEN FISICO

- Signos vitales(presión arterial en los dos brazos, en las piernas, sentado o acostado)

Pulso (frecuencia, regularidad, amplitud)

▪ Descripción general:

Postura (actitud o posición).

Aspecto físico (estado músculo- nutricional, edad).

Estado mental-emocional: (estado de conciencia, orientación, humor).

Vestido, olores, higiene personal, modales, lenguaje.

Elementos de tratamientos utilizados (sondas, venoclisis, tubos ,etc.).

Piel: (textura, turgencia, etc).

Cabeza: (cráneo, cuero cabelludo y cara).

Ojos:

Párpados (edema, anchura, movilidad).

Esclerótica (color, ictericia, hemorragia).

Conjuntiva (palpidez, congestión).

Cornea.

Pupilas (tamaño, forma, reacción en la luz).

Vista (agudeza visual, comprimetría).

Oídos: (pabellón auricular, conducto auditivo).

Nariz: (forma, desviación o perforación de tabique).

Boca y laringe (labios, laringe y amígdalas, encías, lengua, dientes).

Cuello: (vasos, tiroides, traque, ganglios linfáticos, glándulas salivales, tejido adiposo).

Tórax y pulmones: (inspección general, palpación, percusión, auscultación).

Corazón: (inspección general (pulsaciones), palpación (frecuencia cardiaca,

percusión).

Abdomen: inspección (cicatrices, venas, vello, pared abdominal, forma, cambios generales).

Palpación:(hipersensibilidad, defensas, órganos individuales, ganglios linfáticos inguinales).

Percusión:(líquido, gas, y órganos individuales).

Auscultación : (frecuencia y característica de los ruidos intestinales).

Genitales: (inspección y palpación).

Recto : (inspección del ano y exploración del recto, inspección y examen de las heces para buscar sangre oculta).

Extremidades :

Superiores (pulso radial, codo y hombro, parálisis, atrofia).

Inferiores: (pulso femorales, poplíteos, pedios y de la tibiales, edema, varices, parálisis).

Dorso y columna vertebral: (desviaciones vertebrales, percusión de ambas fosas lumbares).

Presión y pulso arterial: (frecuencia, ritmo).

Presión y pulso venosos.

Sistema nervioso: (funciones intelectuales, habla (función del lenguaje, articulación, fonación)).

Diagnostico clínico:

Es un diagnostico realizado con la ayuda exclusiva de la historia clínica y la

exploración física.

Diagnostico final:

El equipo medico a cargo del paciente formula de un modo algo mas explicativo y resumido, la interpretación del proceso patológico, tanto en su diagnostico como en su evolución. con lo cual el caso de la enfermedad queda concluido.¹

4.1.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En el nivel de competencia que existe hoy en día, entre las empresas les obliga a tomar decisiones rápidas y acertadas, es necesario, para ello el funcionamiento adecuado de los sistemas de informáticos y su continua actualización.

¿QUE ES UN SISTEMA DE INFORMACIÓN?

En un sentido amplio se puede considerar un sistema de información como un conjunto de componentes que interactúan para que una organización pueda alcanzar sus objetivos satisfactoriamente.

COMPONETES DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN

◆ **Datos:** se consideran datos tanto los estructurados como los no estructurados, las

imágenes, los sonidos, etc.

- ◆ Aplicaciones: se incluyen as aplicaciones manuales y las informáticas.
- ◆ Tecnología: el software y el hardware, los sistemas operativos de gestión de base de datos, los sistemas de red, etc.
- ◆ Instalación: en ella se ubican y se mantienen los sistemas de información.
- ◆ Personal: los conocimientos específicos que ha de tener el personal de los sistemas de información para planificarlos, organizarlos administrarlos y gestionarlos.

ANALISIS Y DISEÑO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Se entiende por el análisis y diseño de cómo el proceso de revisión y de los procedimientos actuales, como un sistema manual de ordenes de compras o de manejo de inventario y su posterior conversión para permitir que los datos se procesen en una computadora.

Todo sistema consiste en una serie de procedimientos relacionados entre sí y diseñados para ejecutar una serie de tareas específicas. Un procedimiento es una serie

¹ Diccionario de Medicina, Oceano Mosby, pag. 693-695



lógica de pasos, conforme a los cuales las acciones repetitivas se inician, realizan, controlan y/o completan.

4.1.3 BASES DE DATOS

Un sistema gestor de bases de datos(SGBD) consiste en una colección de datos interrelacionados y un conjunto de programas para acceder a dichos datos.

La colección de datos, normalmente denominada base de datos, contiene información relevante para una empresa. El objetivo principal de un SGBD es proporcionar una forma e almacenar y recuperar la información de una base de datos de manera que sea tanto practica como eficiente.

Los sistemas de bases de datos se diseñan para gestionar grandes cantidades de información. La gestión de los datos implica tanto la definición de estructuras para almacenar la información como provisión de mecanismos para la manipulación de la información. Además, los sistemas de bases de datos deben proporcionar la fiabilidad de la información almacenada a pesar de la caída del sistema o los intentos de acceso sin autorización .

Si los datos van a ser compartidos entre diversos usuarios el sistema debe evitar posibles resultados anómalos.

Dado que la información es tan importante en la mayoría de las organizaciones, los

científicos informáticos han desarrollado un amplio conjunto de conceptos y técnicas claras para la gestión de bases de datos.

En el entorno informático, la gestión de bases de datos ha evolucionado de ser una aplicación mas disponible para computadores, a ocupar un lugar fundamental en los sistemas de información. En la actualidad, un sistema de información será mas valioso cuanto de mayor calidad sea la base de datos que lo soporta, la cual resulta a su vez un componente fundamental del mismo, de tal forma que llegarse a formar que es imposible la existencia de un sistema de información sin una base de datos, que cumpla la función de “memoria”, en todas sus acepciones posibles del sistema.

Las bases de datos almacenan, como su nombre dice, datos. Estos datos son representaciones de sucesos y objetos, a diferente nivel, existentes en el mundo real: en su conjunto, representan algún tipo de entidad existente.

En el mundo real se tiene percepción sobre las entidades u objetos y sobre los atributos de esos objetos; en el mundo de los datos, hay registros de eventos y datos de eventos.

La transferencia entre las entidades del mundo real, y sus características, y los registros contenidos en una base de datos, correspondiente a esa entidades, se alcanza tras un proceso lógico de abstracción, conjunto de tareas que suelen englobarse bajo el

titulo de diseño de bases de datos. Sin embargo, es necesario definir, en primer lugar, que es una base de datos, independientemente de su diseño y/o su orientación. Entre las numerosas definiciones que pueden encontrarse en la bibliografía, pueden escogerse, por un exhaustividad, las siguientes:

“Colección de datos correspondiente a las diferentes perspectivas de un sistema de información(de una empresa o institución), existentes en algún soporte de tipo físico (normalmente de acceso directo), agrupados en una organización integrada y centralizada en la que figura no solo los datos en si , sino también las relaciones existentes entre ellos y de forma que se minimiza la redundancia y se maximiza la independencia de los datos de las aplicaciones que los requieran”.

“ Una base de datos es una colección de datos estructurados según un modelo que refleje las relaciones y restricciones existentes en el mundo real. Los datos que han de ser compartidos por diferentes usuarios y aplicaciones, deben mantenerse independientes de estas, y su definición y descripción han de ser únicas estando almacenadas junto a los mismos. Por ultimo, los tratamientos que sufran estos datos tendrán que conservar la integridad y seguridad de estos”. La segunda definición añade los objetivos que debe cumplir un sistema de gestión de base de datos , sobre los cuales se tratara más adelante .por ahora basta considerar que debe cumplir los objetivos de independencia de los datos(las aplicaciones no deben verse afectadas por cambios en las estructura de los datos), integridad de los datos (los datos deben

cumplir ciertas restricciones que aseguren la correcta introducción, modificación y borrado de los mismos) y seguridad (establecer diferentes niveles de acceso a los datos a diferentes tipos de usuario).

La entidad existente en el mundo real es objeto de un doble tratamiento, desde el momento en que convierte en objeto de la base de datos. El tratamiento de sus datos se va a realizaren un nivel lógico, por una parte y en un nivel físico por otra. En el primero de ellos, el lógico, se va a trabajar en los aspectos referidos a la identificación de las características de la entidad, su descripción y organización , mientras que en nivel físico lo anterior se va a plasmar en la organización, acceso y almacenamiento de los datos en un soporte físico. Esta división entre un nivel lógico y otro físico se va a reflejar en todos los métodos y conceptos subsiguientes.

SISTEMA DE GESTION DE BASES DE DATOS.

Para plasmar los tres niveles en el enfoque o modelo de datos seleccionado, es necesaria una aplicación que actúe de interfaz entre el usuario, los modelos y el sistema físico. Esta es la función que desempeñan los SGBD, ya desarrollados y que pueden definirse como un paquete generalizado de software, que e ejecuta en un sistema computacional anfitrión, centralizado los accesos a los datos y actuando de interfaz entre los datos físicos y el usuario. Las principales funciones que debe cumplir SGBD se relaciona con la creación y mantenimiento de la base de datos, el

control de acceso, la manipulación de datos de acuerdo con las necesidades del usuario, el cumplimiento de las normas de tratamiento de datos, evitar redundancias e inconsistencias y mantener la integridad. Se han señalado como componentes de un sistema ideal de gestión de bases de datos los siguientes:

1. Un lenguaje de definición de esquema conceptual.
2. Un sistema de diccionario de datos.
3. Un lenguaje de especificación de paquetes de E/S
4. Un lenguaje de definición de esquemas de bases de datos.
5. Una estructura simétrica de almacenamiento de datos.
6. Un modulo de transformación lógica a física.
7. Un subsistema de privacidad de propósito general.
8. Un subsistema de integridad de propósito general.
9. Un subsistema de reserva y recuperación de propósito general.
10. Un generador de programas de informes.
11. Un generador de programas de aplicación.
12. Un lenguaje de consulta de propósito general

El SGBD incorpora como herramienta fundamental dos lenguajes, para definición y la manipulación de los datos. El lenguaje de definición de datos(DDL, Data Definition Langaje), provee de los medios necesarios para definir los datos con

precisión, especificando las distintas estructuras. Acorde con el modelo de arquitectura de tres niveles, habrá un lenguaje de definición de la estructura lógico global, otro para definición de la estructura interna, y un tercero para la definición de las estructuras externas.

El lenguaje de manipulación de datos(DML, Data Manipulation/ Management Lenguaje), que es el encargado de facilitar a los usuarios el acceso y manipulación de los datos. Pueden diferenciarse en procedimentales (aquellos que requieren que datos se necesitan y como obtenerlos) y no procedimentales (que datos necesitan, sin especificar como obtenerlos), y se encargan de la recuperación de los datos almacenados, de la inserción y supresión de datos en la base de datos, y de la modificación de los existentes.

Establecidos los conceptos de base de datos, su arquitectura y las características de las aplicaciones que soporta su gestión, es conveniente revisar los pasos o fases que sigue la ejecución de una tarea cualquiera por parte del sistema de gestión de base de datos.

1. Petición de la aplicación del usuario.
2. Examen de la petición en el marco del esquema externo del usuario.
3. Transformación del esquema externo al lógico.
4. Transformación del esquema lógico al interno.
5. Interacción con el almacenamiento físico.

6. Envío de los datos a los buffer del SGBD.
7. Transformación de los datos entre el esquema lógico al externo.
8. Transferencia de los datos necesarios al área de trabajo del usuario.

LENGUAJE DE MANIPULACIÓN DE DATOS.

Por manipulación de datos se quiere decir:

- ◆ Recuperación de información almacenada en la base de datos.
- ◆ La inserción de información nueva en la base de datos.
- ◆ El borrado de información de la base de datos.
- ◆ La modificación de la información almacenada en la base de datos.

Un lenguaje de manipulación de datos (DML) es un lenguaje que permite a los usuarios acceder o manipular los datos organizados mediante el modelo de datos apropiado. Hay dos tipos básicamente:

LMD PROCEDIMETALES: requiere que el usuario especifique que datos se necesitan y como obtenerlos.

LMD NO PROCEDIMETALES: requiere que el usuario especifique que dá.

Los sistemas de bases de datos centralizados son aquellos que se ejecutan en un único



sistema informático sin interacción con ninguna computadora.

Tales sistemas comprenden el rango desde los sistemas de bases de datos monousuarios ejecutándose en computadoras personales hasta los sistemas de bases de datos de alto rendimiento ejecutándose en grandes sistemas. Se distinguen dos formas de utilizar las computadoras como sistemas monousuarios y multiusuarios.

En los sistemas monousuarios se encuentran las computadoras personales y las estaciones de trabajo. Un sistema monousuarios típico es una unidad de sobremesa utilizada por una única persona que dispone de una solo UPC, de uno o dos discos fijos y que trabaja con un sistema operativo que solo permite un único usuario.

En los sistemas multiusuarios típicos tienen mas diseños y mas memoria, puede disponer de varias UPC y trabaja con un sistema operativo multiusuario. Se encarga de dar servicio a un gran numero de usuarios que están conectados al sistema a través de terminales. Estos sistemas con frecuencia sistemas servidores.

GESTION DE TRANSACCIONES

Una transacción es una entidad de la ejecución de un programa que accede y posiblemente actualiza varios elementos de datos. Se delimita dependiendo del lenguaje por sentencias inicio de transacción y fin de la transacción y se compone

de todas las instrucciones que se encuentran entre estos dos delimitadores. Para asegurar la consistencia de los datos se necesita que el sistema de base de datos tengan las propiedades llamadas ACID: (Atomicity, Consistency, Isolation, Durability- Atomicidad, consistencia , aislamiento, durabilidad).

DISEÑO E INTERFAZ DEL USUARIO

Es el diseño de interfaz de usuario, es la categoría de diseños, que crea un medio de comunicación entre el hombre y la máquina. Con un conjunto de principios para el diseño de la interfaz, el diseño identifica los objetos y acciones de la interfaz y crea entonces un formato de pantalla que formara la base del prototipo de interfaz de usuario.

PASOS

El diseño de la interfaz de usuarios comienza con la identificación de los requisitos del usuario, de la tarea y del entorno. Una vez identificadas las tareas, se crean y se analizan los escenarios del usuario para definir el conjunto de objetos y acciones, de la interfaz. Esto es lo que forma la base para la creación del formato de pantalla que representa el diseño gráfico y la colocación de iconos, la definición de textos descriptivos en pantalla, la especificación y título de las ventanas y la especificación de los elementos principales y secundarios del menú.

LAS REGLAS DE ORO

1. Dar el control al usuario: Definir los modos de interacción de manera que no obligue a que el usuario realiza acciones innecesarias y no deseadas.
 - ◆ Tener en consideración una interacción flexible.
 - ◆ Permitir que la interacción del usuario se pueda interrumpir y deshacer.
 - ◆ Aligerar la interacción a medida que avanza el nivel de conocimiento y permitir personalizar la interacción.
 - ◆ Ocultar al usuario ocasional los entresijos técnicos.
 - ◆ Diseñar la interacción directa con los objetos que aparecen en pantalla.

2. Reducir la carga de memoria del usuario.
 - ◆ Reducir la demanda de memoria a corto plazo.
 - ◆ Establecer valores por defectos útiles.
 - ◆ Definir las deficiencias que sean intuitivas.

3. Construcción de una interfaz consistente: Permitir que el usuario realice una tarea en el contexto adecuado.

MODELOS DE DISEÑO DE LA INTERFAZ

Un modelo de diseño de un sistema completo incorpora las representaciones del software en función de los datos, arquitectura, interfaz y procedimiento.

El modelo de usuario representa el perfil de los usuarios finales del sistema.

CATEGORIAS DE USUARIOS

- ◆ Principiantes: no tienen conocimiento sintáctico ni conocimientos semánticos de la utilización del sistema.
- ◆ Esporádicos: poseen un conocimiento semántico razonable, pero una retención baja de la información.
- ◆ Frecuente: poseen el conocimiento sintáctico y semántico suficiente.

PROCESO DE DISEÑO DE LA INTERFAZ DE USUARIO

1. Análisis y modelado de usuario, tareas y entornos.
2. Diseño de la interfaz.
3. Implementación de la interfaz.
4. Validación de la interfaz.

Una vez definidos los requisitos generales, se lleva a cabo un análisis más detallado de las tareas. Se identifican, describen y elaboran las tareas que el usuario lleva

acabo para conseguir los objetivos.

El objetivo del diseño de la interfaz es definir un conjunto de objetos y acciones de interfaz que posibiliten al usuario a llevar a cabo todas las tareas definidas de forma que cumplan todos los objetivos de usabilidad definidos por el sistema.

ACTIVIDADES DEL DISEÑO DE LA INTERFAZ

1. Establecer los objetivos e intenciones para cada tarea.
2. Hacer corresponder cada objetivo con una secuencia de acciones específicas.
3. Especificar las secuencias de las acciones de tareas y subtareas.
4. Indicar el estado del sistema.
5. Definir los mecanismos de control.
6. Mostrar la forma en que los mecanismos de control afectan al estado del sistema.
7. Indicar la forma en que el usuario interpreta el estado del sistema.

PROBLEMAS DEL DISEÑO

Tiempo de respuesta del sistema: tiene dos características importantes: la duración y la variabilidad.

Si la *duración* de la respuesta del sistema es demasiado larga, es inevitable obtener

como resultado la frustración.

La *variabilidad* se refiere a la desviación del tiempo de respuesta promedio, y en muchos aspectos es la característica más importante del tiempo de respuesta.

Servicios de ayuda al usuario: tiene dos tipos de funciones de ayuda más comunes que son: integradas y complementarias.

Se diseña una *función de ayuda integrada* dentro del mismo software desde el principio.

Una *función de ayuda complementaria* se añade al software una vez construido el sistema.

Manipulación de errores: cuando ha salido algo mal, los mensajes de error y las sugerencias son malas noticias para los usuarios del sistema interactivo.

Etiqueta de órdenes: actualmente, la utilización de interfaces orientadas a ventanas en donde solo se señala y se selecciona, ha reducido el hecho de depender de ordenes tecleadas.

Herramientas de implementación: una vez creados el modelo de diseños, se implementa como un prototipo, que los usuarios han examinado y que se ha basado en los comentarios de los usuarios.

Evaluación de diseño: una vez se ha creado un prototipo de interfaz de usuarios deberá sufrir una evaluación para determinar si cumple las necesidades del usuario.²

4.2 MARCO CONCEPTUAL.

- ◆ Diseño de base de datos: se utiliza para definir y después para especificar la estructura de los objetos de negocios que se emplean en el sistema cliente/servidor.

- ◆ Prueba de base de datos: se prueba la precisión e integridad de los datos almacenados en el servidor. Se examinan las transacciones enviadas por las aplicaciones clientes para asegurar que los datos se almacenen, actualicen y recuperen adecuadamente.

- ◆ Estructura de base de datos: independientemente de su organización lógica y de su estructura física, las bases de datos permiten definir objetos de datos y apoyan los métodos de establecer relaciones entre objetos.

- ◆ Sistema: conjunto de elementos que interactúan para alcanzar un objetivo en

² PRESSMAN. Roger, Ingeniería del software, 5^{ta} edición, 2002, pag. 259-271

común.

- ◆ Programa: es un conjunto de instrucciones almacenadas en la memoria de principal de la computadora, que indican las secuencias de operaciones a seguir para ser procesadas de manera automática con el objeto de obtener el resultado deseado.
- ◆ Lenguaje de programación: es el lenguaje empleado por los programadores para formular las instrucciones que se darán a la computadora.
- ◆ Software: es el ingrediente invisible, denota todo lo que o es físicamente maquina o equipo en un sistema de procesamiento de datos.
- ◆ Administrador de datos: es la persona que toma las decisiones de estrategia y política con respecto a los datos.
- ◆ Administrador de base de datos: Es la persona que proporciona el apoyo técnico necesario para implementar dichas decisiones.
- ◆ Ejemplar: Es la colección de información almacenada en la red en un momento particular.

- ◆ Esquema: es el diseño completo de la red.
- ◆ Manejo de datos: Es una colección de herramientas conceptuales para describir los datos, las reacciones de datos la semántica de los datos y las ligaduras de consistencia.
- ◆ Lenguaje de manipulación de datos: es un lenguaje que permite a los usuarios acceder a manipular datos.
- ◆ Consulta: es una instrucción de solicitud para recuperar información.
- ◆ Diccionario de datos: es un listado organizado de todos los elementos de datos que son pertinentes para el sistema, con las definiciones precisas que permiten al usuario del sistema que tengan una buena comprensión.
- ◆ Interfaz de usuario: es la categoría de diseño que crea un modelo de comunicación entre el hombre y la maquina. El diseño identifica los objetos y acciones de la interfaz y crea entonces un formato de pantalla que formara la base del prototipo de interfaz de usuario.
- ◆ Anamnesis: de datos relativos a un paciente medico psiquiátrico, que



comprende antecedentes personales y familiares, experiencia y en particular , recuerdos que se usan para analizar una situación.

- ◆ Auscultación: acción de escuchar los sonidos provenientes del interior del cuerpo para estudiar el estado del corazón, los pulmones, la pleura, el intestino u otros órganos o para detectar el latido cardíaco fetal. Se puede hacer directamente o con un estetoscopio.
- ◆ Cianosis: coloración aguda de la piel y las membranas mucosas debido al exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre o a un efecto estructural de la molécula de la hemoglobina.
- ◆ Diagnostico: identificación de una enfermedad o trastornos mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas y otros procedimientos.
- ◆ Edema: acumulo anormal de liquido en los espacios intestinales, saco pericardio, espacio intrapleura, puede ser causado por aumento de la presión hidrostática capilar o por obstrucción venosa.
- ◆ Esclerótica: membrana opaca, gruesa e inelástica que recubre los cinco sextos posteriores del bulo ocular. Mantiene el tamaño y forma del ojo y en ella se

insertan los músculos que lo desplazan.

- ◆ Esterilización: proceso o acto que incapacita a una persona a tener hijos. Técnica cuyo objetivo es destruir los microorganismos por medio del calor, el agua, sustancias químicas, algunos métodos son histerotomía; ligadura de trompas, vasectomía.

- ◆ Fármaco: cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta en un músculo, en la piel, en un vaso sanguíneo o en una cavidad corporal o se aplica tópicamente para tratar o evitar enfermedades.

- ◆ Frecuencia cardíaca: frecuencia del pulso calculada mediante el recuento del número de contracciones ventriculares por unidad de tiempo. Se considera que existe taquicardia cuando la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minutos.

- ◆ Ganglio: grupo de células nerviosas que conforman un nódulo microscópico, especialmente las situadas a fuera del sistema nervioso central.

- ◆ Ictericia: coloración amarillenta de la piel, mucosa y conjuntiva causadas por cifras de bilirrubina en la sangre, superiores a los normales.

- ◆ **Lesiones:** cualquier alteración local visible de los tejidos corporales, como una herida, ulcera, forúnculo o erupción. Puede ser calificada benigna, cancerosa, oculta, primaria o grave.

- ◆ **Menarquia:** primera menstruación que marca el comienzo de la función menstrual cíclica. Suele producirse entre los 9 a 17 años de edad.

- ◆ **Patología:** estudio de las características, causas y efectos de la enfermedad tales como se refleja en la estructura y función del organismo.

- ◆ **Prescripción:** receta de un medicamento, medio o instrumento terapéutico prescrita por una persona autorizada y recibida por otra para dispensar o realizar la orden.

- ◆ **Presión arterial:** fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias. El nivel de presión arterial de un determinado individuo es el producto del gasto cardiaco por resistencia vascular sistémica.

- ◆ **Presión venosa:** fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de la vena, que en los vasos periféricos normalmente es de 60 a 120 mm de agua.

- ◆ **Palpación:** técnica utilizada en la exploración física en la que el explorador palpa

la textura tamaño, consistencia y localización de ciertas partes del organismo con las manos.

- ◆ Percusión: técnica incluida en la exploración física que se utiliza para valorar el tamaño, límites y consistencia de algún órgano interno descubrir la presencia de líquido y valorar su cantidad.
- ◆ Signo: hallazgo objetivo percibido por un explorador, como fiebre, una erupción, disminución de los sonidos respiratorios cuando existe derrame pleural.
- ◆ Síntoma: índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente. Muchos síntomas se acompañan de signos objetivos.
- ◆ Transfusión : introducción en la corriente sanguínea de sangre completa o componente de la misma, como plasma, plaquetas o eritrocitos.
- ◆ Tratamiento: cuidado y atenciones prestadas a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastornos morbosos o lesión traumática.
- ◆ Traumatismo: lesión física producida por una acción violenta o por la introducción en el organismo de una sustancia tóxica. Lesión o daño psíquico

resultante de un grave shock emocional.

- ◆ Venoclisis: técnica que consiste en puncionar trascutáneamente una vena con una aguja unida a una jeringa para extraer una muestra de sangre, realizar una flebotomía, administrar un medicamento o una infusión intravenosa.

- ◆ Inmunización: proceso por el cual se induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa.

4.3 MARCO LEGAL

4.3.1 La ley 100.

La seguridad integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

En su artículo 185 dice: son funciones de las instituciones prestadoras de salud prestar los servicios en los niveles de atención correspondientes a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Las instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán la autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema, están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud, entre las asociaciones o

sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud , o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o defecto impedir restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud , impedir ,restringir o interrumpir la prestación del servicio.

Para que una entidad pueda constituirse como institución prestadora de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el ministerio de salud.

Parágrafo: toda institución prestadora de salud contara con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas que trata el artículo 241 de la presente ley, adoptar dicho sistema contable.

Esta disposición deberá acatarse a mas de tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será obligatorio cumplimiento para contratar servicios en las entidades prestadoras de servicios de salud o en las entidades territoriales, según el caso acreditar la existencia de dicho sistema.

Artículo 186: del sistema acreditación. El gobierno nacional proporcionara la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de salud. para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Artículo 188: las instituciones prestadoras de servicios de salud no podrán discriminar en la atención a los usuarios.

Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del sistema seguridad social en salud, aquel podrá solicitar reclamación ante el comité técnico científico integrado por la empresa promotora de salud a la cual este afiliado, integrado de la siguiente forma: un representante de la EPS y un representante de la IPS y un representante del afiliado, quien podrá concurrir directamente. Si persiste la inconformidad esta dirimida por un representante de dirección municipal de salud.

Artículo 190: el ministerio de salud establecerá las normas que regirán la importancia de tecnologías biomédicas y definirá aquellos cuya importancia será controlada.

Iguamente reglamentará el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con planes nacionales para la atención de las patologías.

Las normas que se establezcan incluirán, entre otras, metodología y procedimientos de evaluación técnica y económica así como aquellas que permitan determinar su más eficiente localización geográfica. Las normas serán aplicadas tanto para el sector público como para el privado.

Artículo 193. Parágrafo: las EPS y las IPS podrán establecer modalidades de



contratación por captación con grupos de prácticas profesionales o con profesionales individuales con el fin de incentivar la eficiencia y la calidad de la prestación del servicio de salud.

Parágrafo 4: las IPS privadas, podrán implementar programas incentivos a la eficiencia laboral para los médicos, demás profesionales y trabajadores asalariados de la salud, que tengan en cuenta el rendimiento de los individuos, de los grupos de trabajo o de las instituciones como un todo.

Artículo 198: las instituciones prestadoras de salud deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente las 24 horas.⁵

4.3.2 LICENCIAMIENTO DE PROGRAMAS DE COMPUTADOR

Circular 05 del 9 de octubre de 2001 emitida por la Unidad Administrativa Especial Dirección Nacional de Derecho Autor, dirigida a programadores, productores de programas de computador, jefes de oficinas de sistemas de entidades públicas y privadas y usuarios en general, relacionada con el cumplimiento de las normas sobre derecho de autor, en particular, el licenciamiento de programas de computador.

Asunto: Derechos de autor sobre los programas de computador, su licenciamiento y sanciones derivadas de su uso no autorizado.

Consideraciones preliminares

Definición de programa de computador

Licencias de uso

Clases de licencias comerciales

Piratería del programa de computador

Con el propósito de orientar tanto a los titulares de derechos como a los usuarios de los diferentes tipos de licencias que sobre un programa de computador pueden existir en el mercado, y las disposiciones legales que con respecto a un uso ilegítimo se encuentran vigentes, la Unidad Administrativa Especial Dirección Nacional de Derecho de Autor, entidad adscrita al Ministerio del Interior, se permite ilustrar a los programadores, usuarios y productores de este tipo de obras, en los siguientes términos:

1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La existencia del derecho de autor atiende a la necesidad de reconocimiento de la creación intelectual y a criterios de índole económica. La protección que se concede

³ Sistema de Seguridad Social Integral, pag. 129 - 133

al autor desde el momento mismo en que se crea la obra, sin que para ello requiera cumplir con formalidad jurídica alguna, apunta a otorgarle dos clases de derechos:

Los primeros son los morales, que son perpetuos, intransferibles e irrenunciables y que facultan al autor para reivindicar en todo tiempo la paternidad de su obra; oponerse a toda deformación o modificación que perjudique su honor o reputación o demerite la obra; a publicar su obra o a conservarla inédita; a modificarla y a retirarla de circulación (artículos 11 Decisión Andina 351 y 30 de la Ley 23 de 1982).

En segundo lugar se encuentran los patrimoniales, que constituyen una facultad exclusiva para realizar, autorizar o prohibir cualquier utilización que se quiera hacer de la obra, como la reproducción, la comunicación pública, la distribución pública, la importación y la traducción, adaptación, arreglo u otra transformación de la obra (artículos 13 de la Decisión Andina 351 y 12 de la Ley 23 de 1982).

En razón de lo anterior, cualquier persona que pretenda utilizar una creación protegida, deberá contar, salvo las excepciones legales, con la autorización previa y expresa del autor, de sus derecho habientes o de los titulares de los derechos patrimoniales en el caso de tratarse de una obra sobre la cual operó la transferencia de los mismos. Sin su consentimiento, la utilización de la obra podría llegar a ser calificada judicialmente como ilícita, por vulnerar derechos sobre la creación protegida, siendo probable la aplicación de sanciones de tipo civil y penal.

2. DEFINICIÓN DE PROGRAMA DE COMPUTADOR

Con este término se pretende describir la secuencia ordenada de instrucciones destinadas a ser asimiladas por un computador, a fin de lograr un resultado específico.

Dentro del proceso de creación de un programa de computador, los desarrolladores generan en primera instancia un método algorítmico que servirá como estructura del programa final; éste se traslada a un lenguaje especializado (Cobol, Pascal, Visual Basic, Visual C, Oracol, Java, etc.), para constituir finalmente lo que se denomina código fuente. En este punto el programa no puede ser ejecutado por el computador, a este fin es necesario un procedimiento especial que transforme el lenguaje de programación a uno decifrado por la máquina, una vez terminado este proceso se entiende generado el código objeto.

La concreción del código fuente es precedida por un proceso de orden intelectual, el cual en su gran mayoría queda sustentado de manera escrita, razón por la cual las diferentes legislaciones lo han asimilado a una obra literaria y, por ende, el régimen legal de este tipo de propiedad intelectual ha sido asignado al derecho de autor. Bajo este entendido, se concede protección al autor del programa desde el momento mismo que crea su obra, sin que para ello requiera cumplir con formalidad jurídica alguna.

La Decisión Andina 351 de 1993, norma de aplicación preferente y directa, define en

su artículo 3° al programa de ordenador (Software), como: “Expresión de un conjunto de instrucciones mediante palabras, códigos, planes o en cualquier otra forma que, al ser incorporadas en un dispositivo de lectura automatizada, es capaz de hacer que un ordenador –un aparato electrónico o similar capaz de elaborar informaciones –, ejecute determinada tarea u obtenga determinado resultado. El programa de ordenador comprende también la documentación técnica y los manuales de uso”.

Así las cosas, el programa de computador asimilado a una obra literaria, puede ser objeto de disposición en sus derechos patrimoniales, bien sea transfiriendo a terceros la totalidad de tales prerrogativas o concediendo licencias de uso.

3. LICENCIAS DE USO

Se entiende la licencia de uso como el instrumento, ya sea un contrato o unas instrucciones, por medio de las cuales el titular de derechos patrimoniales autoriza a los usuarios para que se sirvan de la obra en una forma determinada. Por lo general sólo son comercializados el código objeto (lenguaje de máquina) y los manuales de funcionamiento, detentando el titular de manera exclusiva el manejo sobre el código fuente. De esta manera el programador se asegura de poder explotar su obra en forma sistemática sin tener que transferir su dominio, al mismo tiempo que resguarda su razonamiento lógico inicial previniendo que otra persona desarrolle un programa de computador de características similares.

En virtud de una licencia de uso, al titular de la misma le es permitido:

- a) Hacer una fijación del programa en la memoria del computador (artículo 26 de la Decisión Andina de 1993).
- b) Hacer una copia de seguridad o de back up (artículo 24 apartado de la Decisión Andina de 1993).
- c) Hacer una adaptación del programa para su exclusiva utilización (artículo 24 de la Decisión Andina 351 de 1993).

De acuerdo con lo anterior, las disposiciones relativas a la protección del programa de computador consagradas en la Decisión Andina 351 de 1993, determinan que todo acto de explotación de la obra, diferente a la copia en la memoria del computador, a la copia de seguridad (back up) o a la adaptación para exclusiva utilización, se entenderá como violación a las normas de Derecho de Autor si no cuenta con la previa y expresa autorización del autor o titular legítimo de tales derechos.

Entre las presentaciones más comunes de un programa de computador tenemos cuatro tipos de clasificaciones: la comercial, el shareware, el freeware, y el domino público:

1. Comercial: representa la mayoría de los programas adquiridos en las tiendas comerciales de computadoras. Las condiciones del convenio de licencia varían dependiendo de la voluntad del productor. Por lo general este tipo de licencias estipulan que: 1) el programa de computador está protegido por el derecho de

autor; 2) aunque pueden hacerse copias del programa para archivo, la copia de respaldo no puede ser usada excepto cuando el paquete original falla o es destruido; 3) no se permite hacer modificaciones al programa de computador; 4) no se permiten hacer nuevos trabajos contruidos con base en el paquete (obras derivadas)

2. Shareware es una forma amplia de publicar programas de computador, la cual permite al creador ahorrarse los usuales costos de mercadotecnia mediante la distribución de su trabajo a través de una red de computadoras; este método autoriza a los usuarios descargar y probar el programa por algún tiempo, si desean prolongar su uso deben enviar un pago al titular; no hacerlo constituye una violación a los derechos del autor.

3. Por Freeware se entiende la licencia en virtud de la cual cualquier persona está facultada para hacer copias de un programa de computador, distribuirlo, explotarlo económicamente y modificarlo. Aunque pareciera que en este tipo de licencias los autores se desprenden de sus derechos sobre él no es posible hacer tal afirmación, ya que si bien, las restricciones a su utilización son pocas, no se puede desconocer la titularidad sobre el mismo. De tal forma que este tipo de obras están protegidas por el Derecho de Autor, y las condiciones para su uso son definidas por el titular del derecho. Por lo general estas condiciones son completamente opuestas a las restricciones establecidas para el común de los demás tipos de programas. En lo que se refiere al freeware, el usuario no tiene

ninguna obligación legal de pagar.

4. Dominio Público. Se predica tal calidad de un programa de computador, cuando el titular del derecho explícitamente renuncia a él, o cuando transcurrido un término específico de tiempo la legislación le otorga tal calidad. Para Colombia se entiende que las obras son de dominio público transcurridos 80 años de fallecido del autor.

4. CLASES DE LICENCIAS COMERCIALES

La costumbre ha generalizado cuatro tipos primarios de licencias comerciales utilizadas para las aplicaciones de computadoras personales:

1. Licencias de máquina: bajo esta autorización el programa de computador es licenciado para el uso en una sola máquina que puede ser utilizada por una persona indeterminada. Si una empresa desea tener el mismo programa en 20 máquinas, debe adquirir 20 licencias. Como ejemplo de esta licencia se encuentra la autorización que permite el uso del programa MCA fee Virus Scan.
2. Licencia de uso individual: bajo este tipo de convenio, el programa de

computador es licenciado para uso de un individuo específico. Entonces cabe la pregunta: ¿le es permitido al individuo con licencia, instalar el paquete en otra máquina en casa y /o de viaje?. La respuesta dependería de la manera como la licencia esté redactada; en algunas circunstancias este uso es permitido, pero en otros casos no lo es. Ejemplo de esta licencia es la otorgada a una persona, que por sus condiciones técnicas, es la única que utilizaría el aplicativo.

1. Licencia de uso concurrente: la característica de este tipo de licencias es el número de usuarios que pueden conectarse simultáneamente a un programa de computador. Se pretende con estas, hacer más eficiente el uso que se de al programa, teniendo en cuenta que varias personas podrían o no estar interesadas en utilizarlo al mismo tiempo, de esta manera puede una organización sólo adquirir las licencias que son indispensables. Estos programas son muy frecuentes en ambientes de red, como ejemplo de este tipo de licencias tenemos el outlook.
2. Licencia de ubicación o corporativa: en la práctica se han convertido en descuentos por volumen, mediante los cuales los precios por licencia disminuyen mientras el número de licencias aumenta. Sólo la organización autorizada puede utilizar el programa. Un ejemplo es la licencia de Office que se maneja en la mayoría de las entidades.

3. PIRATERÍA DEL PROGRAMA DE COMPUTADOR

"En lenguaje común a la reproducción no autorizada del programa, en sus diferentes modalidades, se le conoce con el nombre de piratería, aunque dicho término no sólo señala la duplicación, fijación, grabación sino también la comercialización o distribución de obras de ingenio, sin la debida autorización de los titulares del derecho de explotación".

Es dable resaltar que en toda utilización del programa de computador debe mediar una autorización previa y expresa del autor o de los titulares (artículo 54 de la Decisión Andina 351 de 1993), de lo contrario se atenta contra el derecho de autor y se incurrirá en un ilícito que conlleva a sanciones civiles y penales.

La Business Software Alliance (BSA) expresa "en Colombia se presentan tres tipos de piratería en el caso de los programas de computador: 1) Empresas legalmente constituidas copian los programas sin estar autorizadas para ello 2) Los proveedores de hardware venden los equipos adicionando como un incentivo a la venta una serie de programas 3) La reproducción y venta de copias ilícitas por parte de particulares no autorizados".

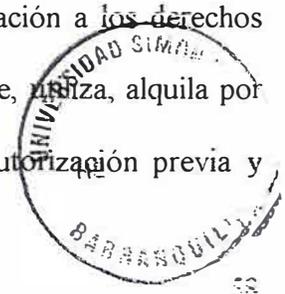
A fin de contrarrestar este tipo de actuaciones, nuestras normas mercantiles, civiles y penales contemplan prohibiciones y sanciones en contra de quienes desconocen las prerrogativas otorgadas a los diferentes titulares de obras, entre estos incluidos los

autores de programas de computador. Es así, como el artículo 47 de la Ley 22 de 1995 (el cual fue modificado por la Ley 603 de 2000), parte integrante del Código de Comercio, impone a las sociedades comerciales presentar en sus informes de gestión “el estado de cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor por parte de la sociedad”, so pena de ser sancionada por parte de la Superintendencia de Sociedades.

De tal manera, corresponde a los representantes de las sociedades comerciales o civiles, incluir dentro de su informe de gestión el estado de cumplimiento de las normas de propiedad intelectual, específicamente, del derecho de autor.

En materia de utilización de programas de computador, las sociedades deben contar con las respectivas licencias de uso para cada uno de los equipos que posea. Los usos de los programas deben circunscribirse a los autorizados expresamente en el contrato de licencia de uso, y la licencia debe encontrarse vigente el momento de la utilización de los programas.

De otra parte, en materia penal, la legislación colombiana tipifica como delitos en el Título VIII, artículos 270 a 272 del Nuevo Código Penal (Ley 599 de 2000) acciones como la violación a los derechos morales del autor; la defraudación a los derechos patrimoniales del autor, la cual se configura cuando se reproduce, ~~utiliza~~, alquila por cualquier medio una obra entre ellas el soporte lógico sin autorización previa y



expresa del titular; y la violación a los mecanismos de protección de los derechos patrimoniales de autor y otras defraudaciones, como por ejemplo eludir o superar las medidas tecnológicas adoptadas para restringir los usos no autorizados.

Por último, la Ley 23 de 1982 faculta a los titulares de obras, que consideren vulnerados sus derechos, para iniciar acciones civiles por medio de un proceso verbal (artículos 242 y subsiguientes)

Finalmente, la Dirección Nacional de Derecho de Autor, ente especializado y rector en el tema, pone a disposición de autores, usuarios y productores de programas de computador del país, todo su conocimiento e infraestructura técnica y humana para atender cada una de sus inquietudes. Esta entidad está ubicada en la Carrera 13 No. 27-00. Oficina 617. Edificio Bochica. Bogotá. D.C.⁴

⁴ www.anticorrupcion.gov.co/derecho

5. METODOLOGIA

5.1 METODO DE INVESTIGACIÓN.

El método en que se basa este proyecto es el deductivo⁵ ya que va de lo general a lo particular, basándose en esquemas lógicos fabricados apoyados por sólidos conocimientos teóricos que le permiten establecer conclusiones respecto de cosas particulares. La deducción parte de la razón inherente a cada fenómeno y establece conclusiones lógicas.

Es por ello que se tuvo que analizar previamente la situación actual de la policlínica Mafesalud y buscar información sobre todo lo referente a historia clínica y su normatividad, para poder construir el sistema de información clínico

5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de estudio aplicado es descriptivo, porque busca describir situaciones y eventos, como es y como se manifiestan. En este proyecto se conocerá como es el proceso de almacenamiento de la información del historial clínico en la Policlínica Mafesalud(IPS).

Esta enmarcada en la línea de ingeniería de software y los sistemas administradores de bases de datos Oracle como herramienta que permiten técnicas avanzadas a un proceso administrativo tradicional.

⁵ MENDEZ, E. Carlos. Metodología de la investigación. pag. 131 a 134

5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunion con el asesor				X													
Cita con el cliente					X	X											
Corrección del planteamiento del problema y justificación						X	X										
Búsqueda de información para el marco teórico							X	X	X								
Corrección de marco de referencia										X							
Presentación del proyecto al asesor											X						
Presentación al asesor del planteamiento del problema, justificación, objetivos, marco de referencia y metodología corregidas.												X					
Recolección de ingeniería de información												X					
Desarrollo de ingeniería de requisitos														X			
Presentación al asesor la ingeniería de información y requisitos														X			

6. INGENIERIA DE REQUISITOS

6.1 DESCRIPCION DEL SISTEMA ACTUAL

PROCESO DE ATENCION DE LA POLICLINICA MAFESALUD IPS.

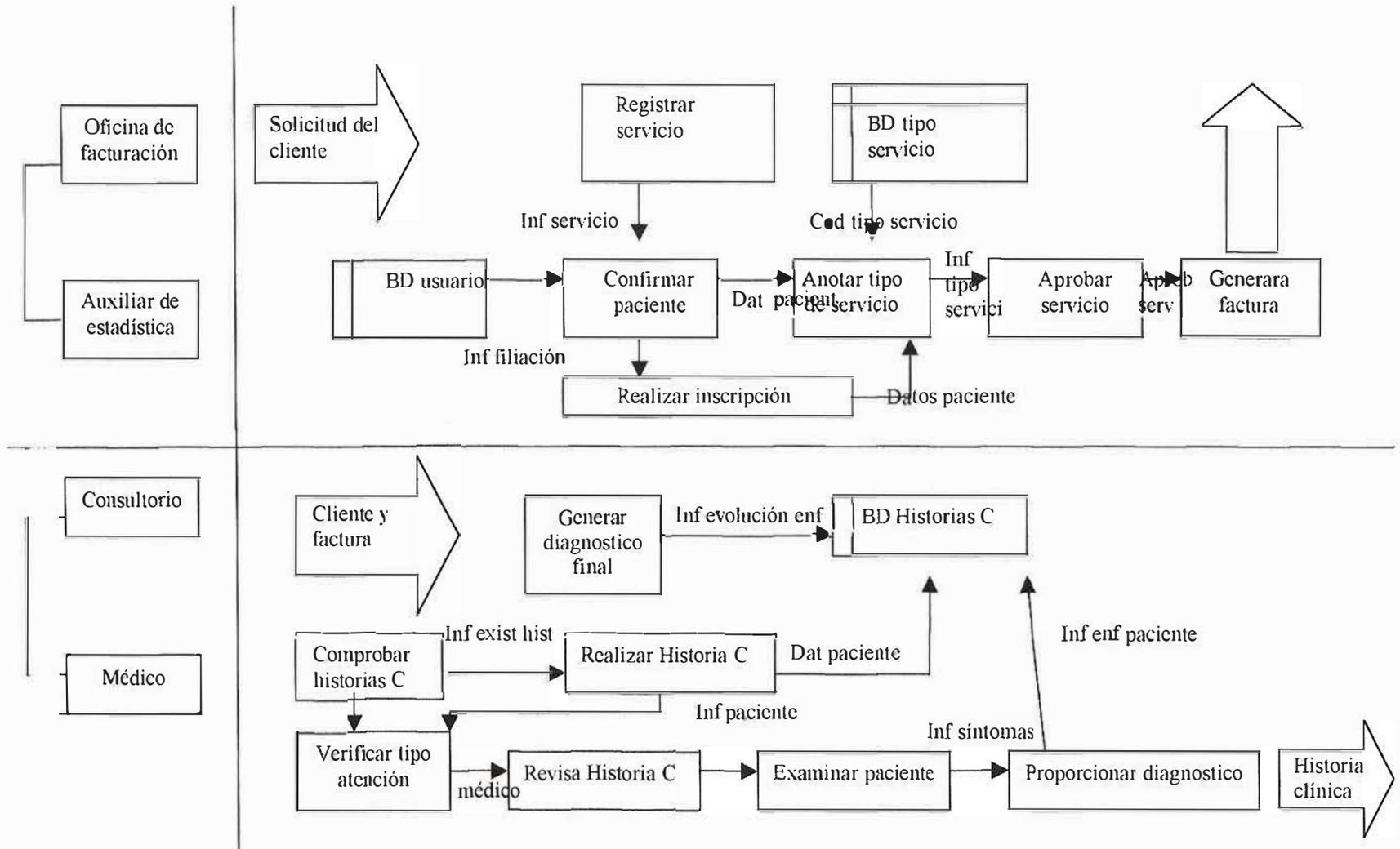
1. El usuario acude a solicitar el servicio.
2. El paciente pasa al proceso de facturación donde el auxiliar de estadística le realiza la factura con el valor correspondiente al tipo de servicio solicitado, para esto es necesario conocer sus datos de identificación.
3. Se comprueba si el paciente esta afiliado a la policlínica o si es primera vez que asiste a la institución, si es así se procede a llenar el formulario de inscripción para que sea llenado en el archivo.
4. Se comprueba el tipo de servicio que requiere el paciente y se escribe el código correspondiente.
5. Conociendo el tipo de servicio la auxiliar de estadística comprueba si el paciente tiene historia clínica, de no ser así el médico se encargara de realizarla a través de

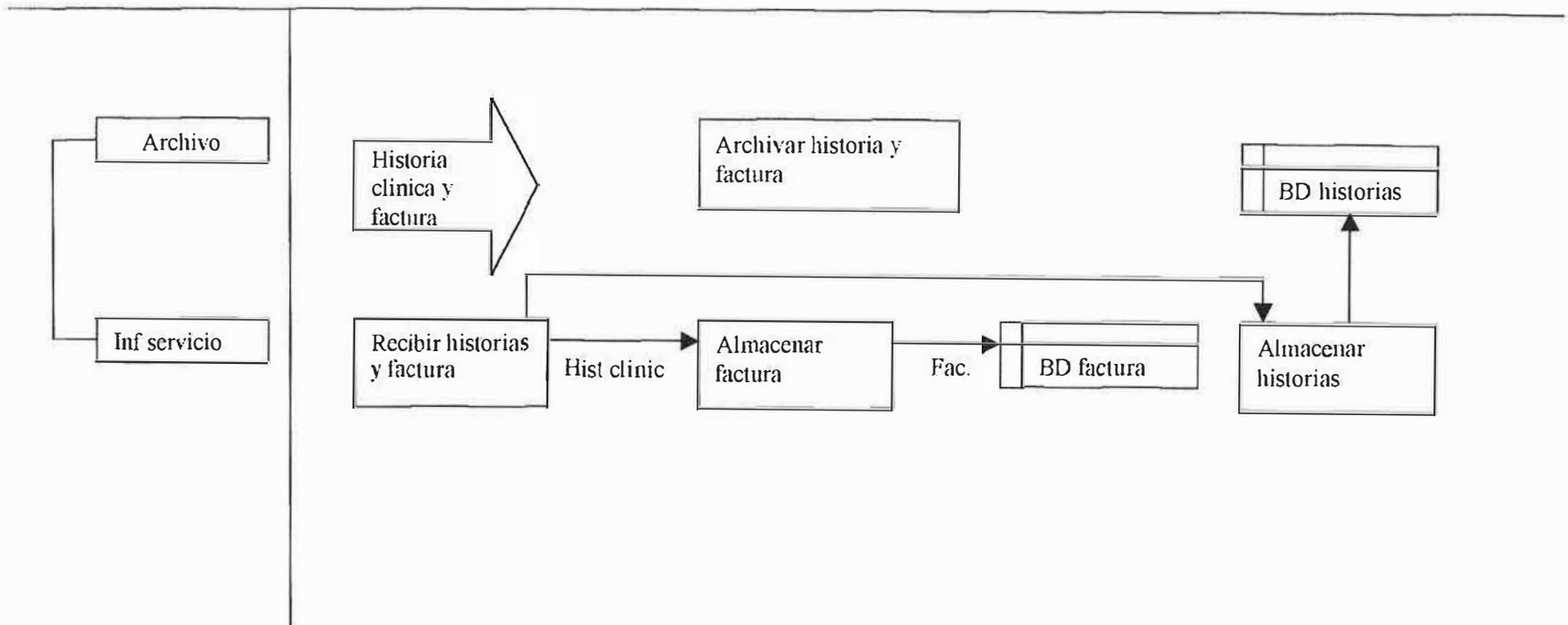
una serie de preguntas las cuales se le harán antes de atenderlo.

6. El paciente pasa al consultorio y le pasa la factura y este se encarga de examinarlo, conociendo con anterioridad el tipo de atención solicitada.
7. El médico da un resultado de lo que observo al examinar el paciente dejando una constancia escrita (diagnostico).
8. El médico hace entrega de la factura y del historial clínico a la auxiliar de enfermería la cual se encargara de archivarlo en el lugar correspondiente.



6.2 MODELO DE PROCESOS DEL SISTEMA ACTUAL





6.3 IDENTIFICACION DE REQUISITOS

Para poder desarrollar este Sistema de Información (Software de Historia Clínica de Mafesalud) es importante conocer e identificar algunas especificaciones que requiera el cliente.

1. Desarrollar un software que sea muy sencillo de utilizar, para que el personal que se encargue de digitalizar las historias clínicas le resulte fácil esta labor.
2. Implementar una interfaz donde se puedan almacenar todos los datos de las historias clínicas del paciente.
3. Desarrollar un formulario donde se pueda hacer una búsqueda de una historia clínica cuando sea necesario, con solo escribir el documento de identidad del paciente, podamos acceder a ella en forma inmediata.
4. Crear reportes estadísticos para determinar el número de historias de pacientes con que cuenta la entidad para poder desarrollar planes de atención y reportes de la facturación de los servicios prestados.
5. Desarrollar un modulo de citas donde los médicos puedan distribuir su tiempo de atención a los pacientes.

6. Implementar un módulo donde se puedan almacenar radiografías de un paciente en su historia.
7. Desarrollar la aplicación en un lenguaje de programación y con un motor de base de datos asequibles a la entidad.
8. Crear un menú de ayudas, donde se pueda tener conocimiento de todos los componentes del software en casos de que sea necesario.

6.4 ANALISIS DE REQUISITOS

Al hacer un análisis de los requisitos que pide el cliente se puede concluir.

Es posible desarrollar cada uno de los requisitos mencionados, para brindarle a Mafesalud IPS una herramienta eficiente que pueda gestionar el formulario de historias clínicas mediante un software. Es importante desarrollar en cualquier aplicación de software reportes, donde se pueda evaluar alguna actividad específica de la entidad y sacar resultados.

Este software será desarrollado para que cualquier novato en la computación pueda

manejarlo como todo un experto, donde tendrá un ayudante en línea que lo guiara en cualquier confusión que este tenga.

6.5 ESPECIFICACION DE REQUISITOS

- ◆ Formulario de pacientes (aquí aparece toda la información de la historia clínica del paciente).
- ◆ Formulario de búsqueda de pacientes (aquí se puede buscar una historia de un paciente con solo escribir su número de identificación).
- ◆ Reportes estadísticos (desarrollar reportes sobre la cantidad de pacientes con los que cuenta Mafesalud, reportes de facturación de los pacientes).
- ◆ Formularios de radiografías de los pacientes (aquí se podrán almacenar las radiografías de los pacientes mediante un escáner para anexarla a la historia clínica).
- ◆ Crear en cada formulario ayudas para que el usuario pueda tener conocimiento de todos los componentes del software.
- ◆ Desarrollar este software en un lenguaje de programación que este a la vanguardia del mercado (en este utilizaremos Microsoft Visual Basic 6.0 y como motor de bases de datos My Sql).

7. INGENIERIA DE INFORMACION

7.1 MISION

MAFESALUD IPS LTDA, es una entidad sólida, que trabaja prudentemente en la búsqueda de nuevos retos de desarrollo y perfeccionamiento institucional, cuenta con una infraestructura administrativa técnica y financiera con un equipo humano altamente calificado e idóneo que se siente comprometido con los valores y principios que rigen a nuestras familias, esto nos permite brindar un servicio oportuno, eficiente, con calor humano, seriedad y dedicación, suministrando a la comunidad servicios de calidad.

7.2 VISION

MAFESALUD IPS LTDA, será una institución reconocida local, regional y departamental como una institución avanzada en el campo de la medicina, ofreciendo integridad, honradez, solidaridad, eficiencia, unidad y participación en servicios humanizados de prevención, curación y rehabilitación.

Generara la creación de diferentes programas que permitan prevenir enfermedades en la comunidad, su impacto social, será la expresión de un sano equilibrio entre el balance social y económico, le darán la flexibilidad estructural necesaria para



adaptarse a los cambios de la ciencia y la tecnología, apoyado siempre con gente idónea con profundo sentido humano y ético.

7.3 HISTORIA

MAFESALUD IPS LTDA, es una institución prestadora de servicios de salud en el marco de la ley 100 de 1993.

Creada el 8 de noviembre del 2002, como un establecimiento privado, con autonomía administrativa y patrimonio propio, para brindar una atención adecuada en salud para nuestros usuarios bajo la escritura pública N° 5463 del 8 de noviembre de 2002, otorgada por la notaria única de Soledad e inscrita en la cámara de comercio el 12 de noviembre de 2002, con el N° 101763.

La institución se encuentra ubicada en la calle 49 N° 3 sur 21 de Barranquilla, la cual es moderna y confortable y cumple con todos los parámetros de la ley para contribuir a la satisfacción y buena atención de los usuarios adscritos a nuestra institución, la cual redundara en el beneficio de las empresas contratantes y adicionalmente por los valores agregados que esta empresa ofrece.

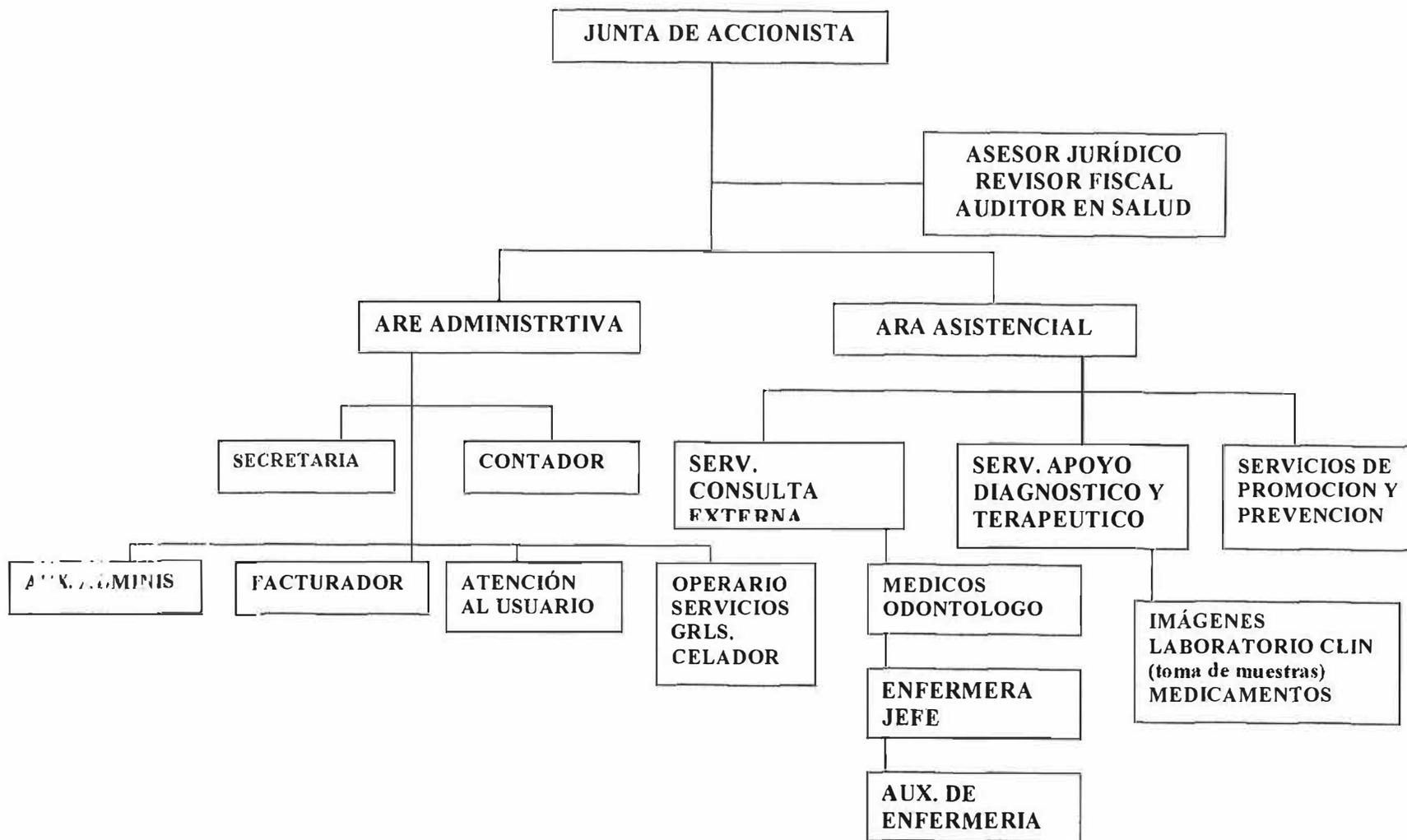
7.4 POLITICAS

1. Ampliar la cobertura, para nuevos afiliados con principios de solidaridad, universalidad, eficiencia, equidad y participación social consagrada en nuestra constitución.
2. Garantizar la prestación integral de servicio de salud del plan obligatorio de salud subsidiado a nuestros afiliados conforme lo establecen las normas vigentes.
3. Tener una imagen corporativa local, departamental y nacional dentro del sector de la seguridad social distinguiéndose por su responsabilidad, profesionalismo y cumplimiento.
4. Fomentar los procesos de organización comunitaria que sean necesarios para la activa vinculación de nuestros afiliados, la toma de decisiones generando sentido de pertenencia y compromiso con su propio desarrollo.
5. Garantizar la prestación oportuna y eficiente de los servicios, manteniendo como principios básicos la cobertura familiar.
6. Incorporar tecnología apropiada al desarrollo organizativo, operativo y funcional

de la empresa que permita administrar racionalmente la oferta y demandas de los servicios.

7. Crear una cultura organizacional orientada a modernizar la gestión empresarial en todo y cada uno de los niveles estructurales.
8. Capacitación permanente a los funcionarios que conforman la empresa.
9. Transformar el tradicional modelo de salud en acciones eminentemente curativas, a un nuevo enfoque orientado a crear una cultura enfocada a la promoción y prevención.

7.5 ORGANIGRAMA
 ORGANIGRAMA MAFE SALUD IPS



8. DESCRIPCION DE LAS TABLAS

Nombre de la tabla: PMPMEDICAMENTOS Nombre largo: MEDICAMENTOS Modulo: Información de medicamentos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena toda la información de los diferentes medicamentos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	MEDCOMER		Varchar	50	0	No	Medicamento comercial
3	MEDGENE		Varchar	50	0	No	Medicamento genérico
4	MEDPRES		Varchar	50	0	No	Prescripción del medicamento
5	MEDCONC		Varchar	50	0	No	
6	MEDCANT		Int	15	0	No	Cantidad suministrada
7	MEDDOSIS		Varchar	200	0	No	Dosis aplicada

Nombre de la tabla: PMICITAS Nombre largo: CITAS Modulo: citas Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena toda las citas programadas para el paciente.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	CITHORARI	PK	Varchar	15	0	No	Hora de la cita
2	CITASUNTO		Varchar	255	0	No	motivo de la cita
3	CITFECHA	PK	Varchar	15	0	No	Fecha de la cita
4	MEDNOM	FK[(pmimedicos) (mednombre)]	Varchar	50	0	No	Nombre del médico
5	CITDETALL		Varchar	255		Si	Información acerca de la cita
6	CITNUM		Varchar	20		No	Número de la cita

Nombre de la tabla PMIDIAGNOSTICOS Nombre largo: DIAGNOSTICOS Modulo: Información de los Diagnósticos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información del diagnostico del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	DIACOD	PK	Int	10	0	No	Código del diagnostico
2	DIADESC		Varchar	100		No	Descripción del diagnostico
3	DIAOBSV		Varchar	200		No	Observación del diagnostico

Nombre de la tabla PMIPACIENTES Nombre largo: PACIENTES Modulo: Información del Paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla Almacena información de todos los datos del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACTIPID		Varchar	10	0	No	Tipo de documento del paciente
2	PACNUMERO	PK	Int	15		No	Cédula del paciente
3	PACAPELL1		Varchar	15		No	Primer apellido de paciente
4	PACAPELL2		Varchar	15	0	No	Segundo apellido del paciente
4	PACNOM1		Varchar	15	0	No	Primer nombre del paciente
5	PACNOM2		Varchar	15		Si	Segundo nombre del paciente
6	PACFECHA		Varchar	15		No	Fecha de nacimiento
7	PACDIR		Varchar	15		No	Dirección del paciente
8	PACTEL		Varchar	10		No	Teléfono paciente
9	PACEMAIL		Varchar	15		No	Mail del paciente

10	PACEST		Varchar	10		No	Estado civil del paciente
11	PACSEX		Varchar	10		No	Sexo del paciente
12	PACGRU		Varchar	10		No	Grupo sanguíneo del paciente
13	PACNIV		int	5		No	Nivel del paciente
14	PACESCO		Varchar	15	0	No	Escolaridad del paciente
15	PACZONA		Varchar	10	0	No	Zona del paciente
16	PACEMP		Varchar	10	0	No	Empresa donde labora
17	PACTEEMP		int	10	0	No	Teléfono de la empresa
18	PACDIREMP		Varchar	50	0	No	Dirección de la empresa
19	OCUCOD	FK[(pmiocu paciones) (ocucod)]	Int	15	0	No	Código de la ocupación
20	MUNCOD	FK[(pmimu nicipios) (muncod)]	Int	3	0	No	Código del municipio
21	DEPCOD	FK[(pmidep artaments) (depcod)]	int	3	0	No	Código del departamento
22	PACUSU		Varchar	50	0	Null	usuario
23	PACENT		Varchar	10	0	Null	Entidad a la que esta vinculada
24	PACCARN		Varchar	20	0	Null	Carnet del paciente

Nombre de la tabla PMIEPS Nombre largo: EPS Modulo: Información de la eps Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de la Eps			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	EPSCOD	PK	Int	10	0	No	Código de la Eps
2	EPSNOM		Varchar	30		No	Nombre de la Eps

3	EPSNIT		Int	10		No	Nit de la Eps
4	EPDIR		Varchar	20	0	No	Dirección de la Eps
4	EPSTEL		Varchar	15	0	No	Teléfono de la Eps

Nombre de la tabla: PMIESPECIALIDS Nombre largo: ESPECIALIDAD Modulo: Información de la especialidad Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información relacionada con la especialidad			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	ESPCOD	PK	Int	15	0	No	Código de la especialidad
2	ESPDESC		Varchar	100	0	No	Descripción de la especialidad

Nombre de la tabla: PMISIGNOS Nombre largo: SIGNOS Modulo: Información de los signos vitales Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de todos los signos vitales del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SIGEDAD		Varchar	30	0	No	Edad del paciente
2	SIGPESO		Varchar	30		No	Peso del paciente
3	SIGTALLA		Varchar	30		No	Talla del paciente
4	SIGTENAD		Varchar	30	0	No	Tensión arterial diastólica
5	SIGFRECC		Varchar	30	0	No	Frecuencia cardiaca
6	SIGFRECR		Varchar	30		Yes	Frecuencia respiratoria
7	SIGTEMP		Varchar	30		No	Temperatura
8	SIGPERIC		Varchar	30		No	Perímetro cefálico
9	SIGPERT		Varchar	30		No	Perímetro torácico
10	SIGPERIA		Varchar	30		No	Perímetro abdominal
11	SIGALTU		Varchar	30		No	Altura uterina
12	SIGFRECF		Varchar	30		No	Frecuencia cardiaca fetal
13	SIGBORR		Varchar	30		No	Borramiento uterino
14	SIGDILAT		Varchar	30		No	Dilatación
15	SIGTENS		Varchar	30		No	Tensión



Nombre de la tabla: PMISISTEMAS Nombre largo: SISTEMAS Modulo: Información de los diferentes sistemas del paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de como se encuentra los diferentes sistemas del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SISCOD	PK	Int	15	0	No	Código del sistema
2	SISDESC		Varchar	100		No	Descripción del sistema
3	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente

Nombre de la tabla PMIANTECEDENTS Nombre largo: ANTECEDENTE Modulo: Información de Antecedentes Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los antecedentes del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	ANTTIP		Varchar	20		No	Código del antecedente
2	ANTDESCRI		Varchar	200		No	Descripción del antecedente

Nombre de la tabla: PMIUSUARIOS Nombre largo: USUARIOS Modulo Información de usuarios Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los diferentes usuarios que podrán acceder al sistema			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	USUCON	PK	Varchar	10	0	No	Contraseña del usuario
2	USUNOM	PK	Varchar	15		No	Nombre
3	USUNOMU		Varchar	30		No	Nombre del usuario
4	USUAPE		Varchar	20		No	Primer apellido del usuario
5	USUAPE1		Varchar	20		Si	Segundo apellido del usuario
6	USUCAR		Varchar	30		No	Cargo del usuario
7	USUTEL		Int	15		No	Teléfono del usuario
8	TIPUSU	FK [(pmitipusua rios) (tipusu)]	Int	4		No	Tipo de usuario
9	USUID		Int	20		Si	Identificación del usuario

Nombre de la tabla PMITIPUSUARIOS Nombre largo: TIPOS DE USUARIOS Modulo: Información Tipos De Usuarios Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los diferentes tipos de usuarios que acceden al sistema			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	TIPUSU	PK	Int	4	0	No	Código del tipo de usuario
2	TIPNOM		Varchar	15		No	Nombre del tipo de usuario

Nombre de la tabla PMIDEPARTAMENTOS Nombre largo: DEPARTAMENTOS Modulo: Información de los departamentos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los distintos departamentos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	DEPCOD	PK	Int	3	0	No	Código del departamento
2	DEPNOM		Varchar	10		No	Nombre del departamento

Nombre de la tabla PMIMUNICIPIOS Nombre largo: MUNICIPIOS Modulo: Información de los municipios Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los municipios			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	MUNCOD	PK	Int	3	0	No	Código del municipio
2	MUNNOM		Varchar	10		No	Nombre del municipio
3	DEPCOD	PK	Int	3	0	No	Código del departamento

Nombre de la tabla PMIOCCUPACIONES Nombre largo: OCUPACIONES Modulo: Información de las diferentes ocupaciones Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los diferentes tipos de ocupaciones			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	OCUCOD	PK	Int	15	0	No	Código de la ocupación
2	OCUDESC		Varchar	150		Si	Descripción de la ocupación

Nombre de la tabla PMIMOTCONS Nombre largo: MOTIVO DE CONSULTA Modulo: Información de la consulta Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información del motivo de consulta que requiere el paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nul o	Descripción
1	MOTNUM	PK	Int	15	0	No	Código del motivo de consulta
2	MOTDESC		Varchar	255		No	Descripción del motivo de consulta

Nombre de la tabla PMIMEDICOS Nombre largo: MEDICOS Modulo: Información de los médicos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los médicos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	MEDCED	PK	Int	20	0	No	Cédula del medico
2	MEDCOD		Int	10		No	Código del medico
3	MEDNOM		Varchar	50		No	Nombre del medico
4	MEDAPEL1		Varchar	20		Si	Primer apellido
5	MEDAPEL2		Varchar	20		No	Segundo apellido
6	MEDDIR		Varchar	25		No	Dirección del médico
7	MEDTEL		Int	15		No	Teléfono del médico
8	ESPCOD	FK	Int	15		No	Código de la especialidad
9	MEDTAR		Int	10		No	Tarjeta profesional
10	MEDTELI		Int	15		Si	Celular o telefono

Nombre de la tabla PMIHISTORIAS Nombre largo: HISTORIA CLINICA Modulo: Información de la historia Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a la historia clinica del paciente.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	HISFECHA		Varchar	15	0	No	Fecha de la historia
2	HISEST		Varchar	4		No	Estado de la historia
3	PACNUMERO	PK	Varchar	15		No	Cédula del paciente

Nombre de la tabla PMIPLANES Nombre largo: PLANES Modulo: Información de los planes Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los planes que ofrece la clinica a sus usuarios			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PLACOD	PK	Varchar	15	0	No	Código del plan
2	PLADESC		Varchar	200		No	Descripción del plan

Nombre de la tabla PMIAUDITORIAS Nombre largo: AUDITORIAS Modulo: Información de las auditorias Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a las auditorias			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	AUDFECHA	PK	Date		0	No	Fecha de la auditoria
2	AUDHORA		time			No	Hora de la auditoria
3	AUDUSU		Varchar	10			Identificación del usuario
4	AUDCODPRO		Varchar	100			Codigo del programa

Nombre de la tabla PMICONSULTAS Nombre largo: CONSULTAS Modulo: Información de las consultas Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a las consultas			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	int	15	0	No	Cédula del paciente
2	CONESP		Varchar	255		No	Especificación de la consulta
3	CONVAL		int	100			Valor de la consulta
4	CONDET		int	2			Detalle de la consulta

Nombre de la tabla PMIEXAFISICOS Nombre largo: EXAMEN FISICO Modulo: Información de los exámenes físicos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los exámenes físicos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	EXAAPARI		Varchar	30	0	No	Apariencia
2	EXACABEZA		Varchar	30		No	Cabeza
3	EXAOIDOS		Varchar	30			Oidos
4	EXAOJOS		Varchar	30			Ojos
5	EXAFONDO		Varchar	30			Fondo
6	EXANARIZ		Varchar	30			Nariz
7	EXABOCA		Varchar	30			Boca
8	EXAGARGAN		Varchar	30			Garganta
9	EXANUCA		Varchar	30			Nuca
10	EXATIROID		Varchar	30			Tiroides
11	EXAPECHO		varchar	30			Pecho
12	EXACORAZO		Varchar	30			Corazón
13	EXAPULMON		varchar	30			Pulmón
14	EXAABDO		varchar	30			Abdomen
15	EXAMUSCUL		Varchar	30			Músculo
16	EXAPIEL		Varchar	30			Piel
17	EXAPULSO		varchar	30			Pulso
18	EXANODOD		Varchar	30			Nodo
19	EXANEURO		Varchar	30			Neurologica
20	EXAGENITO		Varchar	30			Gentales
21	EXAEXTRE		varchar	30			Extremidades
22	PACNUMERO	PK	varchar	30			Cédula del paciente

Nombre de la tabla PMIPRODUCTOS Nombre largo: PRODUCTOS Modulo: Información de los productos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los productos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PROCODPRO	PK	int	15	0	No	Código del producto
2	PRONOMG		varchar	200		No	Nomb. Generico
3	PRONOMC		varchar	200		No	Nomb. Comercial
4	PROCON		varchar	50		No	
5	PROLAB		varchar	50		No	Laboratorio del producto
6	PROUNI		varchar	50		No	Unidades del producto

Nombre de la tabla PMIREMISIONES Nombre largo: REMISIONES Modulo: Información de las remisiones Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a las remisiones			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	REMCOD	PK	int	5	0	No	Código de la remisión
2	RE MID		int	15		No	Identificación de la remisión
3	REM NOM		varchar	30		No	Nombre del remitido
4	REMDIR		varchar	20		No	Dirección
5	REMTTEL		int	15		No	Teléfono
6	REME SP		varchar	100		No	Especialidad
7	REMTTEL1		int	15		No	Teléfono
8	REMTAR		int	4		No	Tarjeta

Nombre de la tabla PMIRIESGOS Nombre largo: RIESGOS Modulo: Información de los riesgos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los riesgos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	int	15	0	No	Cédula del paciente
2	RIEFAC		varchar	30		No	Factor del riesgo
3	RIEDESC		varchar	200		No	Descripción del riesgo

Nombre de la tabla PMISIGNOS Nombre largo: SIGNOS Modulo: Información de los signos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los signos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SIGCOD	PK	varchar	5	0	No	Código del signo
2	SIGDESC		varchar	100		No	Descripción del signo
3	SIGTIP		varchar	15		No	Tipo del signo
4	SIGIND		varchar	15		No	Indicador del signo
5	SIGFOR		varchar	100		No	Formula del signo

Nombre de la tabla PMISINTOMAS Nombre largo: SINTOMAS Modulo: Información de los síntomas Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los síntomas			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SINCOD	PK	Int	15	0	No	Código del síntoma
2	SINDEF		varchar	100		No	Definición del síntoma
3	SINDESC		varchar	100		No	Descripción del síntoma
4	SISCOD		Int	15		No	Código del sistema

Nombre de la tabla PMISINPAC Nombre largo: SINTOMA PACIENTES Modulo: Información de los síntomas del paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los síntomas del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SINCOD	PK	int	15	0	No	Código del síntoma
2	SISCOD	FK (pmisistemas) (siscod)	int	15		No	Código del sistema
3	SINOBS		int	2 55			Observación del sistema

4	SINAPAR		char	1			Apariencia del sistema
5	PACNUMERO	PK	int	15			Cédula del paciente

Nombre de la tabla PMIHISTOCLINICS Nombre largo: HISTORIA CLINICA Modulo: Información de la historia clínica Tipo: Maestro				Descripción de la tabla Almacena información de todos los datos del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACTIPID		Varchar	10	0	No	Tipo de documento del paciente
2	PACNUMERO	PK	Int	15		No	Numero de identificación del paciente
3	PACPELL1		Varchar	15		No	Primer apellido de paciente
4	PACPELL2		Varchar	15	0	No	Segundo apellido del paciente
4	PACNOM1		Varchar	15	0	No	Primer nombre del paciente
5	PACNOM2		Varchar	15		Si	Segundo nombre del paciente
6	PACFECHA		Varchar	15		No	Fecha de nacimiento
7	PACDIR		Varchar	15		No	Dirección del paciente
8	PACTEL		Varchar	10		No	Teléfono paciente
9	PACEMAIL		Varchar	15		No	Mail del paciente
10	PACEST		Varchar	10		No	Estado civil del paciente
11	PACSEX		Varchar	10		No	Sexo del paciente
12	PACGRU		Varchar	10		No	Grupo sanguíneo del paciente
13	PACNIV		int	5		No	Nivel del paciente
14	PACESCO		Varchar	15	0	No	Escolaridad del paciente
15	PACZONA		Varchar	10	0	No	Zona del paciente
16	PACEMP		Varchar	10	0	No	Empresa donde labora
17	PACTEEMP		int	10	0	No	Teléfono de la

							empresa
18	PACDIREMP		Varchar	50	0	No	Dirección de la empresa
19	OCUCOD	FK[(pmiocu paciones) (ocucod)]	Int	15	0	No	Código de la ocupación
20	MUNCOD	FK[(pmimu nicipios) (muncod)]	Int	3	0	No	Código del municipio
21	DEPCOD	FK[(pmidep artaments) (depcod)]	int	3	0	No	Código del departamento
22	PACUSU		Varchar	50	0	No	usuario
23	PACENT		Varchar	10	0	No	Entidad a la que esta vinculada
24	PACCARN		Varchar	20	0	No	Carnet del paciente
25	HISTIP		Varchar	20	0	No	Tipo
26	HISDESC2		Varchar	200	0	No	Descripción
27	RIEFAC		Varchar	30	0	No	Factura del riesgo
28	RIEDESC		Varchar	200	0	No	Descripción del riesgo
29	SIGEDAD		Varchar	30	0	No	Edad del paciente
30	SIGPESO		Varchar	30		No	Peso del paciente
31	SIGTALLA		Varchar	30		No	Talla del paciente
32	SIGTENAD		Varchar	30	0	No	Tensión arterial diastólica
33	SIGFRECC		Varchar	30	0	No	Frecuencia cardiaca
34	SIGFRECR		Varchar	30		Si	Frecuencia respiratoria
35	SIGTEMP		Varchar	30		No	Temperatura
36	SIGPERIC		Varchar	30		No	Perímetro cefálico
37	SIGPERT		Varchar	30		No	Perímetro torácico
38	SIGPERIA		Varchar	30		No	Perímetro abdominal
39	SIGALTU		Varchar	30		No	Altura uterina
40	SIGFRECF		Varchar	30		No	Frecuencia cardiaca fetal
41	SIGBORR		Varchar	30		No	Borramiento uterino
42	SIGDILAT		Varchar	30		No	Dilatación
43	SIGTENS		Varchar	30		No	Tensión
44	EXAAPARI		Varchar	30	0	No	Apariencia
45	EXACABEZA		Varchar	30		No	Cabeza

46	EXAOIDOS		Varchar	30			Oidos
47	EXAOJOS		Varchar	30		No	Ojos
48	EXAFONDO		Varchar	30		No	Fondo
49	EXANARIZ		Varchar	30		No	Nariz
50	EXABOCA		Varchar	30		No	Boca
51	EXAGARGAN		Varchar	30		No	Garganta
52	EXANUCA		Varchar	30		No	Nuca
53	EXATIROID		Varchar	30		No	Tiroides
54	EXAPECHO		varchar	30		No	Pecho
55	EXACORAZO		Varchar	30		No	Corazón
56	EXAPULMON		varchar	30		No	Pulmón
57	EXAABDO		varchar	30		No	Abdomen
58	EXAMUSCUL		Varchar	30		No	Músculo
59	EXAPIEL		Varchar	30		No	Piel
60	EXAPULSO		varchar	30		No	Pulso
61	EXANODOD		Varchar	30		No	Nodo
62	EXANEURO		Varchar	30		No	Neurologica
63	EXAGENITO		Varchar	30		No	Gentales
64	EXAEXTRE		varchar	30		No	Extremidades
65	HISRES		varchar	30		No	
66	HISOBS		varchar	30		No	Observación
67	PROCODPRO		Int	15		No	Código el producto
68	PROCANT		Varchar	40		No	Cantidad de producto
69	PRODOSIS		Varchar	40		No	Dosis del producto
70	REMENT		Varchar	60		No	Entidad que lo remite
71	REMOBS		Varchar	150		No	Observación de la remisión
72	HISDESC1		Varchar	30		No	Descripción
73	HISFECHA2		Varchar	30		No	Fecha
74	MEDNOM		Varchar	50		No	Nombre del medico



Nombre de la tabla PMIREMPACS Nombre largo: REMISION DEL PACIENTE Modulo: Información de la remisión del paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene todas las remisiones pertenecientes al paciente.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	REMENT		Varchar	60	0	No	Entidad que remite al paciente
3	REMOBS		Varchar	150		No	Observaciones de la remisión

Nombre de la tabla PMIDETALLES Nombre largo: DETALLES Modulo: Información de los detalles Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los detalles de las facturas.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	FACCOD		Int	15	0	No	Código de la factura
2	DETDET		Varchar	200	0	No	Detalle de la factura
3	DETSUBT		Varchar	15	0	No	Subtotal de la factura

Nombre de la tabla PMIFACTURA Nombre largo: FACTURA Modulo: Información de las facturas Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a la facturación.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	FACCOD	PK	Int	15	0	No	Código de la factura
3	FACTOTAL		Int	10	0	No	Total de la factura
4	FACFECHA		Varchar	15	0	No	Fecha de la factura

Nombre de la tabla PMIPLANESPAC Nombre largo: PLANES PACIENTE Modulo: Información de Los planes del pacinete Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Aqui se encuentran los diferentes planes que se le ofrecen a los pacientes.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	PLACOD	PK	Varchar	15	0	No	Código del plan
3	PLADESC		Varchar	200		No	Descripción del plan

Nombre de la tabla PMIPROCPACS Nombre largo: PROCEDIMIENTO PACIENTES Modulo: Información de los procedimientos de los pacientes. Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Esta contiene la información de los procedimientos que se le realizan a los pacientes.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	PROCODPRO	PK	Int	15	0	No	Código del plan
3	PROCANT		Varchar	40		No	Descripción del plan
4	PRODOSIS		Varchar	40			

Nombre de la tabla PMIPROPACIS Nombre largo: PRODUCTO PACIENTES Modulo: Información de los productos para el paciente. Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene los productos a los cuales puede acceder cada paciente.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PROCON	PK	Varchar	50	0	No	Contenido
2	PROCODPRO	PK	Int	15	0	No	Código del producto
3	PROPRES		Varchar	50		No	Prescripciones del producto
4	PROCANTID		Varchar	40		No	Cantidad del producto
5	PROOBSER		Varchar	150		No	Observaciones
6	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente

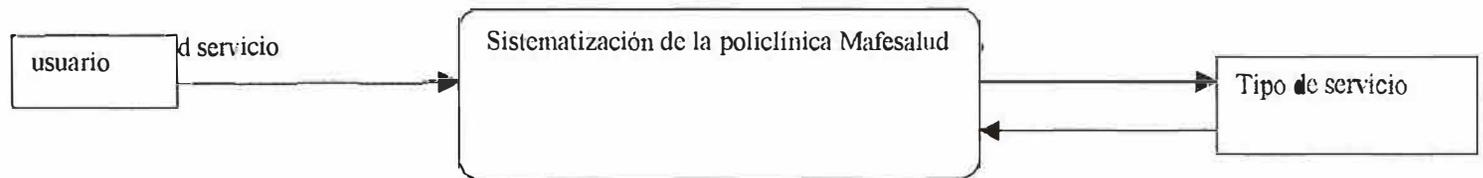
Nombre de la tabla PMIPROCPACS Nombre largo: PROCESO DEL PACIENTE Modulo: Información de los procesos del paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los procesos de los pacientes			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PROCOINT	PK	int	10	0	No	Código del procedimiento
2	PACNUMERO	PK	int	15		No	Cédula del paciente
3	PROVAL		varchar	10		No	Valor del procedimiento
4	PRONOR		char	2		No	Orden del proceso
5	PRORESUL		varchar	255		No	Resultado del proceso

Nombre de la tabla PMIPROCEDIMIENS Nombre largo: PROCEDIMIENTO Modulo: Información de los procedimientos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los procedimientos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PROCOINT	PK	int	10	0	No	Código del procedimiento
2	PROCODMIN		int	15		No	Código del ministerio de salud
3	PRODESC		varchar	100			Descripción del procedimiento

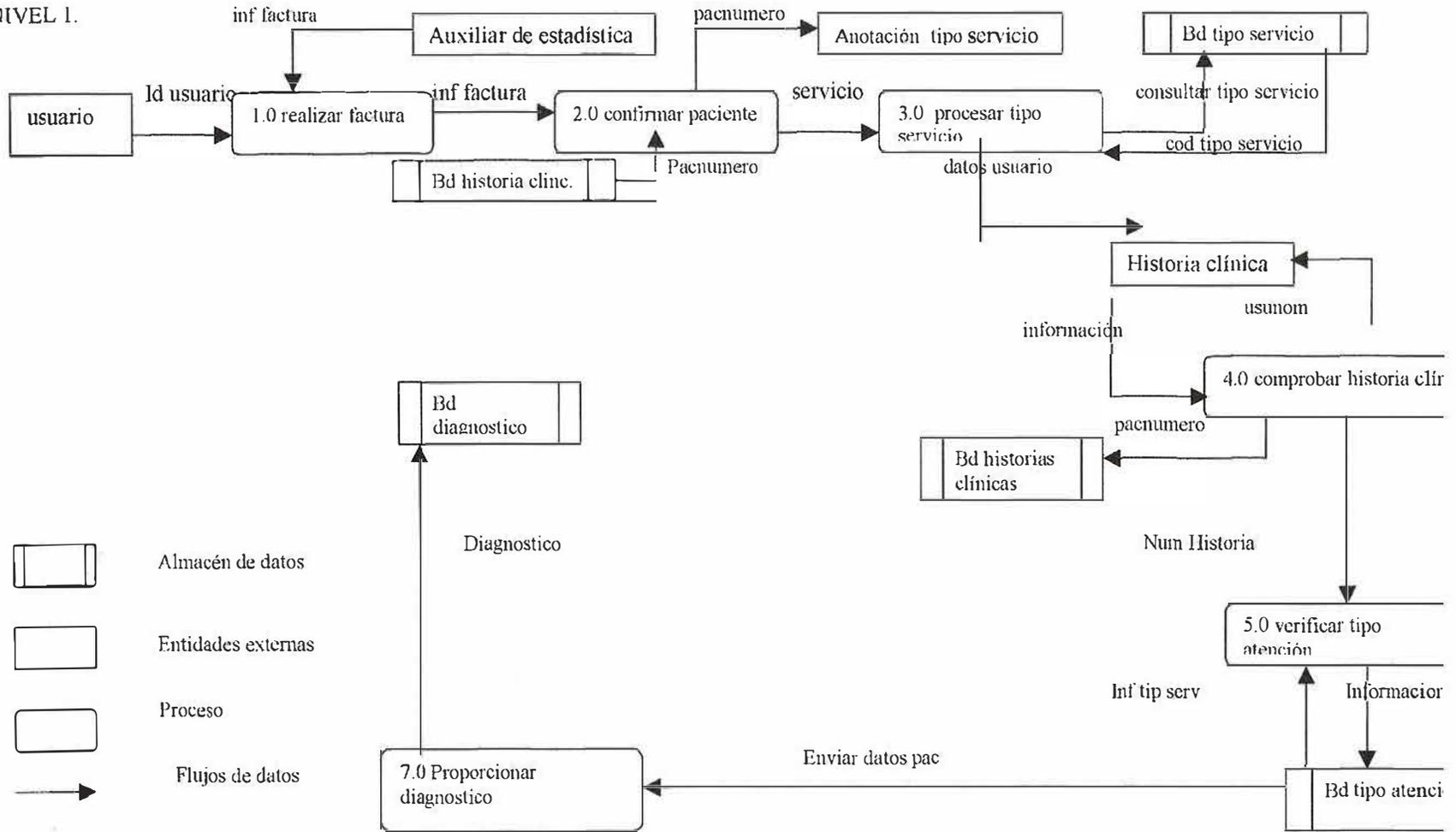
8.2 DIAGRAMA DE FLUJO DE DATOS

DIAGRAMA DE CONTEXTO

NIVEL 0

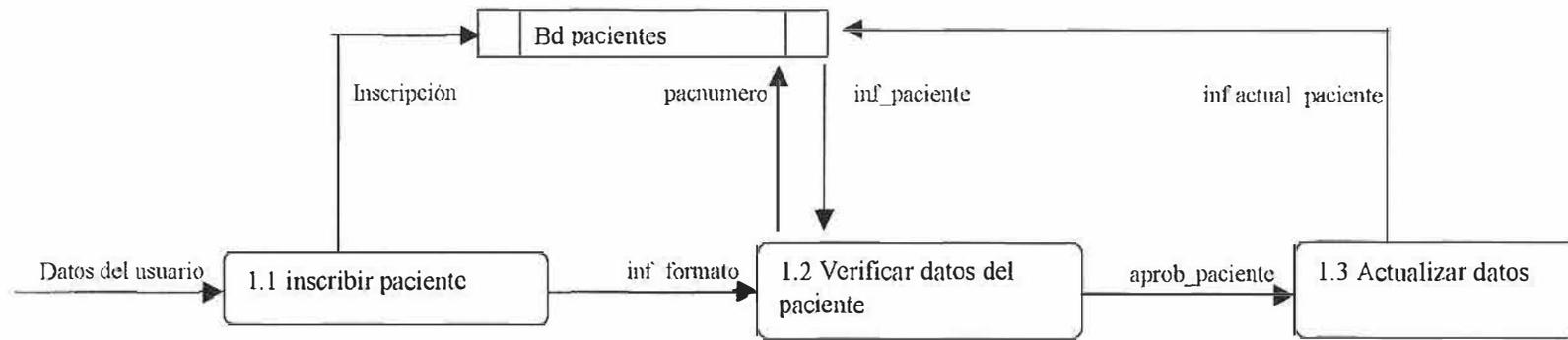


NIVEL I.

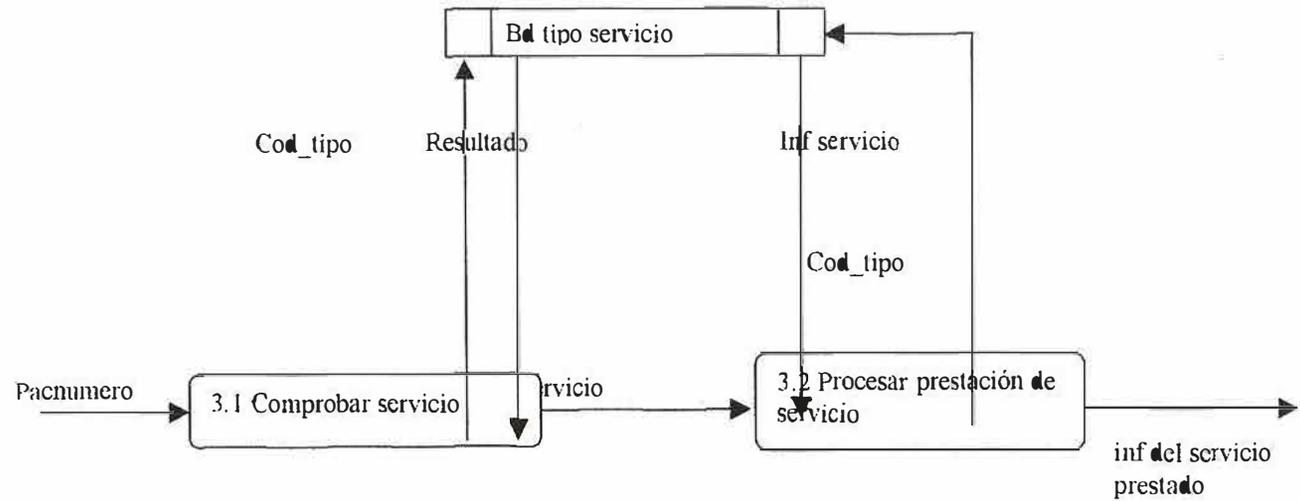


-  Almacén de datos
-  Entidades externas
-  Proceso
-  Flujos de datos

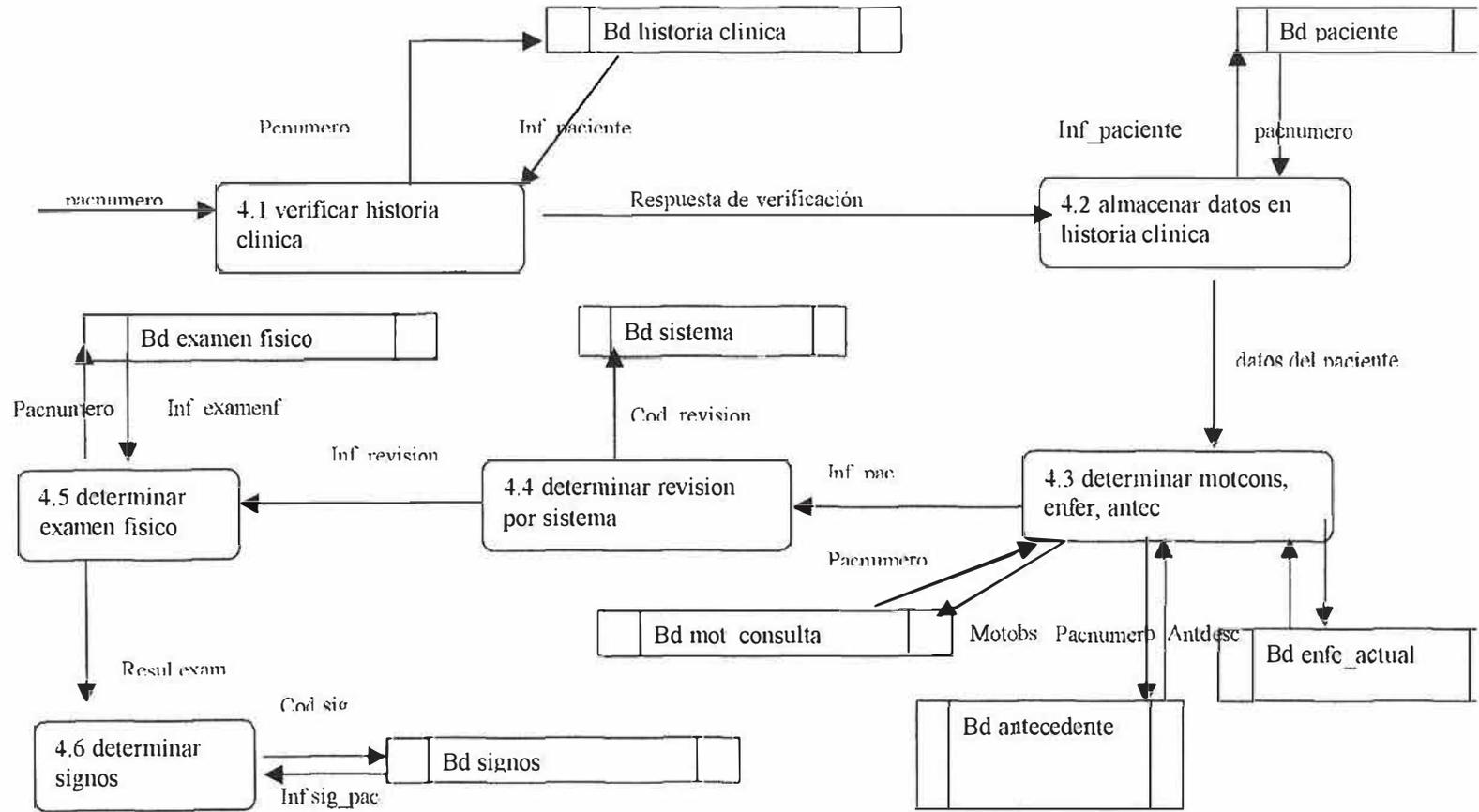
1.0 REALIZAR FACTURACION



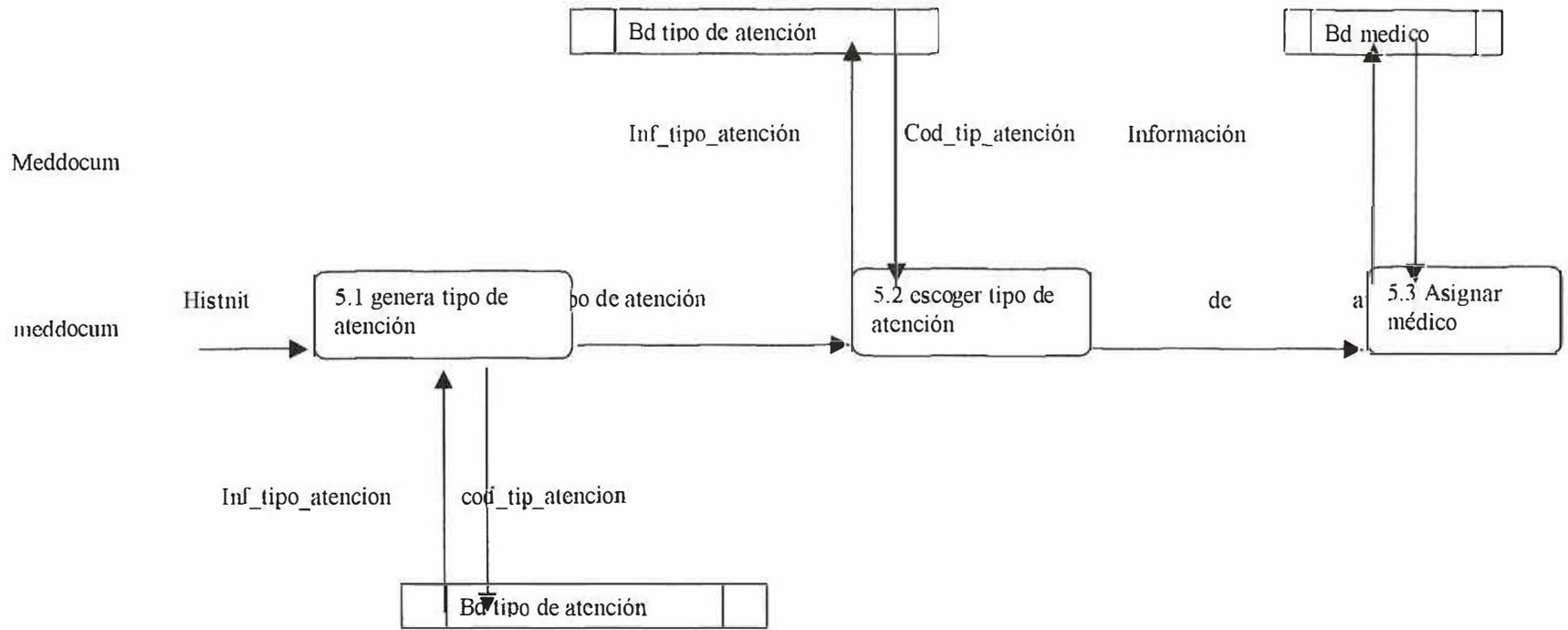
3.0 PROCESO DE TIPO DE SERVICIO



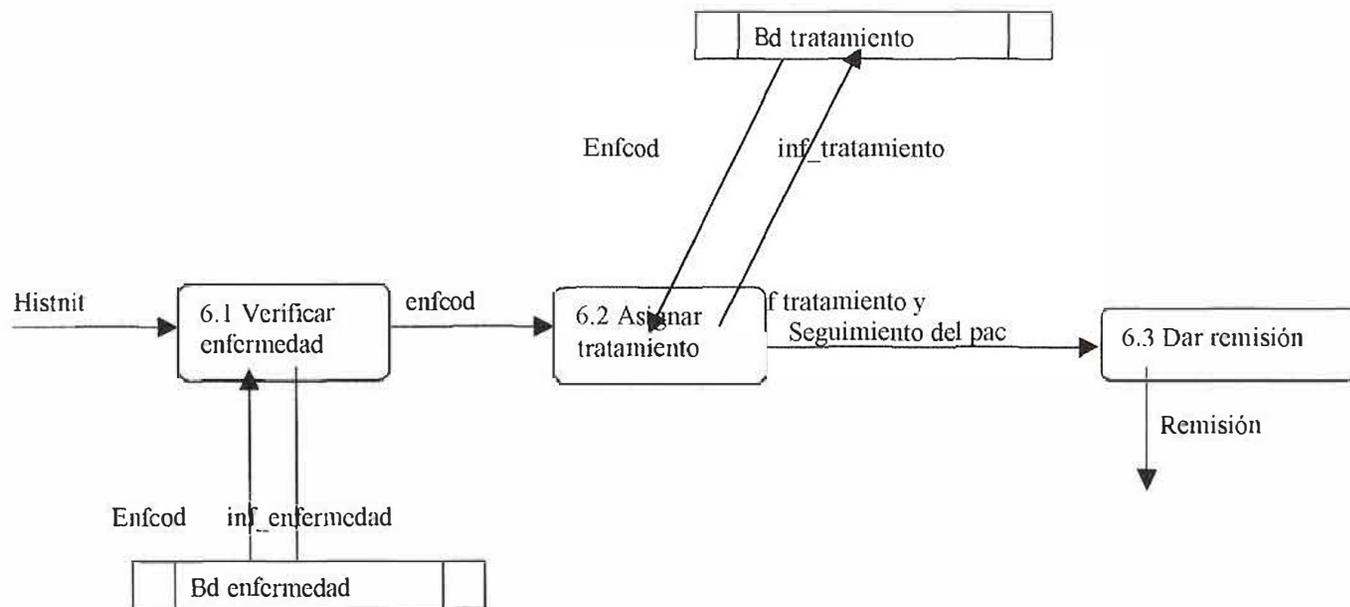
4.0 COMPROBAR HISTORIA CLINICA



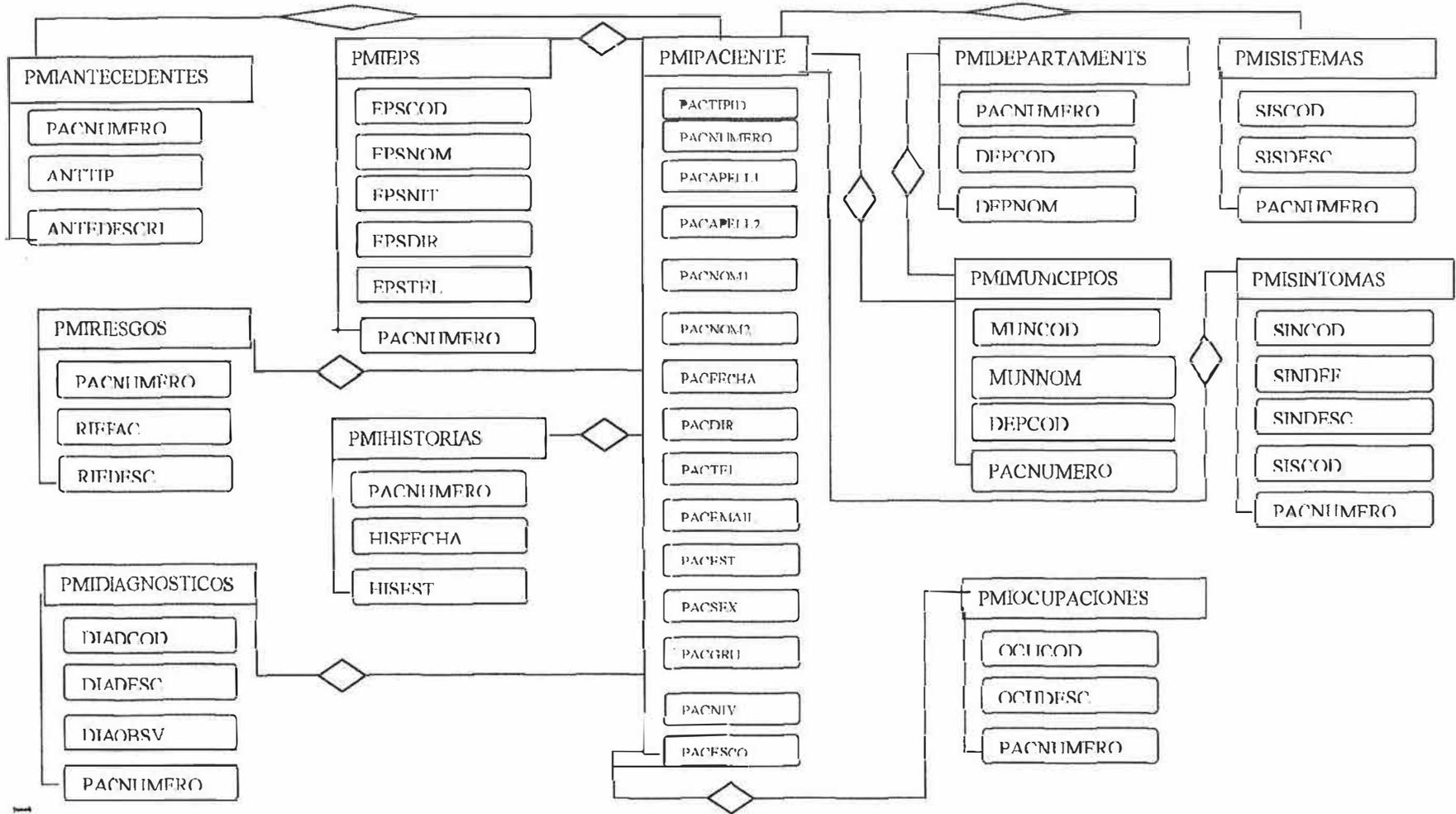
5.0 VERIFICAR TIPO DE ATENCION

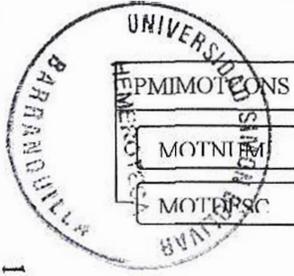
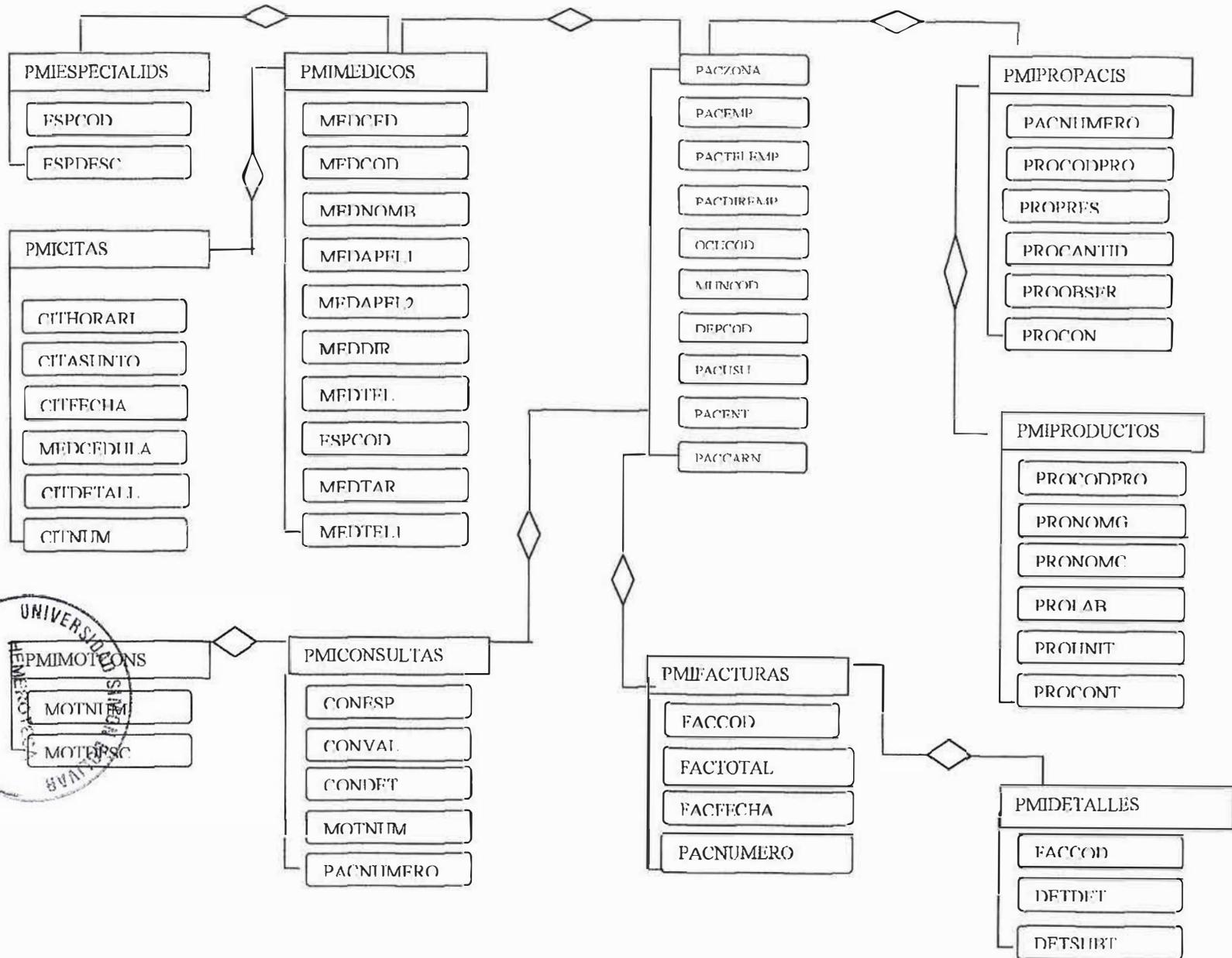


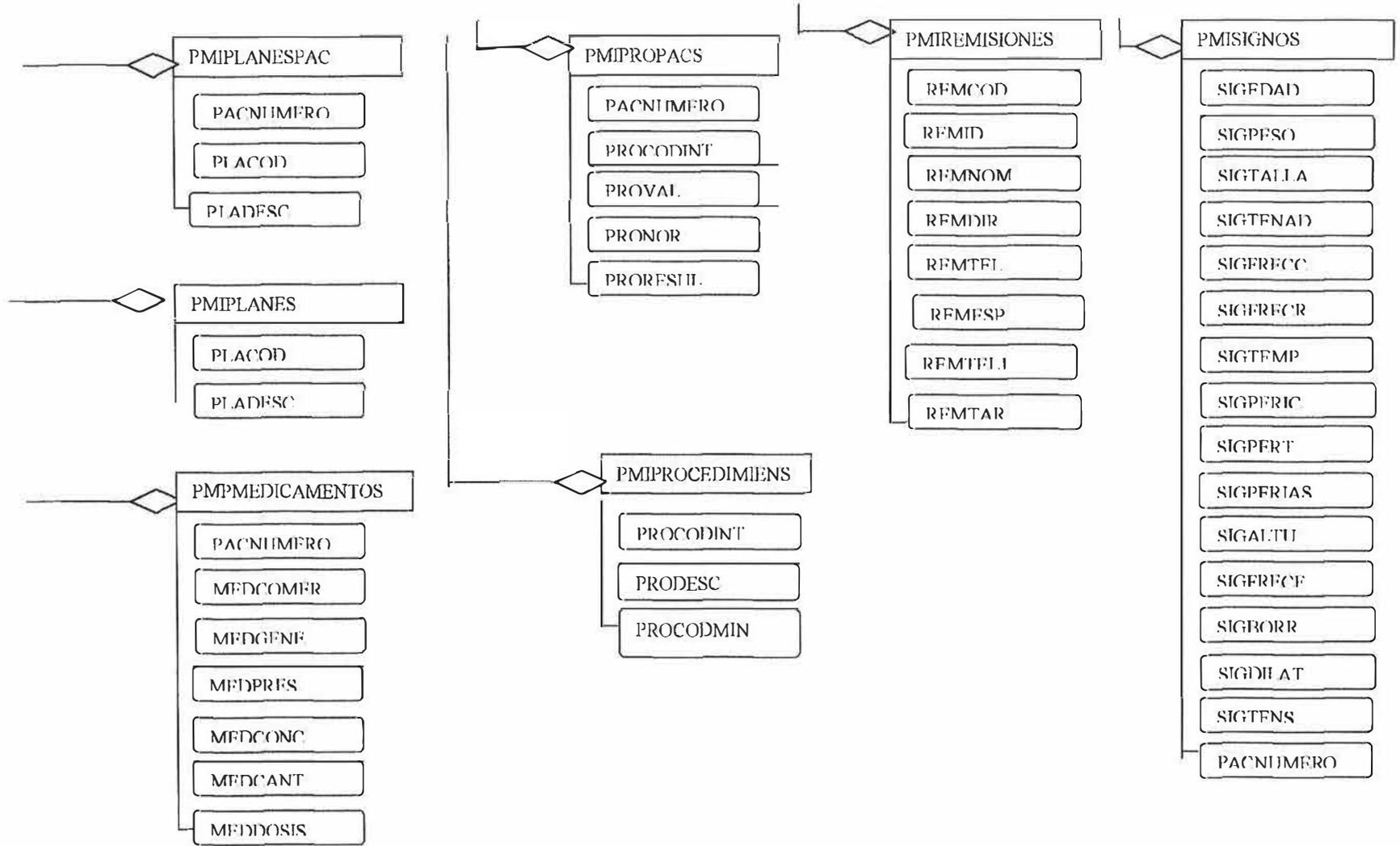
7.0 PROPORCIONAR DIAGNOSTICO

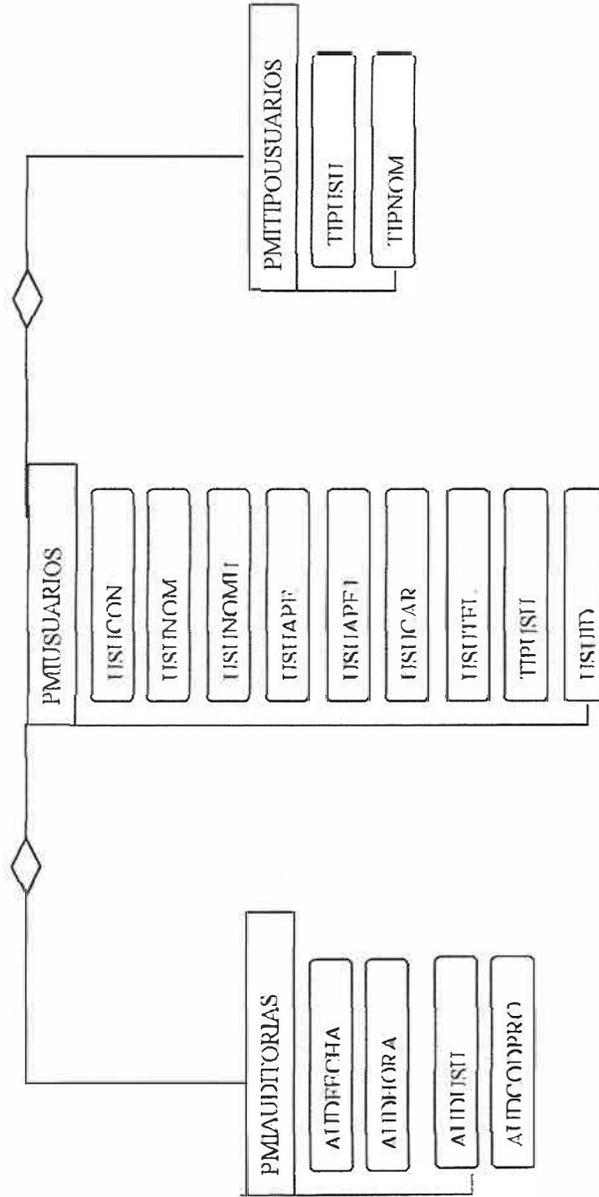


8.3 DIAGRAMA ENTIDAD RELACION









8.5 DICCIONARIO DE DATOS

PROCESOS	
Proceso:	Realizar factura.
Descripción:	En este proceso se almacena el valor correspondiente al tipo de servicio o servicios solicitados por el paciente.
Entrada:	Solicitud del tipo de servicio.
Salida:	Identificación del tipo de servicio.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información de factura.
Descripción:	Código de factura y toda su información.
Proviene de:	Realizar facturación.
Para los procesos:	Confirmar paciente, proceso de tipo de atención, comprobar historia clínica.
Estructura de datos:	Información de la factura de determinado paciente.
Datos:	Código de la factura y toda la información referente a cada paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Confirmar paciente.
Descripción:	Aquí se comprueba si el paciente está afiliado a la IPS o si es por primera vez que visita la institución a solicitar un servicio, si es así se llena el formulario de inscripción.
Entrada:	Información de factura y aprobación de tipo de servicio.
Salida:	Servicio solicitado.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Servicio solicitado.
Descripción:	Aquí define que tipo de servicio desea, ya sea medicina interna, consulta externa u odontología.
Proviene de:	Confirmar paciente.

Para los procesos:	Procesar tipo de servicio.
Estructura de datos:	Servicio que solicita el paciente.
Datos:	Código del servicio y todos los datos asociados a los servicios.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Paciente.
Descripción:	Aquí se guarda toda la información referente a los datos personales del paciente.
Flujo de datos:	Identificación del paciente.
Recibido:	Respuesta a la confirmación.

PROCESOS	
Proceso:	Procesar tipo de servicio.
Descripción:	Aquí se mostraran todos los servicios con los que cuenta la IPS y que el cliente pueda solicitar.
Entrada:	El código del tipo de servicio y la identificación del paciente.
Salida:	Información del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información del tipo de servicio solicitado.
Descripción:	Aquí se muestra que servicio desea el paciente que se le preste con todos sus detalles.
Proviene de:	Procesar tipo de servicio.
Para los procesos:	Comprobar historia clínica.
Estructura de datos:	Los datos del paciente necesarios para poder adquirir el servicio.
Datos:	Cedula, nombre, apellido, dirección, etc.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de servicio.
Descripción:	Se comprueba si el servicio solicitado se encuentra registrado en los servicios que presta la institución.

Flujo de datos:	Consultar tipo de servicio.
Recibido:	Código del tipo de servicio.

PROCESOS	
Proceso:	Comprobar historia clínica.
Descripción:	Se mira si el paciente tiene almacenada una historia, si no es así se le registrarán todos los datos para la realización de la misma.
Entrada:	Información del tipo de servicio y del paciente.
Salida:	Número de la historia y todos los datos almacenados en ella que son necesarias en la historia clínica.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Historia clínica.
Descripción:	Se comprueba si ya tiene realizado su historia clínica sino se procese a realizarse.
Flujo de datos:	Identificación del paciente.
Recibido:	Información del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Identificación del paciente y aprobación del servicio.
Descripción:	La identificación del paciente y la aprobación del servicio solicitado.
Proviene de:	Comprobar historia clínica.
Para los procesos:	Revistar tipo de atención.
Estructura de datos:	Datos del paciente e información del servicio.
Datos:	Identificación y todos los datos personales del paciente, el código del servicio.

PROCESOS	
Proceso:	Proporcionar diagnóstico.
Descripción:	Aquí se almacena la información que le médico da sobre un paciente al hacerle un seguimiento a su enfermedad, dejando una constancia de todo lo

Entrada:	encontrado durante la consulta a través de sus signos y síntomas.
Salida:	Datos resultantes al examinar el paciente. Información del diagnóstico realizado y aprobado por el médico.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Historia clínica.
Descripción:	Aquí se verifica la enfermedad o trastornos que padece o padeció el paciente, que son necesarias para establecer un diagnóstico.
Flujo de datos:	Comprobar enfermedades padecidas.
Recibido:	Datos de las enfermedades padecidas por el paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Tipo de atención.
Descripción:	Aquí se describe que necesita el paciente antes de ser examinado por el médico.
Proviene de:	Revisar tipo de atención.
Estructura de datos:	Detalle de la atención solicitada.
Datos:	Código de la atención.

PROCESOS	
Proceso:	Inscribir paciente.
Descripción:	Se almacena la información del paciente necesaria para la vinculación a la IPS.
Entrada:	Datos del usuario.
Salida:	Información del a inscripción del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Datos del usuario.
Descripción:	Se almacena el nombre, apellido, la dirección, etc del paciente. Inscribir paciente.

Proviene de:	Verificar datos del usuario, actualización de datos.
Estructura de datos:	Nombre, apellido, teléfono, sexo, dirección, etc. del paciente.
Datos:	

PROCESOS	
Proceso:	Verificar datos del paciente.
Descripción:	Se comprueba si los datos del paciente se encuentran en la base de datos, sino aquí se almacena.
Entrada:	Identificación del paciente.
Salida:	Aprobación del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Solicitud de servicio.
Descripción:	Nos muestra al usuario y la información que desca ver.
Proviene de:	Usuario.
Para los procesos:	Realizar factura.
Estructura de datos:	Información necesaria para la realización de la factura.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Paciente.
Descripción:	Contiene toda la información referente al paciente.
Flujo de datos:	Identificación del paciente.
Recibido:	Información de los datos del paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Actualizar datos.
Descripción:	En este proceso se actualizan los datos del paciente.
Entrada:	Aprobación del paciente.
Salida:	Información actual del paciente.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Paciente.
Descripción:	Aquí se almacenan los nuevos registros del paciente.
Flujo de datos:	Información.
Recibido:	Información de los datos del paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Comprobar servicio.
Descripción:	Aquí se verifica cual es el servicio que solicita el paciente al acudir a la IPS. Identificación del paciente.
Entrada:	Información del servicio.
Salida:	

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de servicio.
Descripción:	Se encuentran todos los servicios que presta la IPS y que puede ser solicitado por el paciente.
Flujo de datos:	Código del tipo de servicio.
Recibido:	Resultado de la búsqueda.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información del servicio.
Descripción:	Lleva toda la información acerca del servicio prestado.
Proviene de:	Comprobar servicio.
Para los procesos:	Procesar prestación del servicio.
Estructura de datos:	Información del tipo de servicio.
Datos:	Código del tipo de servicio y nombre del tipo de servicio.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de servicio.
Descripción:	Se encuentran todos los servicios que presta la IPS al paciente.
Flujo de datos:	Información del servicio.

Recibido:	Código del servicio que se prestará al paciente.
-----------	--

PROCESOS	
Proceso:	Procesar prestación de servicio.
Descripción:	Aquí se muestran todos los servicios con los que cuenta actualmente la IPS.
Entrada:	Información del servicio.
Salida:	Información del servicio prestado.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Servicio prestado.
Descripción:	Se define el servicio que será prestado al paciente.
Proviene de:	Procesar tipo de prestación de servicio.
Estructura de datos:	Información referente al servicio.
Datos:	Código del servicio, nombre del servicio.

PROCESOS	
Proceso:	Verificar historia clínica.
Descripción:	Se comprueba la existencia de la historia clínica del paciente.
Entrada:	Identificación del paciente.
Salida:	Respuesta de la verificación.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Historia clínica.
Descripción:	Se almacena toda la información referente al paciente.
Flujo de datos:	Cédula del paciente.
Recibido:	Información del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Respuesta de la verificación.
Descripción:	Se mira si el paciente tiene historia clínica sino se lo realiza.

Proviene de:	Verificar historia clínica.
Para los procesos:	Almacenar datos en historia clínica.
Estructura de datos:	Información del paciente es almacenada en su historia clínica.
Datos:	Número de la historia, datos personales, sus antecedentes, etc.

PROCESOS	
Proceso:	Determinar motivo de consulta, enfermedad actual y antecedentes.
Descripción:	Aquí se guarda toda la información relacionada con los antecedentes, su enfermedad actual y por lo cual ha venido a la consulta. Datos del paciente.
Entrada:	Descripción de la enfermedad actual, de los antecedentes y el motivo de consulta.
Salida:	

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Antecedentes.
Descripción:	Almacena toda la información referente a los antecedentes familiares, personales y ginecobstetricos.
Flujo de datos:	Número de la historia.
Recibido:	Información de los antecedentes de un paciente específico.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Motivo de consulta.
Descripción:	Se almacena una breve información relacionada con la enfermedad por la cual el paciente acude a la IPS.
Flujo de datos:	Descripción del motivo de consulta.
Recibido:	Información del motivo de consulta del paciente.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Enfermedad actual.
Descripción:	Guarda una breve información relacionada con la enfermedad que padece el paciente.
Flujo de datos:	Código de la enfermedad actual.
Recibido:	Información de la enfermedad del paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Determinar revisión por sistema.
Descripción:	Se almacena toda la información relacionada con la revisión de cada uno de los sistemas después de haber sido examinado por el médico.
Entrada:	Información de antecedente, motivo de consulta y enfermedad actual. Información de la revisión del paciente.
Salida:	

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Revisión por sistema.
Descripción:	Se almacena toda la información de cada una de las revisiones de cada sistema.
Flujo de datos:	Código de la revisión.
Recibido:	Información de la revisión correspondiente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información de la revisión del paciente.
Descripción:	Toda la información que el médico da al haber examinado al paciente.
Proviene de:	Determinar revisión por sistema.
Para los procesos:	Determinar examen físico.
Estructura de datos:	Información de la revisión por sistema del paciente
Datos:	Código de la revisión y descripción.

PROCESOS	
Proceso:	Determinar examen físico.
Descripción:	Aquí se almacena todo lo referente al examinar al paciente detalladamente como oído, ojo, etc.
Entrada:	Información de la revisión por sistemas.
Salida:	Resultados al examinar el paciente.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Examen físico.
Descripción:	Información relacionada con los exámenes físicos.
Flujo de datos:	Número de la historia.
Recibido:	Información acerca del examen físico.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Resultado del examen físico.
Descripción:	Lleva el resultado final del examen físico del paciente.
Proviene de:	Determinar examen físico.
Para los procesos:	Determinar evolución.
Estructura de datos:	Información acerca de los exámenes físicos del paciente.
Datos:	Número de la historia, descripción al examinar al paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Determinar evolución.
Descripción:	Se guarda la información de cómo va la enfermedad del paciente hasta el día de la consulta.
Entrada:	Resultado del examen físico.
Salida:	Evolución del paciente.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Evolución.
Descripción:	Guarda todas las evoluciones que dan los médicos acerca de la enfermedad del paciente.
Flujo de datos:	Código de la evolución.
Recibido:	Información de la evolución del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Evolución del paciente.
Descripción:	Declaración del médico de cómo va la enfermedad del paciente actualmente.
Proviene de:	Determinar evolución.
Estructura de datos:	Información sobre la evolución del paciente.
Datos:	Código de la evolución y descripción.

PROCESOS	
Proceso:	Generar tipo de atención.
Descripción:	Se muestran todos los tipos de atención que se presten en MAFESALUD IPS.
Entrada:	Número de la historia clínica.
Salida:	Información de los tipos de atención prestadas.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de atención.
Descripción:	Guarda todos los tipos de atención que el paciente puede solicitar.
Flujo de datos:	Código tipo de atención.
Recibido:	Nombre del tipo de atención.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información de los tipos de atención prestada.
Descripción:	Lleva todos los nombres de los tipos de atención.

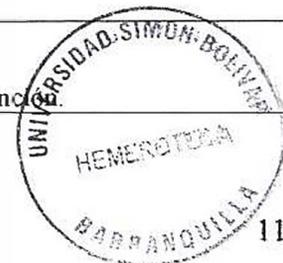
Proviene de:	Generar tipo de atención.
Para los procesos:	Escoger tipo de atención.
Estructura de datos:	Información de los tipos de atención.
Datos:	Código del tipo de atención, nombre del tipo de atención.

PROCESOS	
Proceso:	Escoger tipo de atención.
Descripción:	Se guarda el tipo de atención que el paciente solicita a la IPS.
Entrada:	Información del tipo de atención prestada.
Salida:	Código del tipo de atención.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de atención.
Descripción:	Guarda todos los tipos de atención que el paciente puede solicitar. Código tipo de atención.
Flujo de datos:	Nombre del tipo de atención.
Recibido:	

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Código del tipo de atención.
Descripción:	Lleva el código de la atención que el paciente solicita.
Proviene de:	Escoger tipo de atención.
Para los procesos:	Asignar médico.
Estructura de datos:	Información del tipo de atención.
Datos:	Código del tipo de atención.

PROCESOS	
Proceso:	Asignar médico.
Descripción:	Se asigna el médico correspondiente al tipo de atención.



Entrada:	Código del tipo de atención.
Salida:	Cédula del médico.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Médico.
Descripción:	Se encuentran todos los médicos que trabajan y trabajaron en la institución.
Flujo de datos:	Código del médico.
Recibido:	Nombre del médico.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Cedula del médico.
Descripción:	Se da el número e la cédula del médico que prestará el servicio.
Proviene de:	Asignar médico.
Estructura de datos:	Información del médico.
Datos:	Código del médico. nombre del médico.

PROCESOS	
Proceso:	Verificar enfermedad.
Descripción:	El médico comprueba la enfermedad por la cual acudió a la consulta.
Entrada:	Número de la historia clínica.
Salida:	Código de la enfermedad.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Código de la enfermedad.
Descripción:	El código de la enfermedad que presenta el paciente.
Proviene de:	Verificar enfermedad.
Para los procesos:	Asignar tratamiento.
Estructura de datos:	Información de la enfermedad.
Datos:	

	Código de la enfermedad.
--	--------------------------

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Enfermedad.
Descripción:	Almacena las diferentes enfermedades que pueden padecer los pacientes.
Flujo de datos:	Nombre de la enfermedad.
Recibido:	Código de la enfermedad.

PROCESOS	
Proceso:	Asignar tratamiento.
Descripción:	El médico indica que tipo de tratamiento requiere el paciente según su enfermedad.
Entrada:	Código de la enfermedad.
Salida:	Información del tratamiento y seguimiento del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información del tratamiento.
Descripción:	Lleva todos los requerimientos que necesita el paciente para el mejoramiento de su enfermedad.
Proviene de:	Asignar tratamiento.
Para los procesos:	Reporte del estado del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Seguimiento del paciente e información del tratamiento.
Descripción:	Lleva toda la información necesaria del paciente a la hora de ser remitido a otra institución.
Proviene de:	Asignar tratamiento.
Para los procesos:	Dar remisión.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tratamiento.

Descripción:	Almacena todos los tratamientos dictaminados por el médico.
Flujo de datos:	Información del tratamiento.
Recibido:	Código del paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Dar remisión.
Descripción:	Se encarga e dar el código del paciente y una descripción del motivo de la remisión.
Entrada:	Reporte del estado del paciente.
Salida:	Remisión del paciente.

DISEÑO DEL SISTEMA



BIBLIOGRAFIA

- ❖ PINILLA, Forero Jose, Auditoria de Sistemas en Funcionamiento, 1992.
 - ❖ Sistemas y Tecnologías de Información para la gestión, McGrauHill, 1996.
 - ❖ Diccionario de Medicina, Océano Mosby, Edición quinta.
 - ❖ PRESSMAN, Roger, Ingeniería del Software, McGrauHill, 5ª Ed, 2002.
 - ❖ Sistemas de Seguridad Social Integral.
 - ❖ SIBERSCHATZ, Abraham, Fundamentos de Bases de Datos, McGrauHill, 1998.
 - ❖ www.anticorrupcion.gov.co/derautor.
 - ❖ MENDEZ, E, Carlos, Metodología de la Investigación.
-

**SISTEMA DE INFORMACION PARA EL MANEJO DEL
HISTORIAL CLINICO DE LA POLICLINICA MAFESALUD IPS.
DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**JENNY ARZA HERRERA
ELKIN BARRETO RIVAS
HENDER RODADO SANTANA
ANA SARABIA TORRES**

**PRESENTADO AL INGENIERO:
RICARDO MARIN**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
BARRANQUILLA ATLANTICO**

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un sistema de información que administre las historias clínicas de la policlínica Mafesalud, con el fin de agilizar el trabajo de los médicos en el momento de atender a sus pacientes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar una interfaz de captura de datos personales de los pacientes con el fin de sacar reportes estadísticos.
 - Implementar ayudas en líneas para facilitar el uso de todos los componentes del sistema de información.
 - Realizar formulario de auditoria para la implementación de los datos y determinar algunas alternativas para el control de la información.
 - Desarrollar un modelo entidad relación para las bases de datos.
 - Implementar pruebas del sistema instalado.
 - Diseñar manuales de usuarios y de sistemas.
-

3. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE REGISTRO Y CONTROL DEL HISTORIAL CLINICO DE LA POLICLINICA MAFESALUD.

Para la implementación del software de historias clínicas en la IPS Mafesalud se debe tener en cuenta los requerimientos de Hardware y Software para que la base de datos de un excelente rendimiento.

La herramienta para soportar la información son: motor de base de datos MySQL.
Lenguaje de programación en Visual Basic 6.0 .

4. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

Esta es una parte importante en la instalación y desempeño de la base de datos por eso se deben tener en cuenta los requerimientos de Hardware y Software que se dan a continuación.

El software puede estar soportado en una plataforma con Windows 95/ 98/ NT Server/ NT Workstation/ Millenium / 2000 .

Para la base de datos se debe tener en cuenta la velocidad del procesador y la memoria para que esta se desempeñe en forma rápida al dar las respuestas requeridas por el usuario o por cualquier funcionario de la empresa.

REQUERIMIENTOS	CARACTERISTICAS
Sistema Operativo	Windows 95/ 98/ NT Server/ NT Workstation/Millennium/ 2000
Procesador	Pentium III o superior
Memoria RAM	128 MB o superior

5. DEFINICIÓN DE LA BASE DE DATOS DE HISTORIAL CLINICO

MAFESALUD IPS.

El motor de base de datos usado para la aplicación y soporte de la información del sistema es MySQL.

6. SCRIPTS DE LAS TABLAS

TABLA DE " PMIALIASCAMPOS "

```
CREATE TABLE PMIALIASCAMPOS (  
ALICODTAB varchar(30) default NULL,  
ALICODCAM varchar(30) default NULL,  
ALINOMCAM varchar(30) default NULL  
) TYPE=MyISAM;
```

TABLA DE " PMIALIASTABLAS "

```
CREATE TABLE PMIALIASTABLAS (  
ALICODTAB varchar(30) default NULL,  
ALINOMTAB varchar(30) default NULL  
) TYPE=MyISAM;
```

TABLA DE ANTECEDENTES "PMIANTECEDENTS "

```
CREATE TABLE PMIANTECEDENTS (  
ANTTIP varchar(20) default NULL,  
ANTDESCRI varchar(200) default NULL  
)
```

TABLA DE CITAS "PMICITAS"

```
CREATE TABLE PMICITAS (  
CITHORARI varchar(15) NOT NULL default "",  
CITASUNTO varchar(255) NOT NULL default "",  
CITFECHA varchar(15) NOT NULL default "",  
MEDNOMBRE varchar(50) default NULL,  
CITDETALL varchar(255) default NULL,  
CITNUM varchar(20) default NULL,  
PRIMARY KEY (CITFECHA , CITHORARI)  
)
```

TABLA DE DEPARTAMENTOS" PMIDEPARTAMENTS "

```
CREATE TABLE PMIDEPARTAMENTS (  
DEPCOD int(3) NOT NULL default '0',  
DEPNOM varchar(10) default NULL,  
PRIMARY KEY (DEPCOD)  
)
```

TABLA DE DIAGNOSTICOS "PMIDIAGNOSTICOS "

```
CREATE TABLE PMIDIAGNOSTICOS (  
DIACOD int(10) default NULL,  
DIADESC varchar(100) default NULL,  
DIAOBSV varchar(200) default NULL  
)
```

TABLA DE EPS " PMIEPS "

```
CREATE TABLE PMIEPS (  
EPSCOD int(10) NOT NULL default '0',  
EPSNOM varchar(30) default NULL,  
EPSNIT int(10) NOT NULL default '0',  
EPSDIR varchar(20) default NULL,  
EPSTEL varchar(15) default NULL  
)
```

TABLA DE ESPECIALIDADES " PMIESPECIALIDS "

```
CREATE TABLE PMIESPECIALIDS (  
ESPCOD int(15) default '0',  
ESPDESC varchar(100) default NULL  
)
```

TABLA DE HISTORIAS " PMIHISTORIAS "

```
CREATE TABLE PMIHISTORIAS (  
HISFECHA varchar(15) NOT NULL default "",  
HISEST varchar(4) NOT NULL default "",  
PACNUMERO int(15) NOT NULL default "",  
PRIMARY KEY (PACNUMERO)  
)
```

TABLA DE HISTORIAS CLINICAS " PMIHISTOCLINICS "

```
CREATE TABLE PMIHISTOCLINICS (  
PACTIPID varchar(10) default '0',  
PACNUMERO int(15) NOT NULL default '0',  
PACAPELL1 varchar(15) default NULL,  
PACAPELL2 varchar(15) default NULL,  
PACNOM1 varchar(15) default NULL,  
PACNOM2 varchar(15) default NULL,  
PACFECHA varchar(15) default NULL,  
PACDIR varchar(15) default NULL,  
PACTEL int(10) default NULL,  
PACEMAIL varchar(15) default NULL,  
PACEST varchar(10) default NULL,
```



PACSEX varchar(10) default NULL,
PACGRU varchar(10) default NULL,
PACNIV int(5) default NULL,
PACESCO varchar(15) default NULL,
PACZONA varchar(10) default NULL,
PACEMP varchar(10) default NULL,
PACTELEMP int(10) default NULL,
PACDIREMP varchar(50) default NULL,
OCUCOD int(15) default NULL,
MUNCOD int(3) NOT NULL default '0',
DEPCOD int(3) NOT NULL default '0',
PACUSU varchar(50) default NULL,
PACENT varchar(10) default NULL,
PACCARN varchar(20) default NULL,
HISTIP varchar(20) default NULL,
HISDESC2 varchar(200) default NULL,
RIEFAC varchar(30) default NULL,
RIEDESC varchar(200) default NULL,
SIGEDAD varchar(30) default NULL,
SIGPESO varchar(30) default NULL,
SIGTALLA varchar(30) default NULL,
SIGTENAD varchar(30) default NULL,
SIGFRECC varchar(30) default NULL,

SIGFRECR varchar(30) default NULL,
SIGTEMP varchar(30) default NULL,
SIGPERIC varchar(30) default NULL,
SIGPERT varchar(30) default NULL,
SIGPERIA varchar(30) default NULL,
SIGALTU varchar(30) default NULL,
SIGFRECF varchar(30) default NULL,
SIGBORR varchar(30) default NULL,
SIGDILAT varchar(30) default NULL,
SIGTENS varchar(30) default NULL
EXAAPARI varchar(30) default '0',
EXACABEZA varchar(30) default NULL,
EXAIDOS varchar(30) default NULL,
EXAOJOS varchar(30) default NULL,
EXAFONDO varchar(30) default NULL,
EXANARIZ varchar(30) default NULL,
EXABOCA varchar(30) default NULL,
EXAGARGAN varchar(30) default NULL,
EXANUCA varchar(30) default NULL,
EXATIROID varchar(30) default NULL,
EXAPECHO varchar(30) default NULL,
EXACORAZO varchar(30) default NULL,
EXAPULMON varchar(30) default NULL,

EXAABDO varchar(30) default NULL,
EXAMUSCUL varchar(30) default NULL,
EXAPIEL varchar(30) default NULL,
EXAPULSO varchar(30) default NULL,
EXANODOD varchar(30) default NULL,
EXANEURO varchar(30) default NULL,
EXAGENITO varchar(30) default NULL,
EXAEXTRE varchar(30) default NULL,
HISCOD1 varchar(30) default NULL,
HISNOR varchar(30) default NULL,
HISRES varchar(30) default NULL,
HISOBS varchar(30) default NULL,
PROCODPRO int(15) NOT NULL default '0',
PROCANT varchar(40) NOT NULL default "",
PRODOSIS varchar (40) NOT NULL default "",
REMENT varchar(60) default NULL,
REMOBS varchar(150) default NULL
HISDESC1 varchar(30) default NULL,
HISFECHA2 varchar(30) default NULL,
MEDNOM varchar(50) NOT NULL default "",
DETDET varchar(200) default NULL,
) TYPE=MyISAM;

TABLA DE MEDICOS " PMIMEDICOS "

```
CREATE TABLE PMIMEDICOS (  
MEDCED int(20) NOT NULL default '0',  
MEDCOD int(10) default NULL,  
MEDNOM varchar(50) NOT NULL default "",  
MEDAPEL1 varchar(20) NOT NULL default "",  
MEDAPEL2 varchar(20) NOT NULL default "",  
MEDDIR varchar(25) NOT NULL default "",  
MEDTEL int(15) default NULL,  
ESPCOD int (25) default NULL,  
MEDTAR int(10) NOT NULL default '0',  
MEDTEL1 int(15) default '0'  
)
```

TABLA DE MOTIVO DE CONSULTA " PMIMOTCONS "

```
CREATE TABLE PMIMOTCONS (  
MOTNUM int(15) NOT NULL default '0',  
MOTDESC varchar(255) NOT NULL default ""  
)
```

TABLA DE MUNICIPIOS " PMIMUNICIPIOS "

```
CREATE TABLE PMIMUNICIPIOS (  
MUNCOD int(3) NOT NULL default '0',  
MUNNOM varchar(10) default NULL,  
DEPCOD int(3) default NULL,  
PRIMARY KEY (MUNCOD)  
)
```

TABLA DE OCUPACIONES " PMIOCUPACIONES "

```
CREATE TABLE PMIOCUPACIONES (  
OCUCOD int(15) default NULL,  
OCUDESC varchar(150) default NULL  
)
```

TABLA DE PACIENTES " PMIPACIENTES "

```
CREATE TABLE PMIPACIENTES (  
PACTIPID varchar(10) default '0',  
PACNUMERO int(15) NOT NULL default '0',  
PACAPELL1 varchar(15) default NULL,  
PACAPELL2 varchar(15) default NULL,
```

PACNOM1 varchar(15) default NULL,
PACNOM2 varchar(15) default NULL,
PACFECHA varchar(15) default NULL,
PACDIR varchar(15) default NULL,
PACTEL int(10) default NULL,
PACEMAIL varchar(15) default NULL,
PACEST varchar(10) default NULL,
PACSEX varchar(10) default NULL,
PACGRU varchar(10) default NULL,
PACNIV int(5) default NULL,
PACESCO varchar(15) default NULL,
PACZONA varchar(10) default NULL,
PACEMP varchar(10) default NULL,
PACTELEMP int(10) default NULL,
PACDIREMP varchar(50) default NULL,
OCUCOD int(15) default NULL,
MUNCOD int(3) NOT NULL default '0',
DEPCOD int(3) NOT NULL default '0',
PACUSU varchar(50) default NULL,
PACENT varchar(10) default NULL,
PACCARN varchar(20) default NULL,
PRIMARY KEY (PACNUMERO)
)



TABLA DE PLANES " PMIPLANES "

```
CREATE TABLE PMIPLANES (  
PLACOD varchar(15) default NULL,  
PLADESC varchar(200) default NULL  
)
```

TABLA DE AUDITORIAS " PMIAUDITORIAS "

```
CREATE TABLE PMIAUDITORIAS (  
AUDFECHA date default '0000-00-00',  
AUDHORA time default NULL,  
AUDUSU varchar(10) default NULL,  
AUDCODPRO varchar(100) default NULL  
)
```

TABLA DE CONSULTAS " PMICONSULTAS "

```
CREATE TABLE PMICONSULTAS (  
PACNUMERO int(15) NOT NULL default '0',  
CONESP varchar(255) NOT NULL default "",  
CONVAL int(100) NOT NULL default '0',  
CONDET char(2) default NULL  
)
```

TABLA DE PMIDETALLES " PMIDETALLES "

```
CREATE TABLE PMIDETALLES (  
FACCOD int(15) default '0',  
DETDET varchar(200) default NULL,  
DETSUBT int(15) unsigned default NULL  
) TYPE=MyISAM;
```

TABLA DE EXAFISICOS " PMIEXAFISICOS "

```
CREATE TABLE PMIEXAFISICOS (  
EXAAPARI varchar(30) default '0',  
EXACABEZA varchar(30) default NULL,  
EXAOIDOS varchar(30) default NULL,  
EXAOJOS varchar(30) default NULL,  
EXAFONDO varchar(30) default NULL,  
EXANARIZ varchar(30) default NULL,  
EXABOCA varchar(30) default NULL,  
EXAGARGAN varchar(30) default NULL,  
EXANUCA varchar(30) default NULL,  
EXATIROID varchar(30) default NULL,  
EXAPECHO varchar(30) default NULL,  
EXACORAZO varchar(30) default NULL,
```

```
EXAPULMON varchar(30) default NULL,  
EXAABDO varchar(30) default NULL,  
EXAMUSCUL varchar(30) default NULL,  
EXAPIEL varchar(30) default NULL,  
EXAPULSO varchar(30) default NULL,  
EXANODOD varchar(30) default NULL,  
EXANEURO varchar(30) default NULL,  
EXAGENITO varchar(30) default NULL,  
EXAEXTRE varchar(30) default NULL,  
PACNUMERO int(15) NOT NULL default ""  
)
```

TABLA DE FACTURA " PMIFACTURAS "

```
CREATE TABLE PMIFACTURA (  
PACNUMERO int(15) default '0',  
FACCOD int (15) not null default '0',  
FACTOTAL int (10) default NULL,  
FACFECHA varchar(15) default NULL,  
PRIMARY KEY (FACCOD)  
) TYPE=MYISAM;
```

TABLA DE MEDICAMENTOS " PMIMEDICAMENTOS "

```
CREATE TABLE PMIMEDICAMENTOS (  
PACNUMERO int(15) default '0',  
MEDCOMER varchar(50) default NULL,  
MEDGENE varchar(50) default NULL,  
MEDPRES varchar(50) default NULL,  
MEDCONC varchar(50) default NULL,  
MEDCANT int(15) default NULL,  
MEDDOSIS varchar(200) default NULL  
)
```

TABLA DE PLANES PACIENTE " PMIPLANESPAC "

```
CREATE TABLE PMIPLANESPAC (  
PACNUMERO int(15) default '0',  
PLACOD varchar(15) default NULL,  
PLADESC varchar(200) default NULL  
) TYPE=MyISAM;
```

TABLA DE PRODUCTO PACIENTE1 " PMIPROCPACS "

```
CREATE TABLE PMIPROCPACS (  
PROCODPRO int(15) NOT NULL default '0',  
PACNUMERO int(15) NOT NULL default '0',  
PROCANT varchar(40) NOT NULL default "",  
PRODOSIS varchar (40) NOT NULL default "",  
PRIMARY KEY (PROCODPRO, PACNUMERO)  
)
```

TABLA DE PRODUCTO PACIENTE " PMIPROPACIS "

```
CREATE TABLE PMIPROPACIS (  
PROCODPRO int(15) NOT NULL default '0',  
PROCON varchar(50) NOT NULL default "",  
PROPRES varchar(50) NOT NULL default "",  
PROCANTID varchar(20) default NULL,  
PROOBSER varchar(150) default NULL,  
PACNUMERO int(15) default NULL  
) TYPE=MyISAM;
```

TABLA DE REMISIONES PACIENTE " PMIREMPACS "

```
CREATE TABLE PMIREMPACS (  
PACNUMERO int(15) default '0',  
REMENT varchar(60) default NULL,  
REMOBS varchar(150) default NULL  
) TYPE=MyISAM;
```

TABLA DE SIGNOS " PMISIGNOS "

```
CREATE TABLE PMISIGNOS (  
SIGEDAD varchar(30) default NULL,  
SIGPESO varchar(30) default NULL,  
SIGTALLA varchar(30) default NULL,  
SIGTENAD varchar(30) default NULL,  
SIGFRECC varchar(30) default NULL,  
SIGFRECR varchar(30) default NULL,  
SIGTEMP varchar(30) default NULL,  
SIGPERIC varchar(30) default NULL,  
SIGPERT varchar(30) default NULL,  
SIGPERIA varchar(30) default NULL,  
SIGALTU varchar(30) default NULL,  
SIGFRECF varchar(30) default NULL,
```

```
SIGBORR varchar(30) default NULL,  
SIGDILAT varchar(30) default NULL,  
SIGTENS varchar(30) default NULL  
)
```

TABLA DE PROCEDIMIENTOS " PMIPROCEDIMIENS "

```
CREATE TABLE PMIPROCEDIMIENS (  
PROCOINT int(10) NOT NULL default '0',  
PROCODMIN int(15) NOT NULL default '0',  
PRODESC varchar(100) default NULL  
)
```

TABLA DE PROCEDIMEINTO PACIENTE " PMIPROPACIES "

```
CREATE TABLE PMIPROPACIES (  
PROCOINT int(10) NOT NULL default '0',  
PACNUMERO int(15) NOT NULL default '0',  
PROVALOR varchar(10) NOT NULL default "",  
PRONOR char(2) NOT NULL default "",  
PRORESU varchar(255) NOT NULL default ""  
) TYPE=MyISAM;
```

TABLA DE PRODUCTOS " PMIPRODUCTOS "

```
CREATE TABLE PMIPRODUCTOS (  
PROCODPRO int(15) NOT NULL default '0',  
PRONOMG varchar(200) NOT NULL default "",  
PRONOMC varchar(200) NOT NULL default "",  
PROCON varchar(50) NOT NULL default "",  
PROPRES varchar(50) NOT NULL default "",  
PROLAB varchar(50) NOT NULL default "",  
PROUNI varchar(50) default NULL  
)
```

TABLA DE REMISIONES " PMIREMISIONES "

```
CREATE TABLE PMIREMISIONES (  
REMCOD int(5) NOT NULL default '0',  
REMIC int(15) NOT NULL default '0',  
REMNOM varchar(30) NOT NULL default "",  
REMDIR varchar(20) default NULL,  
REMTTEL int(15) default NULL,  
REMESP varchar(100) NOT NULL default "",  
REMTTEL1 int(15) default NULL,
```



```
REMTAR int(4) default NULL,  
PRIMARY KEY (REMCOD)  
)
```

TABLA DE RIESGOS " PMIRIESGOS "

```
CREATE TABLE PMIRIESGOS (  
PACNUMERO int(15) default NULL,  
RIEFAC varchar(30) default NULL,  
RIEDESC varchar(200) default NULL  
)
```

TABLA DE SINTOMAS " PMISINTOMAS "

```
CREATE TABLE PMISINTOMAS (  
SINCOD int(15) NOT NULL default '0',  
SINDEF varchar(100) default '0',  
SINDESC varchar(100) default '0',  
SISCOD int(15) default '0'  
)
```

TABLA DE SINTOMAS PACIENTE " PMISINPAC "

```
CREATE TABLE PMISINPAC (  
SINCOD int(15) NOT NULL default '0',  
SISCOD int(15) default '0',  
SINOBS varchar(255) NOT NULL default "",  
SINAPAR char(1) NOT NULL default "",  
PACNUMERO int(15) NOT NULL default ""  
)
```

TABLA DE SISTEMAS " PMISISTEMAS "

```
CREATE TABLE PMISISTEMAS (  
SISCOD int(15) default '0',  
SISDESC varchar(100) default NULL  
)
```

TABLA DE TIPUSUARIOS " PMITIPUSUARIOS "

```
CREATE TABLE PMITIPUSUARIOS (  
TIPUSU int(4) NOT NULL default '0',  
TIPNOM varchar(15) NOT NULL default "",  
PRIMARY KEY (TIPUSU)  
)
```

TABLA DE USUARIOS " PMIUSUARIOS "

```
CREATE TABLE PMIUSUARIOS (  
  USUCON varchar(10) NOT NULL default '0',  
  USUNOM varchar(15) NOT NULL default "",  
  USUNOMU varchar(30) NOT NULL default "",  
  USUAPE varchar(20) NOT NULL default "",  
  USUAPE1 varchar(20) NOT NULL default "",  
  USUCAR varchar(30) default NULL,  
  USUTEL int(15) default '0',  
  TIPUSU int(4) NOT NULL default '0',  
  USUID int(20) NOT NULL default '0',  
  PRIMARY KEY (USUNOM)  
)
```

7. DESCRIPCIÓN DE LAS TABLAS

Nombre de la tabla: PMPMEDICAMENTOS Nombre largo: MEDICAMENTOS Modulo: Información de medicamentos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena toda la información de diferentes medicamentos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	MEDCOMER		Varchar	50	0	No	Medicamento comercial
3	MEDGENE		Varchar	50	0	No	Medicamento genérico
4	MEDPRES		Varchar	50	0	No	Prescripción del medicamento
5	MEDCONC		Varchar	50	0	No	
6	MEDCANT		Int	15	0	No	Cantidad suministrada
7	MEDDOSIS		Varchar	200	0	No	Dosis aplicada

Nombre de la tabla: PMICITAS Nombre largo: CITAS Modulo: citas Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena toda las citas programadas para el paciente.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	CITHORARI	PK	Varchar	15	0	No	Hora de la cita
2	CITASUNTO		Varchar	255	0	No	motivo de la cita
3	CITFECHA	PK	Varchar	15	0	No	Fecha de la cita
4	MEDNOM	FK[(pmimedicos) (mednombre)]	Varchar	50	0	No	Nombre del médico
5	CITDETALL		Varchar	255		Si	Información acerca de la cita
6	CITNUM		Varchar	20		No	Número de la cita

Nombre de la tabla PMIDIAGNOSTICOS Nombre largo: DIAGNOSTICOS Modulo: Información de los Diagnósticos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información del diagnostico del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	DIACOD	PK	Int	10	0	No	Código del diagnostico
2	DIADESC		Varchar	100		No	Descripción del diagnostico
3	DIAOBSV		Varchar	200		No	Observación del diagnostico

Nombre de la tabla PMIPACIENTES Nombre largo: PACIENTES Modulo: Información del Paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla Almacena información de todos los datos del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACTIPID		Varchar	10	0	No	Tipo de documento del paciente
2	PACNUMERO	PK	Int	15		No	Cédula del paciente
3	PACAPELL1		Varchar	15		No	Primer apellido de paciente
4	PACAPELL2		Varchar	15	0	No	Segundo apellido del paciente
4	PACNOM1		Varchar	15	0	No	Primer nombre del paciente
5	PACNOM2		Varchar	15		Si	Segundo nombre del paciente
6	PACFECHA		Varchar	15		No	Fecha de nacimiento
7	PACDIR		Varchar	15		No	Dirección del paciente
8	PACTEL		Varchar	10		No	Teléfono paciente
9	PACEMAIL		Varchar	15		No	Mail del paciente

10	PACEST		Varchar	10		No	Estado civil del paciente
11	PACSEX		Varchar	10		No	Sexo del paciente
12	PACGRU		Varchar	10		No	Grupo sanguíneo del paciente
13	PACNIV		int	5		No	Nivel del paciente
14	PACESCO		Varchar	15	0	No	Escolaridad del paciente
15	PACZONA		Varchar	10	0	No	Zona del paciente
16	PACEMP		Varchar	10	0	No	Empresa donde labora
17	PACTEEMP		int	10	0	No	Teléfono de la empresa
18	PACDIREMP		Varchar	50	0	No	Dirección de la empresa
19	OCUCOD	FK[(pmiocu paciones) (ocucod)]	Int	15	0	No	Código de la ocupación
20	MUNCOD	FK[(pmimunicipios) (muncod)]	Int	3	0	No	Código del municipio
21	DEPCOD	FK[(pmidepartaments) (depcod)]	int	3	0	No	Código del departamento
22	PACUSU		Varchar	50	0	Null	usuario
23	PACENT		Varchar	10	0	Null	Entidad a la que esta vinculada
24	PACCARN		Varchar	20	0	Null	Carnet del paciente

Nombre de la tabla PMIEPS				Descripción de la tabla:			
Nombre largo: EPS				Almacena información de la Eps			
Modulo: Información de la eps							
Tipo: Maestro							
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	EPSCOD	PK	Int	10	0	No	Código de la Eps
2	EPSNOM		Varchar	30		No	Nombre de la Eps

3	EPSNIT		Int	10		No	Nit de la Eps
4	EPSDIR		Varchar	20	0	No	Dirección de la Eps
4	EPSTEL		Varchar	15	0	No	Teléfono de la Eps

Nombre de la tabla: PMIESPECIALIDS Nombre largo: ESPECIALIDAD Modulo: Información de la especialidad Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información relacionada con la especialidad			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	ESPCOD	PK	Int	15	0	No	Código de la especialidad
2	ESPDESC		Varchar	100	0	No	Descripción de la especialidad

Nombre de la tabla: PMISIGNOS Nombre largo: SIGNOS Modulo: Información de los signos vitales Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de todos los signos vitales del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SIGEDAD		Varchar	30	0	No	Edad del paciente
2	SIGPESO		Varchar	30		No	Peso del paciente
3	SIGTALLA		Varchar	30		No	Talla del paciente
4	SIGTENAD		Varchar	30	0	No	Tensión arterial diastólica
5	SIGFRECC		Varchar	30	0	No	Frecuencia cardiaca
6	SIGFRECR		Varchar	30		Yes	Frecuencia respiratoria
7	SIGTEMP		Varchar	30		No	Temperatura
8	SIGPERIC		Varchar	30		No	Perímetro cefálico
9	SIGPERT		Varchar	30		No	Perímetro torácico
10	SIGPERIA		Varchar	30		No	Perímetro abdominal
11	SIGALTU		Varchar	30		No	Altura uterina
12	SIGFRECF		Varchar	30		No	Frecuencia cardiaca fetal
13	SIGBORR		Varchar	30		No	Borramiento uterino
14	SIGDILAT		Varchar	30		No	Dilatación
15	SIGTENS		Varchar	30		No	Tensión

Nombre de la tabla: PMISISTEMAS Nombre largo: SISTEMAS Modulo: Información de los diferentes sistemas del paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de como se encuentra los diferentes sistemas del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SISCOD	PK	Int	15	0	No	Código del sistema
2	SISDESC		Varchar	100		No	Descripción del sistema
3	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente

Nombre de la tabla PMIANTECEDENTS Nombre largo: ANTECEDENTE Modulo: Información de Antecedentes Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los antecedentes del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	ANTTIP		Varchar	20		No	Código del antecedente
2	ANTDESCRI		Varchar	200		No	Descripción del antecedente

Nombre de la tabla: PMIUSUARIOS Nombre largo: USUARIOS Modulo Información de usuarios Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los diferentes usuarios que podrán acceder al sistema			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	USUCON	PK	Varchar	10	0	No	Contraseña del usuario
2	USUNOM	PK	Varchar	15		No	Nombre
3	USUNOMU		Varchar	30		No	Nombre del usuario
4	USUAPE		Varchar	20		No	Primer apellido del usuario
5	USUAPE1		Varchar	20		Si	Segundo apellido del usuario
6	USUCAR		Varchar	30		No	Cargo del usuario
7	USUTEL		Int	15		No	Teléfono del usuario
8	TIPUSU	FK [(pmitipusuarios) (tipusu)]	Int	4		No	Tipo de usuario
9	USUID		Int	20		Si	Identificación del usuario

Nombre de la tabla PMITIPUSUARIOS Nombre largo: TIPOS DE USUARIOS Modulo: Información Tipos De Usuarios Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los diferentes tipos de usuarios que acceden al sistema			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	TIPUSU	PK	Int	4	0	No	Código del tipo de usuario
2	TIPNOM		Varchar	15		No	Nombre del tipo de usuario

Nombre de la tabla PMIDEPARTAMENTOS Nombre largo: DEPARTAMENTOS Modulo: Información de los departamentos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los distintos departamentos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	DEPCOD	PK	Int	3	0	No	Código del departamento
2	DEPNOM		Varchar	10		No	Nombre del departamento

Nombre de la tabla PMIMUNICIPIOS Nombre largo: MUNICIPIOS Modulo: Información de los municipios Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los municipios			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	MUNCOD	PK	Int	3	0	No	Código del municipio
2	MUNNOM		Varchar	10		No	Nombre del municipio
3	DEPCOD	PK	Int	3	0	No	Código del departamento

Nombre de la tabla PMIOCCUPACIONES Nombre largo: OCUPACIONES Modulo: Información de las diferentes ocupaciones Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los diferentes tipos de ocupaciones			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	OCUCOD	PK	Int	15	0	No	Código de la ocupación
2	OCUDESC		Varchar	150		Si	Descripción de la ocupación

Nombre de la tabla PMIMOTCONS Nombre largo: MOTIVO DE CONSULTA Modulo: Información de la consulta Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información del motivo de consulta que requiere el paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nul o	Descripción
1	MOTNUM	PK	Int	15	0	No	Código del motivo de consulta
2	MOTDESC		Varchar	255		No	Descripción del motivo de consulta

Nombre de la tabla PMIMEDICOS Nombre largo: MEDICOS Modulo: Información de los médicos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Almacena información de los médicos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	MEDCED	PK	Int	20	0	No	Cédula del medico
2	MEDCOD		Int	10		No	Código del medico
3	MEDNOM		Varchar	50		No	Nombre del medico
4	MEDAPEL1		Varchar	20		Si	Primer apellido
5	MEDAPEL2		Varchar	20		No	Segundo apellido
6	MEDDIR		Varchar	25		No	Dirección del médico
7	MEDTEL		Int	15		No	Teléfono del médico
8	ESPCOD	FK	Int	15		No	Código de la especialidad
9	MEDTAR		Int	10		No	Tarjeta profesional
10	MEDTEL1		Int	15		Si	Celular o telefono

Nombre de la tabla PMIHISTORIAS Nombre largo: HISTORIA CLINICA Modulo: Información de la historia Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a la historia clinica del paciente.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	HISFECHA		Varchar	15	0	No	Fecha de la historia
2	HISEST		Varchar	4		No	Estado de la historia
3	PACNUMERO	PK	Varchar	15		No	Cédula del paciente

Nombre de la tabla PMIPLANES Nombre largo: PLANES Modulo: Información de los planes Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los planes que ofrece la clinica a sus usuarios			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PLACOD	PK	Varchar	15	0	No	Código del plan
2	PLADESC		Varchar	200		No	Descripción del plan

Nombre de la tabla PMIAUDITORIAS Nombre largo: AUDITORIAS Modulo: Información de las auditorias Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a las auditorias			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	AUDFECHA	PK	Date		0	No	Fecha de la auditoria
2	AUDHORA		time			No	Hora de la auditoria
3	AUDUSU		Varchar	10			Identificación del usuario
4	AUDCODPRO		Varchar	100			Codigo del programa



Nombre de la tabla PMICONSULTAS Nombre largo: CONSULTAS Modulo: Información de las consultas Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a las consultas			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	int	15	0	No	Cédula del paciente
2	CONESP		Varchar	255		No	Especificación de la consulta
3	CONVAL		int	100			Valor de la consulta
4	CONDET		int	2			Detalle de la consulta

Nombre de la tabla PMIEXAFISICOS Nombre largo: EXAMEN FISICO Modulo: Información de los exámenes físicos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los exámenes físicos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	EXAAPARI		Varchar	30	0	No	Apariencia
2	EXACABEZA		Varchar	30		No	Cabeza
3	EXAOIDOS		Varchar	30			Oidos
4	EXAOJOS		Varchar	30			Ojos
5	EXAFONDO		Varchar	30			Fondo
6	EXANARIZ		Varchar	30			Nariz
7	EXABOCA		Varchar	30			Boca
8	EXAGARGAN		Varchar	30			Garganta
9	EXANUCA		Varchar	30			Nuca
10	EXATIROID		Varchar	30			Tiroides
11	EXAPECHO		varchar	30			Pecho
12	EXACORAZO		Varchar	30			Corazón
13	EXAPULMON		varchar	30			Pulmón
14	EXAABDO		varchar	30			Abdomen
15	EXAMUSCUL		Varchar	30			Músculo
16	EXAPIEL		Varchar	30			Piel
17	EXAPULSO		varchar	30			Pulso
18	EXANODOD		Varchar	30			Nodo
19	EXANEURO		Varchar	30			Neurologica
20	EXAGENITO		Varchar	30			Gentales
21	EXAEXTRE		varchar	30			Extremidades
22	PACNUMERO	PK	varchar	30			Cédula del paciente

Nombre de la tabla PMIPRODUCTOS Nombre largo: PRODUCTOS Modulo: Información de los productos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los productos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PROCODPRO	PK	int	15	0	No	Código del producto
2	PRONOMG		varchar	200		No	Nomb. Generico
3	PRONOMC		varchar	200		No	Nomb. Comercial
4	PROCON		varchar	50		No	
5	PROLAB		varchar	50		No	Laboratorio del producto
6	PROUNI		varchar	50		No	Unidades del producto

Nombre de la tabla PMIREMISIONES Nombre largo: REMISIONES Modulo: Información de las remisiones Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a las remisiones			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	REMCOD	PK	int	5	0	No	Código de la remisión
2	RE MID		int	15		No	Identificación de la remisión
3	REM NOM		varchar	30		No	Nombre del remitido
4	REMDIR		varchar	20		No	Dirección
5	REMT EL		int	15		No	Teléfono
6	REME SP		varchar	100		No	Especialidad
7	REMT EL1		int	15		No	Teléfono
8	REMT AR		int	4		No	Tarjeta

Nombre de la tabla PMIRIESGOS Nombre largo: RIESGOS Modulo: Información de los riesgos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los riesgos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	int	15	0	No	Cédula del paciente
2	RIEFAC		varchar	30		No	Factor del riesgo
3	RIEDESC		varchar	200		No	Descripción del riesgo

Nombre de la tabla PMISIGNOS Nombre largo: SIGNOS Modulo: Información de los signos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los signos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SIGCOD	PK	varchar	5	0	No	Código del signo
2	SIGDESC		varchar	100		No	Descripción del signo
3	SIGTIP		varchar	15		No	Tipo del signo
4	SIGIND		varchar	15		No	Indicador del signo
5	SIGFOR		varchar	100		No	Formula del signo

Nombre de la tabla PMISINTOMAS Nombre largo: SINTOMAS Modulo: Información de los síntomas Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los síntomas			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SINCOD	PK	Int	15	0	No	Código del síntoma
2	SINDEF		varchar	100		No	Definición del síntoma
3	SINDESC		varchar	100		No	Descripción del síntoma
4	SISCOD		Int	15		No	Código del sistema

Nombre de la tabla PMISINPAC Nombre largo: SINTOMA PACIENTES Modulo: Información de los síntomas del paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los síntomas del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	SINCOD	PK	int	15	0	No	Código del síntoma
2	SISCOD	FK[(pmisistemas) (siscod)]	int	15		No	Código del sistema
3	SINOBS		int	255			Observación del sistema

4	SINAPAR		char	1			Apariencia del sistema
5	PACNUMERO	PK	int	15			Cédula del paciente

Nombre de la tabla PMIHISTOCLINICS Nombre largo: HISTORIA CLINICA Modulo: Información de la historia clínica Tipo: Maestro				Descripción de la tabla Almacena información de todos los datos del paciente			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACTIPID		Varchar	10	0	No	Tipo de documento del paciente
2	PACNUMERO	PK	Int	15		No	Numero de identificación del paciente
3	PACAPPELL1		Varchar	15		No	Primer apellido de paciente
4	PACAPPELL2		Varchar	15	0	No	Segundo apellido del paciente
4	PACNOM1		Varchar	15	0	No	Primer nombre del paciente
5	PACNOM2		Varchar	15		Si	Segundo nombre del paciente
6	PACFECHA		Varchar	15		No	Fecha de nacimiento
7	PACDIR		Varchar	15		No	Dirección del paciente
8	PACTEL		Varchar	10		No	Teléfono paciente
9	PACEMAIL		Varchar	15		No	Mail del paciente
10	PACEST		Varchar	10		No	Estado civil del paciente
11	PACSEX		Varchar	10		No	Sexo del paciente
12	PACGRU		Varchar	10		No	Grupo sanguíneo del paciente
13	PACNIV		int	5		No	Nivel del paciente
14	PACESCO		Varchar	15	0	No	Escolaridad del paciente
15	PACZONA		Varchar	10	0	No	Zona del paciente
16	PACEMP		Varchar	10	0	No	Empresa donde labora
17	PACTEEMP		int	10	0	No	Teléfono de la

							empresa
18	PACDIREMP		Varchar	50	0	No	Dirección de la empresa
19	OCUCOD	FK[(pmiocu paciones) (ocucod)]	Int	15	0	No	Código de la ocupación
20	MUNCOD	FK[(pmimunicipios) (muncod)]	Int	3	0	No	Código del municipio
21	DEPCOD	FK[(pmidepartaments) (depcod)]	int	3	0	No	Código del departamento
22	PACUSU		Varchar	50	0	No	usuario
23	PACENT		Varchar	10	0	No	Entidad a la que esta vinculada
24	PACCARN		Varchar	20	0	No	Carnet del paciente
25	HISTIP		Varchar	20	0	No	Tipo
26	HISDESC2		Varchar	200	0	No	Descripción
27	RIEFAC		Varchar	30	0	No	Factura del riesgo
28	RIEDESC		Varchar	200	0	No	Descripción del riesgo
29	SIGEDAD		Varchar	30	0	No	Edad del paciente
30	SIGPESO		Varchar	30		No	Peso del paciente
31	SIGTALLA		Varchar	30		No	Talla del paciente
32	SIGTENAD		Varchar	30	0	No	Tensión arterial diastólica
33	SIGFRECC		Varchar	30	0	No	Frecuencia cardiaca
34	SIGFRECR		Varchar	30		Si	Frecuencia respiratoria
35	SIGTEMP		Varchar	30		No	Temperatura
36	SIGPERIC		Varchar	30		No	Perímetro cefálico
37	SIGPERT		Varchar	30		No	Perímetro torácico
38	SIGPERIA		Varchar	30		No	Perímetro abdominal
39	SIGALTU		Varchar	30		No	Altura uterina
40	SIGFRECF		Varchar	30		No	Frecuencia cardiaca fetal
41	SIGBORR		Varchar	30		No	Borramiento uterino
42	SIGDILAT		Varchar	30		No	Dilatación
43	SIGTENS		Varchar	30		No	Tensión
44	EXAAPARI		Varchar	30	0	No	Apariencia
45	EXACABEZA		Varchar	30		No	Cabeza

46	EXAOIDOS		Varchar	30			Oidos
47	EXAOJOS		Varchar	30		No	Ojos
48	EXAFONDO		Varchar	30		No	Fondo
49	EXANARIZ		Varchar	30		No	Nariz
50	EXABOCA		Varchar	30		No	Boca
51	EXAGARGAN		Varchar	30		No	Garganta
52	EXANUCA		Varchar	30		No	Nuca
53	EXATIROID		Varchar	30		No	Tiroides
54	EXAPECHO		varchar	30		No	Pecho
55	EXACORAZO		Varchar	30		No	Corazón
56	EXAPULMON		varchar	30		No	Pulmón
57	EXAABDO		varchar	30		No	Abdomen
58	EXAMUSCUL		Varchar	30		No	Músculo
59	EXAPIEL		Varchar	30		No	Piel
60	EXAPULSO		varchar	30		No	Pulso
61	EXANODOD		Varchar	30		No	Nodo
62	EXANEURO		Varchar	30		No	Neurologica
63	EXAGENITO		Varchar	30		No	Gentales
64	EXAEXTRE		varchar	30		No	Extremidades
65	HISRES		varchar	30		No	
66	HISOBS		varchar	30		No	Observación
67	PROCODPRO		Int	15		No	Código el producto
68	PROCANT		Varchar	40		No	Cantidad de producto
69	PRODOSIS		Varchar	40		No	Dosis del producto
70	REMENT		Varchar	60		No	Entidad que lo remite
71	REMOBS		Varchar	150		No	Observación de la remisión
72	HISDESC1		Varchar	30		No	Descripción
73	HISFECHA2		Varchar	30		No	Fecha
74	MEDNOM		Varchar	50		No	Nombre del medico

Nombre de la tabla PMIREMPACS Nombre largo: REMISION DEL PACIENTE Modulo: Información de la remisión del paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene todas las remisiones pertenecientes al paciente.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	REMENT		Varchar	60	0	No	Entidad que remite al paciente
3	REMOBS		Varchar	150		No	Observaciones de la remisión

Nombre de la tabla PMIDETALLES Nombre largo: DETALLES Modulo: Información de los detalles Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los detalles de las facturas.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	FACCOD		Int	15	0	No	Código de la factura
2	DETDET		Varchar	200	0	No	Detalle de la factura
3	DETSUBT		Varchar	15	0	No	Subtotal de la factura

Nombre de la tabla PMIFACTURA Nombre largo: FACTURA Modulo: Información de las facturas Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a la facturación.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	FACCOD	PK	Int	15	0	No	Código de la factura
3	FACTOTAL		Int	10	0	No	Total de la factura
4	FACFECHA		Varchar	15	0	No	Fecha de la factura



Nombre de la tabla PMIPLANESPAC Nombre largo: PLANES PACIENTE Modulo: Información de Los planes del pacinete Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Aquí se encuentran los diferentes planes que se le ofrecen a los pacientes.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	PLACOD	PK	Varchar	15	0	No	Código del plan
3	PLADESC		Varchar	200		No	Descripción del plan

Nombre de la tabla PMIPROCPACS Nombre largo: PROCEDIMIENTO PACIENTES Modulo: Información de los procedimientos de los pacientes. Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Esta contiene la información de los procedimientos que se le realizan a los pacientes.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente
2	PROCODPRO	PK	Int	15	0	No	Código del plan
3	PROCANT		Varchar	40		No	Descripción del plan
4	PRODOSIS		Varchar	40			

Nombre de la tabla PMIPROPACIS Nombre largo: PRODUCTO PACIENTES Modulo: Información de los productos para el paciente. Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene los productos a los cuales puede acceder cada paciente.			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PROCON	PK	Varchar	50	0	No	Contenido
2	PROCODPRO	PK	Int	15	0	No	Código del producto
3	PROPRES		Varchar	50		No	Prescripciones del producto
4	PROCANTID		Varchar	40		No	Cantidad del producto
5	PROOBSER		Varchar	150		No	Observaciones
6	PACNUMERO	PK	Int	15	0	No	Cédula del paciente

Nombre de la tabla PMIPROCPACS Nombre largo: PROCESO DEL PACIENTE Modulo: Información de los procesos del paciente Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los procesos de los pacientes			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PROCOINT	PK	int	10	0	No	Código del procedimiento
2	PACNUMERO	PK	int	15		No	Cédula del paciente
3	PROVAL		varchar	10		No	Valor del procedimiento
4	PRONOR		char	2		No	Orden del proceso
5	PRORESUL		varchar	255		No	Resultado del proceso

Nombre de la tabla PMIPROCEDIMIENS Nombre largo: PROCEDIMIENTO Modulo: Información de los procedimientos Tipo: Maestro				Descripción de la tabla: Contiene la información referente a los procedimientos			
Nº	Nom atributo	Llaves	Tipo de dato	Long	Dec	Nulo	Descripción
1	PROCOINT	PK	int	10	0	No	Código del procedimiento
2	PROCODMIN		int	15		No	Código del ministerio de salud
3	PRODESC		varchar	100			Descripción del procedimiento

8. DIAGRAMA DE FLUJO DE DATOS.

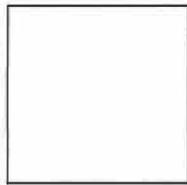
Es el que utiliza el Ingeniero del Software para el modelo de ámbito de información.

Modelo de Ámbito Funcional



Procesos:

Ejecuta alguna transformación de sus datos de entrada, produciendo sus datos de salida.



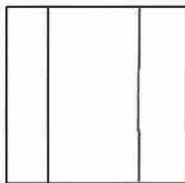
Entidad externa:

Una fuente de entrada al sistema o fuente de salida del sistema.



Flujo de Datos:

Se usa para conectar los procesos entre si, a las fuentes o a los sumideros; la cabeza de la flecha indica la dirección de transferencia de los datos



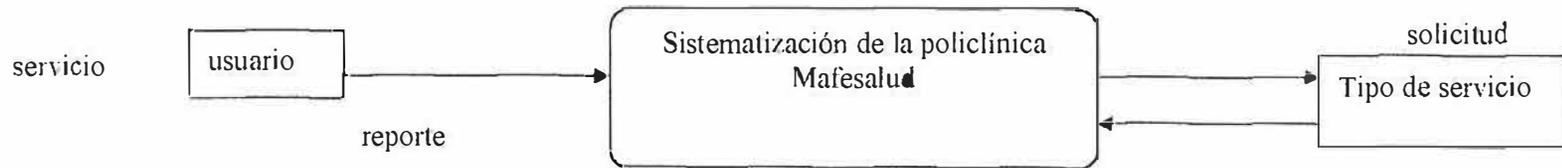
Almacén de datos:

Un depósito de datos; la cabeza de las flechas indica las entradas y salidas al almacén.

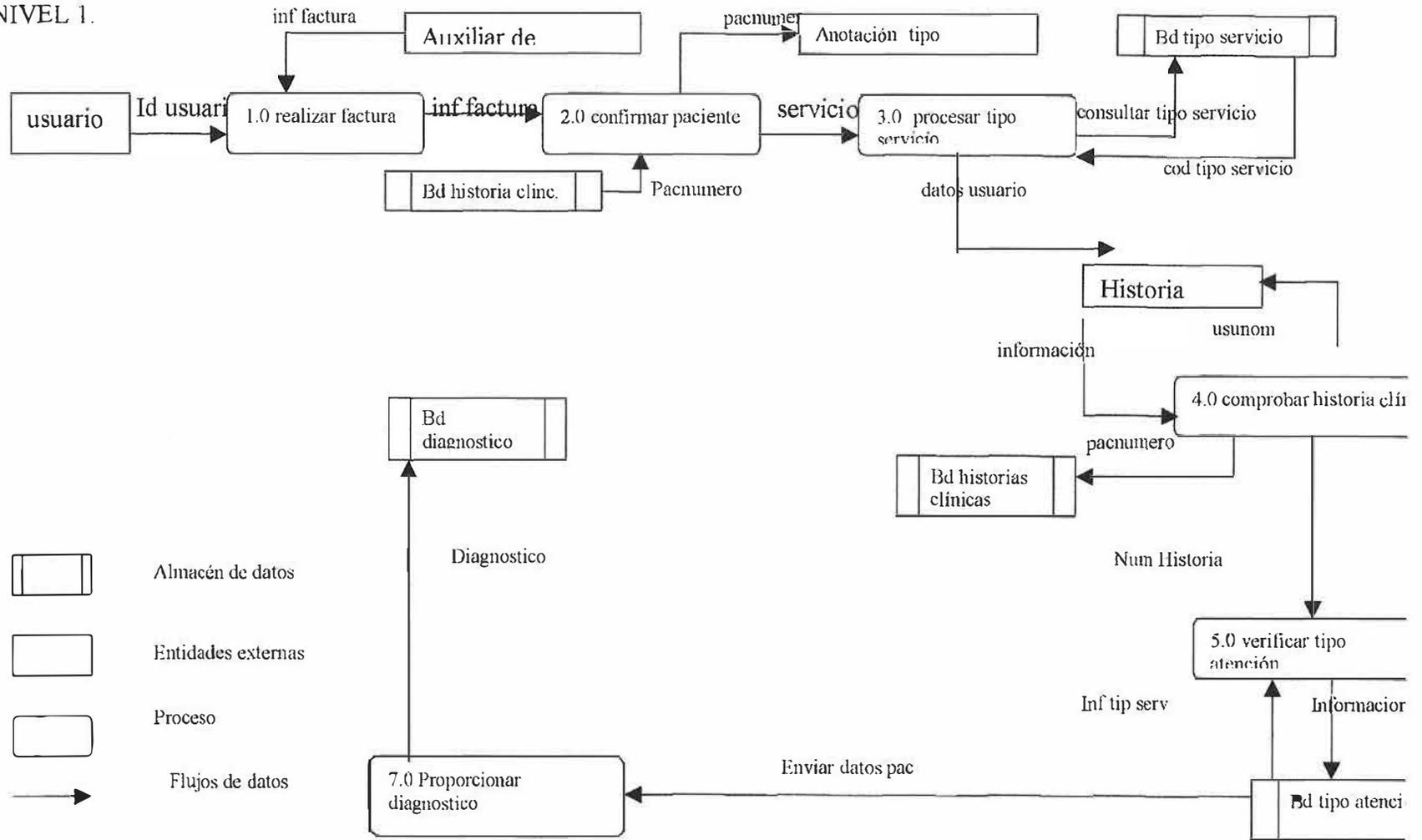
9.0 DIAGRAMA DE FLUJO DE DATOS DE LA POLICLÍNICA MAFESALUD IPS

DIAGRAMA DE CONTEXTO

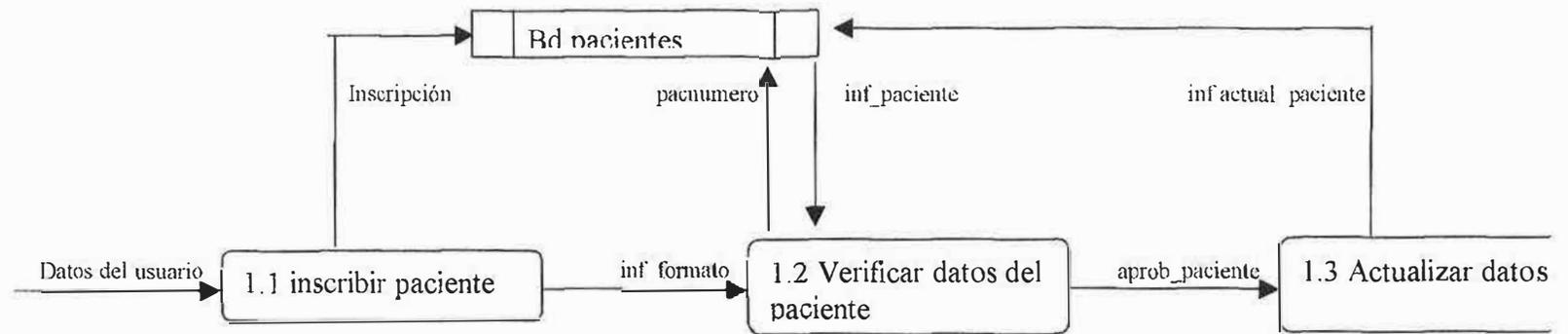
NIVEL 0



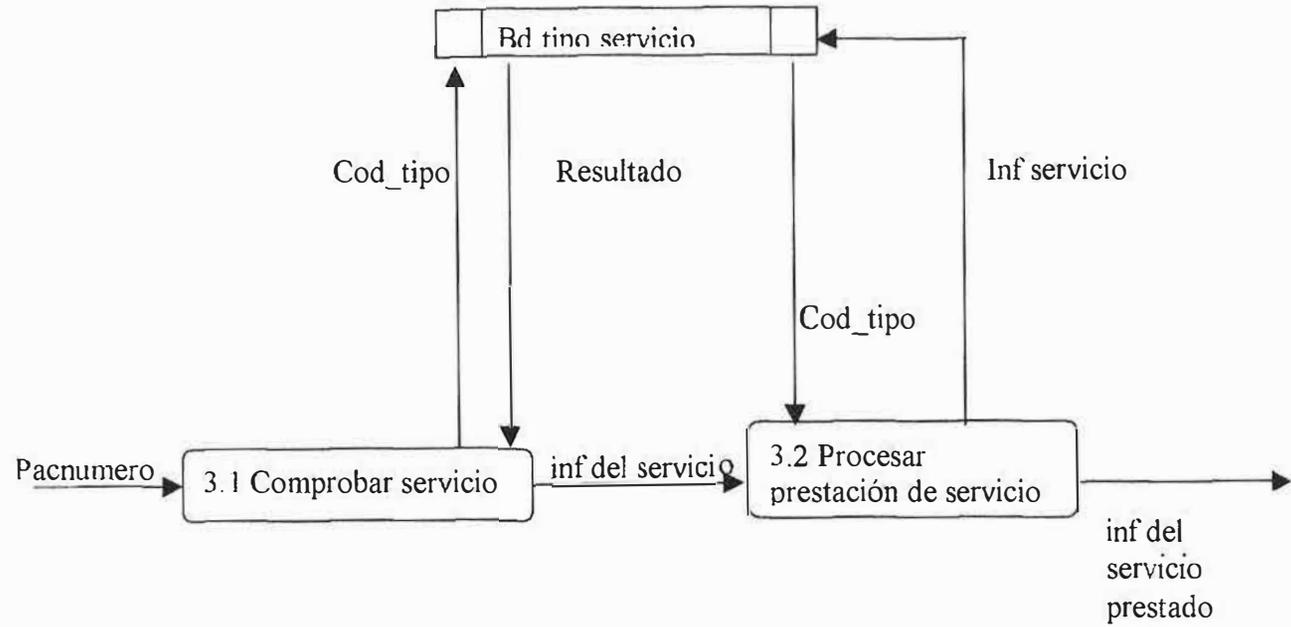
NIVEL 1.



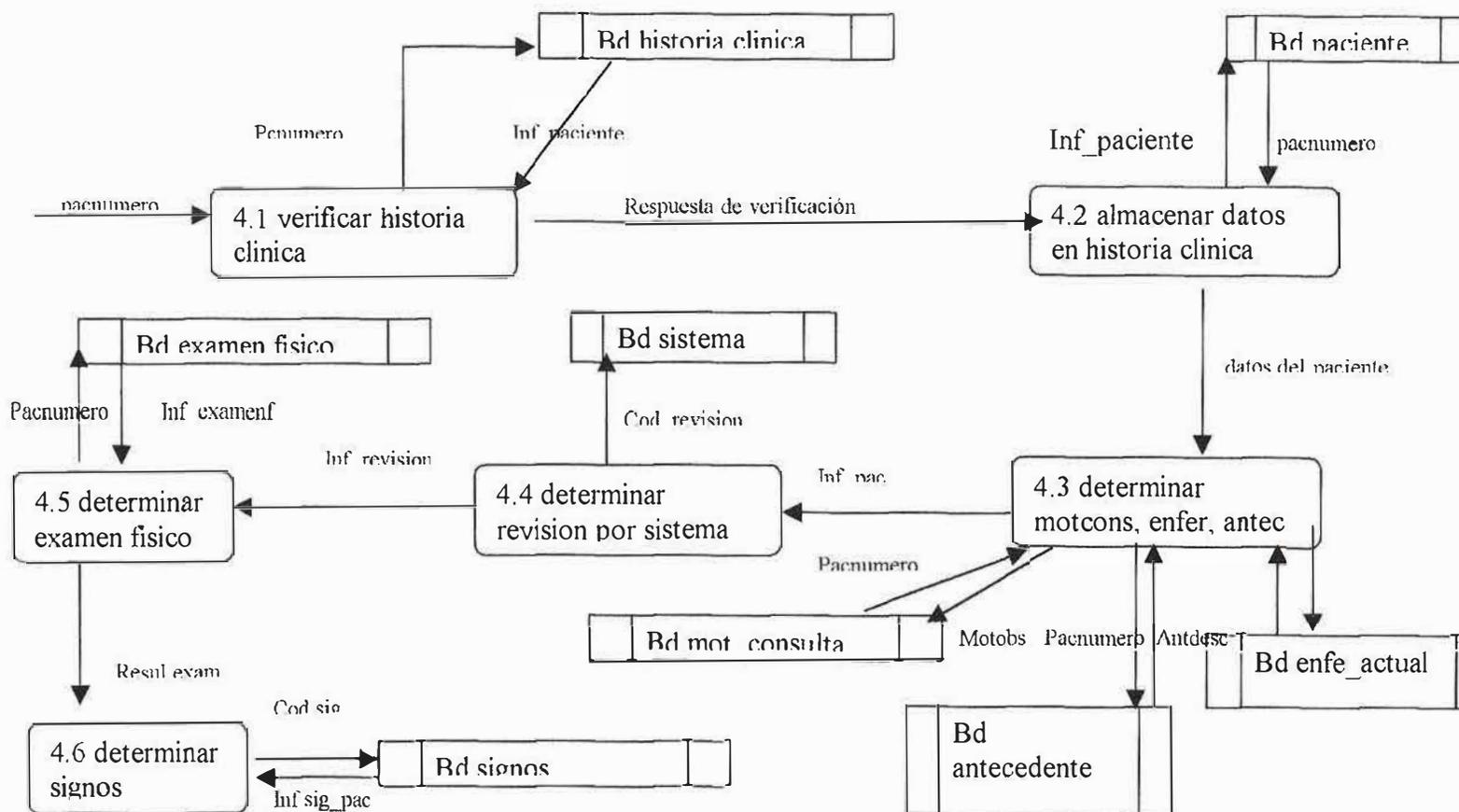
1.0 REALIZAR FACTURACION



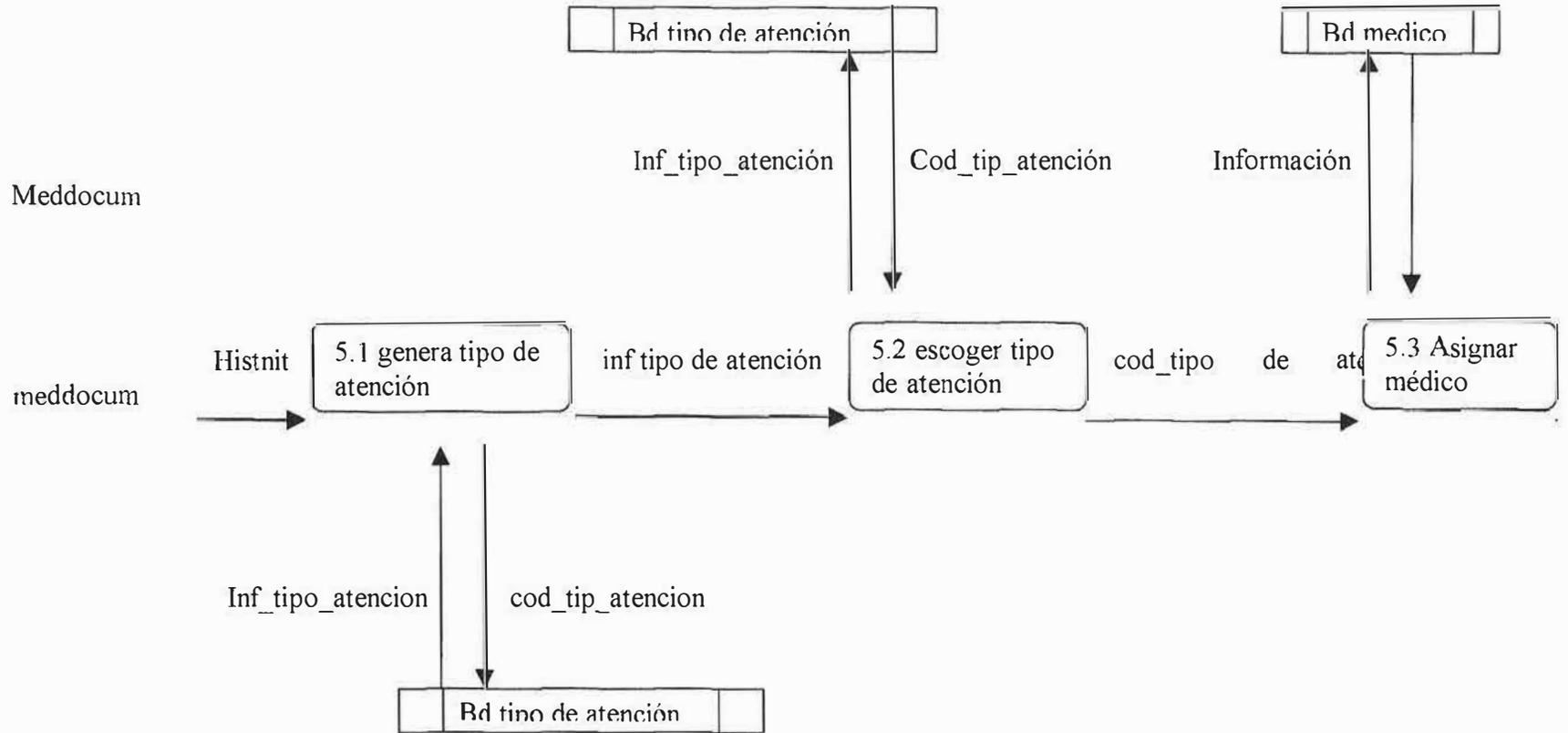
3.0 PROCESO DE TIPO DE SERVICIO



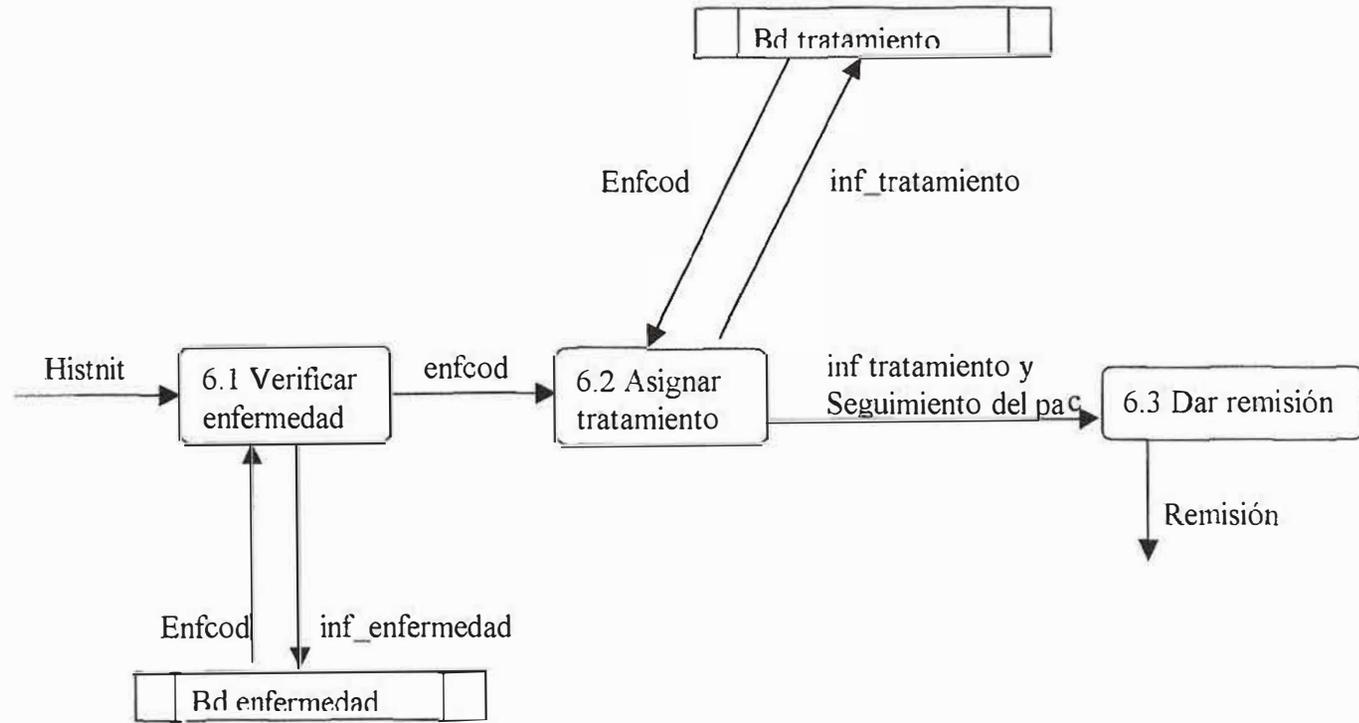
4.0 COMPROBAR HISTORIA CLINICA



5.0 VERIFICAR TIPO DE ATENCION



7.0 PROPORCIONAR DIAGNOSTICO



10 DICCIONARIO DE DATOS

PROCESOS	
Proceso:	Realizar factura.
Descripción:	En este proceso se almacena el valor correspondiente al tipo de servicio o servicios solicitados por el paciente.
Entrada:	Solicitud del tipo de servicio.
Salida:	Identificación del tipo de servicio.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información de factura.
Descripción:	Código de factura y toda su información.
Proviene de:	Realizar facturación.
Para los procesos:	Confirmar paciente, proceso de tipo de atención, comprobar historia clínica.
Estructura de datos:	Información de la factura de determinado paciente.
Datos:	Código de la factura y toda la información referente a cada paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Confirmar paciente.
Descripción:	Aquí se comprueba si el paciente está afiliado a la IPS o si es por primera vez que visita la institución a solicitar un servicio, si es así se llena el formulario de inscripción.
Entrada:	Información de factura y aprobación de tipo de servicio.
Salida:	Servicio solicitado.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Servicio solicitado.
Descripción:	Aquí define que tipo de servicio desea, ya sea medicina interna, consulta externa u odontología.
Proviene de:	Confirmar paciente.
Para los procesos:	Procesar tipo de servicio.
Estructura de datos:	Servicio que solicita el paciente.
Datos:	Código del servicio y todos los datos asociados a los servicios.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Paciente.
Descripción:	Aquí se guarda toda la información referente a los datos personales del paciente.
Flujo de datos:	Identificación del paciente.
Recibido:	Respuesta a la confirmación.

PROCESOS	
Proceso:	Procesar tipo de servicio.
Descripción:	Aquí se mostraran todos los servicios con los que cuenta la IPS y que el cliente pueda solicitar.
Entrada:	El código del tipo de servicio y la identificación del paciente.
Salida:	Información del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información del tipo de servicio solicitado.
Descripción:	Aquí se muestra que servicio desea el paciente que se le preste

Proviene de:	con todos sus detalles. Procesar tipo de servicio.
Para los procesos:	Comprobar historia clínica.
Estructura de datos:	Los datos del paciente necesarios para poder adquirir el servicio.
Datos:	Cedula, nombre, apellido, dirección, etc.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de servicio.
Descripción:	Se comprueba si el servicio solicitado se encuentra registrado en los servicios que presta la institución.
Flujo de datos:	Consultar tipo de servicio.
Recibido:	Código del tipo de servicio.

PROCESOS	
Proceso:	Comprobar historia clínica.
Descripción:	Se mira si el paciente tiene almacenada una historia, si no es así se le registrarán todos los datos para la realización de la misma.
Entrada:	Información del tipo de servicio y del paciente.
Salida:	Número de la historia y todos los datos almacenados en ella que son necesarias en la historia clínica.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Historia clínica.
Descripción:	Se comprueba si ya tiene realizado su historia clínica sino se procese a realizarse.



Flujo de datos:	Comprobar enfermedades padecidas.
Recibido:	Datos de las enfermedades padecidas por el paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Tipo de atención.
Descripción:	Aquí se describe que necesita el paciente antes de ser examinado por el médico.
Proviene de:	Revisar tipo de atención.
Estructura de datos:	Detalle de la atención solicitada.
Datos:	Código de la atención.

PROCESOS	
Proceso:	Inscribir paciente.
Descripción:	Se almacena la información del paciente necesaria para la vinculación a la IPS.
Entrada:	Datos del usuario.
Salida:	Información del a inscripción del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Datos del usuario.
Descripción:	Se almacena el nombre, apellido, la dirección, etc del paciente.
Proviene de:	Inscribir paciente.
Estructura de datos:	Verificar datos del usuario, actualización de datos.
Datos:	Nombre, apellido, teléfono, sexo, dirección, etc. del paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Verificar datos del paciente.
Descripción:	Se comprueba si los datos del paciente se encuentran en la base de datos, sino aquí se almacena.
Entrada:	Identificación del paciente.
Salida:	Aprobación del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Solicitud de servicio.
Descripción:	Nos muestra al usuario y la información que desea ver.
Proviene de:	Usuario.
Para los procesos:	Realizar factura.
Estructura de datos:	Información necesaria para la realización de la factura.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Paciente.
Descripción:	Contiene toda la información referente al paciente.
Flujo de datos:	Identificación del paciente.
Recibido:	Información de los datos del paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Actualizar datos.
Descripción:	En este proceso se actualizan los datos del paciente.
Entrada:	Aprobación del paciente.
Salida:	Información actual del paciente.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Paciente.
Descripción:	Aquí se almacenan los nuevos registros del paciente.
Flujo de datos:	Información.
Recibido:	Información de los datos del paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Comprobar servicio.
Descripción:	Aquí se verifica cual es el servicio que solicita el paciente al acudir a la IPS.
Entrada:	Identificación del paciente.
Salida:	Información del servicio.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de servicio.
Descripción:	Se encuentran todos los servicios que presta la IPS y que puede ser solicitado por el paciente.
Flujo de datos:	Código del tipo de servicio.
Recibido:	Resultado de la búsqueda.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información del servicio.
Descripción:	Lleva toda la información acerca del servicio prestado.
Proviene de:	Comprobar servicio.
Para los procesos:	Procesar prestación del servicio.
Estructura de datos:	Información del tipo de servicio.

Datos:	Código del tipo de servicio y nombre del tipo de servicio.
--------	--

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de servicio.
Descripción:	Se encuentran todos los servicios que presta la IPS al paciente.
Flujo de datos:	Información del servicio.
Recibido:	Código del servicio que se prestará al paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Procesar prestación de servicio.
Descripción:	Aquí se muestran todos los servicios con los que cuenta actualmente la IPS.
Entrada:	Información del servicio.
Salida:	Información del servicio prestado.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Servicio prestado.
Descripción:	Se define el servicio que será prestado al paciente.
Proviene de:	Procesar tipo de prestación de servicio.
Estructura de datos:	Información referente al servicio.
Datos:	Código del servicio, nombre del servicio.

PROCESOS	
Proceso:	Verificar historia clínica.
Descripción:	Se comprueba la existencia de la historia clínica del paciente.
Entrada:	Identificación del paciente.

Salida:	Respuesta de la verificación.
---------	-------------------------------

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Historia clínica.
Descripción:	Se almacena toda la información referente al paciente.
Flujo de datos:	Cédula del paciente.
Recibido:	Información del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Respuesta de la verificación.
Descripción:	Se mira si el paciente tiene historia clínica sino se le realiza.
Proviene de:	Verificar historia clínica.
Para los procesos:	Almacenar datos en historia clínica.
Estructura de datos:	Información del paciente es almacenada en su historia clínica.
Datos:	Número de la historia, datos personales, sus antecedentes, etc.

PROCESOS	
Proceso:	Determinar motivo de consulta, enfermedad actual y antecedentes.
Descripción:	Aquí se guarda toda la información relacionada con los antecedentes, su enfermedad actual y por lo cual ha venido a la consulta.
Entrada:	Datos del paciente.
Salida:	Descripción de la enfermedad actual, de los antecedentes y el motivo de consulta.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Antecedentes.

Descripción:	Almacena toda la información referente a los antecedentes familiares, personales y ginecobstetricos.
Flujo de datos:	Número de la historia.
Recibido:	Información de los antecedentes de un paciente específico.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Motivo de consulta.
Descripción:	Se almacena una breve información relacionada con la enfermedad por la cual el paciente acude a la IPS.
Flujo de datos:	Descripción del motivo de consulta.
Recibido:	Información del motivo de consulta del paciente.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Enfermedad actual.
Descripción:	Guarda una breve información relacionada con la enfermedad que padece el paciente.
Flujo de datos:	Código de la enfermedad actual.
Recibido:	Información de la enfermedad del paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Determinar revisión por sistema.
Descripción:	Se almacena toda la información relacionada con la revisión de cada uno de los sistemas después de haber sido examinado por el médico.
Entrada:	Información de antecedente, motivo de consulta y enfermedad actual.

Salida:	Información de la revisión del paciente.
---------	--

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Revisión por sistema.
Descripción:	Se almacena toda la información de cada una de las revisiones de cada sistema.
Flujo de datos: Recibido:	Código de la revisión. Información de la revisión correspondiente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información de la revisión del paciente.
Descripción:	Toda la información que el médico da al haber examinado al paciente.
Proviene de:	Determinar revisión por sistema.
Para los procesos:	Determinar examen físico.
Estructura de datos:	Información de la revisión por sistema del paciente
Datos:	Código de la revisión y descripción.

PROCESOS	
Proceso:	Determinar examen físico.
Descripción:	Aquí se almacena todo lo referente al examinar al paciente detalladamente como oído, ojo, etc.
Entrada:	Información de la revisión por sistemas.
Salida:	Resultados al examinar el paciente.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Examen físico.
Descripción:	Información relacionada con los exámenes físicos.

Flujo de datos:	Número de la historia.
Recibido:	Información acerca del examen físico.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Resultado del examen físico.
Descripción:	Lleva el resultado final del examen físico del paciente.
Proviene de:	Determinar examen físico.
Para los procesos:	Determinar evolución.
Estructura de datos:	Información acerca de los exámenes físicos del paciente.
Datos:	Número de la historia, descripción al examinar al paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Determinar evolución.
Descripción:	Se guarda la información de cómo va la enfermedad del paciente hasta el día de la consulta.
Entrada:	Resultado del examen físico.
Salida:	Evolución del paciente.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Evolución.
Descripción:	Guarda todas las evoluciones que dan los médicos acerca de la enfermedad del paciente.

Flujo de datos:	Código de la evolución.
Recibido:	Información de la evolución del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Evolución del paciente.
Descripción:	Declaración del médico de cómo va la enfermedad del paciente actualmente.
Proviene de:	Determinar evolución.
Estructura de datos:	Información sobre la evolución del paciente.
Datos:	Código de la evolución y descripción.

PROCESOS	
Proceso:	Generar tipo de atención.
Descripción:	Se muestran todos los tipos de atención que se presten en MAFESALUD IPS.
Entrada:	Número de la historia clínica.
Salida:	Información de los tipos de atención prestadas.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de atención.
Descripción:	Guarda todos los tipos de atención que el paciente puede solicitar.
Flujo de datos:	Código tipo de atención.
Recibido:	Nombre del tipo de atención.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información de los tipos de atención prestada.

Descripción:	Lleva todos los nombres de los tipos de atención.
Proviene de:	Generar tipo de atención.
Para los procesos:	Escoger tipo de atención.
Estructura de datos:	Información de los tipos de atención.
Datos:	Código del tipo de atención, nombre del tipo de atención.

PROCESOS	
Proceso:	Escoger tipo de atención.
Descripción:	Se guarda el tipo de atención que el paciente solicita a la IPS.
Entrada:	Información del tipo de atención prestada.
Salida:	Código del tipo de atención.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tipo de atención.
Descripción:	Guarda todos los tipos de atención que el paciente puede solicitar.
Flujo de datos:	Código tipo de atención.
Recibido:	Nombre del tipo de atención.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Código del tipo de atención.
Descripción:	Lleva el código de la atención que el paciente solicita.
Proviene de:	Escoger tipo de atención.
Para los procesos:	Asignar médico.



Estructura de datos:	de Información del tipo de atención.
Datos:	Código del tipo de atención.

PROCESOS	
Proceso:	Asignar médico.
Descripción:	Se asigna el médico correspondiente al tipo de atención.
Entrada:	Código del tipo de atención.
Salida:	Cédula del médico.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Médico.
Descripción:	Se encuentran todos los médicos que trabajan y trabajaron en la institución.
Flujo de datos:	Código del médico.
Recibido:	Nombre del médico.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Cedula del médico.
Descripción:	Se da el número e la cédula del médico que prestará el servicio.
Proviene de:	Asignar médico.
Estructura de datos:	de Información del médico.
Datos:	Código del médico, nombre del médico.

PROCESOS

Proceso:	Verificar enfermedad.
Descripción:	El médico comprueba la enfermedad por la cual acudió a la consulta.
Entrada:	Número de la historia clínica.
Salida:	Código de la enfermedad.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Código de la enfermedad.
Descripción:	El código de la enfermedad que presenta el paciente.
Proviene de:	Verificar enfermedad.
Para los procesos:	Asignar tratamiento.
Estructura de datos:	Información de la enfermedad.
Datos:	Código de la enfermedad.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Enfermedad.
Descripción:	Almacena las diferentes enfermedades que pueden padecer los pacientes.
Flujo de datos:	Nombre de la enfermedad.
Recibido:	Código de la enfermedad.

PROCESOS	
Proceso:	Asignar tratamiento.
Descripción:	El médico indica que tipo de tratamiento requiere el paciente según su enfermedad.

Entrada:	Código de la enfermedad.
Salida:	Información del tratamiento y seguimiento del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Información del tratamiento.
Descripción:	Lleva todos los requerimientos que necesita el paciente para el mejoramiento de su enfermedad.
Proviene de:	Asignar tratamiento.
Para los procesos:	Reporte del estado del paciente.

FLUJO DE DATOS	
Flujo de datos:	Seguimiento del paciente e información del tratamiento.
Descripción:	Lleva toda la información necesaria del paciente a la hora de ser remitido a otra institución.
Proviene de:	Asignar tratamiento.
Para los procesos:	Dar remisión.

ALMACEN DE DATOS	
Almacén de datos:	Tratamiento.
Descripción:	Almacena todos los tratamientos dictaminados por el médico.
Flujo de datos:	Información del tratamiento.
Recibido:	Código del paciente.

PROCESOS	
Proceso:	Dar remisión.

Descripción:	Se encarga e dar el código del paciente y una descripción del motivo de la remisión.
Entrada:	Reporte del estado del paciente.
Salida:	Remisión del paciente.

. FUNCIONES QUE SE REALIZAN EN CADA FORMULARIO

6.1. Entrada

a) Usuario

En esta caja de texto se debe introducir el login o nombre de usuario que identifica a una persona para tener acceso al sistema.

b) Clave

En esta caja de texto se escribe la clave de acceso que se encuentra consignada y permite la entrada a los diferentes formularios que presta el software.

Si la clave es errada no se puede entrar al sistema, también se debe tener en cuenta el nombre del usuario con el que esta asociada la clave.

```
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM usuario WHERE nombreu" _  
& "=" & USUA & " And contraseña =" & CONTR & """)
```

```
'VERIFICACION DE USUARIO
```

```
If Not registro.EOF Then
```

```
    USU = USUA
```

```
'DETERMINA TIPO DE USUARIO
```

```
If registro!TIPUSU = "ADMINISTRADOR" Then
```

```
    Administrador.c = registro!cargo
```

```
    Usuarios.NOM = USUA
```

```
'ABRE EL FORMULARIO ADMINISTRADOR
```

```
.Administrador.Show  
  
A = 0  
  
Unload Me  
  
Else  
  
'ABRE EL FORMULARIO DE HISTORIAL CLINICO  
  
Historias.Show  
  
A = 0  
  
Unload Me  
  
End If  
  
Else
```

Esta sentencia permite verificar la contraseña y si es aceptada podemos tener acceso al formulario administrador donde encontramos todas las opciones para trabajar en el software si presionamos cancelar nos sal.

6.1.1.3 Fomulario administrador

Este formulario nos permite enlazar los demás formularios con los cuales esta formado el software esta definido por un menú y cinco botones con las mismas opciones.

```
Private Sub agenda_Click()  
  
Agendas.Show  
  
End Sub
```

```
Private Sub antecedente_Click()  
antecedentes.Show  
End Sub
```

```
Private Sub consultorio_Click()  
Consultorios.Show  
End Sub
```

```
Private Sub departa_Click()  
departamentos.Show  
End Sub
```

```
Private Sub diagnostico_Click()  
Diagnosticos.Show  
End Sub
```

```
Private Sub eps_Click()  
Epss.Show  
End Sub
```

```
Private Sub especialidad_Click()  
Especialidades.Show  
End Sub
```

En este procedimiento hacemos la conexión con la base de datos Mafesalud.

```
Private Sub Form_Load()  
Set conexion = New ADODB.Connection  
Set registro = New ADODB.Recordset  
CON = Adodc1.ConnectionString  
conexion.Open CON  
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM USUARIO WHERE  
nombre"  
& "=" & USU & """)  
nom = registro!nombre & " " & registro!apellido & " " & registro!apellido!  
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM citas ")  
i = 1  
MSAcud.Rows = contarregistros(registros)  
Do Until registro.EOF  
' Deben contar cuantos registros tiene  
MSF.Rows = MSF.Rows + 1  
MSF.Row = i  
MSF.Col = 0  
MSF.Text = registro!HORARIO  
MSF.Col = 1
```

```
MSF.Text = registro!fecha
MSF.Col = 2
MSF.Text = registro!ASUNTO
registro.MoveNext
i = i + 1
Loop
End Sub
```

```
Private Sub historia_Click()
Historias.Show
End Sub
```

```
Private Sub medicos_Click()
Medico.Show
End Sub
```

```
Private Sub municipio_Click()
Municipios.Show
End Sub
```

```
Private Sub ocupacion_Click()
Ocupacion.Show
End Sub
```

```
Private Sub paciente_Click()
pacientes.Show
End Sub
```

```
Private Sub plan_Click()
Planes.Show
End Sub
Private Sub proceder_Click()
Procedimientos.Show
End Sub
```

```
Private Sub producto_Click()
Productos.Show
End Sub
Private Sub remision_Click()
Remisiones.Show
End Sub
```

```
Private Sub salir_Click()  
Unload Me  
End Sub
```

```
Private Sub Tipousu_Click()  
TIPO_USUARIO.Show  
End Sub
```

6.1.4 Función para encriptación de dato.

```
Public Function EncryptString( _  
    UserKey As String, Text As String, Action As Single _  
    ) As String  
    ENCRYPT = 1  
    DECRYPT = 2  
    Dim UserKeyX As String  
    Dim Temp As Integer  
    Dim Times As Integer  
    Dim i As Integer  
    Dim j As Integer  
    Dim n As Integer  
    Dim A As Integer  
    Dim rtn As String  
    '//Get UserKey characters  
    n = Len(UserKey)  
    ReDim UserKeyASCIIS(1 To n)  
    i = 1  
    While i < n  
        UserKeyASCIIS(i) = Asc(Mid$(UserKey, i, 1))  
        i = i + 1  
    Wend  
    '//Get Text characters  
    ReDim TextASCIIS(Len(Text)) As Integer  
    For i = 1 To Len(Text)  
        TextASCIIS(i) = Asc(Mid$(Text, i, 1))  
    Next  
    '//ENCRIPCIÓN/DESENCRIPCIÓN  
    If Action = ENCRYPT Then  
        A = Len(Text)  
        j = 1  
        For i = 1 To Len(UserKey)  
            j = IIf(j + 1 >= n, 1, j + 1)
```

```

Temp = TextASCIIS(j) + UserKeyASCIIS(i)
If Temp > 255 Then
    Temp = Temp - 255
End If
rtn = rtn + Chr$(Temp)
j = j + 1
If j > A Then
    j = 1
End If
Next
ElseIf Action = DECRYPT Then
A = Len(Text)
j = 1
For i = 1 To Len(UserKey)
    'j = IIf(j + 1 >= n, 1, j + 1)
    Temp = UserKeyASCIIS(i) - TextASCIIS(j)
    If Temp < 0 Then
        Temp = Temp + 255
    End If
    rtn = rtn + Chr$(Temp)
    j = j + 1
    If j > A Then
        j = 1
    End If
Next
End If
'//RETORNAR
EncryptString = rtn
End Function

```

ACCESO

```
Private Sub Command1_Click()
'LLAMADA AL PROCEDIMIENTO CONSULTAR
consultar
End Sub
'SALE DEL FORMULARIO ACCESO
Private Sub Command2_Click()
Unload Me
End Sub
Private Sub USUA_KeyPress(KeyAscii As Integer)
'PROCEDIMIENTO PARA QUE VERIFIQUE EL ACCESO AL SISTEMA POR MEDIO DE LA TECLA ENTER
If KeyAscii = 13 Then
If USUA <> "" Then
consultar
Else
MsgBox "SE REQUIERE LLENAR ESTE CAMPO", vbInformation, _
"ERROR"
End If
End If
End Sub
Private Sub CONTRA_KeyPress(KeyAscii As Integer)
'PROCEDIMIENTO PARA VERIFIQUE EL ACCESO AL SISTEMA POR MEDIO DE LA TECLA ENTER
If KeyAscii = 13 Then
If CONTRA <> "" Then
consultar
Else
MsgBox "SE REQUIERE LLENAR ESTE CAMPO", vbInformation, _
"ERROR"
End If
End If
End Sub
Private Sub consultar()
'PROCEDIMIENTO PARTA LA VERIFICACION DE EXISTENCIA DE USUARIO Y SU CONTRASEÑA
'HACEMOS LA CONEXION CON LA BASE DE DATOS
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodc1.ConnectionString
conexion.Open CON
'VARIABLES Y LLAMADA AL PROCEDIMIENTO DE ENCRIPCIÓN DE CODIGO
Dim ENCRYPT As Single
Dim TextoOriginal1 As String
Dim CONTR As String
ENCRYPT = 1
Dim contraseña As String
contraseña = "KEY"
TextoOriginal1 = CONTR + "s"
CONTR = EncryptString(TextoOriginal1, contraseña, ENCRYPT)
'CONSULTAMOS REGISTROS
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM usuario WHERE nombrecu" _
& "=" & USUA & "" And contraseña = "" & CONTR & """)
'VERIFICACION DE USUARIO
If Not registro.EOF Then
USU = USUA
'DETERMINA TIPO DE USUARIO
If registro!TIPUSU = "ADMINISTRADOR" Then
```

```

Administrador.c = registro!cargo
Usuarios.NOM = USUA
'ABRE EL FORMULARIO ADMINISTRADOR
Administrador.Show
A = 0
Unload Me
Else
'ABRE EL FORMULARIO DE HISTORIAL CLINICO
historias.Show
A = 0
Unload Me
End If
Else
MsgBox "NO EXISTE UN REGISTRO CON ESE USUARIO Y CONTRASEÑA ", vbExclamation, _
"ATENCION"
CONTRA = ""
End If
End Sub
'FUNCION DE ENCRIPACION DE DATOS
Public Function EncryptString( _
UserKey As String, Text As String, Action As Single _
) As String
ENCRYPT = 1
DECRYPT = 2
Dim UserKeyX As String
Dim Temp As Integer
Dim Times As Integer
Dim i As Integer
Dim j As Integer
Dim n As Integer
Dim A As Integer
Dim rtn As String
'//Get UserKey characters
n = Len(UserKey)
ReDim UserKeyASCIIS(1 To n)
i = 1
While i < n
UserKeyASCIIS(i) = Asc(Mid$(UserKey, i, 1))
i = i + 1
Wend
'//Get Text characters
ReDim TextASCIIS(Len(Text)) As Integer
For i = 1 To Len(Text)
TextASCIIS(i) = Asc(Mid$(Text, i, 1))
Next
'//ENCRIPACION/DEENCRIPACION
If Action = ENCRYPT Then
A = Len(Text)
j = 1
For i = 1 To Len(UserKey)
j = If(j + 1 >= n, 1, j + 1)
Temp = TextASCIIS(j) + UserKeyASCIIS(i)
If Temp > 255 Then
Temp = Temp - 255
End If
rtn = rtn + Chr$(Temp)

```



```

    j = j + 1
    If j > A Then
    j = 1
    End If
Next
Elseif Action = DECRYPT Then
A = Len(Text)
j = 1
For i = 1 To Len(UserKey)
    'j = IIf(j + 1 >= n, 1, j + 1)
    Temp = UserKeyASCIIS(i) - TextASCIIS(j)
    If Temp < 0 Then
        Temp = Temp + 255
    End If
    rtn = rtn + Chr$(Temp)
    j = j + 1
    If j > A Then
    j = 1
    End If
Next
End If
//RETORNAR
EncryptString = rtn
End Function

```

ADMINISTRADOR

'LLAMA AL FORMULARIO AGENDAS'

```

Private Sub agenda_Click()
Agendas.Show
End Sub

```

'LLAMA AL FORMULARIO ANTECEDENTES'

```

Private Sub antecedente_Click()
Antecedentes.Show
End Sub

```

'LLAMA AL FORMULARIO CONSULTORJOS'

```

Private Sub consultorio_Click()
Consultorios.Show
End Sub

```

'LLAMA AL FORMULARIO DEPARTAMENTOS'

```

Private Sub departa_Click()
departamentos.Show
End Sub

```

'LLAMA AL FORMULARIO DIAGNOSTICO'

```

Private Sub diagnostico_Click()
Diagnosticos.Show
End Sub

```

'LLAMA AL FORMULARIO EPS'

```

Private Sub eps_Click()
Eps.Show

```

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO ESPECIALIDADES'

Private Sub especialidad_Click()

Especialidades.Show

End Sub

'CONEXION CON LA BASE DE DATOS'

Private Sub Form_Load()

Set conexion = New ADODB.Connection

Set registro = New ADODB.Recordset

CON = Adodc1.ConnectionString

conexion.Open CON

Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM USUARIO WHERE nombreu" _

& "=" & USU & """)

nom = registro!nombre & " " & registro!apellido & " " & registro!apellido1

Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM citas ")

i = 1

'MSAcud.Rows = contarregistros(registros)

Do Until registro.EOF

' Deben contar cuantos registros tiene

MSF.Rows = MSF.Rows + 1

MSF.Row = i

MSF.Col = 0

MSF.Text = registro!HORARIO

MSF.Col = 1

MSF.Text = registro!fecha

MSF.Col = 2

MSF.Text = registro!ASUNTO

registro.MoveNext

i = i + 1

Loop

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO HISTORIAS'

Private Sub historia_Click()

historias.Show

End Sub

Private Sub manual_Click()

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO MEDICO'

Private Sub medicos_Click()

medico.Show

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO MUNICIPIOS'

Private Sub municipio_Click()

Municipios.Show

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO OCUPACION'

Private Sub ocupacion_Click()

Ocupacion.Show

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO PACIENTES'

Private Sub paciente_Click()

pacientes.Show

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO PLANES'

Private Sub plan_Click()

Planes.Show

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO PROCEDIMIENTOS'

Private Sub proceder_Click()

Procedimientos.Show

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO PRODUCTOS'

Private Sub producto_Click()

Productos.Show

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO REMISIONES'

Private Sub remision_Click()

Remisiones.Show

End Sub

'SALE DEL FORMULARIO

Private Sub salir_Click()

Unload Me

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO TIPO DE USUARIOS'

Private Sub Tipousu_Click()

TIPO_USUARIO.Show

End Sub

Private Sub Toolbar1_ButtonClick(ByVal Button As ComctlLib.Button)

Select Case Button.Index

Case 1

agenda_Click

Case 2

historia_Click

Case 3

plan_Click

Case 4

paciente_Click

Case 5

MsgBox "En Construcción"

End Select

End Sub

'LLAMA AL FORMULARIO USUARIOS'

Private Sub usuario_Click()

Usuarios.Show

End Sub

AGENDAS

'LLAMA AL FORMULARIO CITA'

```
Private Sub Command1_Click()  
cita.Show  
End Sub
```

'SALE DEL FORMULARIO'

```
Private Sub Command4_Click()  
Unload Me  
End Sub
```

'CARGA LA FECHA Y LA HORA DE LA CITA'

```
Private Sub Form_Load()
```

```
  cargar
```

```
  fec = Date
```

```
  tim = Time
```

```
  Calendar1 = Date
```

```
End Sub
```

```
Private Sub cargar()
```

```
  Set conexion = New ADODB.Connection
```

```
  Set registro = New ADODB.Recordset
```

```
  CON = Adodc1.ConnectionString
```

```
  conexion.Open CON
```

```
  Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM citas ")
```

```
  i = 1
```

```
  'MSacud.Rows = contarregistros(registros)
```

```
  Do Until registro.EOF
```

```
  ' Deben contar cuantos registros tiene
```

```
  MSF.Rows = MSF.Rows + 1
```

```
  MSF.Row = i
```

```
  MSF.Col = 0
```

```
  MSF.Text = registro!HORARIO
```

```
  MSF.Col = 1
```

```
  MSF.Text = registro!fecha
```

```
  MSF.Col = 2
```

```
  MSF.Text = registro!ASUNTO
```

```
  registro.MoveNext
```

```
  i = i + 1
```

```
Loop
```

```
End Sub
```

```
Private Sub MSF_Click()
```

```
  Dim X As String
```

```
  Dim x1 As String
```

```
  Set conexion = New ADODB.Connection
```

```
  Set registro = New ADODB.Recordset
```

```
  CON = Adodc1.ConnectionString
```

```
  conexion.Open CON
```

```
  MSF.Col = 0
```

```
  X = MSF.Text
```

```
  MSF.Col = 1
```

```
  x1 = MSF.Text
```

```
  RESPUESTA = MsgBox("DESEA BORRAR EL REGISTRO", vbYesNo, "PRECAUCION")
```

```
  If RESPUESTA = vbYes Then
```

```

    Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM citas WHERE horario" _
    & "=" & hora & " And fecha =" & fecha & """)
    conexion.Execute "DELETE FROM citas WHERE horario" _
    & "=" & X & " And fecha =" & x1 & ""
    MsgBox "EL REGISTRO HA SIDO ELIMINADO", vbInformation, _
    "MENSAJE"
    cargar
End If
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM citas ")
i = 1
'MSacud.Rows = contarregistros(registros)
Do Until registro.EOF
' Deben contar cuantos registros tiene
Administrador.MSF.Rows = Administrador.MSF.Rows + 1
Administrador.MSF.Row = i
Administrador.MSF.Col = 0
Administrador.MSF.Text = registro!HORARJO
Administrador.MSF.Col = 1
Administrador.MSF.Text = registro!fecha
Administrador.MSF.Col = 2
Administrador.MSF.Text = registro!ASUNTO
registro.MoveNext
i = i + 1
Loop
End Sub

```

----- ANTECEDENTES

```

'INSERTA UN NUEVO ANTECEDENTE A LA TABLA'
Private Sub insertar()
Dim s As Integer
s = 0
'REALIZA LA CONEXION'
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodc1.ConnectionString
conexion.Open CON
'conexion.Open
'CONSULTAMOS REGISTRO DE LA TABLA ANTECEDENTES'
Set registro = conexion.Execute("SELECT" _
& "*" FROM antecedente WHERE n_historia= " & n_historia & " and tipo =" & tipo & """)
'CONSULTAMOS REGISTRO DE LA TABLA PACIENTES'
Set registro = conexion.Execute("SELECT" _
& "*" FROM paciente WHERE numero= " & n_historia & """)
If registro!sexo = "masculino" And tipo = "Gineco_Obstetricos" Then
s = 1
End If
If s = 0 Then
' If registro.EOF Then
conexion.Execute "INSERT INTO antecedente" _
& "(n_historia,tipo,descripcion) VALUES(" & n_historia & "," & tipo & "," & descripcion & ")"
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM antecedente ")
i = 1

```

```

'MSacud.Rows = contarregistros(registros)
Do Until registro.EOF
'Deben contar cuantos registros tiene
MSDE.Rows = MSDE.Rows + 1
MSDE.Row = i
MSDE.Col = 0
MSDE.Text = registro!n_historia
MSDE.Col = 1
MSDE.Text = registro!tipo
MSDE.Col = 2
MSDE.Text = registro!descripcion
registro.MoveNext
i = i + 1
Loop
    MsgBox "EL REGISTRO HA SIDO ADICIONADO", vbInformation, _
        "MENSAJE"
        limpiar

'
    Else
'
    MsgBox "YA EXISTE UN REGISTRO CON ESE " _
'
    & " CODIGO ", vbExclamation, _
'
    "ATENCION"
' End If
Else
MsgBox "NO SE PERMITE QUE UN HOMBRE TENGA ANTECEDENTES GINECOLOGICOS"
End If
End Sub
'SALE DEL FORMULARIO'
Private Sub salir()
Unload Me
End Sub

'LIMPIA LOS CAMPOS DEL FORMULARIO'
Private Sub limpiar()
n_historia = ""
tipo = ""
descripcion = ""
End Sub

'BUSCA LOS REGISTROS DE LA TABLA ANTECEDENTES'
Private Sub buscar()
'REALIZA LA CONEXION'
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodc1.ConnectionString
conexion.Open CON

'CONSULTAMOS LOS REGISTROS'
If n_historia <> "" Then
' Set registro = conexion.Execute("SELECT" _
'& "*" FROM antecedente WHERE n_historia=" & n_historia & """)
' aqui
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM antecedente where n_historia=" & n_historia & "" ")
If Not registro.EOF Then
i = 1
'MSacud.Rows = contarregistros(registros)

```

```

Do Until registro.EOF
' Deben contar cuantos registros tiene
MSDE.Rows = MSDE.Rows + 1
MSDE.Row = i
MSDE.Col = 0
MSDE.Text = registro!n_historia
MSDE.Col = 1
MSDE.Text = registro!tipo
MSDE.Col = 2
MSDE.Text = registro!descripcion
registro.MoveNext
i = i + 1
Loop

Else
MsgBox "NO EXISTE UN REGISTRO CON ESE " _
& " CODIGO ", vbCritical, _
"ATENCION"
End If
Else
MsgBox "NO HAY NADA QUE CONSULTAR ", vbCritical, _
"ATENCION"
End If
End Sub

'ELIMINA LOS REGISTROS DE LA TABLA ANTECEDENTES'
Private Sub Eliminar()
'REALIZA LA CONEXION'
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodcl.ConnectionString
conexion.Open CON
'CONSULTA LA TABLA ANTECEDENTES'
Set registro = conexion.Execute("SELECT" _
& "*" FROM antecedente WHERE n_historia=" & n_historia & """)

If Not registro.EOF Then
RESPUESTA = MsgBox("DESEA BORRAR EL REGISTRO", vbYesNo, "PRECAUCION")
If RESPUESTA = vbYes Then
Set registro = conexion.Execute("SELECT" _
& "*" FROM antecedente WHERE n_historia=" & n_historia & """)
conexion.Execute " delete from antecedente where n_historia = " & n_historia & ""

MsgBox "EL REGISTRO HA SIDO ELIMINADO", vbInformation, _
"MENSAJE"
limpiar
End If
Else
MsgBox "NO EXISTE UN REGISTRO CON ESE CODIGO ", vbExclamation, _
"ATENCION"
End If
End Sub

'MODIFICA LA TABLA ANTECEDENTES'
Private Sub modificar()
'REALIZA LA CONEXION'

```

```
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodc1.ConnectionString
conexion.Open CON
```

```
'CONSULTAMOS LA TABLA ANTECEDENTES'
```

```
Set registro = conexion.Execute("SELECT " _
& "*" FROM antecedente WHERE n_historia= " & n_historia & """)
```

```
If Not registro.EOF Then
```

```
'MODIFICA LOS REGISTROS'
```

```
conexion.Execute "UPDATE antecedente SET tipo= " & tipo & ".descripcion=" & descripcion & " WHERE
n_historia= " & n_historia & ""
```

```
MsgBox "ACTUALIZACION REALIZADA", vbInformation, _
"MENSAJE"
```

```
limpiar
```

```
Else
```

```
MsgBox "NO EXISTE UN REGISTRO CON ESE " _
```

```
& " NOMBRE ", vbExclamation, _
```

```
"ATENCION"
```

```
End If
```

```
End Sub
```

```
Private Sub Form_Load()
```

```
Set conexion = New ADODB.Connection
```

```
Set registro = New ADODB.Recordset
```

```
CON = Adodc1.ConnectionString
```

```
conexion.Open CON
```

```
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM antecedente where n_historia=" & n_historia & "" ")
```

```
i = 1
```

```
'MSAcud.Rows = contarregistros(registros)
```

```
Do Until registro.EOF
```

```
' Deben contar cuantos registros tiene
```

```
MSDE.Rows = MSDE.Rows + 1
```

```
MSDE.Row = i
```

```
MSDE.Col = 0
```

```
MSDE.Text = registro!n_historia
```

```
MSDE.Col = 1
```

```
MSDE.Text = registro!tipo
```

```
MSDE.Col = 2
```

```
MSDE.Text = registro!descripcion
```

```
registro.MoveNext
```

```
i = i + 1
```

```
Loop
```

```
End Sub
```

```
Private Sub MSDE_Click()
```

```
MSDE.Col = 0
```

```
n_historia = MSDE.Text
```

```
MSDE.Col = 1
```

```
tipo = MSDE.Text
```

```
MSDE.Col = 2
```

```
descripcion = MSDE.Text  
End Sub
```

```
Private Sub Toolbar1_ButtonClick(ByVal Button As ComctlLib.Button)  
Select Case Button.Index  
Case 1  
limpiar  
Case 2  
insertar  
Case 3  
modificar  
Case 4  
Eliminar  
Case 5  
buscar  
'Case 5  
'imprimir  
Case 7  
salir  
End Select  
End Sub
```

CITAS

```
'LLAMA AL FORMULARIO PACIENTES'  
Private Sub Command1_Click()  
pacientes.Show  
End Sub
```

```
Private Sub Command3_Click()  
'LLAMA AL PROCEDIMIENTO INSERTAR'  
insertar  
'REALIZA LA CONEXION'  
Set conexion = New ADODB.Connection  
Set registro = New ADODB.Recordset  
CON = Adodc1.ConnectionString  
conexion.Open CON  
'CONSULTA LA TABLA CITAS'  
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM citas ")  
i = 1  
'MSacud.Rows = contarregistros(registros)  
Do Until registro.EOF  
' Deben contar cuantos registros tiene  
Agendas.MSF.Rows = Agendas.MSF.Rows + 1  
Agendas.MSF.Row = i  
Agendas.MSF.Col = 0  
Agendas.MSF.Text = registro!HORARIO  
Agendas.MSF.Col = 1  
Agendas.MSF.Text = registro!fecha  
Agendas.MSF.Col = 2  
Agendas.MSF.Text = registro!ASUNTO  
Administrador.MSF.Rows = Administrador.MSF.Rows + 1  
Administrador.MSF.Row = i  
Administrador.MSF.Col = 0  
Administrador.MSF.Text = registro!HORARIO  
Administrador.MSF.Col = 1
```

```

Administrador.MSF.Text = registro!fecha
Administrador.MSF.Col = 2
Administrador.MSF.Text = registro!ASUNTO
registro.MoveNext
i = i + 1
Loop
End Sub

```

```

'SALE DEL FORMULARIO'
Private Sub Command4_Click()
Unload Me
End Sub

```

```

Private Sub Form_Load()
'REALIZA LA CONEXION'
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodc1.ConnectionString
conexion.Open CON
'CONSULTA LA TABLA MEDICOS'
Set registro = conexion.Execute("SELECT" _
& "*" FROM medicos ")

While Not registro.EOF
medico.AddItem registro!nombres
registro.MoveNext
Wend
End Sub

```

```

'INSERTA CITAS A LA TABLA'
Private Sub insertar()
'REALIZA LA CONEXION'
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodc1.ConnectionString
conexion.Open CON
'Consulta los Registros de la Tabla citas
Set registro = conexion.Execute("SELECT * FROM citas WHERE horario" _
& "=" & hora & " And fecha =" & fecha & """)
If registro.EOF Then
'Inserta una Nueva cita a la Tabla
conexion.Execute "INSERT INTO citas (horario ,fecha,asunto,medico,detalle) VALUES(" & hora & "," & fecha
& "," & nombres & "," & medico & "," & detalle & """)"
MsgBox "EL REGISTRO HA SIDO ADICIONADO", vbInformation, _
"MENSAJE"
LIMP
Else
MsgBox "YA EXISTE UN REGISTRO CON ESAS ESPECIFICACIONES ", vbExclamation, _
"ATENCIÓN"
End If
End Sub

```

CONSULTAS

```

'LLAMA AL FORMULARIO CONSULTAS!'
Private Sub Command1_Click()

```

```
Consultas1.Show
End Sub
```

```
'SALE DEL FORMULARIO'
Private Sub Command2_Click()
Unload Me
End Sub
```

```
Private Sub Form_Load()
'REALIZA LA CONEXION'
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodc1.ConnectionString
conexion.Open CON
```

```
'CONSULTA LA TABLA ESPECIALIDAD'
Set registro = conexion.Execute("SELECT" _
& "*" FROM ESPECIALIDAD")
While Not registro.EOF
especialidad.AddItem "CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR" & " " & registro!descripcion
registro.MoveNext
Wend
```

```
End Sub
```

```
Private Sub Option1_Click()
'REALIZA LA CONEXION'
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodc1.ConnectionString
conexion.Open CON
```

```
'CONSULTA LA TABLA ESPECIALIDAD'
Set registro = conexion.Execute("SELECT" _
& "*" FROM ESPECIALIDAD")
While Not registro.EOF
especialidad.Clear
registro.MoveNext
Wend
```

```
'REALIZA LA CONEXION'
Set conexion = New ADODB.Connection
Set registro = New ADODB.Recordset
CON = Adodc1.ConnectionString
conexion.Open CON
```

```
'CONSULTA LA TABLA ESPECIALIDAD'
Set registro = conexion.Execute("SELECT" _
& "*" FROM ESPECIALIDAD")
While Not registro.EOF
especialidad.AddItem "CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR" & " " & registro!descripcion
registro.MoveNext
Wend
```

```
End Sub
```

```
Private Sub Option2_Click()
'REALIZA LA CONEXION'
```

DISEÑO DEL SISTEMA



ABSTRACT

Diseño y desarrollo de un sistema de información para el registro y control del historial clínico de la policlínica mafesalud IPS de la ciudad de Barranquilla

AUTORES:

JENNY ARZA

ELKIN BARRETO

HENDER RODADO

ANA SARABIA

En el 2003, de acuerdo con los postulados teóricos de Gómez, Galvis y Mariño sobre la ingeniería de software , se realizó una investigación sobre Diseño y desarrollo de un sistema de información para el registro y control del historial clínico de la policlínica mafesalud IPS de la ciudad de Barranquilla. Para lo cual utilizaron metodologías para el análisis de software y las encuestas para plasmar las necesidades que formularon los usuarios y médicos con la atención en esta IPS, sobre el manejo del historial clínico. Los autores lograron el diseño, y desarrollo de un sistema de información que administre las historias clínicas de la policlínica Mafesalud con el fin de agilizar el trabajo de los médicos en el momento de atender a sus pacientes, para esto investigaron y seleccionaron teorías sobre historial clínico

basados en la ley 100 y de sistemas que fundamentan el desarrollo del software; analizaron, diseñaron y construyeron estructuras lógico-físicas que sirvieron de base para el diseño, desarrollo y documentación del software. Los autores concluyen que se cumplieron los objetivos propuestos al lograr un software de historias clínicas, es decir un programa que permite cumplir o apoyar funciones medicas ,ayudando a estos a controlar todo el flujo de información que amerite una consulta medica y por consiguiente registrarla en la historia clínica del paciente. Y el estudio recomienda la implementación en las salas de informática de la Ips y la socialización del software a los médicos y enfermeras encargados del manejo de este.



RESUMEN TRABAJO DE INVESTIGACION

F-GI-01

Fecha vigencia:
Oct. 17 / 02

Investigación

Tesis

Fecha Inicio

Agosto de 2003

Programa:

Ingeniería de Sistemas

Fecha Finalización

Junio de 2005

Tutor:

Estudiantes:	Jenny arza	
	Elkin Barreto	
	Hender Rodado	
	Ana Sarabia	
Título		
Diseño y desarrollo de un sistema de información para el registro y control del historial clínico de la policlínica mafesalud IPS de la ciudad de Barranquilla		
Palabras Claves		
Datos, bases de datos , formularios, procedimientos, funciones, registros, transacciones, ejemplar, interfaz ,diagnósticos, menarquia Transfusión.		
Línea de Investigación		
Ingeniería de software		

Eje Temático
Software de historias clínicas de mafesalud IPS .
Pregunta Problema
DE QUE MANERA SE PODRA FACILITAR EL MANEJO DEL HISTORIAL CLINICO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS EN LA POLICINICA MAFESALUD IPS ?
Justificación (Importancia e Impacto de la Investigación)
Con motivo del avance normativo en el ámbito de la salud, se hace necesario buscar alternativas que garanticen pautas claras para la comprensión de los actos médicos. Con el avance tecnológico que condiciona la atención de la salud, por lo que resulta sumamente necesario la aplicación de normas claras que garanticen la prueba de los datos, la confidencialidad de los actos médicos y la integridad y disponibilidad del contenido de la Historia clínica.
Objetivo General
Diseñar un sistema de información que administre las historias clínicas de la policlínica Mafesalud con el fin de agilizar el trabajo de los médicos en el momento de atender a sus pacientes.
Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseñar una interfaz de captura de datos personales de los pacientes con el fin de sacar reportes estadísticos. ➤ Diseñar un modulo de importación y exportación de datos, para interactuar con otros sistemas informáticos. ➤ Implementar ayudas en líneas para facilitar el uso de todos los componentes del sistema de infamación. ➤ Realizar formulario de auditoria para la interpretación de los datos y determinar algunas alternativas para el control de la información.

Marco Teórico (Enfoque Conceptual: Teorías - Autor Guía)

Muchas entidades prestadoras de salud se han preocupado por un buen servicio a la comunidad por lo cual optaron por herramientas informáticas como software de historias clínicas ,donde pueden almacenar los datos de sus pacientes en forma electrónica mediante bases de datos, interactuadas con lenguajes de alto nivel para optimizar sus procesos.

Hipótesis (Si Aplica)

Metodología

El método en que se basa este proyecto es el deductivo ya que va de lo general a lo particular, basándose en esquemas lógicos fabricados apoyados por sólidos conocimientos teóricos que le permiten establecer conclusiones respecto de cosas particulares.

Investigación Cualitativa

Investigación Cuantitativa

Tipo de Estudio

El tipo de estudio aplicado es descriptivo, porque busca describir situaciones y eventos, como es y como se manifiestan. En este proyecto se conocerá como es el proceso de almacenamiento de la información del historial clínico en la Policlínica Mafesalud(IPS). Esta enmarcada en la línea de ingeniería de software y los sistemas administradores de bases de datos Oracle como herramienta que permiten técnicas avanzadas a un proceso administrativo tradicional.

Población y Muestra

Se hicieron unas encuestas a una población de 20 hombres 30 mujeres.

Técnica de Recolección de la información y/o Procedimientos

Se realizaron una serie de encuestas a usuarios y médicos acerca del manejo que se venia haciendo sobre el manejo del historial clínico.

Análisis de Resultados

El análisis de la encuesta se concluimos que el 68 % de la población encuestada no estaba satisfecha con la atención que se venia prestando en la policlínica debido a la demora en encontrar el respectivo historial clínico de un paciente el 32% restante lo estaba ya que era la primera vez que iban a recibir una atención medica y su historia apenas iba a ser registrado.

Conclusiones

Se concluyo que la mejor forma de resolver esta problemática era diseñando una software que pudiera hacer la labor de registrar las historias clínicas de forma automática , utilizando un gestor de bases de datos potente como Mysql y un lenguaje de alto nivel como visual Basic

Recomendaciones

El estudio recomienda la implementación en las salas de informática de la IPS y la socialización del software a los médicos y enfermeras encargados del manejo de este. Cualquier error en el manejo y/o en la ejecución del software contactar con los diseñadores de este para su optimización.

Análisis de la Bibliografía

Número total de fuentes:

suma de libros+revistas+periodicos+internet+otros

Libros:

- PINILLA, Forero Jose, Auditoria de Sistemas en Funcionamiento, 1992.

	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas y Tecnologías de Información para la Gestión, McGrauHill, 1996. • Diccionario de Medicina, Océano Mosby, Edición quinta. • PRESSMAN, Roger, Ingeniería del Software, McGrauHill, 5ª Ed, 2002. • Sistemas de Seguridad Social Integral. • SIBERSCHATZ, Abraham, Fundamentos de Bases de Datos, McGrawHill, 1998. • MENDEZ, E, Carlos, Metodología de la Investigación. •
Revistas:	3
Periódicos:	4
Internet:	<ul style="list-style-type: none"> • www.anticorrupción.gov.co/derautor
Otros:	
Documentos especializados:	suma de libros
Documentos generales:	suma de revistas+internet+periodicos+otros
<i>Clasificación de fuentes por año de publicación</i>	
2002	3
2001	4
2000	

1999	5
1998	4
1997	6
1996	5
etc	

Aplicado por:

Patty Pedroza

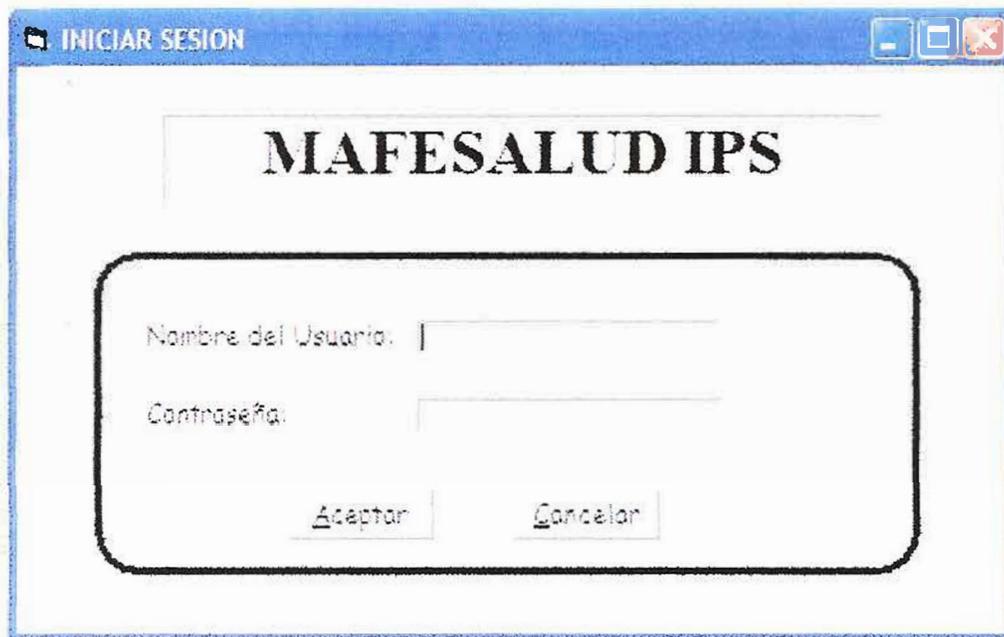
**SISTEMA DE INFORMACION PARA EL MANEJO DEL
HISTORIAL CLINICO DE LA POLICLINICA MAFESALUD IPS.
DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**JENNY ARZA HERRERA
ELKIN BARRETO RIVAS
HENDER RODADO SANTANA
ANA SARABIA TORRES**

**PRESENTADO AL INGENIERO:
RICARDO MARIN**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
BARRANQUILLA ATLANTICO**

FORMULARIO ACCESO



INICIAR SESION

MAFESALUD IPS

Nombre del Usuario:

Contraseña:

Aceptar Cancelar

Cada vez que inicie el programa aparecerá el cuadro de dialogo **Inicie Sesión**. Cuando inicia sesión se esta identificando ante el sistema. Además de proporcionar seguridad, esta identificación permite que el sistema guarde su configuración personal como los formularios utilizados recientemente.

En este formulario debe ingresar la información correspondiente:

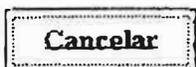
1. Ingrese el nombre del Usuario correspondiente al mismo.
2. Ingrese su contraseña.

- Luego de haber realizado el paso 1 y 2 dar **Click** en el Botón



Para acceder al Sistema.

- Si desea Cancelar la operación realizada dar **Click** en el Botón



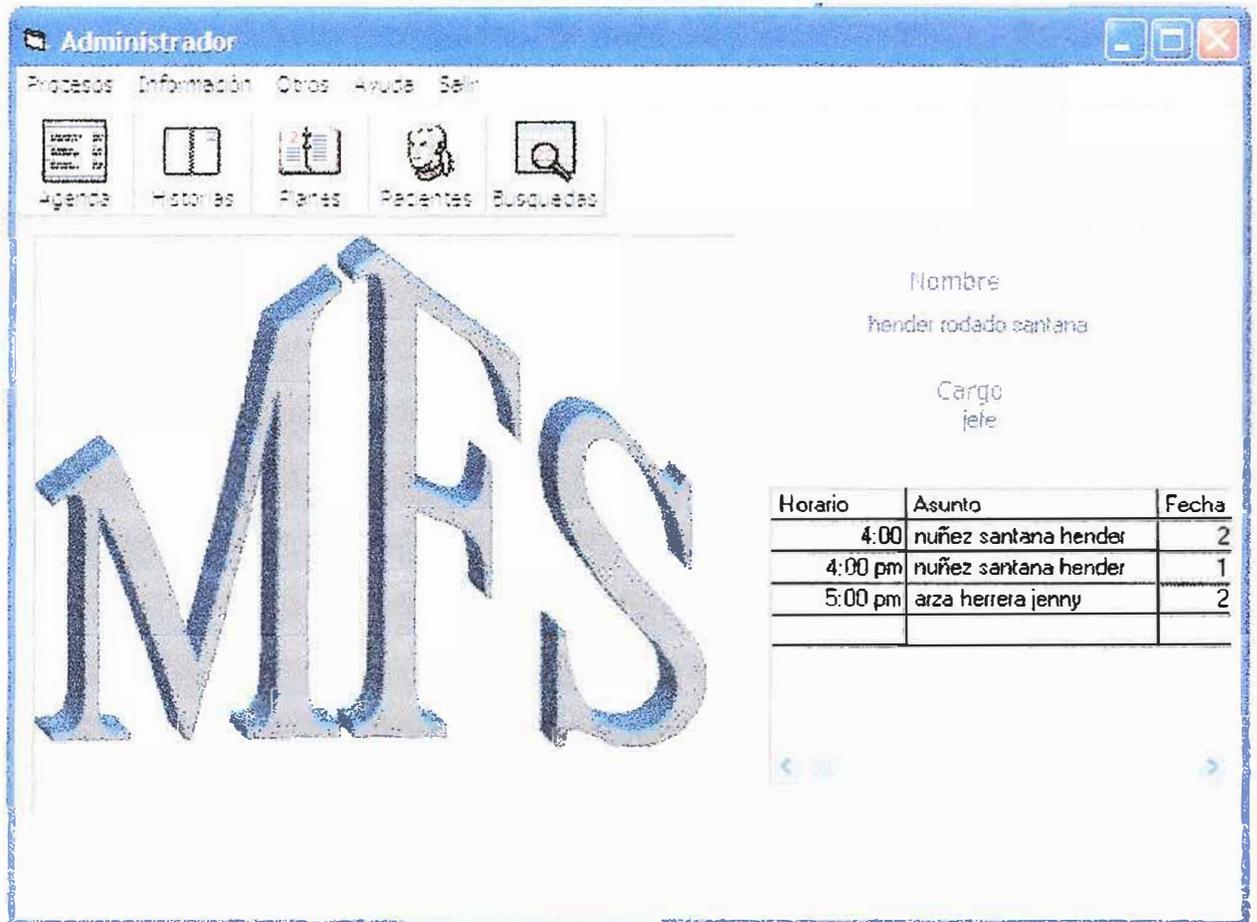
Y quedaran los campos vacios

Luego que el Sistema verifique si el Usuario esta en la Base de Datos podrá Ingresar al él, si no le saldrá un mensaje "El usuario no existe", ya sea por que ingreso un nombre de usuario errado o una contraseña incorrecta, Intentelo de nuevo y de **Click** en **Aceptar**.

- ◆ Luego de realizar los pasos anteriores, si usted es un usuario administrador de la policlinica Mafesalud IPS le aparecerá el siguiente formulario:



FORMULARIO ADMINISTRADOR



Administrador

Procesos Información Ocios Ayuda Salir

Agenda Historias Planes Pacientes Búsquedas

Nombre
hender rodado santana

Cargo
jefe

Horario	Asunto	Fecha
4:00	nuñez santana hender	2
4:00 pm	nuñez santana hender	1
5:00 pm	arza herrera jenny	2

En el cual podrá cambiar contraseñas, tipos de usuarios, acceder a las historias clínicas, planes, importar y exportar información de la base de datos acerca de las historias clínicas almacenadas, asignar citas, hacerle mantenimiento a las tablas y demás funciones propias de este.

1. Haga **Click** en el botón **AGENDA** y se cargará automáticamente el formulario de citas.



Agenda1.ico

2. Si desea ver la historia completa de un paciente haga **Click** en el botón **Historia** y aparecerá el formulario de historia de ese paciente.



Appt.ico

3. Para ingresar o ver todos los planes que ofrece la IPS Mafesalud a sus pacientes de **Click** sobre el botón **Planes**.



Calendr4.ico

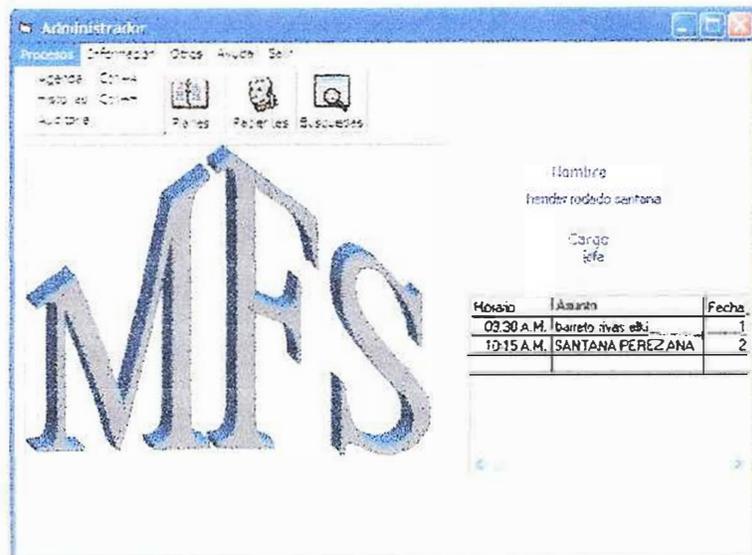
4. Para ingresar un paciente con todos sus datos personales, laborales y ver todos los pacientes inscritos de **Click** sobre el botón **Paciente**.



Anavel Gato.ico

5. Además, en la parte inferior derecha carga todas las citas programadas.
-

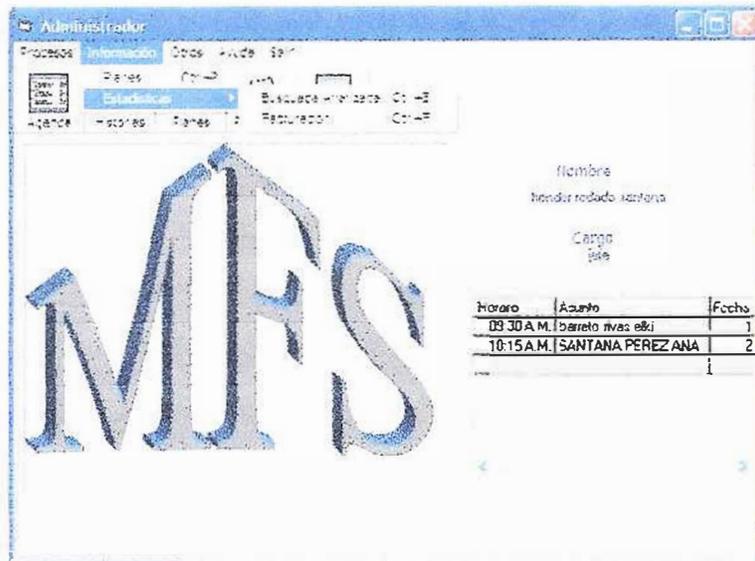
FORMULARIO ADMINISTRADOR



En este formulario se puede tener acceso a los distintos formularios solo con dar clic en cada uno de los menús que aparecen en la parte superior del formulario.

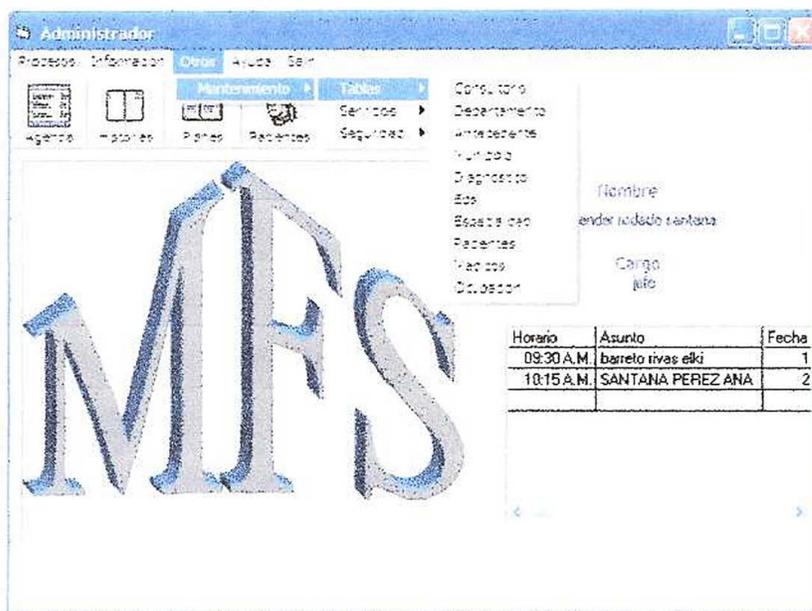
1. Como podemos observar al dar click sobre Procesos esta desplegará a su vez un submenú que tiene como opciones a los formularios de Agenda, Historias y Auditoria.
2. Si se desea acceder a alguno de ellos pase el Mouse sobre el menú desplegado y de click sobre la que desee.
3. Una vez escogida la opción esta llamará al formulario correspondiente.

FORMULARIO ADMINISTRADOR INFORMACION



1. Como podemos observar al dar click sobre Información esta desplegará a su vez un submenú que tiene como opciones a los formularios de Planes y Estadísticas.
2. Al activar la opción de planes llamara al formulario para los respectivos planes que se le ofrecen a los pacientes.
3. Si se desea acceder a la opción de Estadísticas esta desplegará un submenú que tiene Búsqueda avanzada y Facturación.
4. Una vez escogida la opción esta llamará al formulario correspondiente.

FORMULARIO ADMINISTRADOR OTROS



En este formulario se puede tener acceso a la opción Otros, la cual a su vez tiene como submenú la opción Mantenimiento y dentro de esta se encontrará otra serie de submenús tales como Tablas, Servicios y Seguridad.

1. Como podemos observar al dar click sobre Tablas esta desplegará a su vez las distintas tablas que existen.
2. Si se desea acceder a alguna de ellas pase el Mouse sobre la lista de tablas disponibles y de click sobre la que desee.
3. Una vez escogida la tabla esta llamará a la que considere necesario hacerle un mantenimiento.

FORMULARIO DE HISTORIAS

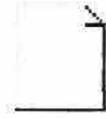
Numero	Paciente
--------	----------

- ◆ Si usted entro al sistema como usuario básico le aparecerá este formulario, aquí usted puede buscar la historia clínica que desee con solo digitar el número de identificación del paciente o sus apellidos y luego presione **Enter** y cargará él numero y el paciente de esta historia.
- ◆ Si usted desconoce el número de la historia del paciente que desea buscar solo debe dar **Click** en el siguiente botón:



y cargará todos los pacientes que tienen historia y aquí seleccionará el paciente que desee.

- ◆ Si el paciente no registra historia de **Click** en el siguiente botón:



Docl.ico

y podrá crear una nueva historia clinica en la base de datos.

- ◆ Para salir del formulario historia de **Click** en el botón:



Salir.ico

FORMULARIO AGENDA

The screenshot shows a software application window titled "Agenda". The window is divided into two main sections. The left section displays a calendar for June 2005, with the current date set to 04/06/2005. The calendar shows the days of the week (Sun, Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat, Sun) and the dates. The right section displays the current time as 11:51:59 a.m. and a table of appointments. The table has three columns: Hora, Fecha, and Asunto. The appointments listed are: 4:00 on 21/06/2005 for "nuñez santana h", 4:00 pm on 17/06/2005 for "nuñez santana h", and 5:00 pm on 23/07/2005 for "arza hemera jenni". Below the table, there are three buttons: "Nueva Cita", "Recibo", and "Salir".

Hora	Fecha	Asunto
4:00	21/06/2005	nuñez santana h
4:00 pm	17/06/2005	nuñez santana h
5:00 pm	23/07/2005	arza hemera jenni

1. De **Click** en el botón **Nueva Cita** para programar una Cita.
2. Despliegue el campo de meses, y escoja el mes en el cual se programará la cita.
3. Escoja el año correspondiente a la cita.
4. En la parte derecha del formulario aparecerá la hora, la fecha y el asunto de las citas a realizar.

5. Para eliminar una cita debe dar **Doble Click** sobre el registro que desea eliminar, esto solo lo puede hacerlo el usuario administrador.

 6. De **Click** en el calendario para escoger el día en que se asignara la cita.

 7. De **Click** en el botón **Salir**, para salir del formulario Agenda

 8. De **Click** en el botón recibo y le aparecerá el siguiente formulario:
-

FORMULARIO DE AGENDA

The screenshot shows a software interface for a calendar. At the top left, the date is 14/05/2005 and the time is 03:54:16 p.m. The main area contains a calendar for June 2005 and a table of appointments.

Junio 2005	Junio	2005
Dom	Lun	Mie
	1	2
3	4	5
6	7	8
9	10	11
12	13	14
15	16	17
18	19	20
21	22	23
24	25	26
27	28	29
30	31	

Hora	Fecha	Asunto
09:30 A.M.	18/05/2005	Isabelo Rivas et al
10:15 A.M.	22/05/2005	SANTANA PERE

A dialog box titled "PRECAUCION" is displayed in the center, with the text "DESEA BORRAR EL REGISTRO" and two buttons: "S" (Si) and "N" (No).

At the bottom of the interface, there are three buttons: "Nuevo Citas", "Finchro", and "Salir".

Si desea borrar las citas ya atendidas proceda de la siguiente manera:

1. De click sobre cualquiera de los campos ubicados en la parte derecha, ya sea Hora, Fecha o Asunto.
2. Este enviará un mensaje preguntando si desea borrar el registro.
3. En el cual se dará la opción deseada ya sea Si o No.

FORMULARIO DE FACTURACION

Facturación

MAFESALUD IPS
FACTURACION

Factura No. Abi

Fecha 03/06/2005 Paciente COMP

Procedimiento	Valor

Aceptar Cancelar

- ◆ Este almacena toda la información correspondiente al cobro de los servicios prestados al paciente.
1. Ingrese el número de la factura en el campo asignado.
 2. Ingrese la fecha con la cual se va a realizar la factura.
 3. Ingrese el número de identificación del paciente.

4. De **Click** en el boton **Comp** y este cargara en la parte inferior el procedimiento y el valor del servicio que se le presto al paciente.
5. De **Click** en el botón **Aceptar** y este guardara la información en la base de datos.
6. Si desea salir del formulario de **Click** en el botón **Cancelar**.

FORMULARIO DE PLANES

Cosigo	Descripcion
D	VACUNACION DE LA TRIPLE VIRAL
C	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA
A	OTRO

Plan

Recomendaciones

- ◆ En este formulario se almacenan todos los Planes que se le suministran al paciente con su código y su descripción.
1. Ingrese el código del plan en el campo **Plan**.

2. Ingrese las observaciones correspondientes al **Plan** seleccionado.

- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario planes a la base de datos solo debe dar un **Click**

en el boton **ADICIONAR**.



adicionar.ICO

Y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**, esto significa que este ha sido almacenado.

- ◆ Si ingresa un código de un plan que ya ha sido adicionado y le dá **Click** sobre el botón adicionar inmediatamente le aparecerá un mensaje que le dirá **El registro ya existe**.

- ◆ Para cambiar algún campo de un plan que ya ha sido almacenado solo debe ingresar el código y dar **Click** en el botón **Buscar**



consultar.ICO

y este cargara los datos correspondientes a ese código,

luego debe cambiar la información a el campo o los

campos que necesite y dar **Click** en el botón

Modificar y almacenará la nueva información en la base de datos.



nodificar.ICC

- ◆ Para eliminar un plan que ya ha sido creado debe colocar el código del plan que desea borrar y dar **Click** en el botón **Eliminar** y le aparecerá un mensaje **El registro ha sido eliminado**.



Limpiar1.ico

- ◆ Para agregar otro diagnóstico al paciente solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que ingrese la información en cada uno de ellos referentes al nuevo diagnóstico.



New.ico

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir**.



Salir.ico



FORMULARIO PACIENTE

Tipo Ide	Numero	PrimerApel	SegundoApeli	primerNombre	SegundoNom	PrimerNom	SegundoNom	Fecha
CC	120850	tincon	machado	elis	maria	23-02-1980	kr 1f 45d 15	345253E
CC	22539202	machacón	reales	edth		1-12-1985	kr5-4-22	8719314
CC	8500832	ruíñez	santana	hender		23-02-1982	kr5d-9-127	871903E

Tipo Ident	Número	Antecedentes	Factores de Riesgo	Historia	Citas
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento	
Dirección	Teléfono	Email			
Estado Civil	Sexo	Grupos de Atención Especial	Nivel Socioeconómica	Escolaridad	
Zona Residencial	Empresa Donde Labora			Teléfono Empresa	
Dirección Empresa		Ocupación			
Municipio	Departamento			Tipo Usuario	
Entidad Administradora de Salud		Nº Carné			

Este formulario almacena toda la información referente al paciente tales como:

- ◆ Carga toda la información sobre los datos personales tales como: identificación, nombres y apellidos, etc., de todas las historias que han sido creadas en la base de datos.

1. Despliegue el campo para escoger el tipo de identificación y de **Click** sobre el adecuado.

2. Ingrese el número de identificación del paciente en el campo número.
 3. Ingrese los apellidos del paciente en cada uno de los campos asignados.
 4. Ingrese el nombre del paciente en el campo nombre.
 5. Ingrese la fecha de nacimiento, teléfono, dirección y email en el campo correspondiente a cada uno de ellos.
 6. De **Click** en la flecha y se desplegará una lista de la cual escogerá el estado civil al cual pertenece, de la misma forma se escogerá el sexo, grupo de atención, nivel socioeconómico, escolaridad, zona residencial, ocupación, municipio, departamento, tipo de usuario y entidad prestadora de salud. Tenga en cuenta que debe seleccionar primero el departamento para que muestre los municipios almacenados en la base de datos.
 7. Digite la empresa en que labora, su dirección y teléfono del paciente.
 8. Ingrese el número del carnet del paciente.
 9. Haga **Click** en el botón **Antecedentes** si necesita agregarle uno o más antecedentes a un paciente.
 10. Si desea agregar un factor de riesgo o ver los factores de riesgos que tiene un paciente de **Click Factor de Riesgo**.
 11. Para cargar la historia completa de un paciente de **Click** sobre el botón **Historias**.
 12. Para agregar una cita al paciente debe dar **Click** en el botón **Citas**.
-

- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario pacientes a la base de datos solo debe dar un

Click en el boton **ADICIONAR**.



adicionar.ICO

Y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**, esto significa que este ha sido almacenado.

- ◆ Si ingresa una identificación de un paciente que ya ha sido adicionado y le dá **Click** sobre el botón adicionar inmediatamente le aparecerá un mensaje que le dirá **El registro ya existe**.

- ◆ Para cambiar algún campo de un paciente que ya ha sido almacenado



consultar.ICO

solo debe ingresar la identificación y dar **Click** en el botón **Buscar**

y este cargara los datos correspondientes a esa identificación, luego debe cambiar la información a el campo o los campos que necesite y dá **Click** en el botón **Modificar** y almacenará la nueva información en la base de datos.



modificar.ICC



- ◆ Para eliminar un paciente que ya ha sido creado debe colocar la identificación del paciente que desea borrar y dar **Click** en el boton **Eliminar** y le aparecera un mensaje **El registro ha sido eliminado.**



Limpiar1.ico

- ◆ Para agregar otro paciente solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que ingrese la información en cada uno de ellos referentes al nuevo paciente.



New.ico

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir**.



Salir.ico

FORMULARIO DE PACIENTES

Tipo	Id	Numero	PrimerApellido	SegundoApellido	primerNombre	SegundoNom	Fecha	Direccion	Telefono	Em.
CC		123	SANTANA	PEREZ	ANA	ELVIRA	2-02-1975	KR 50 -B	8719033	AN
CC		120850	rincón	muchacho	elisa	maria	02-1380	Kr 11 45	1452585	elb
CC		902015	barroto	Irvas	edj		231321	13211	31321321	

Tipo Ident: Número: Antecedentes: Factores de Riesgo: Historia: Citas:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: Fecha Nacimiento:

Dirección: Teléfono: Email:

Estado Civil: Sexo: Grupo de Atención Especial: Nivel Socioeconómico: Escolaridad:

Zona Residencial: Empresa Donde Labora: Teléfono Empresa:

Dirección Empresa: Ocupación:

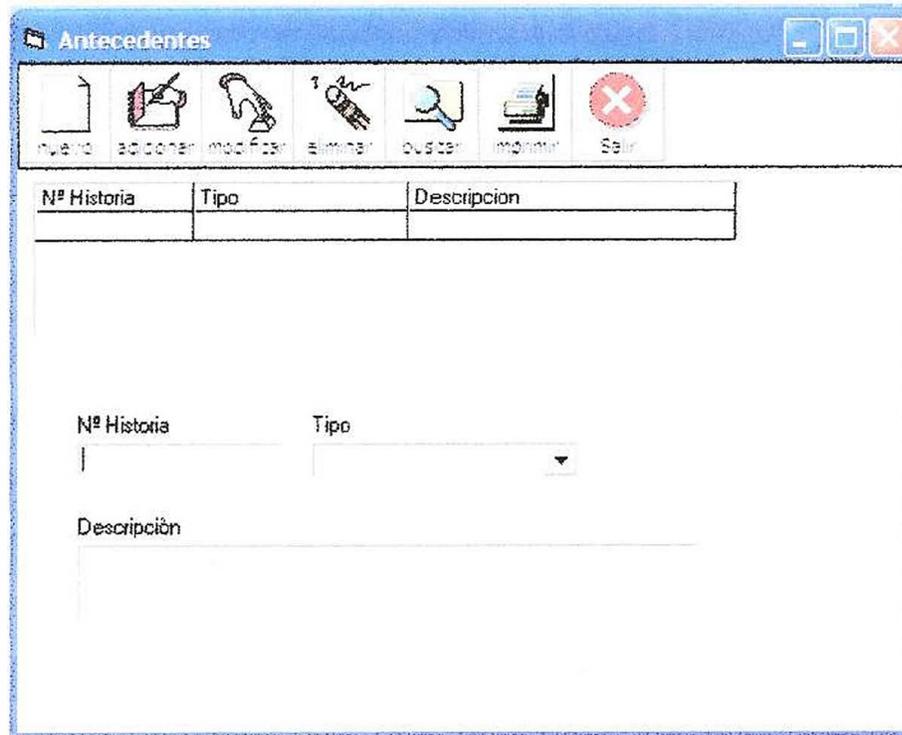
Municipio: Departamento: Tipo Usuario:

Entidad Administradora de Salud: N° Carnet:

Si se desea eliminar un paciente este no lo elimina de la base de datos, este solo colocara la historia clínica del paciente como inactiva.

1. Para eliminar un paciente de click sobre el paciente que desea colocar como inactivo y de click sobre el botón eliminar.
2. Este lo que hará es colocarlo de un color diferente "rosado" indicando que este paciente esta inactivo.
3. Si lo que se desea hacer es activar a un paciente inactivo de click sobre la línea resaltada.
4. Este arrojará un mensaje preguntando si desea activar el paciente, se escoge la opción correspondiente ya sea Si o No.

FORMULARIO ANTECEDENTES



Nº Historia	Tipo	Descripción

Nº Historia:

Tipo:

Descripción:

Este formulario almacenará todos los antecedentes relacionados a un paciente, con el número de la historia, tipo y descripción.

1. En el campo Número de historia ingrese la identificación del paciente.
2. De click sobre la flecha y se desplegarán los distintos tipos de antecedentes que este tenga.
3. Se digita una descripción referente al tipo de antecedente que posea el paciente en el campo descripción.



- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario antecedentes a la base de datos solo debe dar un

Click en el boton **ADICIONAR**.



adicionar.ICO

Y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**, esto significa que este ha sido almacenado.

- ◆ Si ingresa el número de la historia, con un tipo y una descripción de un paciente que ya ha sido adicionado y le dá **Click** sobre el botón adicionar inmediatamente le aparecerá un mensaje que le dirá **El registro ya existe**.

- ◆ Para cambiar algún campo de un antecedente que ya ha sido almacenado solo debe ingresar la identificación y dar



consultar.ICO

Click en el botón **Buscar**

y este cargara los datos correspondientes a ese número de historia, luego debe cambiar la información a el campo o los campos que necesite y dá **Click** en el botón **Modificar** y almacenará la nueva información en la base de



modificar.ICC

datos.

- ◆ Para eliminar un antecedente que ya ha sido creado debe colocar el número de la historia del paciente que desea borrar y dar **Click** en el boton **Eliminar** y le aparecera un mensaje **El registro ha sido eliminado.**



Limpiar1.ico

- ◆ Para agregar otro antecedente solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que ingrese la información en cada uno de ellos referentes al nuevo paciente.



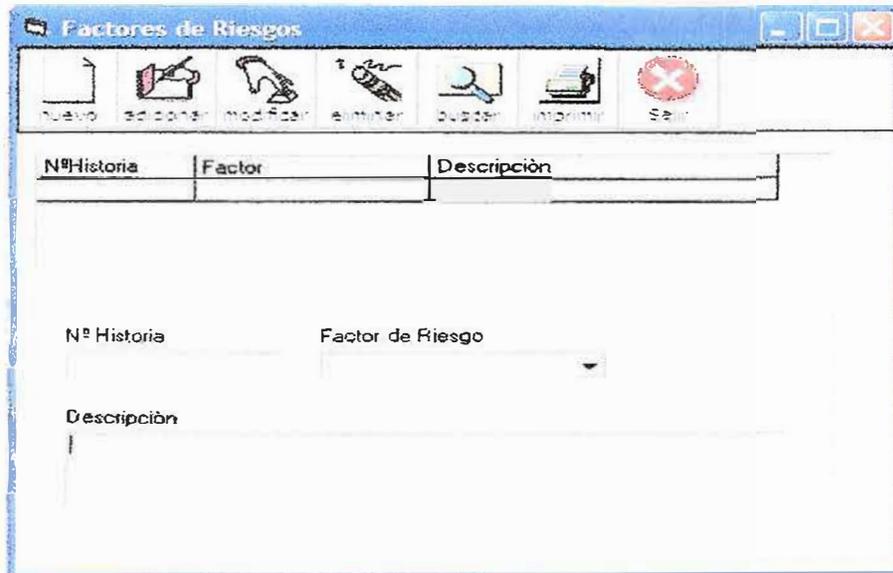
New.ico

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir**.



Salir.ico

FORMULARIO DE FACTORES DE RIESGOS



NºHistoria	Factor	Descripción
------------	--------	-------------

Nº Historia

Factor de Riesgo

Descripción

Este formulario almacena todos los riesgos que puede padecer o padece un paciente, con su número de historia, nombre del factor y descripción.

1. En el campo número de historia ingrese el documento de identificación del paciente.
2. Dar **Click** en la flecha y se desplegarán todos los factores de riesgos que esten disponibles en la historia de este paciente.
3. De **Click** y escoja el factor de riesgo que desea adicionar a la historia del paciente.
4. En el campo descripción ingrese información relacionada con el factor de riesgo seleccionado.

- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario factor de riesgo a la base de datos solo debe dar

un **Click** en el boton **ADICIONAR**.



adicionar.ICO

Y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**, esto significa que este ha sido almacenado.

- ◆ Si ingresa el número de la historia, con un factor y una descripción de un paciente igual a una que ya ha sido adicionada y le dá **Click** sobre el botón adicionar inmediatamente le aparecerá un mensaje que le dirá **El registro ya existe**.

- ◆ Para cambiar algún campo de un factor de riesgo que ya ha sido almacenado solo debe ingresar la identificación y dar



consultar.ICO

Click en el botón **Buscar**

y este cargara los datos correspondientes a ese número de historia, luego debe cambiar la información a el campo o los campos que necesite y dar **Click** en el botón **Modificar** y almacenará la nueva información en la base de



modificar.ICC

datos.

- ◆ Para eliminar un factor de riesgo que ya ha sido creado debe colocar el número de la historia del paciente que desea borrar y dar **Click** en el boton **Eliminar** y le aparecera un mensaje **El registro ha sido eliminado.**



Limpiar1.ico

- ◆ Para agregar otro factor de riesgo solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que ingrese la información en cada uno de ellos referentes al nuevo paciente.



New.ico

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir.**



Salir.ico

FORMULARIO DE EXAMEN FISICO

The screenshot shows a web application window titled "EXAMEN FISICO". At the top, there are four icons: a plus sign (Adicionar), a magnifying glass (Buscar), a printer (Imprimir), and a red X (Salir). Below the icons, there are two columns of input fields. The left column contains the following labels: Lugar, Apellido, Cabeza, Oidos, Ojos, Frenillo, Nariz, Boca, Garganta, Tórax, Corazón, and Pulmones. The right column contains: Nº Historia (with the value 123), Piel, Pulso, Nodos Linfáticos, Neurológicos, Gastrointestinal, Extremidades, Nuca, Pecho, Abdomen, and Músculo-Etc. Each label is followed by a text input field.

Este formulario tiene los correspondientes campos con los cuales se les harán los exámenes físicos a los pacientes.

1. Este formulario cuenta con los campos de Lugar, Descripción y Número de la historia correspondiente al paciente.
2. Primero deberá activar la casilla de la izquierda "Lugar", para luego escribir la correspondiente descripción.
3. Para agregar un examen físico a un paciente de click sobre el botón Adicionar y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**. Esto significa que ha sido almacenado.
4. Si desea buscar el examen físico del paciente ingrese su identificación y luego en el botón **Buscar**.



FORMULARIO DE HISTORIA

The screenshot shows a software window titled "Historia clínica del paciente". It contains several sections for data entry:

- Cedula:** A field for the patient's ID number.
- Ubicación:** A field for the patient's location.
- Personal Data:** Fields for "Nombres" (First Name), "Apellidos" (Last Name), "Fecha Nacimiento" (Date of Birth), "Sexo" (Sex), "Estado Civil" (Marital Status), "Nivel Socioeconómico" (Socioeconomic Level), and "Gr. ce. Atn. Especial" (Specialty).
- Antecedentes (History):** A section with multiple overlapping tabs for "Ginecologicos" (Gynecological), "Quirurgicos" (Surgical), "Alergicos" (Allergic), "Toxicos" (Toxic), "Infectivos" (Infectious), and "Medicos" (Medical).
- Planes (Plans):** A table with columns "Plan" and "Observaciones" (Observations).
- Factores de Riesgo (Risk Factors):** A table with columns "Factor" and "Descripción" (Description).
- Visitas (Visits):** A table with columns "Fecha" (Date) and "Detalle" (Details).
- Navigation:** Buttons for "Consulta" (Consultation), "Historia" (History), and "Salir" (Exit).

Este formulario carga toda la información de la historia clínica de un paciente que ha sido almacenada.

1. Datos generales carga el documento de identificación, los nombres, los apellidos, la fecha de nacimiento, sexo, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico.
2. Antecedentes carga todos los tipos de antecedentes que presenta el paciente.



3. Planes carga todos los planes que se le prestaron al paciente con sus observaciones.
 4. Factores de riesgos carga todos los factores que presenta el paciente con su respectiva descripción.
 5. Visitas, carga todas las citas que presenta el paciente con fecha y detalle.
- ◆ Si da **Click** sobre el botón **Salir**, sale del formulario Historias Clinicas.

 - ◆ Si da **Click** sobre el botón **Consultas** llamará al siguiente formulario:



Medcn01b.ico

FORMULARIO CONSULTAS

Una captura de pantalla de un formulario de software con un título azul que dice "Consulta". El formulario tiene un fondo blanco y contiene los siguientes elementos:

- Una lista desplegable con "Primera Vez" seleccionada y un botón "Control" a su derecha.
- Un campo de texto etiquetado "Especialidad" con una flecha hacia abajo a la derecha.
- Un campo de texto etiquetado "Valor".
- En la parte inferior, dos botones: "Aceptar" con un icono de una computadora y "Cancelar" con un icono de una X roja.

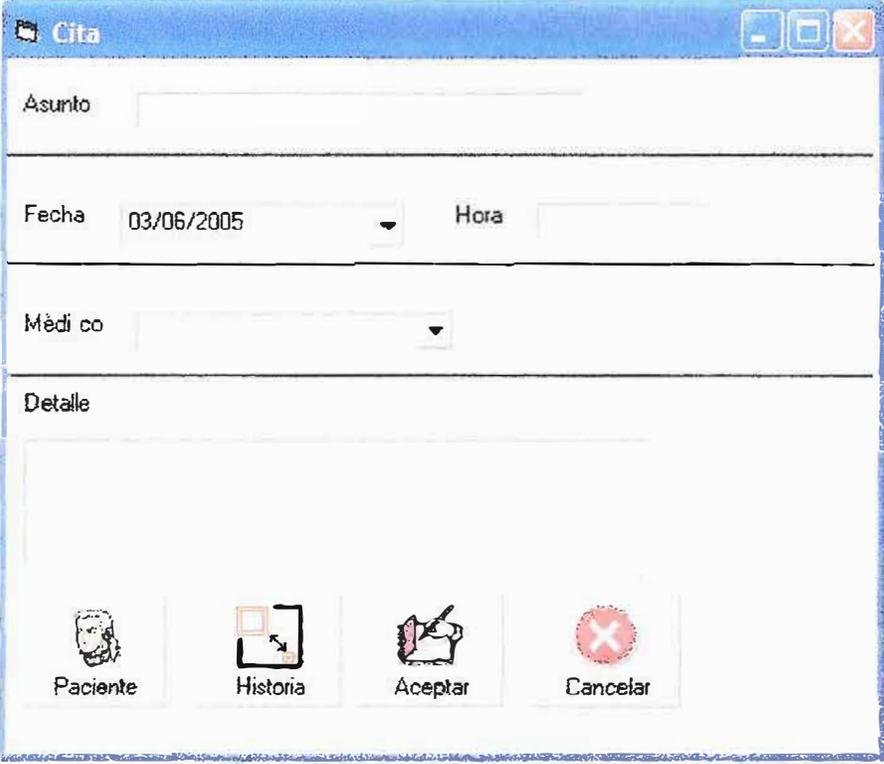
Este formulario almacena todas las consultas a las que puede acceder un paciente con su especialidad y valor.

1. Seleccione si el paciente viene por primera vez dando **Click** en el campo **Primera vez** para que se active este, si el paciente viene por control entonces de **Click** sobre **Control**.
2. Dar **Click** en la flecha y se desplegarán todas las Especialidades que esten disponibles en la historia de este paciente.
3. De **Click** y escoja la Especialidad por la cual viene el paciente.
4. Ingrese el valor correspondiente a la Especialidad.
5. De **Click** en el boton **Aceptar** para almacenar la información en la base de datos.
6. De **Click** en el botón **Cancelar** para interrumpir la operación o para salir del formulario **Consultas**.



Salir.ico

FORMULARIO DE CITAS



Cita

Asunto

Fecha 03/06/2005 Hora

Médico

Detalle

Este formulario almacena todas las citas de los pacientes con su asunto, fecha, hora, médico y detalle.

1. Ingrese el asunto por el cual se solicita la cita.
2. Seleccione la fecha en la cual se le asignará la cita.
3. Especifique la hora de la cita.
4. De **Click** en la flecha y se desplegará la lista de los médicos disponibles.
5. De **Click** y seleccione el médico al cual se le asignará la cita.
6. Ingrese en detalle información referente a la cita.

- ◆ Si da **Click** en el botón **Paciente** se abrirá el formulario paciente.



Anavel Gato.ico

- ◆ Si da **Click** en el botón **Historia** se abrirá el formulario historias.



Arcmstr.ico

- ◆ De **Click** en el boton **Aceptar** para almacenar la información en la base de datos.



adicionar.ICO

- ◆ De **Click** en el botón **Cancelar** para salir del formulario **Citas**.



Salir.ico

FORMULARIO DIAGNOSTICOS

Código	Descripción	Observaciones
1912	CÓLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLE	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitari
100	COMPLEJO TUBERCULOSO PRIM	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitari
1008	OTRAS LEPTOSPIROSIS	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitari

Codigo

Descripcion

Observaciones

Este formulario carga todos los diagnósticos que puede presentar un determinado paciente con su código, descripción y una pequeña observación que haga el médico.

1. En el campo Código debe ingresar el número del código correspondiente al diagnóstico que se va a referir.
2. Una vez llenado el campo anterior proseguirá a digitar la descripción del diagnóstico en el campo asignado.

3. Luego si se requiere adicionar información adicional acerca del diagnostico antes señalado deberá hacerse en el campo observaciones y esta almacenara todos los datos que hallan sido digitados.
- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario paciente a la base de datos solo debe dar un **Click** en el boton **ADICIONAR**.



adicionar.ICO

Y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**,esto significa que este ha sido almacenado.

Si ingresa un código de un diagnóstico que ya ha sido adicionado y le dá **Click** sobre el botón adicionar inmediatamente le aparecerá un mensaje que le dirá **El registro ya existe**.

- ◆ Para cambiar algún campo de un diagnóstico que ya ha sido almacenado solo debe ingresar el código y dar **Click** en el botón **Buscar**



y este cargara los datos correspondientes a ese código, luego debe cambiar la información a el campo o los campos que necesite y dar **Click** en el botón **Modificar** y almacenará la nueva información en la base de datos.

- ◆ Para eliminar un diagnóstico que ya ha sido creado debe colocar el código del diagnóstico que desea borrar y dar **Click** en el boton **Eliminar** y le aparecera un mensaje **El registro ha sido eliminado.**



- ◆ Para agregar otro diagnóstico al paciente solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que ingrese la información en cada uno de ellos referentes al nuevo diagnóstico.



New.ico

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir**.



Salir.ico

FORMULARIO DE MEDICOS

codigo	Identificación	Nombres	PrimerApellido	SegundoApellido	Dirección	Teléfono	Especialidad	Tarjeta	Teléfono
1	9022015	ELKIN MARTIN	BARRRETO	RIVAS	CALLE 49 # 3	3248538	ANATOMIA PA	9022015	17483647

Codigo Identificación Nombres Primer Apellido Segundo Apellido

Dirección Residencial Teléfono Residencia Especialidad Tarjeta Profesional Teléfono Emergencia

Este formulario se utiliza para ingresar toda la información referente a los médicos que laboran en la IPS.

1. En la parte superior del formulario carga los médicos que han sido inscritos en la base de datos.
2. Ingrese el código del médico en el campo **Código**.

3. En el campo identificación ingrese el documento de identidad del médico.
 4. En el campo nombre ingrese el nombre completo del médico.
 5. Ingrese el primer apellido del médico en el campo correspondiente.
 6. Ingrese el segundo apellido del médico en el campo correspondiente.
 7. Digite el número de la residencia del médico en el campo dirección de la residencia.
 8. Digite el número del teléfono en el cual se podrá ubicar el médico.
 9. Dar **Click** en la flecha y se desplegarán todas las Especialidades que estén disponibles en la base de datos.
 10. De **Click** y escoja la Especialidad a la cual pertenece el médico.
 11. Ingrese el número de la tarjeta profesional del médico.
 12. Si el médico tiene un teléfono adicional puede almacenarlo en teléfono de emergencia.
- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario médicos a la base de datos solo debe dar un **Click**

en el boton **ADICIONAR.**



adicionar.ICO

Y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**, esto significa que este ha sido almacenado.

- ◆ Para cambiar algún campo de un médico que ya ha sido almacenado solo debe ingresar el código y dar **Click** en el botón **Buscar**



consultar.ICO

y este cargara los datos correspondientes a ese código, luego debe cambiar la información a el campo o los campos que necesite y dar **Click** en el botón **Modificar** y almacenará la nueva información en la base de datos.

- ◆ Para eliminar un médico que ya ha sido creado debe colocar el código del médico que desea borrar y dar **Click** en el boton **Eliminar** y le aparecera un mensaje **El registro ha sido eliminado.**



Limpiar1.ico

- ◆ Para agregar otro médico solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le



New.ico

aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que ingrese la información en cada uno de ellos referentes al nuevo médico.

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir**.



Salir.ico

FORMULARIO DE MUNICIPIOS

Codigo Municipio	Nombre Municipio	Codigodepartamento
1	manati	
2	juruaco	
3	Santana	
4	santamarta	

Codigo Municipio Nombre Municipio

Codigo Departamento

Este formulario almacena todos los municipios que han sido ingresados al sistema con código del municipio, nombre del municipio y código del departamento.

1. En el campo código de municipio ingrese el número del municipio que desea crear.

2. En el campo nombre del municipio digite el nombre específico del municipio.
3. En el campo código de departamento ingrese el número del departamento al cual pertenece el municipio.

- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario Municipios a la base de datos solo debe dar un



adicionar.ICO

Click en el botón **ADICIONAR**.

Y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**, esto significa que este ha sido almacenado.

- ◆ Para cambiar algún campo de un Municipio que ya ha sido almacenado solo debe ingresar el código y dar **Click** en el botón **Buscar**



consultar.ICO

y este cargara los datos correspondientes a ese código, luego debe cambiar la información del campo o los campos que necesite y dar **Click** en el botón **Modificar** y almacenará la nueva información en la base de datos.

- ◆ Para eliminar un Municipio que ya ha sido creado debe colocar el código del Municipio que desea borrar y dar **Click** en el boton **Eliminar** y le aparecera un mensaje **El registro ha sido eliminado**.



Limpia1.ico

- ◆ Para agregar otro Municipio solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le



New.ico

aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que ingrese la información en cada uno de ellos referentes al nuevo Municipio.

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir**.



Salir.ico



FORMULARIO DE DEPARTAMENTOS

Codigo	Nombre
1	ATLANTICO
2	GUAJIRA
3	MAGDALENA
4	BOLIVAR

Codigo:

Descripcion:

Este formulario almacena todos los Departamentos que han sido ingresados al sistema con código del departamento, nombre del departamento.

1. En el campo código ingrese el número del departamento que desea crear.
2. En el campo descripción digite el nombre específico del municipio.

- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario Departamentos a la base de datos solo debe dar

un **Click** en el boton **ADICIONAR**.



adicionar.ICO

Y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**, esto significa que este ha sido almacenado.

- ◆ Para cambiar algún campo de un Departamento que ya ha sido almacenado solo debe ingresar el código y dar **Click** en el botón **Buscar**



consultar.ICO

y este cargara los datos correspondientes a ese código, luego debe cambiar la información a el campo o los campos que necesite y dar **Click** en el botón **Modificar** y almacenará la nueva información en la base de datos.

- ◆ Para eliminar un departametro que ya ha sido creado debe colocar el código del departamento que desea borrar y dar **Click** en el boton **Eliminar** y le aparecera un mensaje **El registro ha sido eliminado**.



Limpiar1.ico

- ◆ Para agregar otro Departamento solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que





New.ico

ingrese la información en cada uno de ellos referentes a los departamentos.

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir**.



Salir.ico

FORMULARIO DE EPS

The screenshot shows a window titled "Eps" with a standard Windows-style title bar (minimize, maximize, close buttons). Below the title bar is a toolbar with seven icons and their corresponding labels: "nuevo" (new document), "añadir" (add), "modificar" (modify), "eliminar" (delete), "buscar" (search), "imprimir" (print), and "Salir" (exit, represented by a red circle with a white X). The main area of the window contains five text input fields arranged in two rows. The first row has three fields labeled "Nit", "Código", and "Nombre". The second row has two fields labeled "Dirección" and "Teléfono".

Este formulario almacena todas las Eps que han sido ingresadas al sistema con Nit, Código, Nombre, dirección y telefono.

1. En el campo Nit ingrese el nit correspondiente a la Eps.
2. En el campo Código digite el código perteneciente a Eps.
3. En el campo Nombre digite el nombre específico del municipio.
4. Digite la dirección en la cual esta ubicada la Eps.
5. Digite el teléfono correspondiente a la Eps.

- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario Eps a la base de datos solo debe dar un **Click** en



adicionar.ICO

el boton **ADICIONAR**.

Y automáticamente le aparecerá un mensaje que dirá el **Registro ha sido adicionado**, esto significa

que este ha sido almacenado.

- ◆ Para cambiar algún campo de una Eps que ya ha sido almacenada solo debe ingresar el nit y el código y dar **Click** en el botón **Buscar**



consultar.ICO

y este cargara los datos correspondientes a ese nit y código, luego debe cambiar la información a el campo o los campos que necesite y dar **Click** en el botón **Modificar** y almacenará la nueva información en la base de datos.

- ◆ Para eliminar una Eps que ya ha sido creada debe colocar el nit y el código de la Eps que desea borrar y dar **Click** en el boton **Eliminar** y le aparecera un mensaje **El registro ha sido eliminado**.



Limpiar1.ico

- ◆ Para agregar otra Eps solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le



New.ico

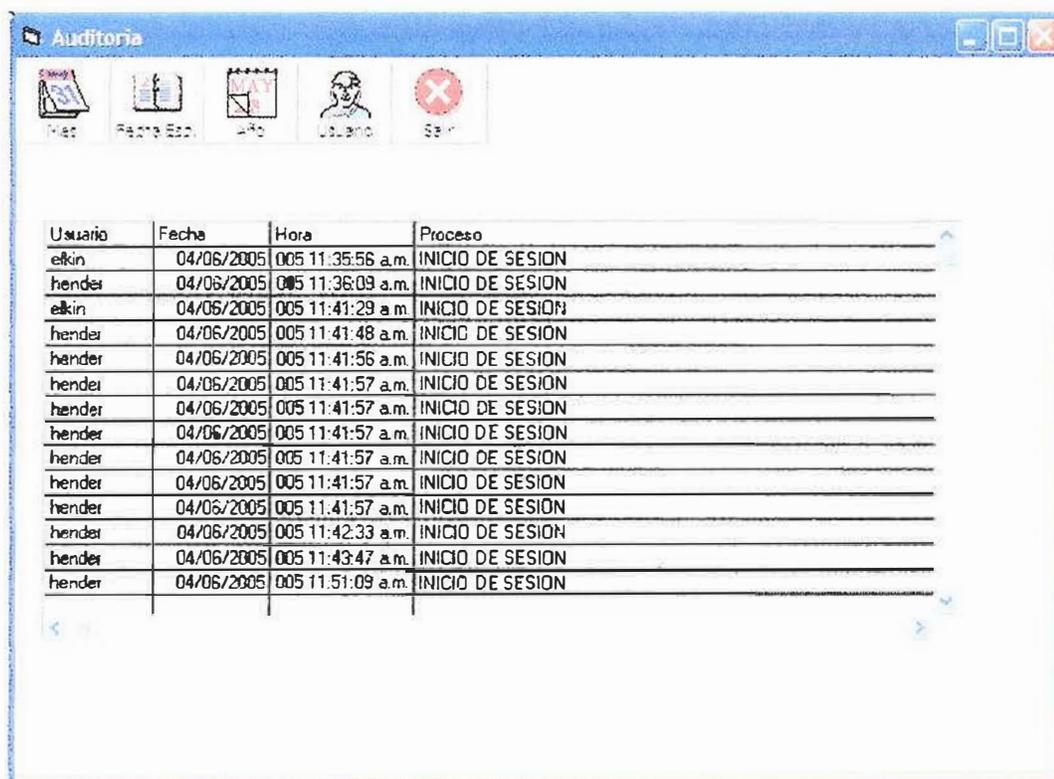
aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que ingrese la información en cada uno de ellos referentes a las Eps.

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir**.



Salir.ico

FORMULARIO DE AUDITORIA



The screenshot shows a window titled 'Auditoria' with a toolbar containing icons for 'Mes', 'Fecha Eje', 'Año', 'Usuario', and 'Salir'. Below the toolbar is a table with the following data:

Usuario	Fecha	Hora	Proceso
elkin	04/06/2005	005 11:35:56 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:38:09 a.m.	INICIO DE SESION
elkin	04/06/2005	005 11:41:29 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:41:48 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:41:56 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:41:57 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:41:57 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:41:57 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:41:57 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:41:57 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:41:57 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:42:33 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:43:47 a.m.	INICIO DE SESION
hender	04/06/2005	005 11:51:09 a.m.	INICIO DE SESION

A este formulario solo tiene acceso el usuario administrador en este se podrá ver cada una de las acciones que realice un usuario a cada uno de los formularios, con su respectiva fecha, hora, proceso y nombre del usuario que lo realizó. Este se va cargando automáticamente a medida que se vayan efectuando los procesos.

1. Si se requiere hacer una auditoria por mes debe dar **Click** en el siguiente boton.





Cal04c.ico

Y se escoge el mes al cual se le quiere ver que procesos se realizaron.

2. Otra forma de ver las auditorias puede ser por una fecha especifica, de **Click** en el siguiente botón y escoge la fecha especifica que quiere ver.



Calendr4.ico

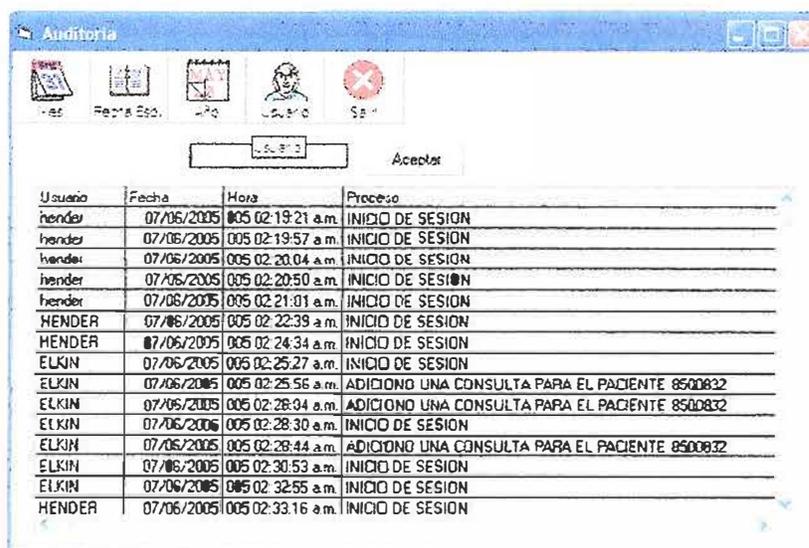
3. Para realizar las auditorias correspondientes a determinado año de **Click** en el siguiente botón y seleccione el año del cual se quiere ver los procesos que realizaron.



Cal04e.ico

4. Dar click en el botón usuario para buscar todos los procesos realizados por un determinado usuario, en el campo que aparece se escribe el nombre del usuario.
-

FORMULARIO DE AUDITORIA POR USUARIO



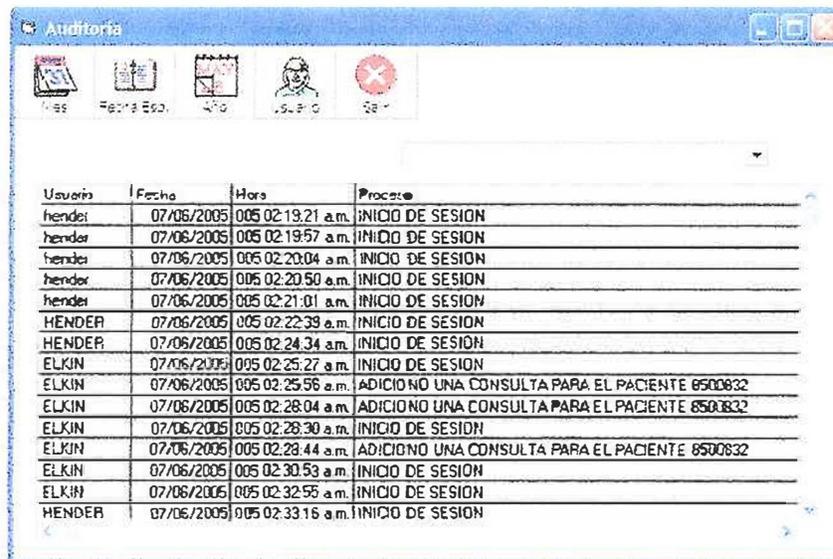
The screenshot shows a window titled 'Auditoria' with a toolbar containing icons for 'Inicio', 'Reporte Ecol.', 'Inicio', 'Usuario', and 'Salir'. Below the toolbar is a text input field with the name 'ENDER' and an 'Aceptar' button. The main area contains a table with the following data:

Usuario	Fecha	Hora	Proceso
hender	07/06/2005	005 02:19:21 a.m.	INICIO DE SESION
hender	07/06/2005	005 02:19:57 a.m.	INICIO DE SESION
hender	07/06/2005	005 02:20:04 a.m.	INICIO DE SESION
hender	07/06/2005	005 02:20:50 a.m.	INICIO DE SESION
hender	07/06/2005	005 02:21:01 a.m.	INICIO DE SESION
HENDER	07/06/2005	005 02:22:39 a.m.	INICIO DE SESION
HENDER	07/06/2005	005 02:24:34 a.m.	INICIO DE SESION
ELKIN	07/06/2005	005 02:25:27 a.m.	INICIO DE SESION
ELKIN	07/06/2005	005 02:25:56 a.m.	ADICIONO UNA CONSULTA PARA EL PACIENTE 8500832
ELKIN	07/06/2005	005 02:28:04 a.m.	ADICIONO UNA CONSULTA PARA EL PACIENTE 8500832
ELKIN	07/06/2005	005 02:28:30 a.m.	INICIO DE SESION
ELKIN	07/06/2005	005 02:28:44 a.m.	ADICIONO UNA CONSULTA PARA EL PACIENTE 8500832
ELKIN	07/06/2005	005 02:30:53 a.m.	INICIO DE SESION
ELKIN	07/06/2005	005 02:32:55 a.m.	INICIO DE SESION
HENDER	07/06/2005	005 02:33:16 a.m.	INICIO DE SESION

Este formulario permite realizar la auditoria por un Usuario especifico, solo se debe proceder de la siguiente manera:

1. De click sobre el botón de Usuario.
2. En el cual se escribirá el nombre del usuario al cual se le quiere realizar las auditorias.
3. Luego se da click sobre el botón Aceptar y este desplegará todos los procesos que este usuario ha realizado.

FORMULARIO DE AUDITORIA POR MES



The screenshot shows a window titled 'Auditoria' with a toolbar containing icons for 'Inicio', 'Reporte Estad.', 'Ayuda', 'Usuario', and 'Salir'. Below the toolbar is a dropdown menu. The main area displays a table with the following data:

Usuario	Fecha	Hora	Proceso
hender	07/06/2005	005 02:19:21 a.m.	INICIO DE SESION
hender	07/06/2005	005 02:19:57 a.m.	INICIO DE SESION
hender	07/06/2005	005 02:20:04 a.m.	INICIO DE SESION
hender	07/06/2005	005 02:20:50 a.m.	INICIO DE SESION
hender	07/06/2005	005 02:21:01 a.m.	INICIO DE SESION
HENDER	07/06/2005	005 02:22:39 a.m.	INICIO DE SESION
HENDER	07/06/2005	005 02:24:34 a.m.	INICIO DE SESION
ELKIN	07/06/2005	005 02:25:27 a.m.	INICIO DE SESION
ELKIN	07/06/2005	005 02:25:56 a.m.	ADICIONO UNA CONSULTA PARA EL PACIENTE 8500832
ELKIN	07/06/2005	005 02:28:04 a.m.	ADICIONO UNA CONSULTA PARA EL PACIENTE 8500832
ELKIN	07/06/2005	005 02:28:30 a.m.	INICIO DE SESION
ELKIN	07/06/2005	005 02:28:44 a.m.	ADICIONO UNA CONSULTA PARA EL PACIENTE 8500832
ELKIN	07/06/2005	005 02:30:53 a.m.	INICIO DE SESION
ELKIN	07/06/2005	005 02:32:55 a.m.	INICIO DE SESION
HENDER	07/06/2005	005 02:33:15 a.m.	INICIO DE SESION

Si se desea realizar la auditoria por un Mes especifico, solo se debe proceder de la siguiente manera:

1. Presione la flecha ubicada a la derecha.
2. En el cual se desplegarán todos los meses donde se escogerá el mes correspondiente para realizarle la auditoria.
3. Este mostrará los procesos realizados durante ese Mes.

FORMULARIO DE ESPECIALIDADES

Código	Especialidad
2	ANATOMIA PATOLOGICA
3	ANATOMIA PATOLOGICA Y PATOLOGIA CLINICA
4	ANESTESIA CARDIOTORAXICA

Código: _____ Descripción: _____

En este formulario se ingresarán todas las especialidades con las que puede contar el paciente al momento de solicitar un servicio con su código y especialidad.

1. Ingrese el código de la especialidad en el campo código.
2. Ingrese la descripción correspondiente al código anteriormente ingresado.

- ◆ Para guardar toda la información suministrada en cada uno de los campos del formulario especialidades a la base de datos solo debe

dar un **Click** en el boton **ADICIONAR**.



adicionar.ICO

Y

automáticamente le aparecerá un mensaje que

dirá el **Registro ha sido adicionado**, esto significa que este ha sido almacenado.

- ◆ Para cambiar algún campo de una especialidad que ya ha sido almacenada solo debe ingresar el código y dar **Click** en el botón

Buscar



y este cargara los datos correspondientes a ese código, luego debe cambiar la información a el campo o los campos que necesite y dar **Click** en el botón **Modificar** y almacenará la nueva información en la base de datos.

- ◆ Para eliminar una especialidad que ya ha sido creada debe colocar el código de la especialidad que desea borrar y dar **Click** en el boton **Eliminar** y le aparecera un mensaje **El registro ha sido eliminado**.



- ◆ Para agregar otra especialidad solo debe dar **Click** en el botón **Nuevo** y le aparecerán todos los campos en blancos, disponibles para que



New.ico

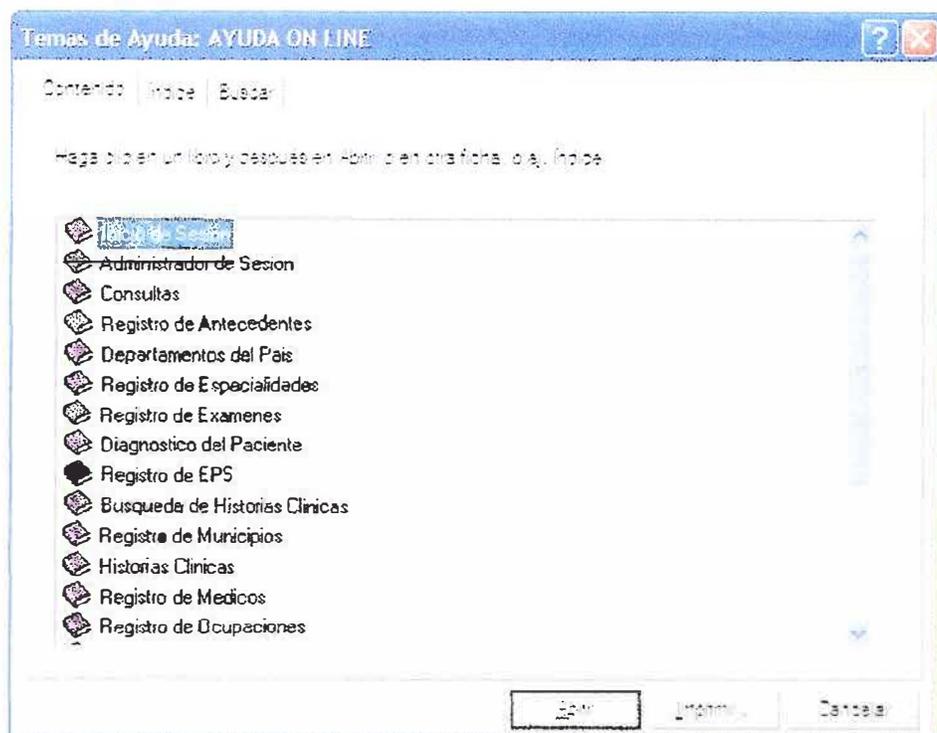
ingrese la información en cada uno de ellos referentes a las especialidades.

- ◆ Para salir del formulario debe dar **Click** en el botón **Salir**.



Salir.ico

FORMULARIO DE AYUDA EN LÍNEA

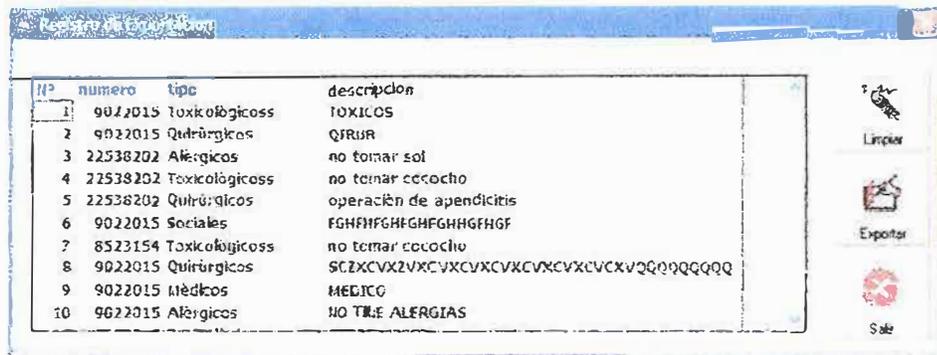


Este formulario le ayudará a resolver todas las inquietudes que tenga acerca de cada uno de los formularios que conforman el programa.

1. Debe dar **click** sobre el nombre del formulario del cual necesita obtener ayuda acerca de su funcionamiento, o de algún campo en especial, y este le dará un informe detallado de una manera fácil y segura de que pasos debe seguir para el ingreso y uso de este.
 2. Puedes también dar **click** sobre el formulario que desees obtener ayuda y luego dar **click** en abrir para que cargue toda la información referente a este.
 3. Puede dar **click** en la pestaña índice y digitar en el primer campo que aparece en el formulario las primeras letras de la palabra que desees buscar, en la parte de abajo iran apareciendo todas las palabras que empiezen por esa letra, das **click** sobre la palabra buscada y luego das **click** en el botón Mostrar y te cargara toda la información referente a esa palabra.
 4. También puedes dar **click** en buscar en el primer campo que aparece ingresa las palabras que desees buscar, en la parte superior aparecen todas las palabras similares para que la busqueda no sea tan extensa luego de esa lista escoge la palabra que se estaba buscando y en la parte superior aparece otro cuadro donde se encuentran los temas relacionados a la palabra seleccionada, una vez se halla escogido el tema debes dar **click** en mostrar para que aparezca la información.
-

2. Dar **click** en botón exportar y aparecen dos block de notas en los cuales puede cargar la información que se encuentra en la base de datos.
 3. Escoja uno de ellos para descargar la información.
 4. Dar **click** sobre el botón where si desea establecer enlazar dos o mas tablas a través de una condición.
 5. Dar **click** sobre el botón importar para traer información del block de notas para la base de datos.
 6. Dar **click** en el botón limpiar para limpiar todos los campos.
 7. Dar **click** en el botón salir para cerrar el formulario.
-

FORMULARIO REGISTRO DE EXPORTACION

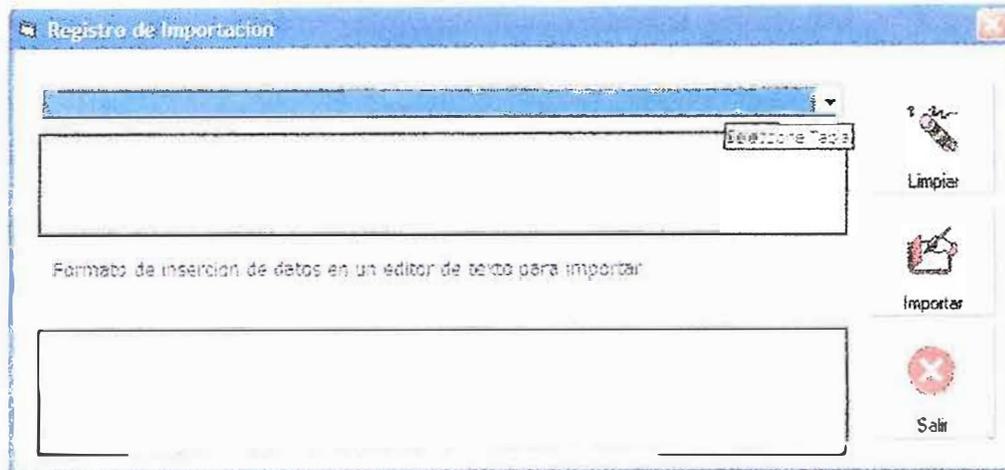


#?	numero	tipo	descripcion
1	9022015	Toxicológicos	TOXICOS
2	9022015	Quirúrgicos	QUIRUR
3	22538202	Alérgicos	no tomar sol
4	22538202	Toxicológicos	no tomar cocaína
5	22538202	Quirúrgicos	operación de apendicitis
6	9022015	Sociales	EGHFNFGHFGHGHGHGHGF
7	8523154	Toxicológicos	no tomar cocaína
8	9022015	Quirúrgicos	SCZXCXZVXCVCXCVXCVCXCVXCVCXVQQQ9QQQQ
9	9022015	Médicos	MEDICO
10	9022015	Alérgicos	NO TIENE ALERGIAS

EXPORT: Le ofrece la oportunidad al administrador de llevar los datos existentes en la base de datos a un Archivo en Bloc de Notas.

- Se escoge la tabla que se desea Exportar, y se oprime clic en el Botón Exportar.
- Esta se ubicara inmediatamente en el bloc de notas donde se ha guardado la información.
- Oprimiendo sobre el nombre del bloc de notas que contiene la información este abre el archivo Exportado.

FORMULARIO IMPORTACION



Registro de Importación

Seleccione Tabla

Formateo de inserción de datos en un editor de texto para importar

Limpiar

Importar

Salir

IMPORT: Le ofrece la oportunidad al administrador de Importar datos de Un Archivo en Bloc de Notas al Sistema.

Se escoge la Tabla a la Cual se van a importar los Datos.

- Se escoge el Archivo donde se encuentran los datos que se van a Importar.
- Se oprime Clic en el Botón Importar.
- Este cargará la información en la base de datos.