

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

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 15 el contenido mínimo de la historia clínica de cada paciente y en su disposición adicional tercera, dispone que “El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las comunidades autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición”.

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

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

Transcurridos doce años desde la aprobación del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, es necesario avanzar en la interoperabilidad de los datos clínicos mediante el enlace de las estructuras de información con el conocimiento, en beneficio de la calidad asistencial que los servicios de salud prestan a las personas. Para ello, es preciso no sólo representar la estructura de la información sino también su significado a través del enlace

con terminologías médicas. Esta combinación constituye un elemento clave para posibilitar la interoperabilidad de los informes clínicos entre los diferentes centros y dispositivos del SNS.

Además, es necesario implementar en el SNS los modelos de información clínica que permitan también la interoperabilidad entre los países de la Unión Europea, al objeto de cumplir con la normativa vigente, la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, que dispone la aplicación de los estándares nacionales, europeos e internacionales de comunicación de la Historia Clínica Electrónica o de sus componentes en el intercambio de información de datos de salud.

Por todo lo anterior, debe llevarse a cabo una revisión de los modelos de información clínica establecidos para el SNS de manera que, por una parte, dé respuesta a las necesidades de normalización y de representación y enlace terminológico de los datos que se han identificado a lo largo de este tiempo y, por otra, tenga en cuenta los aspectos de interoperabilidad transfronteriza en el marco de la Unión Europea.

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

El presente real decreto cumple con los principios de buena regulación a los que se refiere el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, siendo observados los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia, en tanto que el mismo persigue el interés general al pretender aplicar medidas que consoliden la equidad y la cohesión, por cuanto la normalización de contenidos clínicos facilita la interoperabilidad de los informes clínicos dentro del SNS, evitando la duplicidad y repetición de pruebas médicas. De esta manera, se contribuye a mejorar la calidad asistencial en el SNS. Asimismo, este real decreto resulta coherente con el ordenamiento jurídico tanto nacional como europeo vigente.

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

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día xxx,

DISPONGO:

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

El Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, queda modificado como sigue:

Uno. Se suprime el artículo 2.

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

<<Artículo 3. *Documentos clínicos.*

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

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

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

4. El Ministerio de Sanidad velará por el adecuado cumplimiento de este real decreto por parte de las comunidades autónomas y el INGESA, asumiendo la responsabilidad de validar los informes interoperables antes de su puesta a disposición en el SNS. Los criterios de conformidad se establecerán en los respectivos anexos para cada tipo de informe.>>

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

<<Disposición final segunda. Desarrollo normativo y adaptación del real decreto.

Se autoriza a la persona titular del Ministerio de Sanidad para, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dictar las disposiciones necesarias para la aplicación y desarrollo de lo establecido en este real decreto.

Se autoriza a la persona titular del Ministerio de sanidad para, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, introducir en los anexos de este real decreto cuantas modificaciones de carácter técnico fuesen precisas para mantenerlo adaptado a las

innovaciones técnicas que se produzcan y especialmente a lo dispuesto en la normativa comunitaria.>>

Cuatro. El anexo I se sustituye por el siguiente:

## <<Anexo I

### LISTADO DE INFORMES Y PRINCIPIOS GENERALES

#### I. Informes incluidos

A continuación, se detallan los informes que forman parte del Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos (CMDIC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

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

#### II. Formato de la tabla

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
<b>SECCIÓN DEL DOCUMENTO</b>					
<b>Subsección del documento</b>					
<u>Agrupación de campos</u>					
○ Campo agrupado					
○ Campo agrupado					
Campo normal					
<b>Clúster de campos</b>					
• Campo clúster					
• Campo clúster					
<b>Clúster de campos</b>					
• Campo clúster					
• Campo clúster					
Campo normal					

- **Clúster de campos:** Se trata de un conjunto de campos que pueden repetirse en grupo. Están identificados por una celda con fondo gris y los campos incluidos en el mismo por un punto negro. Se recomienda el formato tabla para este tipo de agrupaciones de campos.
- **Agrupación de campos:** Se trata de un conjunto de campos que deben estar agrupados, pero que no se repiten (en contraposición a los clústeres). Están identificados por texto subrayado en cursiva y los campos incluidos en el mismo por un punto blanco.
- **Uso de la sangría:** mediante la sangría se expresa el anidamiento y dependencia de unos campos, o agrupaciones, respecto a otros.
- **Formato:** se explicarán con detalle en el apartado III.
- **Fuente:** hace referencia a la fuente de los valores que se pueden consignar en el campo en cuestión. En el apartado IV se explicarán las diferentes fuentes incluidas en el Real Decreto.

- **Valores:** hace referencia a conjuntos de valores identificables que pueden ser utilizados en el campo en cuestión.
  - **Valores nulos (NullFlavor):** cuando un campo sea obligatorio, pero no pueda consignarse información, se utilizará un valor nulo (NullFlavor) que podrá explicar el motivo de la no existencia de información. Por ejemplo: sin información (NI), desconocido (UNK), preguntado pero desconocido (ASKU), etc.
- **Comentarios:** detalla información de interés o excepciones que se pueden aplicar a un campo concreto. Por ejemplo, excepciones a la obligatoriedad de algunos campos según circunstancias.
  - **Cardinalidad:** Se indica de la siguiente manera [x..y], donde x es el número mínimo de valores que acepta un campo (0 = opcional; 1 = obligatorio) e y es el número máximo de valores que acepta un campo (n = tantos como sean necesarios).
- **CM / R:** indica si un campo es obligatorio (CM – conjunto mínimo) u opcional (R – recomendado).

### III. Tipos de variables

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

### IV. Fuentes de información

Fuente	Detalle
CIAP	La Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) permite clasificar los componentes de la consulta: motivo de la consulta, problema de salud atendido y proceso de atención.
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), se corresponde a la versión en español de la versión en inglés ICD.
CIE PCS	Sistema de Codificación de Procedimientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE PCS)

CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
CMDIC	Conjunto Mínimo de Datos de Informes Clínicos (CMDIC).
EDQM	European Directorate For the Quality of Medicines & Healthcare (EDQM) es uno de los catálogos incluidos en el MVC de eHDSI. En concreto, incluye información sobre la dosis y la forma farmacéutica de los medicamentos.
eHDSI	Son los valores clínicos definidos en el sistema europeo eHealth Digital Service Infraestructure (eHDSI) o Infraestructura de Servicios de Sanidad electrónica. Estos se encuentran definidos en el Master Value Sets Catalogue (MVC) o Catálogo Maestro de Valores, que se trata de una colección de términos basados en sistemas de códigos estandarizados como CIE-10, SNOMED CT, ATC, EDQM, etc. empleados para los sistemas de intercambio transfronterizo de la Unión Europea. Se usará siempre la versión más actualizada del MVC. En informes nacionales se utilizarán los términos en castellano.
EMDN	La Nomenclatura Europea de Dispositivos Médicos (European Medical Device Nomenclature - EMDN) tiene como objetivo apoyar el funcionamiento de la base de datos europea sobre productos sanitarios (EUDAMED). Entre sus diversos usos, será utilizada por los fabricantes para el registro de dispositivos médicos en EUDAMED, donde estará asociada a cada Identificador Único de Dispositivos - Identificador de Dispositivos (UDI-DI).
HL7	Health Level Seven (HL7) es un conjunto de estándares para facilitar el intercambio electrónico de información clínica.
ISO 3166-1	El Estándar Internacional de Normalización ISO 3166-1, publicado por la Organización Internacional de Normalización (ISO), define códigos para la representación de nombres de países y sus subdivisiones
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) es un estándar internacional para la identificación de resultados de pruebas de laboratorio.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es una terminología que refleja los juicios clínicos (diagnósticos) de las enfermeras.
NIC	Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).
NOC	Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).
Nomenclátor	Catálogos maestros de medicamentos mantenidos y actualizados diariamente por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
REGCESS	Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).
SEMNIM	Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (SEMNIM).
SERAM	Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM).
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (SNOMED CT) es la terminología clínica integral, multilingüe y codificada de mayor amplitud, precisión e importancia desarrollada en el mundo. Las extensiones del Sistema Nacional de Salud pueden consultarse en el Navegador de SNOMED CT del SNS.
TSI	Tarjeta sanitaria individual (TSI).
UCUM	Unified Code for Units of Measure (UCUM) es un sistema de códigos destinado a incluir todas las unidades de medida que se utilizan.

#### V. Principios generales de aplicación del presente real decreto:

La aplicación del presente real decreto se efectuará siguiendo los siguientes principios:

- **Principio de legibilidad clínica.** Los principios de legibilidad clínica para profesionales y la ciudadanía, así como los de interoperabilidad semántica a nivel de sistemas de información, prevalecerán sobre todo lo dispuesto en los anexos del presente real decreto. Su observación por parte de los destinatarios de este real decreto, será objeto de auditoría por el Ministerio de Sanidad.

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

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

- **Servicios terminológicos del Sistema Nacional de Salud.** Se priorizará el uso de los servicios terminológicos del Sistema Nacional de Salud. Para el uso de SNOMED CT, se tendrán en cuenta los recursos desarrollados por el Centro Nacional de Referencia (CNR). Los conjuntos de referencias para este real decreto irán identificados con la partícula "CMDIC" y podrán consultarse en el Navegador SNOMED CT del Sistema Nacional de Salud.
- **Fusión de los informes clínicos de alta hospitalaria y de cuidados de Enfermería.** Para aquellas Comunidades Autónomas que lo precisen, se aceptará la fusión de los informes clínicos de alta (ICA) y de cuidados de Enfermería (ICE), contando ambos en el listado de informes disponibles que publica el Ministerio de Sanidad. >>

Quinto. El anexo II se sustituye por el siguiente:

**<<ANEXO II  
INFORME CLÍNICO DE ALTA**

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
				y establecimientos sanitarios (REGCESS).	
Servicio de salud	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
Logo del servicio de salud	IMAGEN				CM
<b>Proveedor de servicios</b>					R
Denominación del proveedor de servicios	TEXTO LIBRE				R
Logo proveedor de servicios	IMAGEN				R
<b>Centro</b>					CM
Denominación del centro	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
<b>Datos de contacto del centro</b>					CM
<u>Dirección del centro</u>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Nombre de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Número de la vía	NÚMERO				CM
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Dirección web	URL				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
Teléfono	TEXTO LIBRE				R
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
○ Tipo de vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Nombre de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Número de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Portal	TEXTO LIBRE				R
○ Piso	TEXTO LIBRE				R
○ Letra	TEXTO LIBRE				R
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Teléfono móvil	TEXTO LIBRE				R
Otros teléfonos	TEXTO LIBRE				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
<b><u>Centro de atención primaria</u></b>					R
○ Centro de atención primaria	TEXTO CODIFICADO	REGCESS			R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
○ Correo electrónico	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
<b>Datos sociales del paciente</b>					R
<b><u>Cuidador principal</u></b>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b><u>Tutor legal</u></b>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
<b><u>Contacto de emergencia</u></b>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Antecedentes obstétricos	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes quirúrgicos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Procedimiento	TEXTO CODIFICADO	CIE PCS SNOMED CT			CM
• Edad en momento procedimiento	TEXTO LIBRE				R
• Fecha del procedimiento	FECHA				R
• Año del procedimiento	TEXTO LIBRE				R
Dispositivos médicos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Dispositivo médico	TEXTO CODIFICADO	EMDN SNOMED CT			CM
• Fecha implantación	FECHA				R
• Fecha de retirada	FECHA				R
• Identificador del dispositivo	TEXTO LIBRE				R
Vacunaciones				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Vacuna	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
• Fecha administración	FECHA				CM
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Lote	TEXTO LIBRE				R
<b>Alergias e intolerancias</b>					CM
• Tipo de reacción	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSIAdverseEventType		CM
• Agente causal	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
• Manifestación clínica	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Gravedad	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSISeverity		R
• Criticidad	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSICriticality		R
• Nivel de Certeza	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSICertainty		R
• Estado	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSIStatusCode		R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Hábitos tóxicos</b>					R
• Sustancia	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Edad de inicio del consumo	TEXTO LIBRE				R
• Año de inicio del consumo	TEXTO LIBRE				R
• Edad de fin del consumo	TEXTO LIBRE				R

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Antecedentes profesionales</b>					R
• Antecedente profesional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Tratamiento previo al ingreso</b>					CM
Medicamentos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
• Fármaco	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			CM
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				CM
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO CODIFICADO	EDQM Nomenclátor			CM
• Frecuencia de las tomas	TEXTO CODIFICADO	EDQM Nomenclátor			CM
• Potencia	TEXTO LIBRE				R
• Número de unidades por toma	TEXTO LIBRE				R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Duración del tratamiento	TEXTO LIBRE				R
Fórmulas magistrales				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
• Fórmula magistral	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				R
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE				R
<b>Enfermedad actual</b>					CM
Historia actual	TEXTO LIBRE				CM
Exploración física	TEXTO LIBRE				CM
<u>Signos vitales</u>				Se consignarán más variables si se estima oportuno.	R
○ Fecha y hora de registro	FECHA-HORA				R
○ Presión arterial sistólica	TEXTO LIBRE				R
○ Presión arterial diastólica	TEXTO LIBRE				R
○ Frecuencia cardiaca	TEXTO LIBRE				R
○ Frecuencia respiratoria	TEXTO LIBRE				R
○ Temperatura	TEXTO LIBRE				R
○ Saturación O2	TEXTO LIBRE				R
○ Glucemia	TEXTO LIBRE				R
<u>Pruebas complementarias</u>					R
○ Pruebas de laboratorio	TEXTO LIBRE				R
○ Pruebas de imagen	TEXTO LIBRE				R
○ Otras pruebas	TEXTO LIBRE				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Evolución y comentarios	TEXTO LIBRE				CM
Diagnóstico principal	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			CM
Otros diagnósticos	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE		Cardinalidad [0..n].	R
Procedimientos realizados	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE CPS			CM
<b>Tratamiento al alta</b>					CM
<b>Tratamiento farmacológico</b>					CM
Medicamentos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
• Fármaco	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			CM
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				CM
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO CODIFICADO	EDQM, Nomenclátor			CM
• Frecuencia de las tomas	TEXTO CODIFICADO	EDQM, Nomenclátor			CM
• Potencia	TEXTO LIBRE				R
• Número de unidades por toma	TEXTO LIBRE				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Duración del tratamiento	TEXTO LIBRE				R
Fórmulas magistrales				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
• Fórmula magistral	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				R
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE				R
Vacunas individualizadas	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT		En este apartado se incluirán vacunas individualizadas antialérgicas	R
<b>Tratamiento no farmacológico</b>	TEXTO LIBRE			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
<b>Plan de actuación</b>	TEXTO LIBRE			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM

>>

Sexto. El anexo III se sustituye por el siguiente:

<<ANEXO III

**INFORME CLÍNICO DE CONSULTAS EXTERNAS**

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>					
Tipo de documento	TEXTO LIBRE	CMDIC	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto	Se distinguen tres subtipos de informe de consulta externa: primera consulta (P), evolución o seguimiento (S) y alta (A). Por defecto todos los campos obligatorios aplicarán a todos los subtipos. Se indicarán las excepciones que pudieran aplicar en los comentarios de cada uno.	CM
Fecha y hora de consulta	FECHA-HORA			Este campo no será necesario en el subtipo de alta.	(P y S) CM
Fecha y hora de alta	FECHA-HORA			Este campo no será necesario en los subtipos de primera consulta y seguimiento.	(A) CM
Fecha y hora de firma	FECHA-HORA				CM
Datos del (de los) profesional/es responsable/s				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades.	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
				Podrán ir en el pie de página.	
• Nombre responsable	TEXTO LIBRE				CM
• Categoría profesional	TEXTO LIBRE				CM
• Servicio responsable	TEXTO LIBRE				CM
• Unidad asistencial responsable	TEXTO LIBRE				R
• Área de gestión clínica	TEXTO LIBRE				R
<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>					
<b>Datos de la institución emisora</b>				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Servicio de salud	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
Logo del servicio de salud	IMAGEN				CM
<b>Proveedor de servicios</b>					R
Denominación del proveedor de servicios	TEXTO LIBRE				R
Logo proveedor de servicios	IMAGEN				R
<b>Centro</b>					CM
Denominación del centro	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
<b>Datos de contacto del centro</b>					CM
<u>Dirección del centro</u>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Nombre de la vía	TEXTO LIBRE				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
○ Número de la vía	NÚMERO				CM
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Dirección web	URL				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
Teléfono	TEXTO LIBRE				R
DATOS DEL PACIENTE					
<b>Datos del paciente</b>				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre	TEXTO LIBRE				CM
Primer apellido	TEXTO LIBRE				CM
Segundo apellido	TEXTO LIBRE				R
Fecha de nacimiento	FECHA				CM
Sexo	TEXTO LIBRE				CM
<b>Identificadores del paciente</b>					CM
Tipo de documento de identificación	TEXTO LIBRE				CM
Número de documento	TEXTO LIBRE				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS)	TEXTO LIBRE				R
Código de Identificación Personal Autonomático (CIP-AUT)	TEXTO LIBRE				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS)	TEXTO LIBRE				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo)	TEXTO LIBRE				R
Número de historia clínica	TEXTO LIBRE				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
<b>Datos de contacto del paciente</b>					CM
<u>Domicilio</u>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Nombre de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Número de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Portal	TEXTO LIBRE				R
○ Piso	TEXTO LIBRE				R
○ Letra	TEXTO LIBRE				R
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Teléfono móvil	TEXTO LIBRE				R
Otros teléfonos	TEXTO LIBRE				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
<u>Centro de atención primaria</u>					R
○ Centro de atención primaria	TEXTO CODIFICADO	REGCESS			R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
○ Correo electrónico	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
<b>Datos sociales del paciente</b>					R
<u>Cuidador principal</u>					R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<i>Tutor legal</i>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
<i>Contacto de emergencia</i>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>					
<b>Datos del episodio</b>					CM
Motivo de consulta	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE		Este campo no es necesario en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
Motivo de alta	TEXTO CODIFICADO	CMBD		Este campo no será necesario en los subtipos de primera consulta y seguimiento.	(A) CM
<b>Antecedentes personales</b>				Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento. El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	(P y A) CM
Enfermedades previas				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no contener información, deberá	(P y A) CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
				consignarse un valor nulo (NullFlavor).	
• Enfermedad	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT			(P y A) CM
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Año de inicio	TEXTO LIBRE				R
Antecedentes neonatales	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes obstétricos	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes quirúrgicos				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	(P y A) CM
• Procedimiento	TEXTO CODIFICADO	CIE PCS SNOMED CT			(P y A) CM
• Edad en momento procedimiento	TEXTO LIBRE				R
• Fecha del procedimiento	FECHA				R
• Año del procedimiento	TEXTO LIBRE				R
Dispositivos médicos				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no	(P y A)

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
				contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Dispositivo médico	TEXTO CODIFICADO	EMDN SNOMED CT			(P y A) CM
• Fecha implantación	FECHA				R
• Fecha de retirada	FECHA				R
• Identificador del dispositivo	TEXTO LIBRE				R
Vacunaciones				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	(P y A) CM
• Vacuna	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			(P y A) CM
• Fecha administración	FECHA				(P y A) CM
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Lote	TEXTO LIBRE				R
Alergias e intolerancias				En los casos en los que la subsección sea obligatoria, de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	(P y A) CM
• Tipo de reacción	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSIAdverseEventType		(P y A)

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
					CM
• Agente causal	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			(P y A) CM
• Manifestación clínica	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Gravedad	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSISeverity		R
• Criticidad	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSICriticality		R
• Nivel de certeza	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSICertainty		R
• Estado	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSIStatusCode		R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Hábitos tóxicos</b>					R
• Sustancia	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Edad de inicio del consumo	TEXTO LIBRE				R
• Año de inicio del consumo	TEXTO LIBRE				R
• Edad de fin del consumo	TEXTO LIBRE				R
• Año de fin del consumo	TEXTO LIBRE				R
• Patrón del consumo	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>Hábitos no saludables</b>					R
• Hábito no saludable	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Año de inicio	TEXTO LIBRE				R
• Edad de fin	TEXTO LIBRE				R
• Año de fin	TEXTO LIBRE				R
<b>Situación funcional</b>					R
○ Escalas					R
• Escala	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Resultado	TEXTO LIBRE				R
• Interpretación	TEXTO LIBRE				R
○ Situación funcional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>Antecedentes familiares</b>				Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
• Antecedente familiar	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			(P y A) CM
• Grado de parentesco	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			(P y A) CM
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
<b>Antecedentes sociales</b>					R
• Antecedente social	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Antecedentes profesionales</b>					R
• Antecedente profesional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Fecha de inicio	FECHA				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Tratamiento previo</b>				Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento. La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	(P y A) CM
<b>Medicamentos</b>					(P y A) CM
• Fármaco	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor SNOMED CT			(P y A) CM
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				(P y A) CM
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO CODIFICADO	EDQM, Nomenclátor			(P y A) CM
• Frecuencia de las tomas	TEXTO CODIFICADO	EDQM, Nomenclátor			(P y A) CM
• Potencia	TEXTO LIBRE				R
• Número de unidades por toma	TEXTO LIBRE				R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Duración del tratamiento	TEXTO LIBRE				R
<b>Fórmulas magistrales</b>					R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Fórmula magistral	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor SNOMED CT			R
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				R
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor SNOMED CT			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE				R
<b>Enfermedad actual</b>				Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
Historia actual	TEXTO LIBRE			Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
Exploración física	TEXTO LIBRE			Esta subsección no será necesaria en el subtipo de seguimiento.	(P y A) CM
<u>Signos vitales</u>				Podrán añadirse los signos vitales que se estimen oportunos.	R
○ Presión arterial sistólica	TEXTO LIBRE				R
○ Presión arterial diastólica	TEXTO LIBRE				R
○ Frecuencia cardiaca	TEXTO LIBRE				R
○ Frecuencia respiratoria	TEXTO LIBRE				R
○ Temperatura	TEXTO LIBRE				R
○ Saturación O2	TEXTO LIBRE				R
<u>Pruebas complementarias</u>					R
○ Pruebas de laboratorio	TEXTO LIBRE				R
○ Pruebas imagen	TEXTO LIBRE				R
○ Otras pruebas	TEXTO LIBRE				R
Evolución y comentarios	TEXTO LIBRE				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Diagnóstico principal	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			CM
Otros diagnósticos	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
Procedimientos realizados	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
<b>Tratamiento (al alta)</b>				Esta subsección se llamará “Tratamiento al alta” en el subtipo de informe de alta. En el resto, se llamará “Tratamiento”. La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
<b>Tratamiento farmacológico</b>					CM
<b>Medicamentos</b>					CM
• Fármaco	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor SNOMED CT			CM
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				CM
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor SNOMED CT			R
• Dosis	TEXTO CODIFICADO	EDQM, Nomenclátor			CM
• Frecuencia de las tomas	TEXTO CODIFICADO	EDQM, Nomenclátor			CM
• Potencia	TEXTO LIBRE				R
• Número de unidades por toma	TEXTO LIBRE				R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Duración del tratamiento	TEXTO LIBRE				R

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

>>

Séptimo. El anexo IV se sustituye por el siguiente:

<<ANEXO IV

**INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS**

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

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Fecha de nacimiento	FECHA				CM
Sexo	TEXTO LIBRE				CM
<b>Identificadores del paciente</b>					CM
Tipo de documento de identificación	TEXTO LIBRE				CM
Número de documento	TEXTO LIBRE				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS)	TEXTO LIBRE				R
Código de Identificación Personal Autonómico (CIP-AUT)	TEXTO LIBRE				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS)	TEXTO LIBRE				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo)	TEXTO LIBRE				R
Número de historia clínica	TEXTO LIBRE				R
<b>Datos de contacto del paciente</b>					CM
<u>Domicilio</u>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Nombre de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Número de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Portal	TEXTO LIBRE				R
○ Piso	TEXTO LIBRE				R
○ Letra	TEXTO LIBRE				R
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Teléfono móvil	TEXTO LIBRE				R
Otros teléfonos	TEXTO LIBRE				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
<i>Centro de atención primaria</i>					R
○ Centro de atención primaria	TEXTO CODIFICADO	REGCESS			R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
○ Correo electrónico	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
<b>Datos sociales del paciente</b>					R
<i>Cuidador principal</i>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<i>Tutor legal</i>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
<i>Contacto de emergencia</i>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>					
<b>Datos del episodio</b>					CM
Procedencia	TEXTO CODIFICADO	CMBD			R
Tipo de consulta	TEXTO CODIFICADO	CMBD			R

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

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

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Antecedente familiar	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			CM
• Grado de parentesco	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
<b>Antecedentes sociales</b>					R
• Antecedente social	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Antecedentes profesionales</b>					R
• Antecedente profesional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Tratamiento previo al ingreso</b>					CM
<b>Medicamentos</b>				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
• Fármaco	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			CM
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				CM
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO CODIFICADO	EDQM Nomenclátor			CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Frecuencia de las tomas	TEXTO CODIFICADO	EDQM Nomenclátor			CM
• Potencia	TEXTO LIBRE				R
• Número de unidades por toma	TEXTO LIBRE				R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Duración del tratamiento	TEXTO LIBRE				R
<b>Fórmulas magistrales</b>				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
• Fórmula magistral	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				R
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE				R
<b>Enfermedad actual</b>					CM
Historia actual	TEXTO LIBRE				CM
Exploración física	TEXTO LIBRE				CM
<u>Signos vitales</u>				Se consignarán más variables si se estima oportuno.	R
○ Fecha y hora de registro	FECHA-HORA				R
○ Presión arterial sistólica	TEXTO LIBRE				R
○ Presión arterial diastólica	TEXTO LIBRE				R
○ Frecuencia cardíaca	TEXTO LIBRE				R
○ Frecuencia respiratoria	TEXTO LIBRE				R
○ Temperatura	TEXTO LIBRE				R
○ Saturación O2	TEXTO LIBRE				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
○ Glucemia	TEXTO LIBRE				R
<i>Pruebas complementarias</i>					R
○ Pruebas de laboratorio	TEXTO LIBRE				R
○ Pruebas de imagen	TEXTO LIBRE				R
○ Otras pruebas	TEXTO LIBRE				R
Evolución y comentarios	TEXTO LIBRE				CM
Diagnóstico principal	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			CM
Otros diagnósticos	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE		Cardinalidad [0..n].	R
Procedimientos realizados	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE CPS			CM
<b>Tratamiento al alta</b>					CM
<b>Tratamiento farmacológico</b>					CM
Medicamentos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
• Fármaco	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			CM
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				CM
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO CODIFICADO	EDQM Nomenclátor			CM
• Frecuencia de las tomas	TEXTO CODIFICADO	EDQM Nomenclátor			CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Potencia	TEXTO LIBRE				R
• Número de unidades por toma	TEXTO LIBRE				R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Duración del tratamiento	TEXTO LIBRE				R
Fórmulas magistrales				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
• Fórmula magistral	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				R
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE				R
Vacunas individualizadas	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT		En este apartado se incluirán vacunas individualizadas antialérgicas	R
<b>Tratamiento no farmacológico</b>	TEXTO LIBRE			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
<b>Plan de actuación</b>	TEXTO LIBRE			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM

>>

Octavo. El anexo V se sustituye por el siguiente:

<<ANEXO V

**INFORME CLÍNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

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

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Segundo apellido	TEXTO LIBRE				R
Fecha de nacimiento	FECHA				CM
Sexo	TEXTO LIBRE				CM
<b>Identificadores del paciente</b>					CM
Tipo de documento de identificación	TEXTO LIBRE				CM
Número de documento	TEXTO LIBRE				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS)	TEXTO LIBRE				R
Código de Identificación Personal Autonómico (CIP-AUT)	TEXTO LIBRE				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS)	TEXTO LIBRE				CM
CIP-europeo	TEXTO LIBRE				R
Historia clínica	TEXTO LIBRE				R
<b>Datos del contacto del paciente</b>					CM
<u>Domicilio</u>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Nombre de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Número de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Portal	TEXTO LIBRE				R
○ Piso	TEXTO LIBRE				R
○ Letra	TEXTO LIBRE				R
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Teléfono móvil	TEXTO LIBRE				R
Otros teléfonos	TEXTO LIBRE				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
<u>Centro de Atención Primaria</u>					R
• Centro de Atención Primaria	TEXTO CODIFICADO	REGCESS			R
• Teléfono	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
• Correo electrónico	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
<b>Datos sociales del paciente</b>					
<u>Cuidador principal</u>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<u>Tutor legal</u>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
<u>Contacto de emergencia</u>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				CM
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>					
<b>Datos del episodio</b>					CM
Motivo de consulta	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
<b>Antecedentes personales</b>				Se consignará sólo la información que se considere necesaria para el informe.	R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
				El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	
Enfermedades previas					R
• Enfermedad	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT			R
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Año de inicio	TEXTO LIBRE				R
Antecedentes neonatales	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT			R
Antecedentes obstétricos	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT			R
Antecedentes quirúrgicos					R
• Procedimiento	TEXTO CODIFICADO	CIE PCS SNOMED CT			R
• Edad en momento procedimiento	TEXTO LIBRE				R
• Fecha del procedimiento	FECHA				R
• Año del procedimiento	TEXTO LIBRE				R
Dispositivos médicos					R
• Dispositivo médico	TEXTO CODIFICADO	EMDN SNOMED CT			R
• Fecha implantación	FECHA				R
• Fecha de retirada	FECHA				R
• Identificador del dispositivo	TEXTO LIBRE				R
Vacunaciones					R
• Vacuna	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Fecha administración	FECHA				R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Lote	TEXTO LIBRE				R
<b>Alergias e intolerancias</b>					R
• Tipo de reacción	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSIAdverseEventT ype		R
• Agente causal	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Manifestación clínica	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Gravedad	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSISeverity		R
• Criticidad	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSICriticality		R
• Nivel de certeza	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSICertainty		R
• Estado	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSIStatusCode		R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Hábitos tóxicos</b>					R
• Sustancia	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Edad de inicio del consumo	TEXTO LIBRE				R
• Año de inicio del consumo	TEXTO LIBRE				R
• Edad de fin del consumo	TEXTO LIBRE				R
• Año de fin del consumo	TEXTO LIBRE				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Patrón del consumo	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>Hábitos no saludables</b>					R
• Hábito no saludable	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
• Año de inicio	TEXTO LIBRE				R
• Edad de fin	TEXTO LIBRE				R
• Año de fin	TEXTO LIBRE				R
<b><i>Situación funcional</i></b>					R
○ Escalas					R
• Escala	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Resultado	TEXTO LIBRE				R
• Interpretación	TEXTO LIBRE				R
○ Situación funcional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>Antecedentes familiares</b>					R
• Antecedente familiar	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Grado de parentesco	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
<b>Antecedentes sociales</b>					R
• Antecedente social	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Antecedentes profesionales</b>					R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Antecedente profesional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Enfermedad actual</b>					R
Exploración física	TEXTO LIBRE				R
Hallazgos	TEXTO LIBRE				R
<u>Signos vitales</u>				Se podrán añadir más variables si se estima oportuno.	R
○ Presión arterial sistólica	TEXTO LIBRE				R
○ Presión arterial diastólica	TEXTO LIBRE				R
○ Frecuencia cardíaca	TEXTO LIBRE				R
○ Frecuencia respiratoria	TEXTO LIBRE				R
○ Temperatura	TEXTO LIBRE				R
○ Saturación O2	TEXTO LIBRE				R
<u>Pruebas complementarias</u>					R
○ Resumen pruebas complementarias	TEXTO LIBRE				R
○ Pruebas de laboratorio	TEXTO LIBRE				R
○ Pruebas de imagen	TEXTO LIBRE				R
○ Otras pruebas	TEXTO LIBRE				R
Evolución y comentarios	TEXTO LIBRE				R
Resumen de episodios atendidos	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE CIAP			R
Diagnósticos	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE CIAP			R
Procedimientos realizados	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
<b>Tratamiento y recomendaciones</b>					

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
<b>Medicamentos</b>				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
• Fármaco	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				R
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO CODIFICADO	EDQM Nomenclátor			R
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE	EDQM Nomenclátor			R
• Potencia	TEXTO LIBRE				R
• Número de unidades por toma	TEXTO LIBRE				R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Duración del tratamiento	TEXTO LIBRE				R
<b>Fórmulas magistrales</b>				La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
• Fórmula magistral	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				R
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE				R
Tratamiento no farmacológico	TEXTO LIBRE				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Recomendaciones	TEXTO LIBRE				CM

>>

Noveno. El anexo VI se sustituye por el siguiente:

<<ANEXO VI

**INFORME DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO**

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

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

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

Otros teléfonos	TEXTO LIBRE			R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE			R
<b><u>Centro de atención primaria</u></b>				R
○ Centro de atención primaria	TEXTO LIBRE	REGCESS		R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE	REGCESS		R
○ Correo electrónico	TEXTO LIBRE	REGCESS		R
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>				
<b>Datos de la institución solicitante</b>			Aplicando el criterio de legibilidad del informe, no se duplicará información. Por ejemplo, en el caso de que la institución solicitante sea la misma que la emisora, podrá obviarse aunque esté marcada como CM.	CM
Servicio de salud	TEXTO LIBRE	REGCESS		CM
Logo del servicio de salud	IMAGEN			CM
<b>Proveedor de servicios</b>				R
Denominación del proveedor de servicios	TEXTO LIBRE			R
Logo proveedor de servicios	IMAGEN			R
<b>Centro</b>				CM
Denominación del centro	TEXTO LIBRE	REGCESS		CM
<b>Datos del solicitante</b>			Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades.	CM
• Nombre del profesional	TEXTO LIBRE			CM
• Categoría profesional	TEXTO LIBRE			CM
• Servicio solicitante	TEXTO LIBRE			CM

• Unidad solicitante	TEXTO LIBRE				R
• Área de gestión clínica	TEXTO LIBRE				R
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>					
<b>Datos de la muestra</b>					CM
• Fecha y hora de toma de la muestra	FECHA-HORA				CM
• Número de muestra	TEXTO LIBRE				CM
• Tipo de muestra	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT LOINC			CM
• Comentario	TEXTO LIBRE			Se refiere a posibles comentarios generales sobre la muestra.	R
<b>Nombre de sección/laboratorio/unidad</b>	TEXTO LIBRE				CM
Resultados de la muestra					CM
• Determinación	TEXTO CODIFICADO	LOINC			CM
• Resultado	TEXTO LIBRE				R
• Unidades	TEXTO CODIFICADO	UCUM			R
• Rango	TEXTO LIBRE				R
• Interpretación	TEXTO CODIFICADO	HL7	AbnormalFlags		R
• Técnica	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Descripción	TEXTO LIBRE				R
• Conclusión	TEXTO LIBRE				R
• Comentarios	TEXTO LIBRE				R
Datos del (de los) profesional/es responsable/s					CM
					Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías

			profesionales, servicios y unidades. Podrán ir en el pie de página.	
• Nombre responsable	TEXTO LIBRE			CM
• Categoría profesional	TEXTO LIBRE			CM
• Servicio responsable	TEXTO LIBRE			CM
• Unidad asistencial responsable	TEXTO LIBRE			R
• Área de gestión clínica	TEXTO LIBRE			R
• Fecha y hora de firma	FECHA-HORA			CM

>>

Décimo. El anexo VII se sustituye por el siguiente:

<<ANEXO VII

**INFORME DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE IMAGEN**

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>					
Tipo de documento	TEXTO LIBRE	CMDIC	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto		CM
Fecha y hora de petición	FECHA-HORA				R
Fecha y hora de firma	FECHA-HORA				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Datos del (de los) profesional/es responsable/s				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades. Podrán ir en el pie de página.	CM
• Nombre responsable	TEXTO LIBRE				CM
• Categoría profesional	TEXTO LIBRE				CM
• Servicio responsable	TEXTO LIBRE				CM
• Unidad asistencial responsable	TEXTO LIBRE				R
• Área de gestión clínica	TEXTO LIBRE				R
<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>					
<b>Datos de la institución emisora</b>				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Servicio de salud	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
Logo del servicio de salud	IMAGEN				CM
<b>Proveedor de servicios</b>					R
Denominación del proveedor de servicios	TEXTO LIBRE				R
Logo proveedor de servicios	IMAGEN				R
<b>Centro</b>					CM
Denominación del centro	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
<b>Datos de contacto del centro</b>					CM

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

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Otros teléfonos	TEXTO LIBRE				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
<b><i>Centro de atención primaria</i></b>					R
○ Centro de atención primaria	TEXTO CODIFICADO	REGCESS			R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
○ Correo electrónico	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>					
<b>Datos de la institución solicitante</b>				Aplicando el criterio de legibilidad del informe, no se duplicará información. Por ejemplo, en el caso de que la institución solicitante sea la misma que la emisora, podrá obviarse, aunque esté marcada como CM.	CM
Servicio de salud	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
Logo del servicio de salud	IMAGEN				CM
<b>Provisor de servicios</b>					R
Denominación del provisor de servicios	TEXTO LIBRE				R
Logo provisor de servicios	IMAGEN				R
<b>Centro</b>					CM
Denominación del centro	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
<b>Datos del solicitante</b>				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades.	CM
• Nombre del responsable	TEXTO LIBRE				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Categoría profesional	TEXTO LIBRE				CM
• Servicio solicitante	TEXTO LIBRE				CM
• Unidad solicitante	TEXTO LIBRE				R
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL					
Información clínica	TEXTO LIBRE				CM
Exploración realizada	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT SERAM SEMNUM		La opción preferente es consignar información codificada, pero se aceptará excepcionalmente el uso de texto libre bajo circunstancias convenientemente justificadas. Se consignarán tantas exploraciones como sea necesario. En caso de haber más de una, la etiqueta de la variable será "Exploraciones realizadas". Cardinalidad [1..n].	CM
Fecha y hora de exploración	FECHA-HORA				CM
Descripción de la exploración	TEXTO LIBRE			Se consignarán los detalles relevantes de la exploración, incluyendo posibles complicaciones durante el procedimiento.	R
Datos dosimétricos	TEXTO LIBRE				R
Trazabilidad de productos radioactivos utilizados	TEXTO LIBRE				R
Hallazgos	TEXTO LIBRE				CM
Diagnósticos	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE		La opción preferente es consignar información codificada, pero se aceptará excepcionalmente el uso	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
				de texto libre bajo circunstancias convenientemente justificadas. Se consignarán tantos diagnósticos como sea necesario. Cardinalidad [1..n].	
Recomendaciones	TEXTO LIBRE				R
Imágenes relevantes	IMAGEN			Cardinalidad [0..n].	R

>>

Undécimo. El anexo VIII se sustituye por el siguiente:

<<ANEXO VIII

**INFORME DE RESULTADOS DE OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

Variable	Formato	Terminologías / Clasificaciones / Catálogos	Valores / Conjuntos de referencia	Comentarios	CM / R
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>					
Tipo de documento	TEXTO LIBRE	CMDIC	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto		CM
Fecha y hora de petición	FECHA-HORA				R
Fecha y hora de firma	FECHA-HORA				CM
Datos del (de los) profesional/es responsable/s				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Podrán ir en el pie de página.	CM

				Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades.	
• Nombre responsable	TEXTO LIBRE				CM
• Categoría profesional	TEXTO LIBRE				CM
• Servicio responsable	TEXTO LIBRE				CM
• Unidad asistencial responsable	TEXTO LIBRE				R
• Área de gestión clínica	TEXTO LIBRE				R
<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>					
<b>Datos de la institución emisora</b>				Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Servicio de salud	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
Logo del servicio de salud	IMAGEN				CM
<b>Proveedor de servicios</b>					R
Denominación del proveedor de servicios	TEXTO LIBRE				R
Logo proveedor de servicios	IMAGEN				R
<b>Centro</b>					CM
Denominación del centro	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
<b>Datos de contacto del centro</b>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM

<u>Dirección del centro</u>					CM
○ Tipo de vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Nombre de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Número de la vía	NÚMERO				CM
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Dirección web	URL				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
Teléfono	TEXTO LIBRE				R
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
<b>Datos del paciente</b>				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre	TEXTO LIBRE				CM
Primer apellido	TEXTO LIBRE				CM
Segundo apellido	TEXTO LIBRE				R
Fecha de nacimiento	DATE				CM
Sexo	TEXTO LIBRE				CM
<b>Identificadores del paciente</b>					CM
Tipo de documento de identificación	TEXTO LIBRE				CM
Número de documento	TEXTO LIBRE				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS)	TEXTO LIBRE				R
Código de Identificación Personal Autónomo (CIP-AUT)	TEXTO LIBRE				CM
Código de Identificación Personal SNS (CIP-SNS)	TEXTO LIBRE				CM
Código de Identificación Personal europeo (CIP europeo)	TEXTO LIBRE				R

Número de historia clínica	TEXTO LIBRE				R
<b>Datos de contacto del paciente</b>					CM
<u>Domicilio</u>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Nombre de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Número de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Portal	TEXTO LIBRE				R
○ Piso	TEXTO LIBRE				R
○ Letra	TEXTO LIBRE				R
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Teléfono móvil	TEXTO LIBRE				R
Otros teléfonos	TEXTO LIBRE				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
<u>Centro de atención primaria</u>					R
○ Centro de atención primaria	TEXTO CODIFICADO	REGCESS			R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
○ Correo electrónico	TEXTO LIBRE	REGCESS			R
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>					
<b>Datos de la institución solicitante</b>				Aplicando el criterio de legibilidad del informe, no se duplicará información. Por ejemplo, en el caso de que la institución	CM

				solicitante sea la misma que la emisora, podrá obviarse, aunque esté marcada como CM.	
Servicio de salud	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
Logo del servicio de salud	IMAGEN				CM
<b>Proveedor de servicios</b>					R
Denominación del proveedor de servicios	TEXTO LIBRE				R
Logo proveedor de servicios	IMAGEN				R
<b>Centro</b>					CM
Denominación del centro	TEXTO LIBRE	REGCESS			CM
Datos del solicitante				Se consignarán tantos profesionales como sea necesario. Cardinalidad [1..n]. Se atenderá a la normativa vigente en la denominación de categorías profesionales, servicios y unidades.	CM
• Nombre del responsable	TEXTO LIBRE				CM
• Categoría profesional	TEXTO LIBRE				CM
• Servicio solicitante	TEXTO LIBRE				CM
• Unidad solicitante	TEXTO LIBRE				R
• Área de gestión sanitaria	TEXTO LIBRE				
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>					
Información clínica de la solicitud	TEXTO LIBRE				CM
Procedimiento realizado	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE PCS SERAM SEMNUM		La opción preferente es consignar información codificada, pero se aceptará excepcionalmente el uso de texto libre bajo circunstancias convenientemente justificadas. Se consignarán tantos procedimientos como sea	CM

				necesario. En caso de haber más de uno, la etiqueta de la variable será "Procedimientos realizados". Cardinalidad [1..n].	
Fecha y hora del procedimiento	FECHA-HORA				CM
Descripción del procedimiento	TEXTO LIBRE				R
Hallazgos	TEXTO LIBRE				CM
Diagnósticos	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE		La opción preferente es consignar información codificada, pero se aceptará excepcionalmente el uso de texto libre bajo circunstancias convenientemente justificadas. Se consignarán tantos diagnósticos como sea necesario. Cardinalidad [1..n].	CM
Recomendaciones	TEXTO LIBRE				R
Informe complementario	ARCHIVO			Se incluirán documentos que por su naturaleza incluyan información relevante que no pueda incorporarse en las secciones previas. Se establecerán los mecanismos oportunos para que el acceso al mismo sea lo más sencillo posible. Estos mecanismos se valorarán en las auditorías realizadas por el Ministerio de Sanidad.	R
Imágenes relevantes	IMAGEN			Cardinalidad [0..n].	R

>>

Duodécimo. El anexo IX se sustituye por el siguiente:

<<ANEXO IX

**INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Logo del servicio de salud	IMAGEN				CM
<b>Provisor de servicios</b>					R
Denominación del provisor de servicios	TEXTO LIBRE				R
Logo provisor de servicios	IMAGEN				R
<b>Centro</b>					CM
Denominación del centro	TEXTO CODIFICADO	REGCESS			CM
<b>Datos de contacto del centro</b>					CM
<u>Dirección del centro</u>				En caso de no poder proporcionarse la dirección en el formato estructurado propuesto, se admitirá el envío de un único campo de texto libre que contenga, como mínimo, la información de los campos marcados como obligatorios.	CM
○ Tipo de vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Nombre de la vía	TEXTO LIBRE				CM
○ Número de la vía	NÚMERO				CM
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Dirección web	URL				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
Teléfono	TEXTO LIBRE				R
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
○ Número de la vía	NÚMERO				CM
○ Portal	TEXTO LIBRE				R
○ Piso	TEXTO LIBRE				R
○ Letra	TEXTO LIBRE				R
○ Código postal	TEXTO LIBRE				CM
○ Municipio	TEXTO LIBRE				CM
○ Provincia	TEXTO LIBRE				CM
○ País	TEXTO CODIFICADO	ISO 3166-1			CM
Teléfono móvil	TEXTO LIBRE				R
Otros teléfonos	TEXTO LIBRE				R
Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
<u>Centro de atención primaria</u>					R
○ Centro de atención primaria	TEXTO CODIFICADO	REGCESS			R
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
<b>Datos sociales del paciente</b>					R
<u>Cuidador principal</u>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				CM
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<u>Tutor legal</u>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				CM
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
<u>Contacto de emergencia</u>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				CM
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>					
<b>Datos del episodio</b>					CM
Fecha y hora de valoración de enfermería	FECHA-HORA				CM
Causas que generan la actuación enfermera	TEXTO LIBRE				CM
Motivo de alta	TEXTO LIBRE				R
Fecha y hora de alta	FECHA-HORA				R
<b>Antecedentes personales</b>				El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	CM
Enfermedades previas				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Enfermedad	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT			CM
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Año de inicio	TEXTO LIBRE				R
Antecedentes neonatales	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes obstétricos	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes quirúrgicos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información,	CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
				deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	
• Procedimiento	TEXTO CODIFICADO	CIE PCS SNOMED CT			CM
• Edad en momento procedimiento	TEXTO LIBRE				R
• Fecha del procedimiento	FECHA				R
• Año del procedimiento	TEXTO LIBRE				R
Vacunaciones					
				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Vacuna	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
• Fecha administración	FECHA				CM
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Lote	TEXTO LIBRE				R
Alergias e intolerancias					CM
• Tipo de reacción	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSIAdverseEventType		CM
• Agente causal	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
• Manifestación clínica	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Gravedad	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSISeverity		R
• Criticidad	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSICriticality		R
• Nivel de certeza	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSICertainty		R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado</li> </ul>	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSIStatusCode		R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha de inicio</li> </ul>	FECHA				R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha de fin</li> </ul>	FECHA				R
<b>Hábitos tóxicos</b>					R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sustancia</li> </ul>	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad de inicio del consumo</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Año de inicio del consumo</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad de fin del consumo</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Año de fin del consumo</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Patrón del consumo</li> </ul>	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>Hábitos no saludables</b>					R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hábito no saludable</li> </ul>	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad de inicio</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Año de inicio</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad de fin</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Año de fin</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
<b><i>Situación funcional</i></b>					R
○ Escalas					R
<ul style="list-style-type: none"> <li>Escala</li> </ul>	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultado</li> </ul>	TEXTO LIBRE				CM
<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpretación</li> </ul>	TEXTO LIBRE				R
○ Situación funcional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>Antecedentes familiares</b>					CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Antecedentes familiares				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Antecedente familiar	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			CM
• Grado de parentesco	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
<b>Antecedentes sociales</b>					R
Antecedentes sociales					R
• Antecedente social	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Antecedentes profesionales</b>					R
Antecedentes profesionales					R
• Antecedente profesional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Tratamiento previo al ingreso</b>				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
Medicamentos					R
• Fármaco	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				CM
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO LIBRE	EDQM Nomenclátor			CM
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE	EDQM Nomenclátor			CM
• Potencia	TEXTO LIBRE				R
• Número de unidades por toma	TEXTO LIBRE				R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Duración del tratamiento	TEXTO LIBRE				R
<b>Fórmulas magistrales</b>					R
• Fórmula magistral	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			CM
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				CM
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				CM
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE				CM
<b>Valoración de Enfermería</b>				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
Protocolos asistenciales en los que está incluido	TEXTO LIBRE				R
Modelo de referencia utilizado	TEXTO LIBRE				CM
Datos destacables de la valoración	TEXTO LIBRE				CM

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

>>

Decimotercero. Se añade un anexo X:

<<ANEXO X

**HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA**

79

TEXTO SOMETIDO AL TRÁMITE DE INFORMACIÓN PÚBLICA

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
<b>DATOS DEL DOCUMENTO</b>					
Tipo de documento	TEXTO LIBRE	CMDIC	Tipos de informes listados en el anexo I de este real decreto		CM
Fecha y hora del informe	FECHA-HORA				CM
Fecha y hora de actualización	FECHA-HORA				CM
<b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA</b>					
Servicio de salud	TEXTO LIBRE	REGCESS		Se consignará la información existente en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).	CM
Denominación del provisor de servicios	TEXTO LIBRE				R
Logo del servicio de salud	IMAGEN				CM
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
<b>Datos del paciente</b>				Se consignará la información que figure en la base de datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).	CM
Nombre	TEXTO LIBRE				CM
Primer apellido	TEXTO LIBRE				CM
Segundo apellido	TEXTO LIBRE				R
Fecha de nacimiento	FECHA				CM
Sexo	TEXTO LIBRE				CM
<b>Identificadores del paciente</b>					CM
Tipo de documento de identificación	TEXTO LIBRE				CM
Número de documento	TEXTO LIBRE				CM
Número de afiliado a la Seguridad Social (NASS)	TEXTO LIBRE				R
Código de Identificación Personal Autónomo (CIP-AUT)	TEXTO LIBRE				CM

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
○ Correo electrónico	TEXTO LIBRE				R
<b>Datos sociales del paciente</b>					R
<i>Cuidador principal</i>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				CM
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<i>Tutor legal</i>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				CM
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
<i>Contacto de emergencia</i>					R
○ Nombre y apellidos	TEXTO LIBRE				CM
○ Teléfono	TEXTO LIBRE				R
○ Relación con el paciente	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE</b>					
<b>DATOS CLÍNICOS GENERALES</b>					
¿Está incluido en protocolo de investigación clínica?	BOOLEANO				R
¿Existe documento de instrucciones previas?	BOOLEANO				CM
Alertas	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT CIAP		Una alerta es una llamada especial de atención o señal de alarma sobre un problema de salud u otra circunstancia del paciente que, de no ser tomada en cuenta, puede provocar consecuencias negativas importantes <sup>1</sup> .	CM

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
				El campo es obligatorio. En caso de no contener información, se deberá consignar un valor nulo (NullFlavor).	
<b>Antecedentes personales</b>				El orden de las diferentes subsecciones será flexible, primando siempre la lógica clínica y legibilidad del informe.	CM
Enfermedades previas				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Enfermedad	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT			CM
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Año de inicio	TEXTO LIBRE				R
Antecedentes neonatales	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes obstétricos	TEXTO CODIFICADO	CIE SNOMED CT		Se consignarán tantos antecedentes como se considere oportuno. Cardinalidad [0..n].	R
Antecedentes quirúrgicos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Procedimiento	TEXTO CODIFICADO	CIE PCS SNOMED CT			CM
• Edad en momento procedimiento	TEXTO LIBRE				R

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Fecha del procedimiento	FECHA				R
• Año del procedimiento	TEXTO LIBRE				R
Dispositivos médicos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Dispositivo médico	TEXTO CODIFICADO	EMDN SNOMED CT			CM
• Fecha implantación	FECHA				R
• Fecha de retirada	FECHA				R
• Identificador del dispositivo	TEXTO LIBRE				R
Vacunaciones				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Vacuna	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
• Fecha administración	FECHA				CM
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Lote	TEXTO LIBRE				R
Alergias e intolerancias					CM
• Tipo de reacción	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSIAdverseEventTyp		CM
• Agente causal	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
• Manifestación clínica	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Gravedad	TEXTO CODIFICADO	eHDSI	eHDSISeverity		R

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

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Interpretación	TEXTO LIBRE				R
○ Situación funcional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
<b>Antecedentes familiares</b>				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Antecedente familiar	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			CM
• Grado de parentesco	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			CM
• Edad de inicio	TEXTO LIBRE				R
<b>Antecedentes sociales</b>					R
• Antecedente social	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Antecedentes profesionales</b>					R
• Antecedente profesional	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
• Fecha de fin	FECHA				R
<b>Problemas de salud activos</b>				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Problema de salud activo	TEXTO CODIFICADO	SNOMED CT CIE CIAP			CM
• Fecha de inicio	FECHA				CM
<b>Cuidados</b>					CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
Diagnósticos de Enfermería activos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM
• Diagnóstico de Enfermería activo	TEXTO CODIFICADO	NANDA SNOMED CT			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
Resultados de Enfermería					R
• Resultado de enfermería	TEXTO CODIFICADO	NOC SNOMED CT			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
Intervenciones de Enfermería					R
• Intervención de Enfermería	TEXTO CODIFICADO	NIC SNOMED CT			R
• Fecha de inicio	FECHA				R
Intervenciones de Enfermería no vinculadas a diagnóstico	TEXTO CODIFICADO	NIC SNOMED CT			R
Recomendaciones de cuidados enfermeros	TEXTO LIBRE				R
<b>Tratamiento y recomendaciones</b>					CM
<b>Tratamiento farmacológico</b>					CM
Medicamentos				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	CM
• Fármaco	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			CM
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				CM

Variable	Formato	Fuente	Valores	Comentarios	CM / R
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO CODIFICADO	EDQM Nomenclátor			CM
• Frecuencia de las tomas	TEXTO CODIFICADO	EDQM Nomenclátor			CM
• Potencia	TEXTO LIBRE				R
• Número de unidades por toma	TEXTO LIBRE				R
• Nombre comercial	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Duración del tratamiento	TEXTO LIBRE				R
Fórmulas magistrales				La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor). La información de esta sección procederá preferentemente de los sistemas de prescripción.	R
• Fórmula magistral	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Fecha inicio tratamiento	FECHA				R
• Fecha fin de tratamiento	FECHA				R
• Vía de administración	TEXTO CODIFICADO	Nomenclátor			R
• Dosis	TEXTO LIBRE				R
• Frecuencia de las tomas	TEXTO LIBRE				R
<b>Tratamiento no farmacológico</b>	TEXTO LIBRE			La subsección es obligatoria. En caso de no contener información, deberá consignarse un valor nulo (NullFlavor).	CM

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

>>

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

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

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

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

**Disposición final única.** *Entrada en vigor.*

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



MINISTERIO  
DE SANIDAD

**MEMORIA ABREVIADA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL PROYECTO DE REAL  
DECRETO POR EL QUE SE MODIFICA EL REAL DECRETO 1093/2010, DE 3 DE SEPTIEMBRE,  
POR EL QUE SE APRUEBA EL CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DE LOS INFORMES CLÍNICOS  
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**



RESUMEN EJECUTIVO

<b>Ministerio/Órgano proponente</b>	Ministerio de Sanidad	<b>Fecha</b>	26/09/2022
<b>Título de la norma</b>	<b>PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE MODIFICA EL REAL DECRETO 1093/2010, DE 3 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE APRUEBA EL CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DE LOS INFORMES CLÍNICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</b>		
<b>Tipo de Memoria</b>	Normal <input type="checkbox"/> Abreviada <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA</b>			
<b>Situación que se regula</b>	<p>El Real Decreto 1093/2010, del 3 de septiembre de 2010, dispone el conjunto mínimo de datos que deberán contener una serie determinada de documentos clínicos con el fin de hacer interoperables y posibilitar su uso por todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS). La modificación de este real decreto define los elementos de normalización necesarios para permitir la interoperabilidad semántica entre los diferentes sistemas de información existentes en el SNS, definiendo la estructura de la información y su significado a través del enlace con terminologías médicas. Así mismo, este real decreto de modificación tiene en cuenta los aspectos de interoperabilidad transfronteriza en el marco de la Unión Europea y la Directiva 2011/24/UE de Asistencia Sanitaria transfronteriza, en un momento de implantación generalizada de los sistemas interoperables. Finalmente promueve una adaptación al estado del conocimiento y práctica clínica en pro de la asistencia sanitaria a las personas de manera más ágil.</p>		
<b>Objetivos que se persiguen</b>	<p>Adecuar el modelo de datos, contenidos y alcance de los informes clínicos interoperables del Sistema Nacional de Salud en base al conocimiento, modelo de práctica clínica y estándares actuales, además de cumplir con los requerimientos de interoperabilidad de la UE, siempre en beneficio de la mejor asistencia sanitaria a las personas.</p>		
<b>Principales alternativas consideradas</b>	<p>Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que tras 12 años de vigencia del anterior real decreto y considerando los avances en el conocimiento y sistemas digitales se precisa adaptarlo al estado del arte y la normativa europea de asistencia sanitaria transfronteriza.</p> <p>Se han considerado dos alternativas:</p>		



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborar un nuevo real decreto que derogue y sustituya el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre.</li><li>• Modificar el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre.</li></ul> <p>Se ha optado por la segunda alternativa, eliminando uno de los artículos, y modificando un artículo, la Disposición Final segunda, y sustituyendo los anexos, para trasladar el contenido técnico regulado en el articulado a los anexos del real decreto.</p>
<b>CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO</b>	
<b>Tipo de norma</b>	Real Decreto
<b>Estructura de la Norma</b>	La norma se estructura en una exposición de motivos, un artículo único, dos disposiciones transitorias y una disposición final.
<b>Informes recabados</b>	<p><u>Trámites pendientes:</u></p> <p>Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad de conformidad con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.</p> <p>Informes de los siguientes Departamentos Ministeriales de acuerdo con el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Informe de los Ministerios de Defensa, de Asuntos Económicos y Transformación Digital y de Hacienda y Función Pública (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).</li><li>• Informe del Ministerio de Política Territorial en materia de adecuación del proyecto al orden de distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas (artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).</li><li>• Informe de la Oficina de Coordinación y Calidad Normativa del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática (artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).</li></ul> <p>Pleno del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Agencia Española de Protección de Datos.</p> <p>Comisión Ministerial de Administración Digital.</p>



	<p>Comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).</p> <p>Informe de las Mutualidades de Funcionarios: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).</p> <p>Consejo de Estado.</p>	
<b>Trámite de consulta pública</b>	<p>Se ha sometido a consulta pública previa en cumplimiento del artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. Fue llevada a cabo del 13 al 27 de junio de 2022.</p>	
<b>Trámite de audiencia/Información pública</b>	<p>El proyecto se someterá al trámite de información pública a través del portal web del Ministerio de Sanidad, de conformidad con el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.</p>	
<b>ANÁLISIS DE IMPACTOS</b>		
<b>ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS</b>	<p>La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1.<sup>a</sup> y 149.1. 16.<sup>a</sup> de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad</p>	
<b>IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO</b>	<b>Efectos sobre la economía en general.</b>	<p>Por su propia naturaleza, este real decreto no va a tener impacto directo negativo ni sobre el empleo, ni sobre la productividad. No se prevé un impacto en la economía general.</p> <p>Sí tiene un impacto positivo por cuanto la innovación en los informes y la normalización de contenidos clínicos facilita la interoperabilidad de los informes clínicos dentro del SNS y esto a su vez evita la duplicidad y repetición de pruebas médicas cuando un ciudadano es atendido en otra comunidad autónoma distinta de aquella en la que el ciudadano tiene activa su tarjeta sanitaria individual.</p>



	<b>En relación con la competencia</b>	<input checked="" type="checkbox"/> La norma no tiene efectos significativos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> La norma tiene efectos positivos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> La norma tiene efectos negativos sobre la competencia.
	<b>Desde el punto de vista de las cargas administrativas.</b>	<input type="checkbox"/> Supone una reducción de cargas administrativas. Cuantificación estimada _____ € <input type="checkbox"/> Incorpora nuevas cargas administrativas. Cuantificación estimada _____ € <input checked="" type="checkbox"/> No afecta a las cargas administrativas
	Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de la Administración General del Estado. <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales.	<input type="checkbox"/> Implica un gasto: _____ €. <input type="checkbox"/> Implica un ingreso.
<b>IMPACTO DE GÉNERO</b>	La norma tiene un impacto de género	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
<b>IMPACTO POR RAZÓN DE CAMBIO CLIMÁTICO</b>	La norma proyectada no tiene impacto por razón de cambio climático.	
<b>OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS</b>	Se espera que el impacto sobre la salud de la población sea positivo dado que objetivos generales que persigue la norma son establecer medidas que consoliden la equidad y la cohesión, por cuanto la normalización de contenidos clínicos facilita la interoperabilidad de los informes clínicos dentro del SNS y esto a su vez evita la duplicidad y repetición de pruebas médicas y supone una mejora de la calidad asistencia en el SNS. A la vez, se agiliza la incorporación o	



	modificación de los informes clínicos adecuándolos al estado del conocimiento científico y práctica clínica, permitiendo la recogida de la información precisa para la mejor asistencia sanitaria.
<b>EVALUACIÓN EX POST</b>	Dada la naturaleza de la norma, que aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del SNS, no concurre ninguna causa que haga necesaria la evaluación normativa ex post de esta ley

## ÍNDICE DE LA MEMORIA

### I.- JUSTIFICACIÓN DEL CARÁCTER ABREVIADO DE LA MEMORIA

### II.- OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA

1. Motivación.
2. Objetivos.
3. Alternativas.
4. Adecuación a los principios de buena regulación.
5. Plan anual normativo.

### III.- CONTENIDO

1. Estructura.
2. Contenido.
3. Principales novedades.

### IV.- ANÁLISIS JURÍDICO

1. Fundamento jurídico y rango normativo.
2. Derogación de normas.

### V.- ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS

Títulos competenciales: identificación del título prevalente.

### VI.- DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

### VII.- ANÁLISIS DE IMPACTOS

1. Impacto presupuestario.
2. Impacto por razón de género.



MINISTERIO  
DE SANIDAD

3. Impacto por razón de cambio climático.
4. Otros impactos.

#### **VIII.- EVALUACIÓN *EX POST***



## I.- JUSTIFICACIÓN DEL CARÁCTER ABREVIADO DE LA MEMORIA

Considerando que del proyecto de real decreto de modificación no se derivan impactos apreciables en los ámbitos de impacto económico y presupuestario, cargas administrativas, impacto por razón de género u otros impactos, como los de carácter social y medioambiental, materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad se ha estimado oportuno la realización de una memoria abreviada.

## II.- OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA

### 1. Motivación.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula en su artículo 15 el contenido mínimo de la historia clínica de cada paciente y en su disposición adicional tercera, dispone que “El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las comunidades autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición”.

Reforzando lo dispuesto por la Ley 41/2002, el artículo 56 de la Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, encomienda al Ministerio de Sanidad, con el acuerdo de las comunidades autónomas e INGESA, la coordinación de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, previamente acordados con éstas, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de dicha asistencia.

Como consecuencia de este mandato, se elabora el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que establece el conjunto mínimo de datos que deben contener una serie de documentos clínicos, cualquiera que sea el soporte, electrónico o papel, en que los mismos se generen, aplicable a todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud.

El contenido técnico que disponen los anexos de este Real Decreto fue resultado del consenso de diversos grupos de sociedades científicas y expertos de las comunidades autónomas en materia de interoperabilidad semántica.

Esta norma ha permitido alcanzar un grado significativo de homogeneidad, tanto en la estructura general de los documentos normalizados como en los contenidos clínicos asociados a cada elemento de información, no obstante, pasados cerca de 12 años desde que esta norma se aprobara con el respaldo del Consejo Interterritorial



del Sistema Nacional de Salud, es necesario en la actualidad avanzar en la interoperabilidad mediante el enlace de las estructuras de información con el conocimiento, para lo cual es preciso no sólo representar la estructura de la información sino también su significado a través del enlace con terminologías médicas. Esta combinación constituye un elemento clave para posibilitar la interoperabilidad de los informes clínicos entre los diferentes centros y dispositivos del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, la Directiva 2011/24/UE, de Asistencia Sanitaria transfronteriza, dispone que los Estados Miembros de la Unión Europea (UE) garanticen la continuidad asistencial de los ciudadanos dentro de la UE. Con el objeto de posibilitar el cumplimiento de esta obligación, el artículo 14 de la Directiva crea la Red de Sanidad electrónica o eHealth Network (eHN), que se constituye como un organismo político y estratégico para la Salud Electrónica en Europa que tiene como cometido desarrollar un Marco Europeo de Interoperabilidad para los Servicios Transfronterizos de Información de Sanidad Electrónica (Cross-Border eHealth Information Services – CBeHIS) con el fin de conseguir un alto nivel de confianza y seguridad, mejorando la continuidad asistencial y garantizando el acceso a una atención sanitaria segura y de alta calidad

El Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, que transpone la Directiva 2011/24/UE al ordenamiento jurídico español, en sus artículos 5 y 6 dispone que, para garantizar la continuidad asistencial, desde las administraciones públicas se promoverá el acceso electrónico a la documentación clínica por medio de los sistemas de información dispuestos a tal efecto por el ordenamiento jurídico.

Con motivo de lo anterior, es necesario normalizar nuevos tipos de documentos, necesidad que es igualmente resultado de la evolución de los sistemas de Historia Clínica Electrónica y de los consensos alcanzados a nivel europeo en aspectos de comunicación de contenidos entre sistemas heterogéneos, que derivan de la participación de España en la Red de Sanidad electrónica (eHealth Network) así como en las infraestructuras de comunicación de información de Sanidad Electrónica de la Unión Europea.

Adicionalmente, la modificación que introduce este real decreto dotará al Ministerio de Sanidad de la necesaria agilidad para la actualización de los informes clínicos recogidos en los anexos o la inclusión de nuevos informes clínicos, conforme al avance en el conocimiento científico y la gestión de la información clínica.



## 2. Objetivos.

Los objetivos generales que persigue la norma son contribuir a la mejora de la interoperabilidad de los informes clínicos que se producen en el SNS, adecuándolos al estado de arte y normativa actuales.

Los objetivos específicos que persigue este real decreto de modificación son:

- Adecuar el modelo de datos, contenidos y alcance de los informes clínicos interoperables en base al conocimiento, modelo de práctica clínica y estándares actuales con mayor celeridad, de manera que los beneficios alcancen a los pacientes en el menor tiempo posible.
- Cumplir con los requerimientos de interoperabilidad de la UE para la participación en los servicios europeos “Mi Salud en la UE” que establece una infraestructura de intercambio de información transfronteriza para cumplir con las obligaciones que dispone la Directiva 2011/24/UE.
- Mejorar la composición de la información clínica requerida, formulando modelos de información clínicos, integrando los recursos de normalización semántica del SNS y teniendo en cuenta las opciones existentes para la implementación técnica de éstos.

En definitiva, el Ministerio de Sanidad, busca con este real decreto, aplicar medidas que consoliden la equidad y la cohesión, por cuanto la normalización de contenidos clínicos facilita la interoperabilidad de los informes clínicos dentro del SNS y esto a su vez evita la duplicidad y repetición de pruebas médicas y supone una mejora de la calidad asistencia en el SNS.

## 3. Alternativas.

Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que se precisa adaptar el Real Decreto al estado del arte y la normativa europea (Directiva 2011/24/UE de asistencia sanitaria transfronteriza)

Se han considerado dos alternativas:

- Elaborar un nuevo real decreto que derogue y sustituya el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre.
- Modificar el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre.

Se ha optado por la segunda alternativa, modificando dos de sus 3 artículos para trasladar el contenido técnico regulado en el articulado a los anexos del real decreto.

## 4. Adecuación a los principios de buena regulación.



El Real Decreto de modificación propuesto cumple con los principios de buena regulación a los que se refiere el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, siendo los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia, en tanto que el mismo persigue el interés general al pretender aplicar medidas que consoliden la equidad y la cohesión, por cuanto la normalización de contenidos clínicos facilita la interoperabilidad de los informes clínicos dentro del SNS y esto a su vez evita la duplicidad y repetición de pruebas médicas y supone una mejora de la calidad asistencia en el SNS. Asimismo, resulta coherente con el ordenamiento jurídico tanto nacional como europeo vigente.

Así, de acuerdo con los principios de necesidad y eficacia, la iniciativa normativa debe estar justificada por una razón de interés general, basarse en una identificación clara de los fines perseguidos y ser el instrumento más adecuado para garantizar su consecución. En este sentido, la norma viene justificada por una razón de interés general tan poderosa como es la necesidad de fortalecer la interoperabilidad semántica dentro del SNS, favoreciendo la equidad en el acceso a la prestación sanitaria y la cohesión entre los diferentes territorios.

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

En virtud del principio de proporcionalidad, la iniciativa que se proponga deberá contener la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, tras constatar que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios. En este aspecto, la norma es respetuosa con el principio de intervención mínima, habiéndose constatado que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios.

Por lo que respecta al principio de seguridad jurídica, se trata de una norma con rango reglamentario que modifica otro real decreto, cuya tramitación e integración en el ordenamiento jurídico goza de las garantías que amparan a las normas de este rango. A su vez, como garantía de este principio, esta iniciativa se adopta de manera coherente con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea.

En aplicación del principio de transparencia, se han puesto a disposición de la ciudadanía los documentos propios del proceso de elaboración de la norma, para lo que se ha sometido a consulta pública previa, del 13 de junio al 27 de junio de 2022, en cumplimiento del artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.



En cuanto a la aplicación del principio de eficiencia, la iniciativa normativa evita la imposición de cargas administrativas.

Del mismo modo, durante el procedimiento de elaboración de la norma, se han tenido en cuenta la experiencia previa y las peticiones trasladadas por las sociedades científicas, expertos y comunidades autónomas.

## 5. Plan anual normativo.

El presente proyecto de real decreto se encuentra recogido en el PAN del año 2022 (página 113).

### III.- CONTENIDO

#### 1. Estructura.

Este proyecto de real decreto de modificación, se compone de una exposición de motivos, un artículo único con trece apartados, dos disposiciones transitorias y una disposición final.

#### 2. Contenido.

Se detalla el contenido a continuación:

a. El artículo único se divide en trece apartados:

Uno: Se elimina el artículo 2 del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, sobre la estructura de los datos de los informes clínicos del SNS.

Dos: Se modifica el artículo 3 del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, remitiendo a los anexos II a X los criterios de conformación de los informes clínicos (variables, características, estándares e información complementaria). Así mismo, se permite a las comunidades autónomas e INGESA incorporar variables adicionales a las reguladas en los anexos, si bien, el artículo enfatiza la necesidad de cumplir obligatoriamente con el conjunto mínimo de datos recogido en la norma, siendo el Ministerio de Sanidad el encargo de velar por su cumplimiento.

Tres: Se modifica la disposición final segunda del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, para el desarrollo normativo y adaptación del real decreto, de manera que, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la persona titular del Ministerio de Sanidad esté facultada por un lado para dictar las disposiciones necesarias para la aplicación y desarrollo de lo establecido en este real decreto y, por otro lado, para introducir en los anexos de este real decreto cuantas modificaciones de carácter técnico fuesen precisas para mantenerlo adaptado a las innovaciones técnicas que se produzcan y especialmente a lo dispuesto en la normativa comunitaria.

4. Sustituye el anexo I del real decreto



5. Sustituye el anexo II del real decreto.
6. Sustituye el anexo III del real decreto.
7. Sustituye el anexo IV del real decreto.
8. Sustituye el anexo V del real decreto.
9. Sustituye el anexo VI del real decreto.
10. Sustituye el anexo VII del real decreto.
11. Sustituye el anexo VIII del real decreto.
12. Sustituye el anexo IX del real decreto.
13. Añade un anexo X al real decreto.

b. La disposición transitoria primera se refiere al plazo de adaptación de los documentos generados en el Sistema Nacional de Salud.

c. La disposición transitoria segunda se refiere a la evaluación de conformidad de los modelos existentes por parte del Ministerio de Sanidad.

d. La disposición final primera recoge la entrada en vigor de la norma al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del Estado

### **3. Principales novedades.**

Destacan como novedades las modificaciones de los anexos, que se reenumeran de la siguiente forma:

El actual anexo I, que recoge el conjunto de datos del informe clínico de alta, pasa a ser el anexo II.

El actual anexo II, que recoge el conjunto de datos del informe clínico de consulta externa, pasa a ser el anexo III.

El actual anexo III, que recoge el conjunto de datos del informe clínico de urgencias, pasa a ser el anexo IV.

El actual anexo IV, que recoge el conjunto de datos del informe clínico de atención primaria, pasa a ser el anexo V.

El actual anexo V, que recoge el conjunto de datos del informe de resultados de pruebas de laboratorio, pasa a ser el anexo VI.

El actual anexo VI, que recoge el conjunto de datos del informe de resultados de pruebas de imagen, pasa a ser el anexo VII.



El actual anexo VII, que recoge el conjunto de datos del informe de cuidados de enfermería, pasa a ser el anexo IX

El actual anexo VIII, que recoge el conjunto de datos de la historia clínica resumida, pasa a ser el anexo X.

El actual anexo IX, que recoge el listado alfabético de abreviaturas utilizadas, pasa a ser el anexo I, que recoge el listado de informes y principios generales

Se añade un nuevo anexo VIII (actualmente es la historia clínica resumida), que recoge el “informe de resultados de otras pruebas diagnósticas”

Además, se establece que las Comunidades Autónomas y el INGESA adoptarán necesariamente este conjunto mínimo de datos en pro de la interoperabilidad del SNS, pudiendo, en el ámbito de sus competencias, añadir a los informes otras variables que consideren pertinentes; siendo el Ministerio de Sanidad responsable de validar los informes interoperables antes de su puesta a disposición en el SNS.

#### IV.- ANÁLISIS JURÍDICO

##### 1. Fundamento jurídico y rango normativo.

Esta norma se dicta en uso de las habilitaciones conferidas por la disposición adicional tercera de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y el artículo 56 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, como ya se ha descrito en el apartado I.1 de esta Memoria.

Su aprobación ha permitido alcanzar un grado significativo de homogeneidad, tanto en la estructura general de los documentos normalizados como en los contenidos clínicos asociados a cada elemento de información, no obstante, pasados cerca de 12 años desde que esta norma se aprobara, y contando con la normativa comunitaria surgida en los últimos años, destacando la Directiva 2011/24/UE, de Asistencia Sanitaria Transfronteriza, es necesario modificar el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, para fortalecer e incrementar las capacidades del Sistema Nacional de Salud en materia de interoperabilidad, al objeto de abordar con mayores garantías los retos presentes y futuros de la salud de la población española y europea.

Asimismo debe tenerse en cuenta el reparto competencial establecido en la Constitución, y más concretamente, en lo previsto en el artículo 149.1.1ª y 16ª de la Constitución, que atribuye al Estado las competencias para establecer las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales y las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente.



De esta forma, el rango previsto para la norma (real decreto, aprobado por el Consejo de Ministros) es correcto, toda vez que el artículo 24 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, señala que las decisiones de los órganos regulados en esta ley revisten, entre otras, las formas de reales decretos aprobados en Consejos de Ministros, que aprueban normas reglamentarias de la competencia éste.

En relación a la congruencia con el ordenamiento jurídico nacional, la propuesta de modificación planteada, tal como se ha expuesto en anteriores puntos, está en consonancia con la normativa nacional

En lo referente a la congruencia con el ordenamiento jurídico de la Unión Europea cabe destacar que se respeta de forma íntegra la normativa comunitaria, concretamente la Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y su normativa de desarrollo.

Finalmente, cabe señalar que el proyecto de Real Decreto es respetuoso con lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución Española, así como con la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, que lo desarrolla, al no quedar comprometida la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud con la reforma planteada.

## **2. Derogación de normas.**

El proyecto de norma, que modifica determinados artículos de un real decreto, no deroga norma alguna.

## **3. Entrada en vigor y vigencia.**

Se fija la fecha de entrada en vigor de la ley el día siguiente al de su publicación, dado el interés general que persigue y la necesidad de aplicación inmediata de los cambios que contiene, siendo su vigencia indefinida. Todo ello de conformidad con el artículo 23, párrafo segundo, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

## **V.- ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS**

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



Se respeta en este sentido el orden constitucional de distribución de competencias.

Cabe destacar que las comunidades autónomas han participado de forma activa en la elaboración de la norma a través de su participación en el Grupo de trabajo constituido a tal efecto. Además, está previsto que participen a través del Consejo Interterritorial del SNS, órgano con representación autonómica que, a su vez, también informará el proyecto.

## VI.- DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

### Trámites efectuados:

Para la modificación de los anexos del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que recoge este proyecto de real decreto, se ha creado el Grupo de Trabajo del CMDIC con las comunidades autónomas y las sociedades científicas más representativas dentro de los ámbitos afectados por el real decreto. Este proceso ha consistido en la celebración de varias reuniones entre los días 18 de mayo de 2022 y 22 de julio de 2022.

Así mismo, este proyecto de real decreto fue sometido al trámite de consulta pública previa a la elaboración del texto, previsto en el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, a efectos de recabar la opinión de los sujetos potencialmente afectados por la futura norma, entre los días 13 de junio y 27 de junio de 2022, recibándose 19 observaciones de organizaciones y sociedades científicas. Las observaciones recibidas en este período de consulta pública y la valoración que de cada una de ellas se ha realizado figuran en el anexo a esta memoria.

### Trámites pendientes:

El proyecto, al tratarse de una disposición que puede afectar a los derechos e intereses legítimos de los ciudadanos, se va a someter al trámite de información pública a través del portal web del Ministerio, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

A su vez, en el marco de las Administraciones públicas se han recabado los siguientes informes:

:

- Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.
- Informe de los Ministerios de Defensa, Asuntos Económicos y Transformación Digital y de Hacienda y Función Pública (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Política Territorial en materia de adecuación del proyecto al orden de distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas (artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).



- Informe de la Oficina de Coordinación y Calidad Normativa del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática (artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Pleno del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud (art. 4.1 del Real Decreto 1515/1992, de 11 de diciembre, por el que se regula la composición y funciones del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud).
- Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (art. 71 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).
- Agencia Española de Protección de Datos.
- Comisión Ministerial de Administración Digital (artículo 7.4 del Real Decreto 806/2014, de 19 de septiembre, sobre organización e instrumentos operativos de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la Administración General del Estado y sus Organismos Públicos).
- Comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)
- Informe de las Mutualidades de Funcionarios: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

El proyecto de real decreto será dictaminado por el Consejo de Estado conforme a lo previsto en el artículo 22.3 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.

Finalmente, será sometido al Consejo de Ministros para su aprobación según lo dispuesto por el artículo 5.h) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

## VII.- ANÁLISIS DE IMPACTOS

### 1. Impacto presupuestario.

Desde un punto de vista general, se considera que este proyecto de real decreto de modificación no tiene una incidencia sobre la economía en general, al no afectar sus disposiciones al precio de los productos o servicios, no adoptarse medidas que promuevan la creación o destrucción de empleo o la modificación de las condiciones de trabajo, no incorporar medidas destinadas a promover la investigación o desarrollo de nuevas tecnologías, ni aumentar la oferta de bienes y servicios a disposición de los consumidores.

Sí se prevé un impacto económico positivo por cuanto la normalización de contenidos clínicos facilita la interoperabilidad de los informes clínicos dentro del SNS y esto a su vez evita la duplicidad y repetición de pruebas médicas cuando un ciudadano es atendido



en otra comunidad autónoma distinta de aquella en la que el ciudadano tiene activa su tarjeta sanitaria individual.

Las modificaciones que introduce este proyecto de real decreto no suponen impacto presupuestario alguno, por lo que su impacto es nulo.

Así mismo, tampoco tiene impacto sobre la competencia en el mercado, ya que no se incluye ningún aspecto que implique la utilización de alguno de los productos regulados por la norma en concreto por parte de los ciudadanos que pueda suponer una distorsión de la competencia en el mercado, posibles restricciones al acceso de nuevas empresas, o que limite la libertad de las ya existentes para competir o sus incentivos para hacerlo

## **2. Impacto por razón de género.**

No se prevé impacto por razón de género.

## **3. Impacto por razón de cambio climático.**

No se prevé impacto por razón de cambio climático

## **Otros impactos.**

Se espera que el impacto sobre la salud de la población sea positivo dado que objetivos generales que persigue la norma son establecer medidas que consoliden la equidad y la cohesión, por cuanto la normalización de contenidos clínicos facilita la interoperabilidad de los informes clínicos dentro del SNS y esto a su vez evita la duplicidad y repetición de pruebas médicas y supone una mejora de la calidad asistencia en el SNS.

Sí se prevé que este proyecto de real decreto permita una mayor agilidad en la adecuación técnica de los informes clínicos al conocimiento científico y necesidades de gestión de la información clínica, lo que redundará en una mayor seguridad para los pacientes y por tanto una mayor calidad de la asistencia sanitaria.

## **VIII.- EVALUACIÓN EX POST**

Una vez analizados todos los criterios contenidos en el artículo 3.1 del Real Decreto 286/2017, de 24 de marzo, por el que se regulan el Plan Anual Normativo y el Informe Anual de Evaluación Normativa de la Administración General del Estado y se crea la Junta de Planificación y Evaluación Normativa, se concluye que en el presente caso no concurre ninguna causa que haga necesaria la evaluación normativa *ex post* de esta ley, y ello debido a que el proyecto:

- No supone coste o ahorro presupuestario significativo para la Administración General del Estado.



- No implica incremento o reducción de cargas administrativas para los destinatarios de la norma que resulte significativo por el volumen de población afectada o por incidir en sectores económicos o sociales prioritarios.
- No tiene una incidencia relevante sobre los derechos y libertades constitucionales.
- No plantea conflictividad previsible con las comunidades autónomas.
- No presenta impacto sobre la economía en su conjunto o sobre sectores destacados de la misma.
- No produce efectos significativos sobre la unidad de mercado, la competencia, la competitividad o las pequeñas y medianas empresas.
- No presenta un impacto relevante por razón de género.



## **ANEXO. TABLA DE OBSERVACIONES REALIZADAS EN EL TRÁMITE DE CONSULTA PÚBLICA PREVIA**

Este proyecto de real decreto de modificación del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, se somete al trámite de consulta pública previa, en base a lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, durante los días 13 a 27 de junio de 2022.

### **I). OBSERVACIONES REALIZADAS EN EL TRÁMITE DE CONSULTA PÚBLICA PREVIA POR LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES (POP).**

<b>OBSERVACIONES</b>
<b>PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES (POP)</b>
Presentan un informe sobre el impacto de la modificación de los anexos que recogen el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos del SNS (CMDIC). Se indican a continuación las siguientes propuestas: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Se sugiere referir de forma indistinta a la aplicación de estos informes para sanidad pública y privada.</li><li>2. Se propone incluir en la modificación del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, el enfoque de la formación, para facilitar materiales didácticos a los profesionales.</li><li>3. En términos generales, efectúa sugerencias de incorporación de apartados de información que sin embargo ya están recogidos en el actual Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre.</li></ol>
<b>Tras analizar las aportaciones, se considera que:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Se rechaza por estar fuera del alcance de la norma</li><li>2. Se rechaza por estar fuera del alcance de la norma</li><li>3. Se rechaza por no aplicar al estar ya incluidos en la actual norma.</li></ol>

### **II). OBSERVACIONES REALIZADAS EN EL TRÁMITE DE CONSULTA PÚBLICA PREVIA POR CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (CGCOF)**

<b>OBSERVACIONES</b>
----------------------

### CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (CGCOF)

Presentan un informe sobre el impacto de la modificación de los anexos que recogen el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos del SNS (CMDIC). Se indican a continuación las siguientes propuestas:

1. Sugieren la fijación de un contenido común de la información trasladada al farmacéutico a través de la receta médica en todas las CCAA. En este sentido, comentan que, si bien aplicaría el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, sería conveniente delimitar los datos mínimos en el CMDIC dado que estos difieren entre CCAA.
2. Sugieren incorporar el historial farmacoterapéutico como documento en el CMDIC.

#### Tras analizar las aportaciones, se considera que:

1. Se rechaza por estar fuera del alcance de la norma y tener una regulación propia con el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre.
2. Se rechaza por existir ya información de este tipo en todos los informes clínicos salvo en los informes de resultados de pruebas diagnósticas, en el que no procede su inclusión desde el punto de vista clínico. Adicionalmente, cabe indicar que el CGCOF no aporta una propuesta de contenido que pueda valorarse en el grupo de trabajo del CMDIC.

### III). OBSERVACIONES REALIZADAS EN EL TRÁMITE DE CONSULTA PÚBLICA PREVIA POR GRUPO DE SALUD DIGITAL DE LA FUNDACIÓN INSTITUTO PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA (Fundación IMAS)

#### OBSERVACIONES

#### GRUPO DE SALUD DIGITAL DE LA FUNDACIÓN INSTITUTO PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA (Fundación IMAS)

Presentan un amplio informe sobre el impacto de la modificación de los anexos que recogen el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos del SNS (CMDIC). Se indican a continuación las siguientes propuestas:

1. El ámbito de la norma está limitado al ámbito público, sin embargo, IMAS sugiere que se establezcan unos contenidos mínimos comunes aplicables para el ámbito público y privado.
2. Sugieren que sea obligatorio el soporte electrónico para los informes clínicos recogidos en la norma.
3. La nueva norma debería definir con precisión a qué se refiere conceptualmente con cada uno de los tipos de informe.
4. Proponen incorporar un identificador digital único por cada ciudadano o ciudadana.

5. Proponen incorporar la dirección de correo electrónico del ciudadano o ciudadana en los informes clínicos.
6. Sugieren, para aquellos ciudadanos o ciudadanas que tengan un tutor legal o un alto grado de dependencia, incorporar (a los datos ya existentes del paciente) los datos del tutor y/o cuidador.
7. Proponer incorporar la denominación de la entidad del seguro médico privado que actúa como proveedor.
8. Todos los proveedores sanitarios deberán estar incluidos en REGCESS y disponer de un identificador único.
9. Se sugiere normalizar con criterios clínicos las especialidades asistenciales contenidas en el actual real decreto.
10. Proponen que todo profesional sanitario tenga un identificador único.
11. Proponen hacer un apartado específico con información relativa a los antecedentes personales, sociales y profesionales.
12. Sugieren tener en cuenta en la redacción de los informes la norma UNE – EN ISO 13940.
13. Se aportan recomendaciones sobre el modelo de datos que recoge el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, respecto a la información del recién nacido.
14. Se propone dar la información necesaria a los pacientes para favorecer su participación activa en la asistencia sanitaria.

**Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

1. Se rechaza por estar fuera del alcance de la norma
2. Se rechaza dado que el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, dispone que los interesados podrán elegir los medios de relación (electrónicos o no) con las administraciones públicas, no estando las personas físicas, obligadas a relacionarse electrónicamente con la administración. La disponibilidad de la información clínica debe ser preferiblemente en soporte electrónico, en línea con el espíritu de la normativa administrativa, si bien, el soporte no puede condicionar la emisión, registro o disponibilidad de la información clínica para la ciudadanía.
3. Se rechaza, pues el sentido de los informes se recoge ya en distintas normas, entre ellas, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente o el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, entre otras normas a nivel europeo como la Directiva 2011/24/UE de Asistencia Sanitaria Transfronteriza.
4. Se rechaza dado que ya existe el CIP-SNS como identificador único e inequívoco para la población protegida del SNS que se utiliza indistintamente en soporte analógico y digital.
5. Se acepta y se incluye en los distintos informes recogidos en los anexos del real decreto.
6. Se acepta, mejorando el informe, incorporando la siguiente información: cuidador principal, tutor legal y contacto de emergencia.
7. Se rechaza dado que ya existe un campo “provisor de servicios” en el que se puede incorporar el dato concreto de la entidad aseguradora (bien sea el SNS o cualquier otra entidad aseguradora)

8. Se rechaza dado que está fuera del alcance de la norma, pues REGCESS tiene su propia normativa. Adicionalmente, cabe señalar que este registro administrativo que permite conocer ya los centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad, autorizados por las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía, no teniendo que coincidir necesariamente con la entidad proveedora de servicios asistenciales.
9. Se rechaza, dado que en las reuniones mantenidas en el grupo de trabajo del CMDIC con las CCAA se ha acordado que este aspecto excede del CMDIC y se ha consensuado eliminar el catálogo, haciendo referencia a la normativa que regula las especialidades asistenciales.
10. Se rechaza por estar fuera del alcance de la norma
11. Se acepta esta propuesta incorporándose en los anexos según proceda por tipo de informe y acuerdo de las CCAA.
12. Se rechaza dado que esta norma trata la interoperabilidad organizativa, que trasciende el alcance del CMDIC siendo competencia de las CCAA.
13. Se rechaza por estar fuera del alcance de la norma.
14. Se rechaza por estar fuera del alcance de la norma, siendo además competencia de las CCAA.