



Resolución Directoral

San Juan de Miraflores, 16 JUN. 2010

VISTO:

El Informe emitido por el Comité de Historias Clínicas, mediante el cual remite para su aprobación el proyecto de "Directiva para la Gestión de la Historia Clínica del Hospital María Auxiliadora";

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, modificado mediante Resolución Ministerial N° 686-208/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 - "NORMA TECNICA DE LA SALUD PARA LA GESTION DE LA HISTORIA CLINICA, EPICRISIS, INFORME DE ALTA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO"; cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud a través de una adecuada gestión de las historias clínicas, epicrisis, informes de alta y consentimiento informado así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de los establecimientos de salud;

Que, mediante Resolución Directoral N° 109-2008-HMA-DG, se conforma el Comité de Historia Clínica, cuya responsabilidad es evaluar y velar por la calidad del registro de la Historia Clínica y demás formatos a través de la supervisión del cumplimiento de la citada norma;

Que, mediante documento de visto, y en cumplimiento de las normas citadas, el Comité mencionado, remite para su aprobación el proyecto de "Directiva para la Gestión de la Historia Clínica del Hospital María Auxiliadora", por lo que esta Dirección considera necesario su aprobación;

De conformidad con la Resolución Ministerial N° 860-203-SA/DM, Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, con las visaciones de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica;



R. CATEGUT D.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Directiva para la Gestión de la Historia Clínica, en el Hospital María Auxiliadora, la misma que en documento adjunto forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la difusión y monitoreo del cumplimiento de la Directiva aprobada por la presente resolución, así como su publicación en el Portal Institucional.

Regístrese y comuníquese

DISTRIBUCIÓN:

- () Departamentos
- () Oficina de Asesoría Jurídica
- () Archivo
- () Calidad
- () Comité de HC
- JPC/RD/wss



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

1077 Polo Cortes
DIRECTOR GENERAL
SMR 15789

"DIRECTIVAS PARA LAS HISTORIAS CLINICAS DEL HMA"

I. MARCO REFERENCIAL:

El Comité de Historias Clínicas del Hospital María Auxiliadora cumpliendo con las atribuciones conferidas en la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA del 28-06-06 que aprobó la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP - V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, la Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA del 02-10-08 que complementa algunos aspectos de la Norma y su Resolución Directoral de creación R.D. N° 109-2008- HMA-DG, luego de haber hecho un estudio y análisis de la situación actual hospitalaria referida a formatos, la calidad del registro, manejo, uso, y conservación de las Historias Clínicas de los pacientes que se atienden en el HMA, hace la siguiente propuesta a la consideración de la Dirección General del Hospital. Su aplicación redundará principalmente en la mejora de la calidad de la atención y de la imagen institucional.

II. FINALIDAD:

Se proponen pautas de los formatos, para la confección y registro, manejo y archivo de las Historias Clínicas del Hospital María Auxiliadora para la mejora de los procesos de atención, lo que servirá asimismo en los aspectos de docencia e investigación que son indisolubles de la parte asistencial. Es importante señalar la razón de ser de la Historia Clínica:

- 1. Proporcionar evidencia documentada de la enfermedad del paciente.*
- 2. Establecer el manejo que se le dará al paciente de acuerdo a su(s) diagnóstico(s) teniendo presente que éste es dinámico, de acuerdo a las condiciones cambiantes de la evolución de cada caso clínico.*
- 3. Ser un medio de comunicación entre él o los médicos tratantes y otros profesionales de la Salud.*
- 4. Proteger los intereses legales del paciente, del Hospital y del equipo de salud de la institución.*
- 5. Proporcionar información para la docencia e investigación.*

III. BASE LEGAL:

Se sustenta en las Leyes, Decretos y Resoluciones correspondientes del Sector.

- 1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud*
- 2. Ley N° 27604 – Ley que modifica la Ley General de Salud.*
- 3. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud*
- 4. Decreto Legislativo N° 559 – Ley del Trabajo Médico.*
- 5. Decreto Supremo N° 024-2001-SA Reglamento de la Ley de Trabajo Médico.*
- 6. Decreto Supremo N° 016-2002-SA – Reglamento de la Ley N° 27604.*
- 7. Decreto Supremo N° 014-2002-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Ministerio de Salud;*
- 8. Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital María Auxiliadora.*

IV. ORGANOS RESPONSABLES:

Se propone que al aprobarse, las Directivas son de observancia obligatoria por parte de los órganos del Hospital y todo profesional o no profesional, personal técnico, nombrado o contratado que efectúa labores asistenciales, docentes o de investigación.

Al ser obligatoria, su no observancia estará sujeta a las disposiciones correspondientes a cargo de la autoridad.

V. CONCEPTOS GENERALES:

- 1.- **El acto médico** es toda acción o disposición que efectúa el médico en el ejercicio de la profesión médica pudiendo ser de carácter diagnóstico, terapéutico así como las de tipo preventivo-promocional y las que se deriven de éstas. Dicho acto es la actividad fundamental que realizan los Médico-Cirujanos y especialistas titulados a nombre de la Nación y en tal virtud asumen, con competencia profesional, la responsabilidad de índole moral y legal por sus efectos.
2. **El médico tratante** es el profesional médico que siendo competente para manejar el problema del paciente, conduce y decide, en razón de su condición de médico y especialista acerca del manejo y tratamientos a los que debe de ser sometido un paciente hasta la resolución de su enfermedad. Es quien decide qué otros especialistas deben participar - asumiendo la responsabilidad que corresponda- en el manejo del caso, el cual usualmente es de carácter multidisciplinario. En un medio hospitalario -como es el caso de nuestro hospital-, el médico tratante es aquél que asume el tratamiento médico o quirúrgico de un paciente en acuerdo a disposiciones internas. Es el encargado de brindar la información y firmar el consentimiento informado, de la epicrisis, el informe de alta, y los informes médicos que se soliciten sobre el caso. En su ausencia, el Jefe de Servicio o quien haga sus veces por su condición, asume dicha responsabilidad. Los médicos residentes no son en ningún caso médicos tratantes.
3. **La historia clínica (HC)** es el documento médico-legal que registra los procesos relacionados con la atención del paciente por parte de los profesionales médicos y no médicos en una estricta secuencia temporal y de forma concisa y ordenada. Debe haber una correcta identificación tanto del paciente como de los profesionales que participan dando la atención. Ella constituye el soporte de toda la información en que se sustenta el acto médico, razón por la cual es indispensable que reúna las condiciones de veracidad, suficiencia y confiabilidad. Para tal efecto, debe contener todas las evaluaciones, exámenes auxiliares, procedimientos y terapias aplicadas al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado. La HC es un documento confidencial y por tal razón debe tratarse de esa manera la información contenida en ella, sea para fines de docencia, investigación, legales o administrativos. Su contenido refleja como se conduce la práctica clínica en nuestro hospital y las condiciones de la organización de nuestro sistema de salud.
4. **Los procesos de la historia clínica** son todas las actividades que realizan con la HC tanto el personal de la Oficina de Estadística como los profesionales encargados de la atención del paciente; en este último caso habrá constancia escrita en forma cronológica de lo actuado.
5. **El Comité de Historia Clínica (CHC)** es el conjunto de profesionales de áreas asistenciales y administrativas designados por la Dirección del hospital que tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través de la propuesta y supervisión de normas técnicas tanto para el manejo como de otros aspectos que incluyen los de archivos. El jefe de la Oficina de registros médicos será miembro permanente de este Comité.

VI. MANEJO GENERAL DE LAS HISTORIAS CLINICAS:

VI.1. Aspectos Generales:

- a. En la HC deben constar los datos e información de importancia que ayuden a solucionar el problema de salud del paciente y también facilitar los procesos propios de su manejo.
- b. Las anotaciones de la HC deben ser hechas exclusivamente por personal profesional de la institución que tenga relación específica con el caso.

- c. *Todas las anotaciones y registros contenidos en la HC deben ser hechos con letra legible. No deben presentar enmendaduras ni borrones. En caso extremo de realizarse una corrección, quien la haga, deberá colocar su sello y firma. Las anotaciones de los internos y médicos residentes deben ser refrendadas con el sello y firma del médico asistente responsable.*
- d. *Los diagnósticos definitivos al egreso, quedan bajo responsabilidad del médico tratante que lo indicó y serán registrados en lo posible, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10. Ningún diagnóstico debe ser hecho usando siglas. El uso de siglas en la redacción se hará previa solicitud por los Servicios médico-quirúrgicos y luego de la aprobación por el Comité de Historia Clínica (CHC).*
- e. *Durante el internamiento, los profesionales de enfermería son los responsables de velar por que se cumplan los procesos relacionados a la gestión de la HC; en todo otro momento, la responsabilidad corresponde a la Oficina de Estadística.*
- f. *La HC debe ser objeto de permanente evaluación para fines de su perfeccionamiento tanto por parte de los usuarios como de las instancias administrativas correspondientes. El CHC es el nexo recipiente y canalizador para su mejora.*

VI.2. Proceso Estadístico de apertura de la Historia Clínica

- a. *Cada paciente tendrá un único número de identificación que corresponderá al de su HC, el mismo que se le asignara al momento de apertura de la misma, sea que ingrese por emergencia o por consulta externa; ningún paciente tendrá más de una HC.*
- b. *La HC estará contenida en un folder de cartón o material equivalente en cuya tapa o carátula figurará escrita a mano, máquina o mediante sistema informático en tamaño visible su número correspondiente e identificación del paciente con sus dos apellidos y nombre(s) y eventualmente el apellido del esposo para mujeres casadas o viudas, sólo en caso de figurar éste en el DNI. La hoja de filiación será a color y de peso diferenciado.*
- c. *En todos los formatos que componen la HC figuraran los datos de identificación del paciente iniciándose siempre con los "APELLIDOS" -EN MAYUSCULA- y luego los "Nombres" en redacción normal, número de HC, número de cama si es que permanece en Observación o esta hospitalizado, así como el Servicio y Departamento que lo tiene a su cargo.*

VI.3 Orden del contenido de la Historia Clínica de hospitalización –secuencia de los formatos-

La secuencia de los formatos de la HC de hospitalización es la siguiente:

- Hoja 0. Resumen de ingresos a hospitalización** (que incluye datos de filiación), el cual contiene los diagnósticos –según el CIE 10- y los procedimientos médicos o quirúrgicos correspondientes de cada oportunidad; es de estricta responsabilidad médica. En la HC archivada va sobre el o los paquetes de hojas que corresponden a hospitalización(es), en el bloque izquierdo.
- Hoja 1. Epicrisis** -con diagnósticos según el CIE 10-
Hoja 1a. Informe de alta
- Hoja 2. Anamnesis**
- Hoja 3. Examen físico**
- Hoja 4. Evolución médica** –de uso exclusivo por los médicos tratantes-
Hoja 4a Atención de emergencia -es la HC que se abre en Emergencia y que puede corresponder a una única atención o contener una secuencia de hojas durante su permanencia en Observación en dicho Servicio-
- Hoja 5. Consolidado de exámenes de laboratorio**
- Hoja 6. Evolución o Registro de enfermería**
Hoja 6a Evolución de obstetriz

- Hoja 7. Indicaciones médicas**
- Hoja 8. Interconsulta**
- Hoja 9. Resultados de laboratorio:** Hematología, Inmunología, Microbiología, etc
- Hoja 10 Estudios de radiodiagnóstico e imágenes:** Radiológicos, Ecográficos, Tomográficos, de Resonancia Magnética, etc.
- Hoja 11. Informes de procedimientos especiales**
- Hoja 12. Informe anátomo-patológico -y Protocolo de necropsia -en caso de fallecidos de indole no legal-**
- Hoja 13. Consentimiento informado**
- Hoja 14 Evaluación pre-operatoria**
Hoja 14a Solicitud de sala de operaciones
- Hoja 15 Informe operatorio**
- Hoja 16 Hoja de anestesia y Ficha de recuperación pos-anestésica**
- Hoja 17 Estudio social**
- Hoja 18 Informes o documentos emitidos en el HMA**
- Hoja 19 Informes o documentos emitidos fuera del HMA**
- Hoja 20 Autorización de ingreso**
Hoja 20a Retiro voluntario
- Hoja 21 Gráfica clínica**
Hoja 21a Balance hídrico
- Hoja 22 Filiación** -hoja que se reactualiza en cada ingreso del paciente al hospital.

VI.4 Bloques y ordenamiento cronológico de las atenciones e internamientos

- a. Al abrir a manera de un libro la HC, que es mantenida en el Archivo de Estadística correspondiente, las hojas quedan sujetas desde los extremos superiores, en los reversos tanto de la tapa como de la contratapa.
- b. Se organizan dos bloques: hacia la izquierda las hospitalizaciones e ingresos a Observación de Emergencia con estancia corta, quedando sobre las hojas de este bloque la hoja 0 de Resumen. Hacia la derecha está el bloque de las atenciones de consulta externa y las de Emergencia en única atención que no ameritaron ingreso a Observación ni hospitalización.
- c. En el bloque izquierdo cada hospitalización se organiza de acuerdo al ordenamiento previamente definido, con la hoja de epicrisis en primer término y la de filiación en último lugar.
- d. En el bloque derecho se van superponiendo físicamente las hojas de atención guardando una estricta cronología (de manera que el médico que hace consulta externa va a escribir siempre sobre la primera hoja que tiene a su vista).
- e. En la hoja 0 de Resumen el llenado tanto de diagnósticos como de procedimientos realizados debe ser hecho por el médico que firma la orden de egreso hospitalario.
- f. En caso de que el grosor de la HC no permita su manejo adecuado, se "abrirá" un nuevo fólter que llevará en su carátula además de los datos conocidos, la fecha en que se consigno nueva información, manteniéndose la estructura de dos bloques ya referida.
- g. Al abrirse la HC que se maneja en hospitalización, el personal responsable de enfermería mantendrá en el archivo de su estación los bloques de la HC antigua excepto que el paciente haya ingresado por primera vez al Hospital y vía el Servicio de emergencia, en cuyo caso sólo guardará el folder vacío que lleva la identificación del paciente.
- h. En la HC de hospitalización figurará sobre el bloque, por razones de manejo, la hoja 21a de Balance hídrico y luego la hoja 21 de Gráfica clínica, ambas de responsabilidad de enfermería. La primera de ellas, diariamente va pasando al final del bloque, en cambio la segunda permanece sobre el bloque y en caso la hospitalización se prolongue, se seguirán superponiendo las hojas que sean necesarias. Al finalizar la hospitalización las hojas de Balance hídrico cuyo

VII.2 Acceso a la Historia Clínica

- a. Se permitirá el acceso a la HC a los facultativos de HMA, y en el caso de autoridades y pacientes o sus responsables, a la copia fedateada conforme a las disposiciones legales vigentes.
- b. Toda persona ajena a la Oficina de Estadística e Informática para acceder a la HC debe firmar un cargo bajo responsabilidad administrativa y legal.
- e. En caso de solicitudes reiteradas para investigaciones médicas, no se hará préstamos –que son bajo cargo y responsabilidad- hasta que se haga la devolución de las historias solicitadas anteriormente.
- f. Todo profesional de la salud que tenga acceso a una HC observará absoluta reserva de la identidad de los pacientes.

VII.3. Custodia de la Historia Clínica.

La HC se debe de conservar y mantener archivada en los Archivos Activo y Pasivo de acuerdo a los criterios establecidos en la Norma Técnica y por el CHC del HMA. Será objeto de custodia especial la HC que por disposición de la Dirección General requiera de dicho tratamiento.

VII.4. Extravió de la Historia Clínica.

Se considera HC extraviada a aquella que no se localiza durante un periodo de tres meses contados a partir de la detección de su ausencia o de haber sido retirada del archivo conforme a las disposiciones antes establecidas. Transcurrido el plazo, la Oficina de Estadística e Informática pondrá en conocimiento de la Dirección General del extravió para el deslinde de responsabilidades correspondientes y procurará en lo posible la reconstrucción de la HC, obteniéndose duplicados de todas las áreas involucradas en el manejo del paciente. La Dirección General comunicará al paciente el extravió y la necesidad de solicitarle información que aporte para la reconstrucción de su HC.

VII.5. Conservación de la Historia Clínica.

La conservación de la HC se hará en Archivo activo dentro de las instalaciones de la Oficina de Estadística e Informática y de Archivo pasivo en un lugar designado para tal fin por la autoridad del Hospital.

VII.6 Archivo pasivo.

En el Archivo pasivo se encuentran las HC correspondientes, según las directivas establecidas por el Comité de Historias Clínicas del Hospital:

- 1.- De quienes tienen más de 5 años sin haber retornado a consultorios externos.
- 2.- De quienes hace más de 5 años acudieron a Emergencia y no retornaron jamás al Hospital.
- 3.- De quienes fallecieron y pudieran seguir trámite legal permanecerán por 5 años (para luego pasar al archivo definitivo).
- 4.- En caso de muerte por causa natural, las que podrán ser retiradas al año al archivo definitivo.

Existirá una base de datos ordenada que contenga la información relativa al almacenamiento y conservación de las Historias Clínicas y otros documentos de registro médico en el recinto dispuesto, el que tendrá espacios físicos adecuados y en la medida de lo posible se ubicará próximo al Archivo activo.

VIII. DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES:

1. La información contenida en la HC es de carácter reservado y confidencial, por lo que el acceso a ella por particulares ajenos al HMA se rige por las disposiciones legales vigentes.
2. En caso que la HC se emita en formato computarizado, debe anotarse el número de la página correspondiente a la Historia Clínica manual.

3. Cuando por motivos de publicación de indole científica se tenga que hacer uso de la información contenida en la HC se mantendrá en estricta reserva la(s) identificación(es) de él o los titulares y se observarán las disposiciones legales vigentes sobre el particular.
4. La Oficina de Estadística mantendrá en archivo informático el original de cada hoja de Filiación elaborada, tanto al abrirse la HC como en los diferentes ingresos que tenga el paciente a la institución, sean por Emergencia o por Hospitalización, manteniéndose así una actualización permanente de los datos.
5. La conformación de las Historias Clínicas elaboradas antes de la vigencia de la presente directiva se sujetaran a ésta en lo que resulte aplicable.
6. El CHC en acuerdo a sus atribuciones y con el apoyo de la Dirección General solucionará directamente las ocurrencias hospitalarias en los aspectos relacionados a los procesos y gestión de la HC e irá sentando normativa, la que se incorporará oficialmente cuando se haga la revisión de las presentes Directivas.

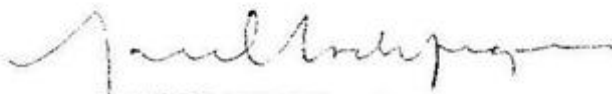
IX. VIGENCIA:

La presente Directiva entrará en vigencia a partir del día siguiente de su aprobación mediante Resolución Directoral.

La actualización y revisión de la presente Directiva se realizara periódicamente cada tres años desde su entrada en vigencia, por el Comité de Historias Clínicas del Hospital.

Las presentes Directivas:

Presentadas a consideración de la Dirección General del Hospital-Dirección Ejecutiva en reunión con el pleno del Comité el 7 de Octubre del 2009



Dr. VICTOR LUIS BENLLOCHPIQUER CASTRO

Presidente del Comité de Historia Clínica

ADDENDA DE TERMINOS DE LAS DIRECTIVAS PARA LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Es un conjunto de términos incluidos en las DIRECTIVAS PARA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, que por su importancia se ha decidido puntualizar explicaciones adicionales (siendo términos extensamente conocidos), las que guardan concordancia con las Resoluciones Ministeriales N° 597-2006/MINSA del 28-06-06 que aprobó la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP - V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la N° 686-2008/MINSA del 02-10-08 que complementa algunos aspectos de la Norma.

Con el uso de estos términos y con la difusión correspondiente a los aspectos del proceso de la H C en la atención tanto en hospitalización como emergencia, se tenderá a un lenguaje común facilitando y uniformizando el manejo y el proceso de la H C en nuestra institución así como el registro de la atención que realizan los médicos y en general los profesionales de la salud.

ADDENDA DE TERMINOS GENERALES

Acceso del paciente a la historia clínica: El paciente tiene derecho a que se le entregue, a su solicitud, copia de su H C dentro del plazo de seis días (Ley General de Salud: artículo 15, inciso I). El costo de reproducción será asumido por el interesado (Ley General de Salud artículo 44).

Acto médico: Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de su profesión. Incluye también planificación de las actividades preventivo-promocionales.

Alta -hospitalaria- Es el egreso de un paciente y vivo del establecimiento de salud. Los motivos pueden ser: conclusión del tratamiento, traslado a otro establecimiento o por solicitarlo el paciente o su responsable (Retiro voluntario). Toda alta debe ser autorizada por un médico colegiado del hospital y en la "Orden de egreso" (no "Orden de alta") correspondiente debe constar su sello y firma.

Atención de emergencia -registro estadístico-: El número de H C que se le asigne al paciente será el definitivo, con el que continuará sus atenciones en el hospital luego del alta por Emergencia. En caso de tratarse de un paciente antiguo, de no contar con su tarjeta de atención del hospital, deberá ubicarse el número en el sistema informático. Ningún paciente tendrá 2 números de H C. La admisión por Emergencia será registrada en el libro correspondiente de cada tópico, incluyendo el N° de H C, debiendo asignarse a cada paciente la numeración correlativa.

Autorización de ingreso: En ella se registra la autorización expresa que hace el paciente o su representante legal para su hospitalización o internamiento y para realizarse aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que se consideren

oportunas y que no precisen de un consentimiento informado por escrito. Adicionalmente a los datos y firma del paciente o su representante, debe consignar sello y firma del médico quien indica el internamiento.

Código de barras: Para los procesos de identificación, selección y circulación, el número de la H C podrá traducirse a un código de barras.

Egreso: Es la salida del establecimiento de salud de un paciente hospitalizado. En caso de fallecer se consigna como defunción o fallecido; en todos los demás casos el nombre genérico es "Alta" - hospitalaria-. El médico tratante debe firmar la Orden de egreso de la misma forma como lo hizo con la Orden de hospitalización (ambas órdenes van juntas en un mismo formato).

Establecimiento de salud: - Para los fines de esta Addenda de las Directivas es nuestro hospital: Es la unidad operativa que ofrece servicios de salud, categorizada e implementada con recursos humanos, materiales y equipos. Se realizan actividades asistenciales y administrativas para poder brindar atención de salud del tipo preventivo, promocional así como recuperativa o de rehabilitación, las que pueden ser intramurales como extramurales (fuera de los confines del hospital).

Historia clínica (H C): Es el documento médico-legal en el que se registra los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada, integrada, secuencial, legible e inmediata, que realiza el médico u otros profesionales de la salud. Cada registro que se haga debe llevar sello y firma del profesional correspondiente.

Informe Médico: Es el documento que solicita por escrito al Director del establecimiento el paciente, su responsable legal o la autoridad extra-hospitalaria (de la PNP, Ministerio Público o el Poder Judicial), con diversos fines. Contiene un resumen de la atención brindada al paciente; no es sólo un Informe de Alta. Cuando es emitido, una copia fechada queda necesariamente en la H C , la que servirá para cualquier solicitud posterior del mismo Informe, en cuyo caso el Hospital extenderá copia fechada del mismo.

Paciente: Es todo usuario en salud que recibe una atención, según la ley, pero a la vez, una persona que sufre una dolencia que le afecta en grado variable su integridad física, mental y espiritual por lo que acude en busca del médico, del cual espera recibir no sólo la cura o disminución de su dolencia sino también información sobre lo que le está ocurriendo y todo ello dentro de un clima de trato humano y con respeto a su condición.

Redacción de la historia clínica: Corresponde a los aspectos de anamnesis y examen clínico, los que deben ser redactados al momento del ingreso y hasta no más allá de las seis primeras horas -del ingreso-. La redacción puede ser realizada por el interno de medicina autorizado, pero deberá ser visada, avalada y suscrita por un médico colegiado.

Retiro voluntario: Es el egreso que se da -contra la indicación del médico- a solicitud del paciente o su representante legal, para lo cual firman expresamente un documento descargando de toda responsabilidad al -o los- médico-s- tratante-s- y al hospital. Debe consignar la condición de salud del paciente y en caso que esté en peligro su vida se debe comunicar a la autoridad judicial competente para dejar expedita las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la salud del paciente.

Sello y firma (no firma y sello): Estas palabras van usualmente unidas y están referidas al cumplimiento estricto de la norma que dice que toda atención hecha por un profesional de la salud debe quedar registrada en la H C y que al final de la nota realizada, se debe refrendar ésta. La indicación específica es que primero se coloque el sello y luego la firma, para que ésta, al colocarse centrada respecto al sello, pueda ser visible y no afectar así la identificación con la colegiación respectiva del profesional que ha realizado la nota.

ADDENDA DE TERMINOS RELATIVOS A ALGUNOS FORMATOS

Hoja 1:

Epicrisis: Es el documento en el que se registra un resumen de los pasos seguidos en el manejo de un paciente durante su hospitalización. Es la base para el Informe de Alta y cualquier otro informe, así como a posteriori, la valoración retrospectiva de la H C. En casos de defunción debe realizarse por duplicado o fotocopiado pero con el sello y la firma del médico responsable de la atención. Esta segunda epicrisis será entregada al familiar directo o representante legal y en caso de realizarse necropsia de tipo médico-legal, acompañara al cadáver para consideración del profesional que la realice.

Hoja 1a:

Informe de alta: Debe ser redactado paralelamente a la epicrisis y entregarse al paciente o a su responsable antes de salir del establecimiento de salud. Contiene necesariamente en forma resumida:

1. Diagnóstico de ingreso (Presunción diagnóstica)
2. Procedimientos efectuados
3. Diagnóstico de alta
4. Pronostico
5. Recomendaciones

Hoja 2:

Anamnesis: Incluye al inicio, el aspecto de ectoscopía (apreciación del paciente por parte del entrevistador).

Hoja 3:

Examen físico (o clínico): Cada especialidad podrá establecer adicionalmente, el denominado examen preferencial, el que será redactado hacia la parte final. Concluido el examen deben establecerse en forma secuencial los diferentes

diagnósticos comenzando por los sindrómicos, luego los topográficos y etiológicos, concluyéndose con el diagnóstico final o nosológico.

Hoja 3a:

Plan de trabajo: Incluye en secuencia cronológica las solicitudes de exámenes auxiliares, pruebas especiales, interconsultas y procedimientos médico-quirúrgicos.

Hoja 4:

Evolución médica: luego de la fecha y hora, se establece el uso universal del denominado SOAP (Subjetivo, Objetivo, Apreciación y Plan). Se inicia recogiendo información del propio paciente así como de distintas fuentes sobre su evolución en las últimas horas y luego continúa con la constatación del estado clínico. Después de evaluar los dos primeros pasos así como los resultados de exámenes, procedimientos y terapias recibidas, se reflexiona sobre el caso y se buscan sustentos teóricos para plasmarlos en un plan a seguir, el cual constituye la parte más sustantiva de dicha evolución, la que será transmitida a los diversos profesionales que manejan el caso y en particular se traducirá tanto en la hoja de Plan de trabajo que incluye las diversas modalidades diagnósticas y la evaluación por otros especialistas como en la hoja de Indicaciones médicas que incluye la terapéutica y las indicaciones generales o específicas a la enfermera, quien es la responsable de hacer el seguimiento que dicho Plan requiere.

Hoja 4a:

Atención de emergencia: El médico de guardia responsable de la atención, en caso de no haber realizado personalmente la atención debe avalarla con su firma y sello. Si el paciente pasa a los ambientes de observación y no se hospitaliza, la secuencia de los formatos sigue el patrón de los de un internamiento. En este tipo de atención son indispensables los datos referidos a los tiempos, hora del accidente -si lo hubo-, del ingreso, del familiar o responsable del paciente y sus teléfonos, dirección, etc. y adicionalmente, de quién condujo a la emergencia al paciente en vista del carácter legal de ella.

Hoja 5:

Consolidado de exámenes de laboratorio: Contendrá en la forma más ordenada sintética y objetiva de acuerdo al diagnóstico de fondo, los resultados de los exámenes solicitados y realizados.

Hoja 6:

Registro de enfermería: Es un nuevo formato que se irá incorporando

Hoja 7:

Indicaciones médicas: Consta de dos columnas básicas, la de terapéutica y la de indicaciones generales, con fechas de inicio y de cierre de lo prescrito por el médico. Para su cumplimiento, al inicio o al modificarse las indicaciones previas, éstas deberán llevar sello y firma respectiva del médico.

Hoja 8:

Interconsulta: Habrán dos formatos: el primero, que constituye un formato oficial dentro de la H C del hospital y contiene tanto la solicitud -que es concisa- como la absolución de ella. El segundo, es de media hoja, similar a la parte de "solicitud" del formato oficial y es entregada al médico interconsultante. La redacción aquí es más detallada para mejor conocimiento del caso por el especialista que la absolverá.

Hoja 13:

Consentimiento informado: Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal (cuando está imposibilitado) con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento o terapia específica en forma libre y voluntaria después que el profesional de la salud competente le(s) ha informado en forma clara y en acuerdo a su nivel cultural de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos así como los beneficios a obtenerse. El documento llevará la huella digital del paciente y será firmado tanto por el paciente o su representante legal como por el profesional responsable de la atención. Una revocatoria a dicho consentimiento en caso de solicitarse se podrá realizar en una hoja de evolución clínica. En casos de emergencias se exceptúa de dicho consentimiento.

Hoja 14a:

Solicitud de Sala de Operaciones: Será redactada de puño y letra en doble original. Una de ellas será entregada a Anestesiología y la otra quedará en la H C con la hora de entrega como constancia de su envío.

Hoja 22:

Filiación (formato de): Es una hoja electrónica elaborada por la Oficina de Estadística que resume la identificación y datos de filiación del paciente admitido para su atención tanto ambulatoria como de emergencia. En un lugar muy visible lleva el número de registro de la H C , hoja que se reactivara en cada ingreso del paciente al hospital. Contiene particularmente información muy específica de dirección y teléfonos para ubicar de inmediato a familiares o al responsable del paciente para casos de emergencia.

INFORMACION EN EMERGENCIA Y EN PISOS

-PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL-

1.- Orden del contenido de la Historia Clínica:

- Hoja 0. Resumen de ingresos a hospitalización** (que incluye datos de filiación), el cual contiene los diagnósticos –según el CIE 10- y los procedimientos médicos o quirúrgicos correspondientes de cada oportunidad; es de estricta responsabilidad médica. En la HC archivada va sobre el o los paquetes de hojas que corresponden a hospitalización(es), en el bloque izquierdo.
- Hoja 1. Epicrisis** –con diagnósticos según el CIE 10-
Hoja 1a. Informe de alta
- Hoja 2. Anamnesis**
- Hoja 3. Examen físico**
- Hoja 4. Evolución médica** –de uso exclusivo por los médicos tratantes-
Hoja 4a Atención de emergencia –es la HC que se abre en Emergencia y que puede corresponder a una única atención o contener una secuencia de hojas durante su permanencia en Observación en dicho Servicio-
- Hoja 5. Consolidado de exámenes de laboratorio**
- Hoja 6. Evolución o Registro de enfermería**
Hoja 6a Evolución de obstetriz
- Hoja 7. Indicaciones médicas**
- Hoja 8. Interconsulta**
- Hoja 9. Resultados de laboratorio:** Hematología, Inmunología, Microbiología, etc
- Hoja 10 Estudios de radiodiagnóstico e imágenes:** Radiológicos, Ecográficos, Tomográficos, de Resonancia Magnética, etc.
- Hoja 11. Informes de procedimientos especiales**
- Hoja 12. Informe anátomo-patológico -y Protocolo de necropsia** –en caso de fallecidos de índole no legal-.
- Hoja 13. Consentimiento informado**
- Hoja 14 Evaluación pre-operatoria**
Hoja 14a Solicitud de sala de operaciones
- Hoja 15 Informe operatorio**
- Hoja 16 Hoja de anestesia y Ficha de recuperación pos-anestésica**
- Hoja 17 Estudio social**
- Hoja 18 Informes o documentos emitidos en el HMA**
- Hoja 19 Informes o documentos emitidos fuera del HMA**
- Hoja 20 Autorización de ingreso**
Hoja 20a Retiro voluntario
- Hoja 21 Gráfica clínica**
Hoja 21a Balance hídrico
- Hoja 22 Filiación** –hoja que se reactualiza en cada ingreso del paciente al hospital.

2.- Identificación del paciente:

En todos y cada uno de los formatos, al iniciarse la redacción se deben colocar los datos de identificación del paciente, iniciándose con los APELLIDOS (todo en mayúsculas) y luego los Nombres (en redacción normal), el N° de HC, el N° de cama y el Servicio/Dpto correspondiente. El llenado es responsabilidad del personal profesional médico que firma la atención. En los formatos en que no interviene el médico, el personal de enfermería es el responsable de velar por la correcta identificación.

3.- Información importante –legal- sobre Epicrisis e Informe de alta:

Epicrisis : Es el documento en el que se registra un resumen de los pasos seguidos en el manejo de un paciente durante su hospitalización. Es la base para el Informe de Alta y cualquier otro informe, así como a posteriori, la valoración retrospectiva de la H C. En casos de defunción debe realizarse por duplicado o fotocopiado pero con el sello y la firma del médico responsable de la atención. Esta segunda epicrisis será entregada al familiar directo o representante legal y en caso de realizarse necropsia de tipo médico-legal, acompañara al cadáver para consideración del profesional que la realice.

El Informe de alta: Debe ser redactado paralelamente a la epicrisis y entregarse al paciente o a su responsable antes de salir del establecimiento de salud. Contiene necesariamente en forma resumida:

1. Diagnóstico de ingreso (Presunción diagnóstica)
2. Procedimientos efectuados
3. Diagnóstico de alta
4. Pronostico
5. Recomendaciones

4.- Información sobre solicitud de Interconsultas: Nueva modalidad

Interconsulta: Habrán dos formatos: el primero, que constituye un formato oficial dentro de la H C del hospital y contiene tanto la solicitud -que es concisa- como la absolución de ella. El segundo, es de media hoja, similar a la parte de "solicitud" del formato oficial y es entregada al médico interconsultante. La redacción en este último caso es más detallada para mejor conocimiento del caso por el especialista que la absolverá.

5.- Información sobre Autorización de ingreso y Retiro voluntario:

Una vez que ha ocurrido la atención de emergencia (o una atención de tipo ambulatoria) y el médico tratante indica que se reúnen los criterios de hospitalización, el paciente firma su Autorización de ingreso (si por sus condiciones no es posible lo hará el familiar más cercano o responsable legal), de lo contrario, el médico hará una anotación en la hoja de atención respectiva

colocando los motivos de ello. Si estuviera en riesgo inminente la vida y no se aceptara la indicación de ingreso, el paciente o su responsable deberá firmar el retiro voluntario correspondiente.

Autorización de ingreso: En ella se registra la autorización expresa que hace el paciente o su representante legal para su hospitalización o internamiento y para realizarse aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que se consideren oportunas y que no precisen de un consentimiento informado por escrito. Adicionalmente a los datos y firma del paciente o su representante, debe consignar sello y firma del médico quien indica el internamiento.

Retiro voluntario: Es el egreso que se da -contra la indicación del médico- a solicitud del paciente o su representante legal, para lo cual firman expresamente un documento descargando de toda responsabilidad al -o los- médico-s- tratante-s- y al hospital. Debe consignar la condición de salud del paciente y en caso que esté en peligro su vida se debe comunicar a la autoridad judicial competente para dejar expedita las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la salud del paciente.

6.- Información sobre Sello y firma:

Sello y firma (no firma y sello): Estas palabras van usualmente unidas y están referidas al cumplimiento estricto de la norma que dice que toda atención hecha por un profesional de la salud debe quedar registrada en la H C y que al final de la nota realizada, se debe refrendar ésta. La indicación específica es que primero se coloque el sello y luego la firma, para que ésta, al colocarse centrada respecto al sello, pueda ser visible y no afectar así la identificación con la colegiación respectiva del profesional que ha realizado la nota.

7.- Información sobre Consentimiento informado:

La conformidad que dá un paciente -o su representante legal- para la realización de un procedimiento especial, un tipo particular de tratamiento médico o una cirugía está basada en la relación de confianza que establece con su médico tratante y particularmente en la información de tipo verbal que le proporciona. Se llena luego el formato impreso de Consentimiento Informado y el médico hace anotación de puño y letra en la hoja de evolución de lo actuado. Tanto el formato como lo escrito en la hoja de evolución son refrendados por ambas partes incluyendo la huella digital en el caso del paciente.

(Formato de) Consentimiento informado: Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal (cuando está imposibilitado) con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento o terapia específica en forma libre y voluntaria después que el profesional de la salud competente le(s) ha informado en forma clara y en acuerdo a su nivel cultural de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos así como los beneficios a obtenerse. El documento llevará la huella digital del paciente y será firmado tanto por el paciente o su representante legal como por el profesional responsable de la atención. Una revocatoria a dicho consentimiento en caso de

solicitarse se podrá realizar en una hoja de evolución clínica. En casos de emergencias se exceptúa la firma de dicho consentimiento.

INFORMACIÓN EN FORMA DE INTERROGANTE

PARA CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES

1.- ¿Qué apellido debe de consignarse en el caso de mujeres casadas o viudas?

Las mujeres casadas o viudas serán inscritas con sus apellidos paterno y materno y sólo en caso que el apellido del esposo figure en su DNI podrá consignarse éste en la hoja de Filiación.