



MINISTERIO  
DE SALUD

No. 2019-9600-191

## MEMORANDUM

**PARA** : Carlos Alfredo Castillo.  
Oficial de Información

**DE** : Dra. Emperatriz Crespín  
Jefe Unidad de Atención Integral a Todas Formas de Violencia.

**FECHA** : 17 de octubre de 2019



En respuesta a memorandum N° 2019-6017-1548 de fecha 16 de los corrientes, en el cual se requiere información relacionada con el proceso a seguir para homologar una constancia emitida por el Hospital Militar Central, lo cual según resolución ministerial 224 de fecha 23 de septiembre 2019, cada institución que atiende al paciente deberá llenar el formulario respectivo y se deberá entregar al FONAT directamente para que el proceso de entrega de compensación económica se ponga en marcha. Se adjunta resolución ministerial 224 y formulario actualizado que deberá completar el Hospital Militar Central en este caso para que sea entregado en el FONAT.

Agradeciendo su atención, me despido de usted, no sin antes enviarle muestras de mi estima y aprecio.

Cordialmente,

EAE/SDEG

[www.salud.gob.sv](http://www.salud.gob.sv)  
Calle Arce #827, San Salvador, El Salvador. C.A.  
MINSAL-Unidad de Atención Integral a Todas Formas de Violencia  
Teléfonos (503) 2591-7371; Conmutador PBX (503) 2591-7000  
[www.salud.gob.sv](http://www.salud.gob.sv)

**RECIBIDO**  
FECHA 17-10-19  
NOMBRE OTC- Unidad al  
8.002



MINISTERIO  
DE SALUD

**HOY SE HA EMITIDO RESOLUCIÓN MINISTERIAL N.º 224 QUE DICE:**

"Ministerio de Salud, San Salvador, a los 23 días del mes de septiembre del año dos mil diecinueve.

**CONSIDERANDO:**

- I. Que de conformidad al artículo 42 numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, establece la potestad del Titular de esta Secretaría de Estado, para dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población;
- II. Que con fecha catorce de abril del año dos mil quince, se oficializo el *Lineamiento técnico para el llenado de la hoja de constancia de asistencia médica en accidente de tránsito*, el cual define los procedimientos a seguir para el adecuado llenado de la constancia de asistencia médica de las víctimas de accidente de tránsito;
- III. Que conforme Decreto Legislativo n.º 31, publicado en el Diario Oficial número 139, Tomo 416, de fecha 26 de julio de 2017, se reformó el *Reglamento de la Ley Especial para la constitución del Fondo para la Atención a Víctimas de Accidentes de Tránsito*; que en su artículo 28-A literal c), requiere que el MINSAL homologue la constancia médica.
- IV. Que visto el memorándum 2019-6019-0534 de fecha 23 de agosto del presente año, por medio del cual el Director Nacional del Sistema de Emergencias Médicas, solicita reforma al instrumento relacionado en el considerando segundo, con el propósito de estandarizar la constancia médica para todas las instituciones de salud incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y con la finalidad de atender dicha solicitud se hace necesario reformar el referido documento.

**POR TANTO:** en uso de sus facultades legales, **ACUERDA** aprobar la siguiente:

**Reforma a *Lineamientos técnicos para el llenado de la hoja de constancia de asistencia médica en accidente de tránsito***

**Artículo 1.-** Adiciónanse al Romano I. Base legal en lo relativo al *Reglamento de la Ley Especial para la Constitución del Fondo para la Atención a Víctimas de Accidente de Tránsito*, agregando al artículo 33 los incisos cuarto y quinto de la siguiente manera:

«En igual obligación estarán las distintas instituciones de salud, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, las cuales deberán documentar e informar sobre la

atención de toda víctima de un accidente de tránsito que tenga algún grado de discapacidad y pueda ser beneficiario del fondo.

Quienes incumplan con lo dispuesto en el presente artículo, serán sancionados conforme a lo dispuesto en la ley que corresponda.»

**Artículo 2.-** Adiciónanse al Romano IV, Desarrollo Técnico, Mecanismos de Atención de Víctima de Accidente de Tránsito, al Título de los literales C. y D., lo siguiente: «(HOSPITAL NACIONAL)» por lo que dichos títulos quedarán así:

C. UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA (HOSPITAL NACIONAL)

D. HOSPITALIZACIÓN (HOSPITAL NACIONAL)

**Artículo 3.-** Adiciónanse al Romano IV, Desarrollo Técnico, Mecanismos de Atención de Víctima de Accidente de Tránsito, los literales E. y F., así:

E. EMERGENCIA, (ISSS, HOSPITAL PRIVADO).

El médico responsable de la atención a la víctima en la Unidad de Emergencia debe garantizar lo siguiente (ver anexo 7):

1. Correcto llenado del expediente clínico, de acuerdo con lo establecido en su normativa interna.
2. El paciente que ha sido atendido por el SEM, debe llevar la hoja de atención Prehospitalaria, la cual debe ser anexada al expediente clínico (ver anexo 5).
3. Si el paciente es dado de alta de la Unidad de Emergencia y presenta discapacidad, se debe entregar la constancia médica por discapacidad a víctimas de accidente de tránsito correspondiente, firmada por el médico tratante y con visto bueno de la Dirección del hospital (ver anexo 6), y referencia para rehabilitación en caso de ser necesario, debiendo dejar copia de ambas constancias en el expediente, con firma de recibido.
4. Si el paciente fallece en la Unidad de Emergencia o quirófano, se debe llenar el certificado de defunción para fines internos hospitalarios de acuerdo a lo establecido en su norma interna, con el diagnóstico de CIE-10, y se debe reportar a FGR quien coordinará con IML.
5. En caso de que el paciente solicite alta exigida y presenta discapacidad, se le debe entregar la constancia de atención médica para pacientes víctimas de accidente de tránsito, enfatizando la categoría de "alta exigida".
6. Si el paciente fallece durante su traslado desde un hospital a otro, dicha muerte se catalogará como "muerte hospitalaria" y se procederá según "Norma para Registro de Hechos Vitales"; es decir, se debe regresar el fallecido al hospital que originó la referencia.

## F. HOSPITALIZACIÓN (ISSS, HOSPITAL PRIVADO)

El médico responsable de la atención a la víctima en la hospitalización debe garantizar lo siguiente:

1. Correcto llenado de las notas de evolución en el expediente clínico de acuerdo a la gravedad del caso.
2. Llenado completo y adecuado de la hoja de egreso hospitalario estableciendo el diagnóstico de lesión de causa externa.
3. Si el paciente es dado de alta y presenta discapacidad, se debe entregar constancia médica por discapacidad a víctimas de accidente de tránsito correspondiente, firmada por el médico tratante y con visto bueno de la Dirección del hospital (ver anexo 6) y referencia para rehabilitación en caso de ser necesario, debiendo dejar copia de ambas constancias en el expediente, con firma de recibido.
4. Si el paciente fallece se debe llenar el certificado de defunción para fines internos hospitalarios de acuerdo a lo establecido en su Normas, con el diagnóstico de CIE-10 y se debe reportar a FGR quien coordinará con IML.
5. En caso de que el paciente solicite alta exigida y presenta discapacidad se le debe entregar la constancia de atención médica para pacientes víctimas de accidente de tránsito, enfatizando la categoría de "alta exigida".
6. En el caso que una persona requiera información acerca del procedimiento para el reclamo al FONAT, la instancia competente en el ISSS será Trabajo Social y en los Hospitales privados a quienes estos deleguen a través de su administración.

**Artículo 4.-** Sustituir los anexos de Hoja de registro de atención prehospitalaria y Constancia de atención médica para pacientes víctimas de accidente de tránsito, por los anexos adjuntos al presente acuerdo.

**Artículo 5.-** El presente acuerdo entrará en vigencia el día de su oficialización.

### COMUNÍQUESE.

La Titular del Ramo de Salud, (f)

  
**Dra. Ana del Carmen Orellana Bendek**  
Ministra de Salud



No. DEMANDA

No.



XI. HISTORIA	HISTORIA AMPLIA		ADICIONES ALCOHOL: <input type="checkbox"/> _____ OTRAS: <input type="checkbox"/> _____
	A. ALÉRGICAS _____		
	M. MEDICAMENTOS _____		
P. PATOLOGÍAS PREVIAS _____			

XII. TRATAMIENTO	<b>VÍA AÉREA</b>	<b>CONTROL CERVICAL</b>	<b>ASISTENCIA VENTILATORIA</b>	<b>OXIGENOTERAPIA</b>	<b>CONTROL HEMORRAGIA VÍAS VENOSAS</b>
	<input type="checkbox"/> ASPIRACIÓN <input type="checkbox"/> CÁNULA OROFARÍNGEA <input type="checkbox"/> CÁNULA NASOFARÍNGEA <input type="checkbox"/> INTUBACIÓN NASOTRAQUEAL <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA <input type="checkbox"/> CRICOTIROIDOTOMÍA POR PUNCIÓN <input type="checkbox"/> INTUBACIÓN OROTRAQUEAL	<input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> COLLARIN RÍGIDO	<input type="checkbox"/> BOLSA MÁSCARA <input type="checkbox"/> VENTILADOR AUTOMÁTICO FRECUENCIA _____ VOLUMEN _____ FIO <sub>2</sub> _____ <input type="checkbox"/> DESCOMPRESIÓN PLEURAL CON AGUJA	<input type="checkbox"/> CÁNULA NASAL <input type="checkbox"/> MASCARILLA SIMPLE <input type="checkbox"/> MASCARILLA CON RESERVORIO <input type="checkbox"/> MASCARILLA VENTURI	

XIII. TRATAMIENTO	<b>MANEJO FARMACOLÓGICO Y TERAPIA ELÉCTRICA</b>					<b>NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN / SER TRASLADADO EXIMIENTE DE RESPONSABILIDAD</b> MEDIANTE LA PRESENTE DECLARO QUE ME NEGÓ A ACEPTAR EL TRATAMIENTO/ TRASLADO AL HOSPITAL Y RECONOZCO QUE EL PERSONAL DE LA AMBULANCIA DEL SEM ME RECOMENDARON LO ANTERIOR, POR LO QUE EXIMO AL SEM Y A DICHAS PERSONAS DE TODA RESPONSABILIDAD QUE PUDIERA DERIVAR AL HABER RESPETADO Y CUMPLIDO MIS DESEOS.																									
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>DOSIS</th> <th>VIA ADMON</th> <th>TERAPIA ELÉCTRICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA ADMON	TERAPIA ELÉCTRICA																				
	HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA ADMON	TERAPIA ELÉCTRICA																										
<input type="checkbox"/> RCP BÁSICA <input type="checkbox"/> INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> CURACIÓN <input type="checkbox"/> RCP AVANZADA <input type="checkbox"/> EMPAQUETAMIENTO <input type="checkbox"/> VENDAJE																															
FIRMA Y DUI DE PACIENTE _____			FIRMA Y DUI DE TESTIGO _____																												

XIV. RECEPCIÓN DEL PACIENTE	<b>CENTRO DE ENTREGA DE PACIENTE</b>		<b>ENTREGA PACIENTE</b>		<b>RECIBE PACIENTE</b>	
			NOMBRE, SELLO Y FIRMA _____		NOMBRE, SELLO Y FIRMA _____	

XIV. RECEPCIÓN DEL PACIENTE	<b>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO</b>		<b>MATERIAL DE INTERCAMBIO</b>	
	<b>DIAGNÓSTICO CIE-10 HOSPITALARIO</b>			

XV. INSUMOS UTILIZADOS	<b>INSUMO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>
	<input type="checkbox"/> MÁSCARA CUBREBOCA <input type="checkbox"/> GUANTES <input type="checkbox"/> ALGODÓN <input type="checkbox"/> GASA SIMPLE <input type="checkbox"/> VENDA DE GASA <input type="checkbox"/> COMPRESA ESTERIL <input type="checkbox"/> LANCETA	<input type="checkbox"/> TIRA HGT <input type="checkbox"/> VENDA ELÁSTICA <input type="checkbox"/> VENOCATH <input type="checkbox"/> JERINGAS <input type="checkbox"/> CÁNULA NASAL <input type="checkbox"/> MÁSCARA RESERVORIO <input type="checkbox"/> Sonda ASPIRACIÓN	<input type="checkbox"/> CÁNULA OROFARÍNGEA <input type="checkbox"/> CÁNULA NASOFARÍNGEA <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA <input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL <input type="checkbox"/> PLEUROCATH <input type="checkbox"/> TUBO DE TÓRAX <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA	<input type="checkbox"/> COLLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> ELECTRODO PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> ELECTRODO ADULTO <input type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA <input type="checkbox"/> Sonda NASOGÁSTRICA <input type="checkbox"/> Sonda VESICAL OTROS: _____	

NOTAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





ANEXO 5



### SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

### HOJA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

---

I. INSTITUCIÓN QUE ASISTE: MINSAL         
OTRA INSTITUCIÓN

---

FECHA: \_\_\_\_\_ CÓDIGO AMBULANCIA: \_\_\_\_\_  
DIA DIA MES AÑO

**CRONOLOGÍA**

E	EL	EA	EC	EE	ED	D

MOTIVO ATENCIÓN: MÉDICA  QUIRÚRGICA  GINECOOBSTÉTRICA

DIRECCIÓN DE LA ASISTENCIA: \_\_\_\_\_

LUGAR DEL INCIDENTE  
 HOGAR  VÍA PÚBLICA  TRABAJO  EDUCATIVO  DEPORT/RECREA

---

**III. PACIENTE**

NOMBRE PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 DUI: \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

---

**IV. CAUSA TRAUMÁTICA**

LESIONES CAUSADAS POR:  
 ARMA DE FUEGO  ARMA BLANCA  AUTOMOTOR  CAIDA  
 VAPULEADO  QUEMADURA  SUSTANCIA  MORDEDURA  
 OTROS: \_\_\_\_\_ AGENTE CAUSAL: \_\_\_\_\_

ACCIDENTE VIAL: AUTOMOTOR  MOTOCICLETA  BICICLETA  OTROS

VÍCTIMA: PEATON  CONDUCTOR  PASAJERO

TIPO: COLISIÓN  VOLCADURA  OTRO  IMPACTO: FRONTAL  LATERAL

PARABRISAS: INTEGRO  ROTO/DOBLADO  VOLANTE: INTEGRO  DOBLADO

BOLSA DE AIRE: SI  NO  CINTURÓN: COLOCADO  NO COLOCADO

VÍCTIMA DENTRO DEL VEHÍCULO: SI  NO  ATRAPADO  EYEOTADO

APRISIONADO  CASCO: COLOCADO  NO COLOCADO

---

**V. CAUSA CLÍNICA**

ORIGEN PROBABLE  
 NEUROLÓGICA  CARDIOVASCULAR  RESPIRATORIA  METABÓLICA   
 DIGESTIVA  UROGENITAL  GINECOBST.  PSICO-EMOTIVA   
 INFECCIOSA  ONCOLÓGICA  MUSC. ESQUELET  OTRAS

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_  
 1a. VEZ  SUBSECUENTE

---

**VI. PARTO**

GRAVEZ  PARTO  ABORTOS  CESÁREA

FUR \_\_\_\_\_ EDAD GESTACIONAL \_\_\_\_\_ FECHA PROBABLE PARTO \_\_\_\_\_  
 SALIDA LÍQUIDO TRANSVAG  RUPTURA MEMBRANAS  DILAT. CERV. \_\_\_\_\_  
 INICIO CONTRACC \_\_\_\_\_ FRECUENCIA \_\_\_\_\_ DURACION \_\_\_\_\_

FREC. CARDIACA FETAL \_\_\_\_\_ RIESGO MATERNO: BAJO  ALTO

DATOS POSTPARTO HORA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_  
 PLACENTA EXPULSADA  PLACENTA COMPLETA  INCOMPLETA

DATOS DEL RECIÉN NACIDO: PRODUCTO: VIVO  MUERTO  MASC  FEM

APGAR: 1 MIN \_\_\_\_\_ 5 MIN \_\_\_\_\_ 10 MIN \_\_\_\_\_

REANIMACIÓN: SI  NO  TIEMPO DE REANIMACIÓN: \_\_\_\_\_ MIN

**GRADUACIÓN**

Señal	Puntuación	
	0 Puntos	1 Punto
Apariencia Púrpura	Prezudo Ausente	Prezudo Azules ~ 100 Lpm
Gestación	No responde	Muscul. v. llanto débil
Actividad	Muscul. Flácidos	Criero fono mdscurar
Respiración	No Respura	Respiración Lenta
		Fuerte y regular, Bast

**VII. EVALUACIÓN INICIAL**

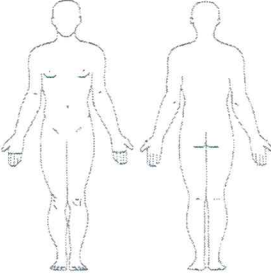
NIVEL DE CONCIENCIA  
 CONSCIENTE  PERMEABLE  
 RESPUESTA A ESTÍMULO VERBAL  NO PERMEABLE  
 RESPUESTA A ESTÍMULO DOLOROSO  AUSCULTACION  
 INCONSCIENTE  RUIDOS NORMALES  
 PATRÓN RESPIRATORIO  RUIDOS ANORMALES  
 REGULAR  RUIDOS AUSENTES  
 IRREGULAR  
 RÁPIDA  PUPILAS \_\_\_\_\_  
 SUPERFICIAL  
 APNEA

PULSOS  CAROTÍDEO  CALIDAD  RÁPIDO  NORMAL  CARACTERÍSTICAS  
 RADIAL  LENTO  PALIDA  FRIA  
 AUSENTE  RÍTMICO  CIANÓTICA  DIAPRESIS  
 ARRÍTMICO

---

**VIII. EVALUACIÓN FÍSICA**

IDENTIFIQUESE EL SITIO Y TIPO DE LA AFECCIÓN



- LACERACIÓN
- ABRASIÓN
- HEMATOMA
- CONTUSIÓN
- DEFORMIDAD
- FRACTURA ABIERTA
- HPPAF
- AVULSION
- DOLOR
- ARMA BLANCA
- QUEMADURA
- EDEMA
- AMPUTACIÓN PARCIAL
- AMPUTACIÓN COMPLETA

OTROS: \_\_\_\_\_

---

**IX. MONITOREO**

HORA	FR	FC	TA	SatO <sub>2</sub>	TEMP	GLUC	MEN	CONDICIÓN

MINI EXAMEN NEUROLÓGICO (MEN)  
 ALERTA "A", VERBAL "V", DOLOR "D", INCONSCIENTE "I"

---

**X. VALORACIÓN DE TRAUMA**

PARÁMETRO	VALORES	PUNTAJE	CATEGORIZACIÓN	
FREC. RESP	10 - 29	4	ROJO	PUNTAJE
	> 29	3	11	
	6 - 9	2		AMARILLO
	1 - 5	1		
TENSION ARTERIAL SISTOLICA	0	0	VERDE	12
	90	4		
	75 - 89	3	NEGRO	0
	50 - 75	2		
	1 - 49	1	SCORE TOTAL A LLEGADA _____	
	0	0		
ESCALA COMA GLASGOW	14 - 15	4	SCORE TOTAL EN ENTREGA _____	
	9 - 13	3		
	6 - 8	2		
	4 - 5	1		
	3	0		

OCULAR: 4. ESPONTÁNEO 3. SONIDO 2. PRESIÓN 1. NINGUNO  
 VERBAL: 5. ORIENTADO 4. CONFUSO 3. INCOMPRESIBILE 2. SONIDOS 1. NINGUNO  
 MOTOR: 6. OBEDECE 5. LOCALIZA 4. FLEXIÓN NORMAL 3. FLEXIÓN ANORMAL  
 2. EXTENSIÓN 1. NINGUNO

OSALUD, MINSAL, ICF, YSA, 2014. V.3.1.000000000000000000



**CONSTANCIA MEDICA POR DISCAPACIDAD A VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO.**

El infrascrito médico \_\_\_\_\_ del  
establecimiento de salud del MINSAL/ISSS/ Hospital Privado: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente hago constar que el paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad

Con DUI # \_\_\_\_\_ fue atendido por ser víctima de un accidente de tránsito

Fecha de Ingreso al centro hospitalario: \_\_\_\_\_

Fecha de Egreso del centro hospitalario: \_\_\_\_\_

MARQUE CON UNA "X" LA LIMITACION O DIFICULTAD QUE PRESENTA AL EGRESO:

- a. Física o motora (Parálisis, movilidad, amputaciones, otros) \_\_\_\_\_
- b. Mental (comprensión, conducta, lenguaje, conciencia, otros) \_\_\_\_\_
- c. Visual, auditiva u olfativa \_\_\_\_\_
- d. Deficiencias múltiples (especifique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TEMPORAL (duración 3-6 meses)  PERMANENTE (Mayor a 6 meses)

Como consecuencia de (los) siguiente(s) diagnóstico(s):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Causa externa: (incluir mecanismo, intencionalidad, lugar y actividad que realizaba el paciente)

\_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Hora del accidente: \_\_\_\_\_

Y para los usos legales que el (la) interesado(a) estime conveniente, se extiende la presente en la  
Ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año  
\_\_\_\_\_.

F: \_\_\_\_\_

F: \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico

Firma y sello del director del establecimiento de salud