

Guía de mensajería para consulta de historia clínica resumida

Modelo de Integración
de la Gerencia Regional de Salud
de la Junta de Castilla y León

Versión 1.1 08/09/2008

©Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad

Coordinación: *Dirección Técnica de Tecnologías de la Información.*

Dirección General De Desarrollo Sanitario

Impresión: *Imprenta García (Ávila)*



Derechos reservados:

El material presentado en este documento puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros siempre y cuando se haga una referencia específica a este material, y no se obtenga ningún beneficio comercial del mismo.

Cualquier material basado en este documento deberá contener la referencia "Guías de Integración de la Gerencia Regional de Salud , Dirección Técnica de Tecnologías de la Información, Dirección o General De Desarrollo Sanitario, Junta de Castilla y León "

Descripción completa de la licencia: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/legalcode.es>

1. INTRODUCCIÓN Y ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO	5
1.1. CAPA DE CONTROL (EVENTO O ACTO).....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
1.2. CAPA DE CARGA ÚTIL	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2. PERFIL DE MENSAJES “SOLICITUD DE RESUMEN DE HC”	5
2.1. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO.....	5
2.2. ACTORES	5
2.3. CASO DE USO.	6
2.4. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	7
2.5. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES.....	7

1. Introducción y estructura del documento.

El presente documento define por completo el intercambio de datos de historia clínica relativo a pacientes atendidos en SACYL. Dicho intercambio se ha definido siguiendo el estándar de mensajería HL7 Versión 3.

Junto a este documento es necesario el documento de elementos comunes de mensajería V3 de SACYL.

A continuación se definen los casos de uso contemplados en la especificación, los diagramas de secuencias asociados, y por último el contenido estático de los mensajes intercambiados.

2. Perfil de Mensajes “Gestión de HC”.

2.1. Descripción del escenario

Este escenario describe el conjunto de interacciones relativas a datos de historia clínica con un repositorio de Historia Clínica.

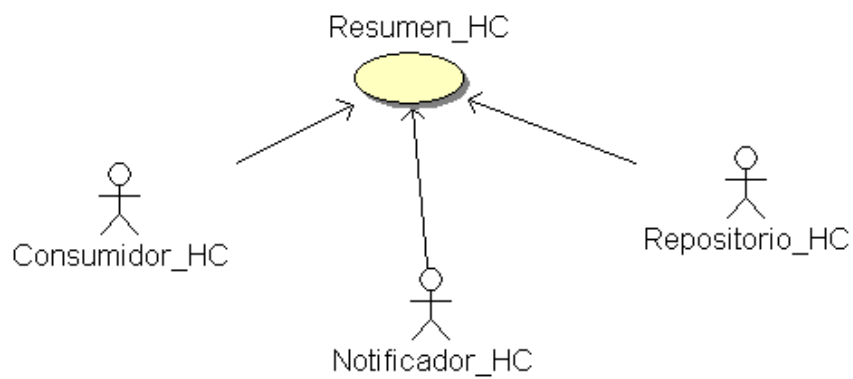
2.2. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ORIGEN DATOS HC [REPOSITORIO HC]	Sistema que almacena todos los datos relativos a la atención de un paciente. El sistema es capaz de: <ul style="list-style-type: none">• Resumir esta información y generar un “resumen de historia clínica” del paciente.• Recibir información de actos clínicos realizados sobre el paciente desde otros sistemas
CONSUMIDOR DATOS HC [CONSUMIDOR]	Sistema que requiere consultar datos de historia clínica de una persona, (en base a un identificador principal del paciente).
NOTIFICADOR	Sistema que requiere registra una a actuación clínica sobre el paciente, y

[NOTIFICADOR]

que la comunica al sistema repositorio.

2.3. Caso de uso.



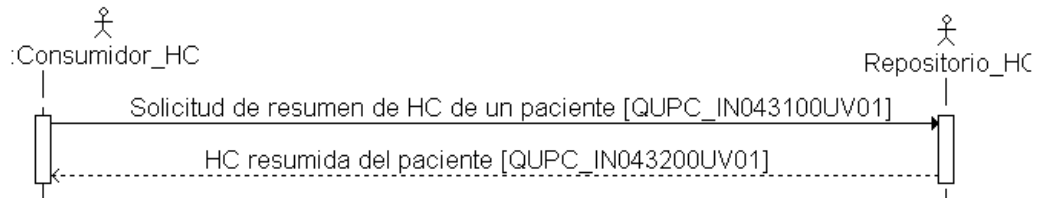
2.3.1. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
QUPC_IN043100UV01	Consulta de lista de pacientes que cumplan criterios en sus datos administrativos	CONSUMIDOR	REPOSITORIO
QUPC_IN043200UV01	Respuesta con la lista de pacientes que cumplen una serie de criterios en sus datos administrativos	REPOSITORIO	CONSUMIDOR
REPC_IN004014UV01	Notificación de actuación sobre un paciente	NOTIFICADOR	REPOSITORIO

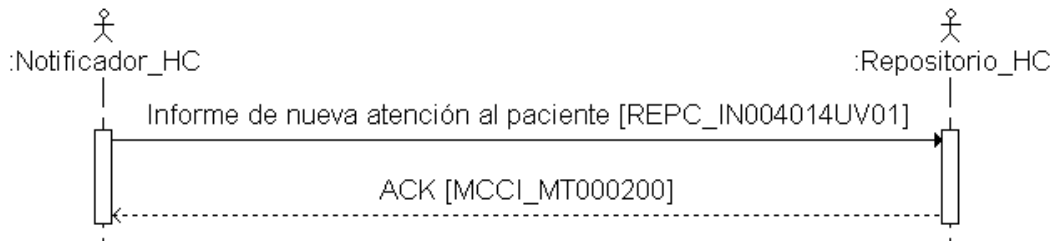
2.4. Definición dinámica.

2.4.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para una consulta de historia clínica.



Para el caso de notificaciones, el diagrama de secuencias es el siguiente:



2.5. Definición estática de mensajes.

La definición exacta de la composición del mensaje puede encontrarse en los documentos anexos a éste.

Los ejemplos XML ofrecen una plantilla válida para la constitución del mensaje.

Los documentos Excel permiten asociar la información con su ubicación en el mensaje.

2.5.1. Mensaje QUPC_IN043100UV01 [Solicitud de HC]

Evento disparador

Esta interacción se inicia cuando un sistema necesita solicitar el resumen de historia clínica del paciente. La petición se dirige entonces al centro responsable de la atención del paciente. El centro responde con dicha información si la tiene o un mensaje de error si hay algún problema en la información.

El mensaje se envía cuando se requiere conocer el resumen de HC de un paciente. Envía el

identificar principal del paciente de quien se quiere conocer el resumen.

El mensaje permite indicar el intervalo de fechas para el que se quiere conocer el resumen de atención.

Estructura

El mensaje sigue el esquema QUPC_IN043100UV01.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero Excel "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es la siguiente:

```
< QUPC_IN043100UV01 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( ... Datos de mensajería ... )
<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="RQO">
<QueryByParameter>
  <!-- Id único de la solicitud -->
  <queryId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.2"
  extension="IDENTIFICADOR_UNICO_DE_LA_SOLICITUD"/>
  <statusCode code="new"/>
  <parameterList>
    ( ... Criterios de búsqueda ... )
  </parameterList>
</QueryByParameter>
</controlActProcess>
</ QUPC_IN043100UV01>
```

La capa de carga útil contiene los parámetros de búsqueda.

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene un elemento "code" con la información del tipo de evento asociado a la consulta (fijo al valor 'QUPC_TE043100UV01').

```
<!-- Código del trigger para petición de HC -->
```



```
<code code=" QUPC_TE043100UV01"/>
```

Capa de datos útiles

En este mensaje, esta capa transmite el identificador datos del paciente paciente, así como otros datos de la consulta.

Estos datos se transmiten bajo el elemento `< QueryByParameter >`.

- **Datos de consultas**

```
<QueryByParameter>
  <queryId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.2"
  extension="IDENTIFICADOR_UNICO_DE_LA_PETICION"/>
  <statusCode code="new"/>
  <parameterList>
    (.....)
  </parameterList>
</QueryByParameter>
```

Este elemento contiene la siguiente información:

- Identificador único de la petición. Se trata de un identificador único que debe asignar el sistema que genera la consulta. Su funcionamiento es similar al identificador del mensaje, solo que en este caso lo que identifica es la consulta en cuestión.
- Estado de la consulta. El atributo `code` del nodo `<statusCode>` deberá ser siempre `"new"`, ya que esta implementación no contempla el uso de consultas partidas.
- El nodo `<parameterList>` contiene la lista de datos con los que se realizará la consulta.

- **Parámetros de consulta**

```
<parameterList>
  <!-- Opcional: incluir el periodo del que se quiere el resumen de cuidados-->
  <careRecordTimePeriod>
    <value>
```

```

    <!-- Periodo mínimo (low)-->
    <low value="2001010"/>
    <!-- Periodo máximo (high)-->
    <high value="20101203"/>
  </value>
</careRecordTimePeriod>
<!-- Obligatorio: un identificar principal del paciente -->
<patientId>
  <!-- Por ejemplo, para preguntar por una persona por su CIP.sns -->
  <value root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="ABD3216432"/>
</patientId>
<!-- Opcional (pero recomendable) el nombre y apellidos del paciente -->
<patientName>
  <value>
    <given>Alberto</given> <!-- Nombre -->
    <family>Saez</family> <!-- Apellido 1 -->
    <family>Torres</family> <!-- Apellido 2 -->
  </value>
</patientName>
</parameterList>

```

Los distintos elementos de consulta seran;

- Fechas del periodo solicitado (opcional). En el caso de querer que el resumen solicitado se limite a un periodo, se pueden definir los rangos máximo y mínimo:
 - Fecha mínima, en el atributo [*careRecordTimePeriod/value/low@code*]
 - Fecha máxima, en el atributo [*careRecordTimePeriod/value/high@code*]
- Identificador principal del paciente, en atributo [*patientId/value/@extension*]. El tipo de identificador se refleja en el atributo [*patientId/value/@root*].
- Nombre del paciente (opcional) Se envian como parámetros adicionales a la identificación del paciente:
 - Nombre del paciente [*patientName/value/@name*].
 - 1º Apellido del paciente [*patientName/value/@family[1]*].
 - 2ª Apellido del paciente [*patientName/value/@family[2]*].

2.5.2. Mensaje QUPC_IN043200UV01 [Respuesta a una solicitud de resumen de Historia Clínica]

Evento disparador

El mensaje se envía en respuesta a la solicitud de resumen de historia clínica de un paciente (QUPC_IN043100UV01).

Contendrá la lista de pacientes encontrados, o un indicador de que no se han encontrado pacientes.

Estructura

El mensaje sigue el esquema QUPC_IN043200UV01.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero Excel "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

```
<QUPC_IN043200UV01 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
  ( ... Datos de mensajería ... )
  <acknowledgement>( ... Datos de aceptación ... )</acknowledgement>
    <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
      <subject typeCode="SUBJ">
        <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
          ( ... Datos de control ... )
          <subject2 typeCode="SBJ"> < careProvisionEvent classCode="PAT" >( ... Resumen de HC ) </
careProvisionEvent >></subject2>
          <custodian typeCode="CST"> ( ... Datos del responsable del registro de HC ) </custodian>
        </registrationEvent>
      </subject>
    <queryAck>( ... Datos generales de respuesta ) </queryAck>
  </controlActProcess>
</QUPC_IN043200UV01 >
```

En este caso, la capa de mensajería contiene un elemento de control de aceptación (*acknowledgement*), la capa de control, datos generales e la respuesta (*queryAck*).

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común, salvo que añade el elemento de aceptación:

- **Datos de aceptación**

```
<acknowledgement>
  <!-- Tipo de respuesta: AA (Si no ha habido ningún problema) AE (Si se ha producido algún error) -->
  <typeCode code="AA"/>
  <targetMessage>
    <!-- Id del mensaje que está contestando -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="34653456"/>
```

```

</targetMessage>
<acknowledgementDetail typeCode="E">
  <text>Texto del mensaje si es error</text>
</acknowledgementDetail>
</acknowledgement>

```

Este elemento tiene los siguientes datos:

- Tipo de respuesta. (atributo code del elemento typeCode) Puede tener los siguientes valores:
 - “AA” Si el mensaje se ha procesado correctamente y los procesos que solicitaba se han ejecutado sin problemas.
 - “AE” Si ha habido algún problema al procesar el mensaje o al ingresar sus datos. En este caso, se debe incluir el elemento `<acknowledgementDetail>`
- Mensaje al que se contesta: copia del elemento `<id>` del mensaje al que se está contestando.
- Detalles del error: En caso de que el typeCode sea “AE”, se envía la descripción del error en el elemento text del nodo `<acknowledgementDetail>`.

Capa de control

La estructura general de la capa de control para este mensaje tiene la siguiente forma:

```

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
  <!--
  Registro localizado
  -->
  <!-- El siguiente elemento es fijo, y corresponde al evento desencadenante -->
  <code code="QUPC_TE043200UV01" codeSystem="2.16.840.1.113883.1.11.19427"/>
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
      <!-- Estado del registro. Será 'active' siempre salvo que esté marcado como erróneo, en cuyo caso
      deberá indicar 'obsolete'-->
      <statusCode code="active"/>
      <!-- Responsable del registro: El centro de atención que ha generado el resumen -->
      <custodian typeCode="CST">{... Responsable del registro ...}</custodian>
      <subject2 typeCode="SUBJ">
        <careProvisionEvent classCode="PCPR" moodCode="EVN">{
          (...Resumen de historia clínica: capa de datos útiles ...)

          </careProvisionEvent>
        </subject2>
      </registrationEvent>
    </subject>

```

```

<!-- Datos generales de respuesta -->
<queryAck>
  <!-- Copia del QueryId del mensaje que contesta -->
  <queryId extension="QUERYID_QUE_CONTESTA" root="OID_que_contesta"/>
  <queryResponseCode code="OK"/>
  <!-- Número de resultados localizados -->
  <resultTotalQuantity value="1" />
</queryAck>
</controlActProcess>

```

Se envía una estructura `<subject>` con la información encontrada (si es que se ha encontrado información relevante a dicho paciente), con una presentación de la carga útil.

Se envía un elemento `<queryAck>` con los datos generales de respuesta.

- **Presentación de la carga útil**

El registro encontrado se envía en una estructura `<registrationEvent>` dentro de un elemento `<subject>`, con los siguientes datos estructurales:

- Estado del registro, el atributo `@code` del elemento `statusCode`. Podrá tener los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
active	Registro activo
obsolete	Registro no activo (el paciente no está activo en el centro de salud)

- Elemento `<custodian>`, con los datos del sistema responsable del registro de historia clínica (concretamente el centro de salud).

```

<custodian typeCode="CST">
  <!-- Responsable del registro: El centro de atención que ha generado el resumen -->
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del sistema que es responsable del registro -->
    <id root="....." extension=".." />
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <name>Centro de Salud del Paciente</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</custodian>

```

```

</assignedOrganization>
</assignedEntity>
</custodian>

```

- Identificador del sistema responsable de haber generado el resumen de historia (el sistema de gestión del centro), en el elemento *custodian/assignedEntity/id*
- El nombre del centro donde se ubica esa historia clínica, en el elemento *custodian/assignedEntity/assignedOrganization/name*
- Elemento *<subject2>*, con el resumen de historia clínica. Este punto se detalla en el punto “capa de datos útiles”.

- **Datos generales de respuesta**

```

<queryAck>
<!-- Copia del QueryId del mensaje que contesta -->
<queryId extension="QUERYID_QUE_CONTESTA" root="OID_que_contesta" />
<!--
queryResponseCode: estado de la consulta
AE: (ApplicationError) Un error ha ocurrido destino (más detalles en text)
NF: (No data found) No se han encontrado
OK: (Data found) Se ha encontrado algún registro
QE: (QueryParameterError) Los parámetros de búsqueda no son correctos (más detalles en text)
-->
<queryResponseCode code="OK"/>
<!-- Número de resultados localizados -->
<resultTotalQuantity value="1" />
</queryAck>

```

Este elemento permite enviar la siguiente información:

- Código de respuesta (*<queryResponseCode>*) que puede tomar los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
AE	ApplicationError	Un error ha ocurrido destino
NF	No data found	No se han encontrado pacientes con esos criterios.
OK	Data found	Se ha encontrado algún registro

QE	QueryParameterError	Los parámetros de búsqueda no son correctos
----	---------------------	---

- Número de registros encontrados (en el elemento <resultTotalQuantity>.El contenido será "1" si se ha encontrado un registro, o "0", si no se ha encontrado ninguno.
- ID de consulta que contesta. Debe corresponder al queryId que está contestando, tanto en los atributos @extension como @root.

Capa de datos útiles

En el elemento <subject2> de la capa de control, se envía el resumen de historia clínica, así como los datos de interés del paciente.

```

<subject2 typeCode="SUBJ">
  <careProvisionEvent classCode="PCPR" moodCode="EVN">
    <!-- Tipo de atención: fijo a GENRL al ser de atención primaria -->
    <code code="GENRL" codeSystem="2.16.840.1.113883.1.11.13955"/>
    <statusCode code="active"/>
    <!-- fechas donde esta atención ha tenido lugar: fechas menor y mayor -->
    <effectiveTime>
      <low value="20000101"/>
      <high value="20091110"/>
    </effectiveTime>
    <recordTarget typeCode="RCT"> (... Datos del paciente ...)</recordTarget>
    <!-- contextControlCode: AN (additive non-propagating -->
    <pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
      <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
        <!-- Tratamientos activos -->
        <code code="CURMEDLIST" codeSystem=" 2.16.840.1.113883.1.11.13953"/> (... Tratamientos
activos ...)
      </actCategory>
    </pertinentInformation2>
    <!-- Procesos clínicos abiertos -->
    <pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
      <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
        <code code="PROBLIST"/> (... Procesos clínicos abiertos...)
      </actCategory>
    </pertinentInformation2>
    <!-- Alergias/Intolerancia-->
    <pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
      <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
        <code code="INTOLIST"/> (... Intolerancias/alergias ...)
      </actCategory>
    </pertinentInformation2>
    <!-- Vacunas -->
    <pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
      <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">

```

```

    <code code="VACINELIST"/>> (... Vacunas ...)
  </actCategory>
</pertinentInformation2>
<pertinentInformation2 typeCode="PERT">
  <!--Antecedentes-->
  <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
    <code code="HISTORYLIST"/>> (... Antecedentes ...)
  </actCategory>
</pertinentInformation2>
</careProvisionEvent>
</subject2>

```

En este elemento se incluye la siguiente información:

- Datos generales del resumen de historia (descripción, fechas de ámbito, etc.)
- Datos del paciente (nombre, identificadores, etc.) en el elemento *<recordTarget>*
- Datos agrupados del resumen de Historia Clínica. Los distintos datos que componen el resumen de Historia Clínica se envían agrupados en elementos *pertinentInformation2/actCategory* identificados por el elemento *code* que envían la siguiente información:
 - Lista de Antecedentes (*code="INTOLIST"*)
 - Lista de Tratamientos activos (*code code="CURMEDLIST"/>*)
 - Lista de Vacunas (*code code="VACINELIST"/>*)
 - Lista de Alergias/Intolerancias (*code code="INTOLIST"/>*)
 - Lista de Procesos Clínicos Abiertos (*code code="PROBLIST"/>*)
 - Lista de antecedentes (*code code="HISTORYLIST"/>*)

- **Datos generales del resumen de Historia Clínica**

Estos datos incluyen:

- El elemento *<code>* permite indicar que es un conjunto de registros de atención primaria, siendo fijo para esta implementación:

```

<!-- Tipo de atención: fijo a GENRL al ser de atención primaria -->
<code code="GENRL" codeSystem="2.16.840.1.113883.1.11.13955"/>

```

- Fechas de inclusión del conjunto de recursos del paciente *<code>* permite indicar el rango de fechas que incluyen el ámbito de atención:

```

<effectiveTime>
  <low value="20000101"/>

```



```
<high value="20091110"/>
</effectiveTime>
```

- La fecha menor se indica en el atributo *effectiveTime/low/@value*.
- La fecha mayor se indica en el atributo *effectiveTime/high/@value*.

- **Datos de paciente**

Los datos administrativos del paciente sobre el que se resume la atención se indican en el elemento `recordTarget`

```
<careProvisionEvent moodCode="EVN" classCode="ENC">
  (....)
  <recordTarget typeCode="RCT">
    (... Datos del paciente ...)
  </recordTarget>
  (....)
</careProvisionEvent>
```

Los datos del paciente (nombre, identificadores, etc.) se recogen en el elemento `<recordTarget>`. Su contenido se describe en el apartado de datos comunes.

- **Resumen de Antecedentes**

Los antecedentes del paciente se envían en una estructura `pertinentInformation2`, compuesto de un elemento `actCategory` cuyo elemento `code` tenga el valor "HISTLIST"

Cada antecedente se indicará en un elemento `component` dentro de `actCategory`, de la forma:

```
<pertinentInformation2 typeCode="PERT">
  <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
    <code code="HISTORYLIST" />
    <component typeCode="COMP">
      <observation classCode="COND" moodCode="INT">
        <id/>
        <code/>
        <value xsi:type="ST">Contenido para un antecedente de tipo texto</value>
      <!-- Si el antecedente es familiar, se incluyen los datos del familiar en el elemento subject -->
      <subject typeCode="SBJ">
        <personalRelationship classCode="PRS">
          <!-- Código de relación familiar (podría ser más específico) -->
          <code code="FAMMEMB" displayName="2.16.840.1.113883.5.111"/>
          <relationshipHolder determinerCode="INSTANCE" classCode="PSN">
            <!-- Literal del Familiar (obligatorio si el subgrupo es Familiar)-->
            <name>
```

```

    <given>Nombre familiar</given>
    <family>1º Apellido familiar</family>
    <family>2º Apellido familiar</family>
  </name>

  <!-- Sexo del familiar -->
  <administrativeGenderCode code="M"/
  <asOtherIDs classCode="PAT">
    <!-- Identificadores del familiar -->
    <!-- Identificador interno de MedoraCyL del Familiar (ID_ANT_FAMILIAR) (obligatorio si el
subgrupo es Familiar) -->
    <id/>
  </asOtherIDs>
</relationshipHolder>
</personalRelationship>
</subject>
</observation>
</component>
<component typeCode="COMP"> (... Antecedente.....) </component>
<component typeCode="COMP"> (... Antecedente.....) </component>
</actCategory>
</pertinentInformation2>

```

Cada dato del historial se describe en una estructura *component/observation* de la forma:

```

<component typeCode="COMP">
  <observation classCode="COND" moodCode="INT">
    <id/>
    <code/>
    <value xsi:type="ST">Contenido para un antecedente de tipo texto</value>
  </observation>
</component>

```

Los datos contenidos en este elemento son:

- Identificador único del antecedente en el sistema de Historia Clínica que ha generado el resumen en el elemento *observation/id*
- Tipo de antecedente en el atributo *observation/@code*, con los posibles valores (recuperados de la tabla LOINC, por lo que el *@codeSystem* es 2.16.840.1.113883.6.1:

TIPO DE ANTECEDENTE (@displayName)	CÓDIGO (@code)
Generales	11322-5
Quirúrgico	10167-5
Traumatológicos	8680-1
Gino-Obstétricos	11356-3
Tóxicos	18663-5
Perinatales	10162-6
Familiares	54114-4

- Valor del antecedente. en el elemento observaion/value, que puede ser de distintos tipos:
 - Si es un texto descriptivo, sera de tipo "ST" (atributo @xsi:type="CD"), y el contenido del elemento sera dicho texto.
 - Si es un valor en tabla de catálogo, sera de tipo "CD" (atributo @xsi:type="CD"), el atributo @codeSystem contendrá el OID del catálogo usado, mientras que el atributo @code contiene el código en dicho catálogo. En caso de que se quiera indicar la descripción, ésta se puede transmitir en el atributo @displayName.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
Catálogo	<p>Valor dentro de una tabla catálogo dentro de MEDORA</p> <p>xsi:type="CD"</p> <p>@code: el código</p> <p>@displayName: la descripción</p> <p>@codeSystem: la tabla de catálogo a usar</p>	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="....." displayName="aaa"/></pre>
Tóxico	<p>Valor dentro de la tabla "TOXICOS"</p> <p>@xsi:type="CD"</p> <p>@code: el código</p>	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100. 1.30.6" displayName="aaa"/></pre>

	<p>@displayName: la descripción</p> <p>@codeSystem: 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.6</p>	
Adicción	<p>Valor dentro de la tabla "ESTUPEFACIENTES"</p> <p>@xsi:type="CD"</p> <p>@code: el código</p> <p>@displayName: la descripción</p> <p>@codeSystem: 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.8</p>	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.8" displayName="aaa"/></pre>
Tabaco	<p>Valor dentro de la tabla "TABACO"</p> <p>@xsi:type="CD"</p> <p>@code: el código</p> <p>@displayName: la descripción</p> <p>@codeSystem: 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.7</p>	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.7" displayName="aaa"/></pre>
CIE	<p>Valor dentro de la tabla "CIE9MC"</p> <p>@xsi:type="CD"</p> <p>@code: el código</p> <p>@displayName: la descripción</p> <p>@codeSystem: 2.16.840.1.113883.6.2</p>	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" displayName="aaa"/></pre>
Texto Libre	<p>Descripción textual</p> <p>@xsi:type="ST"</p> <p>@value: el texto</p>	<pre><value xsi:type="ST">CONTENIDO</value></pre>
Dato Clínico	<p>Valor dentro de la tabla "DATOS CLÍNICOS"</p> <p>@xsi:type="CD"</p> <p>@code: el código</p> <p>@displayName: la descripción</p> <p>@codeSystem: 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.9</p>	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.9" displayName="aaa"/></pre>

- Familiar Relacionado. Los antecedentes familiares incluyen el elemento subject con información que permite identificar al familiar :

```

<component typeCode="COMP">
  <observation classCode="COND" moodCode="INT">
    <id/>
    <code/>
    <value xsi:type="ST">Contenido para un antecedente de tipo texto</value>
    <!-- Si el antecedente es familiar, se incluyen los datos del familiar en el elemento subject -->
    <subject typeCode="SBJ">
      <personalRelationship classCode="PRS">
        <!-- Código de relación familiar (podría ser más específico) -->
        <code code="FAMMEMB" displayName="2.16.840.1.113883.5.111"/>
        <relationshipHolder determinerCode="INSTANCE" classCode="PSN">
          <!-- Literal del Familiar (obligatorio si el subgrupo es Familiar)-->
          <name>
            <given>Nombre familiar</given>
            <family>1º Apellido familiar</family>
            <family>2º Apellido familiar</family>
          </name>
          <!-- Sexo del familiar -->
          <administrativeGenderCode code="M"/>
          <asOtherIDs classCode="PAT">
            <!-- Identificadores del familiar -->
            <!-- Identificador interno de MedoraCyL del Familiar (ID_ANT_FAMILIAR) (obligatorio si el
subgrupo es Familiar) -->
            <id/>
          </asOtherIDs>
        </relationshipHolder>
      </personalRelationship>
    </subject>
  </observation>
</component>

```

Los datos del familiar son los siguientes:

- Tipo de relación ("relación familiar" si no hay más datos), en elemento subject/ personalRelationship/ code
- Nombre del familiar:

- Nombre, en subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ name/ given
- Primer Apellido en subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ name/ family[1]
- Segundo apellido subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ name/ family[2]
- Sexo, en el atributo subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ administrativeGenderCode/@code
- Identificadores personales de la persona: cada identificador en un elemento, subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ asOtherIDs/ id
- **Resumen de Tratamientos activos**

Los antecedentes del paciente se envían en una estructura pertinentInformation2, compuesto de un elemento *actCategory* cuyo elemento *code* tenga el valor "CURMEDLIST"

Cada tratamiento se indicará en un elemento *component* dentro de *actCategory*, de la forma:

```
<actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
  <!--
    Tratamientos activos
  -->
  <code code="CURMEDLIST"/>
  <component typeCode="COMP" contextControlCode="AN">
    <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="EVN">
      <!--Identificador interno de MedoraCyL del tratamiento (ID_RECETA) -->
      <id/>
      <!--
        Medication administration events shall include SubstanceAdministration.effectiveTime which is used to
        indicate the start and stop date of a medication, and the frequency of administration.
      -->
      <!-- fecha de inicio y fin del tratamiento -->
      <effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
        <low value="20091202"/>
        <high value="20091203"/>
      </effectiveTime>
      <!-- posología: frecuencia de la administración del tratamiento -->
      <effectiveTime xsi:type="PIVL_TS">
        <period value="3" unit="h">
          <translation><originalText>Cada 3 horas</originalText></translation>
        </period>
      </effectiveTime>
      <confidentialityCode code="N"/>
    </substanceAdministration>
  </component>
</actCategory>
```

```

    <!-- Posología: Cantidad las unidades en las que está expresado (mg, ml, pastillas, tabletas) dependen del medicamento. -->
    <doseQuantity value="2" >
      <translation><originalText>2 pastillas</originalText></translation>
    </doseQuantity>
    <consumable typeCode="CSM">
      <medication classCode="ADMM">
        <administerableMedicine classCode="MMAT" determinerCode="INSTANCE">
          <id/>
          <!-- Código nacional (codificación Nomenclátor)-->
          <code code="cod_nomenclator" codeSystem=" 2.16.840.1.113883.2.19.30.2" >
            <!-- Código de producto (codificación Farmacia/Concylia) -->
            <translation code="xxx" displayName="xx" codeSystem=" 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.4"/>
          </code>
          <!-- Nombre del tratamiento (literal del medicamento, CI, o fórmula magistral) -->
          <name>Nombre del medicamento</name>
          <desc>Descripción del tratamiento (posología, etc.)</desc>
          <asSpecializedKind classCode="GEN">
            <!-- Tipo de prescripción:
            ManufacturedDrug (Medicamento)
            Mix (Fórmula Magistral)
            ActiveIngredientDrugEntityType (Principio activo)
            SacylCI (Conjunto de intercambio Sacyl)
            -->
            <code code="ManufacturedDrug" displayName="Medicamento"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.1"/>
          </asSpecializedKind>
        </administerableMedicine>
      </medication>
    </consumable>
  </substanceAdministration>
</component>
</actCategory>
</pertinentInformation2>

```

Cada elemento *component* contendrá un elemento *substanceAdministration*, con la siguiente información:

- Identificador único del tratamiento en el sistema de historia clínica del centro, en el elemento *id*.
- Fechas de inicio y fin de tratamiento:
 - Inicio del tratamiento, en *effectiveTime/low/@value*

- Fin del tratamiento, en *effectiveTime/high/@value*
- Nivel de confidencialidad del tratamiento:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
N	Normal
D	Sólo personal sanitario
R	Restringido
V	Muy restringido

- Posología:
 - Frecuencia de cada ingesta:
 - Cantidad (número): *effectiveTime/period/@value*
 - Tiempo (horas, minutos, etc.) *effectiveTime/period/@unit*
 - Descripción: *effectiveTime/period/ translation/originalText*
 - Cantidad en cada ingesta:
 - Cantidad (numérica) *doseQuantity/@value*
 - Unidades *doseQuantity/@unit* en el caso que el medicamento no esté descrito a través del Nomenclator (en cuyo caso cada unidad se refiere a las unidades de presentación : pastillas, obleas, supositorios, etc.).
 - Descripción: *doseQuantity/translation/originalText*
- Tratamiento:
 - Código bajo el Nomenclator: *consumable/ medication/ administrableMedicine/ code/@code*. El *@codeSystem* será **2.16.840.1.113883.2.19.30.2**
 - Código bajo Concylia: *consumable/ medication/ administrableMedicine/ code /translation /@code*. El *@codeSystem* será **2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.4**
 - Descripción *consumable/ medication/ administrableMedicine/name*
- Tipo de tratamiento (fórmula magistral, medicamento, etc) en función del valor de *consumable/ medication/ administrableMedicine/ asSpecializedKind/@code* El *@codeSystem* será **2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.1**. Los posibles valores se reflejan en la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
--------	-------------

ManufacturedDrug	Medicamento
Mix	Fórmula Magistral
ActiveIngredientDrugEntityType	Principio activo
SacylCI	Conjunto de intercambio Sacyl

- **Resumen de Vacunas**

Cada una de las vacunas del paciente se envían en una estructura pertinentInformation2, compuesto de un elemento *actCategory* cuyo elemento *code* tenga el valor "VACINELIST"

Cada vacuna se indicará en un elemento *component* dentro de *actCategory*, de la forma:

```
<pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
  <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
    <!--Lista de Vacunas -->
    <code code="VACINELIST"/>
    <component typeCode="COMP" contextControlCode="AN">
      <substanceAdministration moodCode="EVN" classCode="SBADM">
        <effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
          <!-- Fecha de aplicación-->
          <low value="20081920"/>
          <!-- ¿fecha de validez? -->
          <high value="20201020"/>
        </effectiveTime>
        <!-- Número de repetición de la vacuna -->
        <repeatNumber value="2"/>
        <consumable contextControlCode="AN" typeCode="CSM">
          <medication classCode="ADMM">
            <administerableMedicine classCode="MMAT" determinerCode="INSTANCE">
              <!-- Código MedoraCyL de la vacuna (ID_V_PRESENTACION) -->
              <code code="codigo_vacuna" codeSystemName="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.3"
                displayName="literal_vacuna"/>
              <desc>Nombre de la vacuna</desc>
              <!-- Nombre del lote -->
              <lotNumberText>Nombre del lote </lotNumberText>
            </administerableMedicine>
          </medication>
        </consumable>
      </substanceAdministration>
    </component>
  </actCategory>
</pertinentInformation2>
```

```

    </substanceAdministration>
  </component>
</actCategory>
</pertinentInformation2>

```

La información de la vacuna se describe en un elemento *substanceAdministration* que contiene la siguiente información:

- Fecha de aplicación, en *effectiveTime/low/@value*
- Fecha de validez, en *effectiveTime/high/@value*
- Número de la repetición de la vacuna, en *effectiveTime/ repeatNumber/@value*
- Nombre de la vacuna en *consumable/medication/ administerableMedicine/desc*
- Código de presentación de la vacuna en *consumable/medication/ administerableMedicine/code/@code* con *@codeSystem*
"2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.3"
- Nº de lote de la vacuna en *consumable/medication/ administerableMedicine/ lotNumberText*

- **Resumen de Alergias/Intolerancias**

Cada una de las vacunas/intolerancias del paciente se envían en una estructura *pertinentInformation2*, compuesto de un elemento *actCategory* cuyo elemento *code* tenga el valor "INTOLIST"

Cada intolerancia se indicará en un elemento *component* dentro de *actCategory*, de la forma:

```

<pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
  <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
    <!--
      Intolerancia
    -->
    <code code="INTOLIST"/>
    <component typeCode="COMP" contextControlCode="AN">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Identificador interno de MedoraCyL (ID_ALERGIA_PACIENTE)-->
        <id/>
        <code code="ALG" displayName="Alergia" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
        <text>Descripción/nombre de la alergia</text>
        <!-- Fecha de Fecha de inicio y Fecha de fin -->
        <effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
          <low value="20001023"/>
          <high value="20071012"/>

```

```

    </effectiveTime>
  </observation>
</component>
</actCategory>
</pertinentInformation2>

```

La información de la intolerancia/alergia se describe en un elemento *observation* que contiene la siguiente información:

- Identificador único de la intolerancia en el sistema de historia clínica que ha generado el resumen, en el elemento *id*.
- Indicador si es una alergia o una intolerancia, en el atributo *code/@code*

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
ALG	Alergia
OINT	Intolerancia

- Descripción de la intolerancia/alergia en el elemento *desc*
- Fechas de validez:
 - Fecha de inicio en *effectiveTime/low/@value*.
 - Fecha de fin (si hay) en *effectiveTime/high/@value*.

- **Resumen de procesos clínicos abiertos**

Cada una de los principales procesos abiertos del paciente se envían en una estructura *pertinentInformation2*, compuesto de un elemento *actCategory* cuyo elemento *code* tenga el valor "PROBLIST"

Cada problema se indicará en un elemento *component* dentro de *actCategory*, de la forma:

```

<pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
  <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
    <!-- Procesos clínicos abiertos -->
    <code code="PROBLIST"/>
    <component typeCode="COMP" contextControlCode="AN">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Identificador interno de MedoraCyL (ID_PCLINICO)-->
        <id/>
        <!-- Código estándar CIE (obligatorio) y Literal del CIE (no es necesario pero podría incluirse si se desea) -->
        <code code="xxx" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" displayName="trincherq 32uinq"
          codeSystemName="cie9mc">

```

```

<!-- Código estándar CIAP (obligatorio si no hay CIE)
Literal del CIAP (no es necesario pero podría incluirse si se desea) -->
<translation code="yy" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.44" displayName="yy"
codeSystemName="ciap2"/>

<translation code="id_tpc" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2"

displayName="zz" codeSystemName="TPC"/>
</code>
<text>Nombre del término</text>
<!-- Fecha de prescripción -->
<effectiveTime value="20001023" />
</observation>
</component>
</actCategory>
</pertinentInformation2>

```

La información del proceso se describe en un elemento *observation* que contiene la siguiente información:

- Identificador único del proceso en el sistema que ha generado el resumen de historia clínica, en el elemento *id*.
- Proceso abierto:
 - Código bajo CIE9MC, en *code/@code* (siendo *@codeSystem* 2.16.840.1.113883.6.2).
 - Literal bajo CIE9MC en *code/@displayName* (siendo *@codeSystem* 2.16.840.1.113883.6.2).
 - Código bajo CIAP, en *code/translation/@code* (siendo *@codeSystem* 2.16.840.1.113883.6.44).
 - Código bajo CIAP, en *code/translation/@displayName* (siendo *@codeSystem* 2.16.840.1.113883.6.44).
 - Código bajo la tabla de procesos clínicos (TPC), en *code/translation/@displayName* (siendo *@codeSystem* 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2).
 - Descripción en texto libre, en el elemento *desc*.
- Fecha de inicio del problema, en el elemento *effectiveTime/@value*.

2.5.3. REPC_IN004014UV01 [Notificación de atención a incluir en la HC]

Evento disparador

Esta interacción se inicia cuando un sistema necesita solicitar el resumen de historia clínica del paciente. La petición se dirige entonces al centro responsable de la atención del paciente. El centro responde con dicha información si la tiene o un mensaje de error si hay algún problema en la información.

El mensaje se envía cuando se requiere conocer el resumen de HC de un paciente. Envía el identificador principal del paciente de quien se quiere conocer el resumen.

El mensaje permite indicar el intervalo de fechas para el que se quiere conocer el resumen de atención.

Estructura

El mensaje sigue el esquema QUPC_IN043100UV01.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero Excel "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es la siguiente:

```
< REPC_IN004014UV01 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( .... Datos de mensajería ... )

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="RQO">
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
      ( .... Datos de control ... )

      <custodian typeCode="CST"> ( .... Datos del responsable del registro de HC ) </custodian>

      <subject2 typeCode="SBJ"> < careProvisionEvent classCode="PAT" >( .... Resumen de HC ) </
careProvisionEvent ></subject2>
    </registrationEvent>
  </controlActProcess>
</ REPC_IN004014UV01>
```

La capa de carga útil contiene la atención realizada a incluir en la historia clínica..

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

La estructura general de la capa de control para este mensaje tiene la siguiente forma:

```
<controlActProcess classCode="ACTN" moodCode="EVN">
  <code code="REPC_TE004014UV01"/>
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
      <statusCode code="complete"/>
      <custodian typeCode="CST">(..Datos del custodio del registro.) </custodian>
      <subject2 typeCode="SUBJ">
        <careProvisionEvent moodCode="EVN" classCode="ENC">
          <recordTarget typeCode="RCT">(.. Datos del Paciente ....)</recordTarget>
          <!-- Proceso clínico Datos de la atención recibida -->
          <pertinentInformation3 typeCode="PERT" contextConductionInd="true">
            <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
              (.. Datos del nuevo proceso clínico..)
            </observation>
          </pertinentInformation3>
        </careProvisionEvent>
      </subject2>
    </registrationEvent>
  </subject>
</controlActProcess>
```

El elemento controlActProcess contiene:

- un elemento "code" con la información del tipo de evento asociado (fijo al valor 'REPC_TE004014UV01').

```
<!-- Código del trigger -->
<code code="REPC_TE004014UV01"/>
```

- Un elemento *subject* con la información clínica.

Dentro del elemento subject podemos encontrar los siguientes datos:

- **Presentación de la carga útil**

La información clínica se envía en una estructura *<registrationEvent>* dentro de un elemento *<subject>*, con los siguientes datos estructurales:

- Estado del registro, el atributo @code del elemento statusCode. Podrá tener los

siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
active	Registro activo
obsolete	Registro no activo (el paciente no está activo en el centro de salud)

- Elemento `<custodian>`, con los datos del sistema responsable del registro del fragmento de historia clínica (concretamente el sistema que está enviando el mensaje).

```
<custodian typeCode="CST">
  <!-- Responsable del registro: El centro de atención que ha generado el resumen -->
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del sistema que es responsable del registro -->
    <id root="....." extension=".." />
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <name>Centro de Salud del Paciente</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</custodian>
```

- Identificador del sistema responsable, en el elemento `custodian/assignedEntity/id`
- El nombre del centro donde se ubica esa historia clínica, en el elemento `custodian/assignedEntity/assignedOrganization/name`
- Elemento `<subject2>`, con el resumen de historia clínica. Este punto se detalla en el punto “capa de datos útiles”.

Capa de datos útiles

Los datos clínicos se envían dentro de una estructura “careProvisionEvent” dentro del elemento `subject` de la capa de control.

```
<careProvisionEvent moodCode="EVN" classCode="ENC">
  <recordTarget typeCode="RCT">{... Datos del paciente ...}</recordTarget>
```

```

<!--
  Proceso clínico: Datos de la atención recibida -->
<pertinentInformation3 typeCode="PERT" contextConductionInd="true">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Identificador interno único del proceso en la aplicación que genera la atención -->
    <id extension="0003546" root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.6.20"/>
    <!-- Código estándar CIE (obligatorio) y Literal del CIE (no es necesario pero podría incluirse si se desea) -->
    <code code="xxx" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" displayName="trinchero 32uinq"
codeSystemName="cie9mc">
      <!-- Código del proceso clínico ID_TPC -->
      <translation code="ID_TPC" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2"
displayName="identificador_tpc" codeSystemName="TPC"/>
    </code>
    <!-- Fecha de diagnóstico -->
    <effectiveTime value="20080101"/>
    <!-- Nombre (adicional, si se desea) -->
    <value xsi:type="ST">Nombre</value>
    <!-- Médico que diagnostica-->
    <author typeCode="AUT" >
      <time value="20081919"/>
      <modeCode code="PHYSICAL" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1064"/>
      <signatureCode code="S" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.89"/>
      <careGiver classCode="CAREGIVER">
        <!-- cias de la plaza-->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.2" extension="AB34234"/>
        <careGiverRelatedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
          <name>
            <given>Nombre del médico que diagnostica</given>
            <family>Apellido1 del médico que diagnostica</family>
            <family>Apellido2 del médico que diagnostica</family>
          </name>
          <asOtherIDs classCode="CAREGIVER">
            <!-- DNI -->
            <id/>
          </asOtherIDs>
        </careGiverRelatedPerson>
      </careGiver>
    </author>
  </observation>
</pertinentInformation3>
</careProvisionEvent>

```

Este elemento contiene los siguientes datos:

- **Datos de paciente**

```

<careProvisionEvent moodCode="EVN" classCode="ENC">
  <recordTarget typeCode="RCT">
    (... Datos del paciente ...)
  </recordTarget>
  (....)
</careProvisionEvent>

```

Los datos del paciente (nombre, identificadores, etc.) se recogen en el elemento <recordTarget>. Su contenido se describe en el apartado de datos comunes.

- **Diagnóstico**

```
<!-- Código estándar CIE (obligatorio) y Literal del CIE (no es necesario pero podría incluirse si se desea) -->
<code code="xxx" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" displayName="trincherq 32uinq"
      codeSystemName="cie9mc">
  <!-- Código del proceso clínico ID_TPC -->
  <translation code="ID_TPC" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2"
              displayName="identificador_tpc" codeSystemName="TPC"/>
</code>
```

La identificación del proceso a incluir se realizará identificándolo a través del elemento code:

- El código CIE9MC en el atributo @code del elemento.
- El código bajo la tabla de procesos clínicos en el atributo @code de un elemento translation hijo directo de code. El atributo @codeSystem de ese elemento translation debe ser 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2.

- **Fecha y modalidad del diagnóstico**

```
<time value="20081919"/>
<modeCode code="PHYSICAL" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1064"/>
<signatureCode code="S" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.89"/>
```

La fecha del momento donde se realiza el diagnóstico se transmite en el atributo @value del elemento time.

Dado que el diagnóstico debe haber sido validado por un profesional se envía el atributo @code del elemento signatureCode a "S".

Dado que el diagnóstico se ha establecido tras una revisión física entre el paciente y el médico, el atributo @code del elemento modeCode debe ser "PHISICAL".

- **Autor del diagnóstico**

Los datos del profesional que ha establecido el diagnóstico se transmiten en el elemento <author>;

```
<author>
  <careGiver classCode="CAREGIVER">
    <!-- cias de la plaza -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.2" extension="AB34234"/>
    <careGiverRelatedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <given>Nombre del médico que diagnostica</given>
        <family>Apellido1 del médico que diagnostica</family>
        <family>Apellido2 del médico que diagnostica</family>
      </name>
      <asOtherIDs classCode="CAREGIVER">
        <!-- DNI -->
```

```
</id/>
</asOtherIDs>
</careGiverRelatedPerson>
</careGiver>
</author>
```

Los datos a enviar son:

- CIAS, en el elemento id. El atributo @root será 2.16.840.1.113883.2.19.10.2 y el atributo @extension indicará el CIAS.
- Nombre:
 - Nombre, en el elemento autor/careGiver/name/given
 - 1º apellido en el primer elemento autor/careGiver/name/family
 - 2º apellido en el segundo elemento autor/careGiver/name/family
- Otros identificadores: Cada elemento careGiver /careGiverRelatedPerson / asOtherIDs /id contiene un identificadores personales del profesional (nº de colegiado, DNI, etc.)

- **Autor del diagnóstico**

```
<author>
  <careGiver classCode="CAREGIVER">
    <!-- cias de la plaza-->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.2" extension="AB34234"/>
    <careGiverRelatedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <given>Nombre del médico que diagnostica</given>
        <family>Apellido1 del médico que diagnostica</family>
        <family>Apellido2 del médico que diagnostica</family>
      </name>
      <asOtherIDs classCode="CAREGIVER">
        <!-- DNI -->
        <id/>
      </asOtherIDs>
    </careGiverRelatedPerson>
  </careGiver>
</author>
```

2.5.1. Mensaje MCCI_000200 [Aceptación de mensaje]

Este mensaje está definido en el documento común.

3. Elementos comunes.

3.1. Datos comunes.

3.1.1. Datos de paciente

Los datos administrativos del paciente sobre el que se resume la atención se indican en el elemento recordTarget

```
<recordTarget typeCode="RCT">
  <!-- Datos del paciente al que corresponde el resumen de historia -->
  <patient classCode="PAT">
    <!-- Identificador del paciente (el que se ha enviado en la solicitud) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="ABD3216432"/>
    <!-- El elemento statusCode debe estar fijado a 'normal' -->
    <statusCode code="normal"/>
    <patientPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <family>1º Apellido</family>
        <family>2º Apellido</family>
        <given>Nombre</given>
      </name>
      <!--
      Sexo administrativo:
      <administrativeGenderCode code="M"/>      Maculino
      <administrativeGenderCode code="F"/>      Femenino
      <administrativeGenderCode nullFlavor="UNK"/> Desconocido
      -->
      <administrativeGenderCode code="M"/>
      <!-- Fecha de nacimiento -->
      <birthTime value="19901010"/>
      <!-- En caso de estar notificando un fallecimiento, se enviarían los 2 siguientes elementos (
      deceasedInd siempre y deceasedTime sólo si se conoce)-->
      <!--
      <deceasedInd value="false"/>
      <deceasedTime value="2008061010"/>
      -->
      <asOtherIDs classCode="ROL">
        <!-- DNI -->
        <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>
      </asOtherIDs>
    </patientPerson>
  </patient>
</recordTarget>
```

```

<!-- CIP SACYL -->
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="111111111111"/>
</asOtherIDs>
</patientPerson>
</patient>
</recordTarget>

```

Bajo este elemetno se envía la siguietne información:

- Identificadores del paciente. El identificador por el que se había realizado la consulta se envía en el elemento `recordTarget/patient/id`. El resto de identificadores se envía en los elementos `recordTarget/patient/pacientePerson/asOtherIDs/id`.
- El estado del paciente, corresponderá al del registro. ("active")
- Nombre del paciente:
 - Nombre, en `recordTarget/patient/pacientePerson/name/given`.
 - 1º Apellido, en `recordTarget/patient/pacientePerson/name/family[1]`
 - 2º Apellido, en `recordTarget/patient/pacientePerson/name/family[2]`
- Sexo del paciente, en `recordTarget/patient/pacientePerson/administrativeGenderCode/@code`

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
M	Masculino
F	Femenino

Para indicar que el sexo no se conoce se utiliza el atributo `@nullFlavor` con valor UNK (Desconocido), o con otro de los valores detallados en la parte de "Datos desconocidos" del apartado de datos comunes de este documento.

- Fecha de nacimiento del paciente, en `recordTarget/patient/pacientePerson/birthTime/@value`
- En caso que el paciente haya fallecido, el atributo `recordTarget/patient/pacientePerson/deceasedInd/@value` tendrá valor "true", y la fecha conocida de defunción se enviará en el atributo `recordTarget/patient/pacientePerson/deceasedTime/@value`