

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>	MANUAL		 Calidad soy yo!
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

1. APROBACIÓN			
	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORO	SUBDIRECTOR DE SISTEMAS	21/02/2017	
	SECRETARIA COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	21/02/2017	
APROBO	DIRECTORA ADMINISTRATIVA	22/02/2017	
	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD	24/02/2017	

2. OBJETIVO
<p>Consignar en este documento las normas y reglamentación del manejo de la Historia Clínica en el Hospital Universitario de La Samaritana E.S.E. con el propósito que el equipo de salud¹, y demás funcionarios autorizados para acceder a la historia clínica, las conozcan y las sigan adecuadamente, en cuanto al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de la misma.</p> <p>NOTA: En el momento de la realización del presente manual se encuentra en desarrollo el proceso de Historia Clínica sistematizada para cada una de los registros de manera paulatina, razón por la cual la Historia Clínica se encuentra de manera física y sistematizada de acuerdo al soporte y/o registro que se esté diligenciando; siendo la historia clínica oficial la que se encuentra en físico en el archivo de historias clínicas.</p> <p>En el diseño de la historia clínica digitalizada se ha trabajado en conjunto con los líderes de los estándares para la acreditación, siguiendo los lineamientos contemplados en la normatividad vigente, incluyendo las variables que se exigen desde los diferentes estándares garantizando la captura de los datos dentro de la atención brindada a los usuarios en el HUS.</p>

3. ALCANCE

¹ Ver glosario

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 1 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

<p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		<p>Calidad soyYo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

Las normas y reglamentación contemplada en el presente manual, se aplica a todo registro de la historia clínica diligenciado por los profesionales que diligencian registros clínicos, ya sea de forma manual o electrónica, producto de la prestación de un servicio

En el momento de la aprobación del presente manual la Institución está desarrollando e implementando paralelamente el proyecto de historia clínica digital en el Sistema de Información institucional; dada las circunstancias de desarrollo del proyecto, la historia clínica está conformada por registros digitalizados y manuales garantizando la integralidad en medio físico. Por esta razón coyuntural el medio de divulgación y socialización se realizará por la INTRANET; facilitando así los ajustes que progresivamente se vayan realizando, pudiendo presentar versiones actualizadas del mismo; una vez la historia se encuentre totalmente digitalizada se realizará la impresión de cartillas con la reglamentación de la historia clínica en el HUS.

4. DEFINICIONES:

HISTORIA CLINICA. Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

La Historia Clínica constituye el conjunto de todos los registros de los acontecimientos relacionados con el proceso de atención en salud, por lo tanto es un elemento fundamental para el desarrollo de la misión institucional y los procesos de habilitación y acreditación; representa además una medida directa de la calidad en la atención.

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

TABLA DE CONTENIDO:

1. GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLINICA

- 1.1. Definición
- 1.2. Características
- 1.3. Normas y Reglamentaciones Generales
 - 1.3.1 Identificación
 - 1.3.2 Diligenciamiento de la historia clínica
 - 1.3.3 Seguridad
- 1.4. Normas Específicas
 - 1.4.1 Urgencias
 - 1.4.1.1 Triage

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 2 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soyYo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

- 1.4.1.2 Historia Clínica de urgencias
- 1.4.2. Consulta Externa
 - 1.4.2.1 De primera vez
 - 1.4.2.2 De control
- 1.4.3. Hospitalización
 - 1.4.3.1. Historia Clínica de Ingreso
 - 1.4.3.2. Evolución
 - 1.4.3.3. Órdenes Médicas
 - 1.4.3.4. Registros de enfermería
 - 1.4.3.5. Control de medicamentos
 - 1.4.3.6. Registros específicos
 - 1.4.3.7. Registros de enfermería y fisioterapia de las Unidades de Cuidados Intensivos y cuidados intermedios
 - 1.4.3.8. Registros de enfermería de Unidad Quirúrgica
 - 1.4.3.9. Registros de enfermería de Unidad de Neonatología
 - 1.4.3.10. Epicrisis
 - 1.4.3.11. Organización de la historia clínica durante la hospitalización
 - 1.4.3.12. Organización final de la historia clínica en la respectiva carpeta
- 1.4.4 Registro de Historia Clínica Plan Canguro
- 1.5 Registros anexos
 - 1.5.1. Consentimiento informado
 - 1.5.2. Plan de egreso médico
 - 1.5.3. Plan de egreso de enfermería
 - 1.5.4. Registros digitales de apoyo diagnóstico
- 1.6 Aspectos especiales

2. REGLAMENTACIÓN CUSTODIA DE LA HISTORIA CLINICA

- 2.1 Justificación
- 2.2 Custodios de la historia clínica
- 2.3 Normas de custodia
- 2.4 Copias de seguridad registros digitales de historia clínica
- 2.5 Solicitud información de la historia clínica
- 2.7 Pérdida de historia clínica
- 2.7 Disposición final de la historia clínica

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 3 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

3. CONTINGENCIA EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLINICA

1.1. Definición

Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

1.2. Características

La Historia Clínica tiene las siguientes características básicas:

- ❖ **Integralidad:** La Historia Clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud, en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- ❖ **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- ❖ **Racionalidad Científica:** Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencia en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- ❖ **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la Historia Clínica en el momento que se necesita con las limitaciones que impone la ley.
- ❖ **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurra la prestación del servicio.

1.3 Normas y Reglamentaciones Generales

1.3.1 Identificación

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 4 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

Para la identificación de los usuarios el Hospital Universitario de La Samaritana, acorde con del **Artículo 6 de la Resolución 1995 de 1999**, estableció los siguientes lineamientos:

Identificación de la Historia Clínica:

- ❖ **Adulto Identificado:** número de Cédula de Ciudadanía (CC) o Cédula de Extranjería (CE) o pasaporte (PA).
- ❖ **Adulto no identificado inconsciente:** Se identifica como NN con un consecutivo interno asignado por la institución; una vez establecida la identificación se realizará el cambio a tipo cédula de ciudadanía o extranjería con el respectivo número.
- ❖ **Menor de 7 a 18 años identificado con Tarjeta de Identidad (TI):** número de la Tarjeta de Identidad.
- ❖ **Menor de 0 a 7 años con Registro Civil (RC):** Cuando el Registro Civil tiene fecha de nacimiento y número complementario, ese será el número; Cuando el Registro civil no contiene este número se identifica con el número del registro civil.
- ❖ **Menor sin documento con padres identificados con Cédula de Ciudadanía:** se utilizará el número de la Cédula de Ciudadanía de la madre o del padre (en ausencia de ésta), seguido del consecutivo de acuerdo con el número de orden del menor en su grupo familiar, sin interponer el cero (0).
- ❖ **Menor sin documento con padres identificados con Tarjeta de Identidad:** Se utilizará el número de la tarjeta de identidad de la madre o del padre (en ausencia de esta), seguido del consecutivo de acuerdo con el número de orden del menor en su grupo familiar, sin interponer el cero (0)
- ❖ **Menor sin documento con padres identificados con Registro Civil:** Se utilizará el número del registro civil de la madre o del padre (en ausencia de esta), seguido del consecutivo de acuerdo con el número de orden del menor en su grupo familiar, sin interponer el cero (0)

Todos los registros de la historia clínica se deben identificar con el nombre y apellidos completos y el número registrado en la hoja de admisión del sistema de información institucional. Para los registros de la historia clínica generados en el módulo de historias clínicas, se debe digitar el número de historia y automáticamente se traen de la hoja de admisión los datos relativos a la identificación del paciente.

El primer registro que conforma la historia clínica es la hoja de admisión, que para todos los casos se genera desde el sistema de información de DGH del módulo de admisiones.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 5 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

DINAMICA GERENCIAL 2000 <HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. > ADMISIONES Parche: [09/03/2009]

Archivos Ingresos Informes Utilidades Reportes Generados Terminar

Pacientes

Codigo: 93030606009 Documento: CC CE TI RC PA AS MS NU

Numero: 000093030606009

Lugar de Expedición: BOGOTA

Primer Nombre: JUAN Segundo Nombre: CAMILO

Primer Apellido: CASTAÑO Segundo Apellido: RAMIREZ

Correo Electronico:

Datos Afiliación Datos Personales Datos Acudiente Contactos Paciente

Tipo Paciente

Contributivo
 Subsidiado
 Vinculado
 Particular
 Otro
 Despla. Reg. Cont
 Despla. Reg. Subs.
 Despla No Aseg.

Capacidad Pago: Si No Desplaz. Código Cotizante:

Parentesco: # Carnet:

Contrato IPS: 011090 SEGUROS DEL ESTADO S.A

Plan IPS: 04 ACCIDENTES DE TRANSITO (SOAT)

Estrato: 14 URGENCIAS-SIN COPAGO

Fecha Ingreso: 12/02/2009 Carpetas: Si # : 93030606009
 No # :

Fecha Nacimiento: 06/03/1993

Edad: 16 AA 2 MM 0 DD C. Exentas

Sem Cotizadas: 5 IPS:

Parentesco: Certif Estudio: / /

Pob Especial: Fecha exp. carnet: / /

Tipo de vinculación al SGSSS:

Estado: Activo Inactivo Suspendido

Motivo:

Histórico

Licenciado a: [HOSPITAL UNIV...]
Fecha del Servidor: [06/05/2009]

COMITE HISTORIAS CLINICAS

Inicio Win... Hus... 3 M... 3 M... 2 M... DIN... Evo... CO... 2 I... ES 11:53

1.3.2 Diligenciamiento de la Historia Clínica.

Para el diligenciamiento de la historia clínica se fijan los siguientes lineamientos.

- ❖ La Historia Clínica debe diligenciarse con letra legible para los registros manuales y texto sin errores de digitación para los registros digitales, narrando en forma clara y precisa, en orden cronológico de fecha y hora de atención; sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, ni espacios en blanco y sin utilizar siglas; con la única excepción de aquellas autorizadas por el Comité Institucional de Historias Clínicas, las cuales se relacionan a continuación:

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soyYo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

HC: Historia Clínica
 MC: Motivo de Consulta
 EA: Enfermedad Actual
 RxS: Revisión por sistemas
 S: Subjetivo.
 O: Objetivo.
 ANT: Antecedentes
 EF: Examen Físico
 IDx: Impresión(es) Diagnóstica(s)
 Dx: Diagnóstico (s)
 LAB: Laboratorio (s)
 I/: Interpretación
 A/: Análisis
 P/: Plan de Manejo
 CTA: Conducta
 TA: Tensión Arterial
 TAM: Tensión Arterial Media
 FC: Frecuencia Cardíaca
 FP: Frecuencia de Pulso
 FR: Frecuencia Respiratoria
 T: Temperatura
 IMC: Índice de Masa Corporal
 SC: Superficie Corporal
 RsCs: Ruidos Cardíacos
 RsRs: Ruidos Respiratorios
 Rsls: Ruidos Intestinales
 Msls: Miembros Inferiores
 MsSs: Miembros Superiores
 SV: Signos Vitales
 CSV: Control Signos Vitales.
 PVC: Presión Venosa Central

Según concepto emitido por el Ministerio de la protección Social "No se deben utilizar siglas en los efectos particulares como diagnóstico, impresión diagnóstica ni procedimientos"

❖ En caso de corrección, el error se debe encerrar entre paréntesis y trazar sobre él una línea horizontal y a continuación colocar el enunciado correcto.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 7 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

- ❖ Cada anotación debe conservar el formato de día-mes-año (dd/mm/aaaa) y la hora en formato 24 horas (v. Gr. 14:00 horas) en la que se realiza; con el nombre completo y/o sello legibles, firma y número de registro profesional del miembro del equipo de salud que la realizó. Los estudiantes de pre - grado y post-grado en medicina, y otros estudiantes en formación en el área de la salud, podrán realizar anotaciones en los registros de la historia clínica, siempre bajo la supervisión del profesional o funcionario de la Institución encargado de la labor asistencial, quien debe avalar con su nombre completo, firma y/o sello en la respectiva anotación y serán los únicos responsables de la información consignada, sin eximir las responsabilidades contempladas en el marco legal nacional.
- ❖ En la historia clínica digital institucional se definen los siguientes perfiles así:
 - Médico
 - Paramédico
 - Secretaria
 - Administrador

Los niveles de acceso de cada uno de los perfiles serán determinados por el comité de historias clínicas y asignados por la subdirección de sistemas

Los estudiantes en formación de pregrado no tendrá usuario en el sistema, si para efectos académicos y de formación deben acceder a realizar evoluciones en la historia clínica, esta se debe realizar con el usuario del médico residente o instructor; siendo de éste la responsabilidad total del registro.

- ❖ Los registros digitales de las evoluciones de consulta externa solo podrán ser realizados por los instructores, por lo que el nivel de acceso para la realización de este registro estará restringido para los médicos residentes.
- ❖ Los niveles de acceso a la historia clínica digital en los registros de hospitalización serán los mismos para los especialistas y para los residentes.
- ❖ Todo registro digital de historia clínica en el servicio de hospitalización realizado por los residentes será ingresado con su código respectivo, y adicionalmente señalar en el capo diseñado para tal fin, el nombre del especialista que realizará el aval de la nota; posterior a lo cual el instructor con su código debe ingresar al sistema a avalar cada una de las notas realizadas por los residentes bajo su supervisión.
- ❖ Cualquier miembro del equipo de salud que tenga que ver directamente con la atención de un usuario tiene la obligación de registrar las observaciones, conceptos, decisiones y los resultados de las acciones en salud que haya desarrollado justificando claramente cada una de ellas.
- ❖ En caso de presentarse error en el diligenciamiento:
 - En una anotación en un registro manual, la misma debe encerrarse entre paréntesis y trazar sobre ella una línea horizontal; y a continuación colocar el enunciado correcto.
 - En caso de requerirse alguna aclaración a un registro realizado con anterioridad, se elaborará la respectiva nota con la fecha y hora actual, especificando a que registro corresponde la aclaración
 - En el diligenciamiento de la historia clínica sistematizada, se genera automáticamente la numeración de los folios por cronología en fecha de realización, por lo tanto si se requiere realizar alguna nota aclaratoria, ésta deberá generar un nuevo folio con fecha y hora en que se realiza y haciendo referencia al número de folio del que se está realizando la nota aclaratoria.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 8 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soyYo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

- Las notas aclaratorias de la historia clínica, ya sean estas manuales o digitales, se deben realizar durante el proceso de atención de los pacientes; si posterior al proceso de atención (cierre del ingreso) se requiere realizar alguna nota aclaratoria se debe realizar comité ad hoc, liderado por el servicio tratante, donde producto del análisis se determina si se debe incluir o no la nota en la historia clínica.
- ❖ Cada hoja debe estar identificada con los nombres y apellidos completos y el número correcto de Historia Clínica del paciente, servicio responsable y si se encuentra hospitalizado el número de la cama.
- ❖ En caso de presentarse código azul, “El médico tratante, quien forma parte del equipo de código azul, y quien tiene la responsabilidad del manejo del paciente durante y después del paro, debe realizar el registro pertinente en la historia clínica, prescripción de medicamentos o elementos utilizados, y en caso de fallecimiento, la epicrisis y el certificado de defunción, en un término no mayor a una hora” (Guía de reanimación cardiopulmonar 04AS01-V1)
- ❖ Cuando se presenta fallecimiento Institucional se debe realizar anotación en la historia clínica en el registro de evolución médica, cumpliendo con los parámetros establecidos por el Comité de Historias Clínicas, diligenciando las siguientes variables:
 - Número de historia clínica
 - Servicio
 - Fecha de diligenciamiento
 - Estado del paciente
 - Signos vitales
 - Actividades realizadas
 - Medicamentos administrados
 - Tiempo de reanimación si se realizó
 - Hora de la muerte
 - Nombre del médico que asiste al momento de la defunción, idealmente el médico del servicio tratante.
 - Adicionalmente a lo establecido por el comité anotar el número del certificado de defunción
 - Firma del profesional que realiza la anotación
- ❖ Cuando se presenta fallecimiento en casa, previo análisis del caso por el médico y previa presentación del documento de primer respondiente, se debe realizar anotación en la historia clínica con las siguientes variables:
 - Fecha y hora en la que se realiza la anotación
 - Fecha y hora aproximada del fallecimiento
 - Datos suministrados por la familia
 - Número del certificado de defunción
 - Nombres y apellidos del profesional que realiza la anotación
 - Firma del profesional que realiza la anotación
- ❖ Los registros manuales de la historia clínica se deben realizar en tinta negra, salvo los registros de enfermería realizados en turnos nocturnos, los cuales deben realizarse con tinta roja.
- ❖ Por ningún motivo debe escribirse en la historia clínica comentarios que dejen entrever errores diagnósticos o terapéuticos, juicios sobre la idoneidad de los colegas o

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 9 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

del personal auxiliar.

- ❖ Las imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas y los exámenes paraclínicos después de ser registrados en el formato específico para ellos, podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservada para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la forma del paciente.
- ❖ Todos los eventos de notificación obligatoria en salud pública, tanto de carácter individual como por fuente común deben quedar registrados en la historia clínica, adicional al diligenciamiento de la ficha de notificación obligatoria.

1.3.3 Seguridad

Para garantizar la seguridad de la historia clínica se deben cumplir las siguientes normas de custodia y manejo:

- ❖ La historia clínica es propiedad exclusiva del paciente y su custodia está a cargo del hospital, se prohíbe para todos los efectos retirarla de la institución
- ❖ Toda la información contenida en los registros de la historia clínica es confidencial, por tanto la divulgación de su contenido y su duplicidad están prohibidos
- ❖ La información de la historia clínica, puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente, o en los casos previstos por la ley
- ❖ En razón del secreto profesional, todo integrante del equipo de salud y demás funcionarios que en cumplimiento de sus actividades tengan acceso a la historia clínica deberán mantener la reserva de la información contenida en ella.
- ❖ En el transcurso de la prestación del servicio en las diferentes áreas de atención donde se generan registros de la historia clínica, la responsabilidad de la custodia es del equipo de salud.
- ❖ Las historias clínicas cuando llegan al archivo, solo pueden ser retiradas para la atención directa del paciente, y en los casos previamente autorizados para el cumplimiento de los requisitos administrativos
- ❖ Las inspecciones que las autoridades judiciales realicen a la historia clínica deben estar coordinadas por un funcionario de la Unidad Funcional de Estadística; en ausencia de estos, la enfermera jefe de cada servicio facilitará la revisión de la historia por el funcionario judicial, previa identificación del mismo; archivando en la historia clínica el acta de la inspección realizada por el funcionario judicial.
- ❖ En los servicios de hospitalización, las historias clínicas físicas no podrán ser retiradas del estar de enfermería, salvo previa autorización de la enfermera jefe de cada servicio.
- ❖ Cuando un paciente hospitalizado requiera ser trasladado del servicio para la realización de estudios diagnósticos dentro de la institución, la historia clínica se llevará y deberá retornar con el paciente al término del procedimiento, en todos los casos.
- ❖ Para tener acceso al módulo de historias clínicas del sistema de información de DGH, todo profesional del área de la salud, previa capacitación, tendrá un usuario con los perfiles definidos y avalados por el Comité de Historias Clínicas; por tal razón, el profesional que "preste" su contraseña de acceso para ingresar al módulo de historias clínicas, será legalmente responsable de los registros que se hagan a su nombre.
- ❖ Una vez el profesional de la salud se retire de la Institución deberá informar dicho retiro para la cancelación del código y por ende de los permisos de acceso al módulo de historias clínicas del sistema de información.

1.4 Normas Específicas

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 10 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soy yo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

1.4.1. Urgencias

1.4.1.1. Triage.

Es el registro inicial de la atención en el servicio de urgencias, en el cual se consigna la identificación del paciente, el motivo de la consulta, los signos vitales, los antecedentes relevantes, condiciones de ingreso, la clasificación de la urgencia y la conducta inmediata, (Decreto 412 de 1992 artículo 3 numeral 2).

El registro del triage se debe anexar a la historia clínica, en caso que se defina apertura de la misma; si no se considera una urgencia según la clasificación y se remite a consulta prioritaria o programada, el registro se archivará para todos los casos, según el procedimiento establecido por la Unidad funcional de Urgencias.

El formato de registro del triage, se encuentra digitalizado en el módulo de historias clínicas punto NET de DGH.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 11 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soy yo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2		05GC05-V1

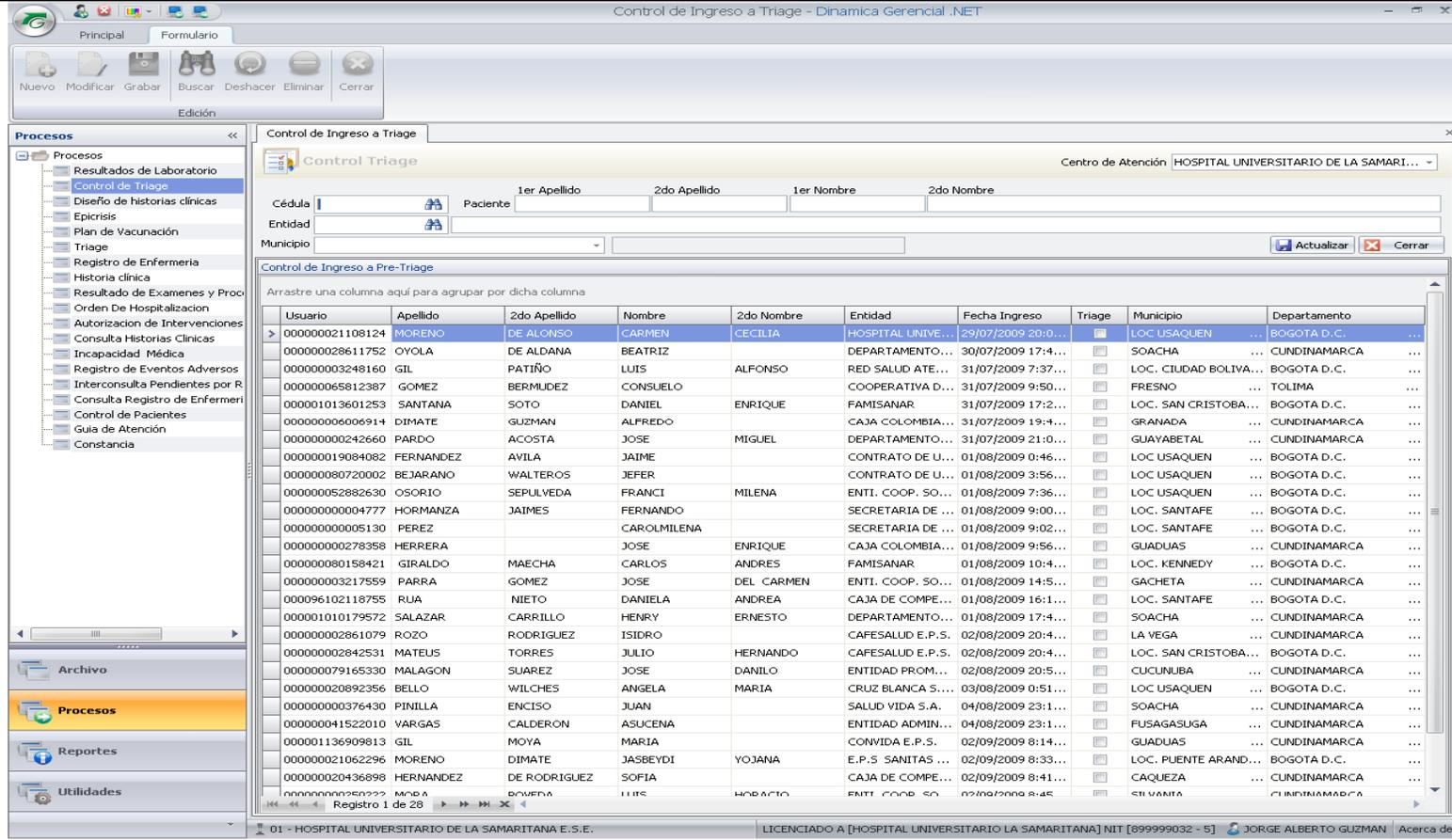
5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS



Pantalla de ingreso al módulo de historia clínica en DGH punto NET

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 12 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS



Control de Ingreso a Triage - Dinamica Gerencial .NET

Procesos: Resultados de Laboratorio, Control de Triage, Diseño de historias clínicas, Epicrisis, Plan de Vacunación, Triage, Registro de Enfermería, Historia clínica, Resultado de Exámenes y Proc., Orden De Hospitalización, Autorización de Intervenciones, Consulta Historias Clínicas, Incapacidad Médica, Registro de Eventos Adversos, Interconsulta Pendientes por R, Consulta Registro de Enfermería, Control de Pacientes, Guía de Atención, Constancia.

Control de Ingreso a Pre-Triage

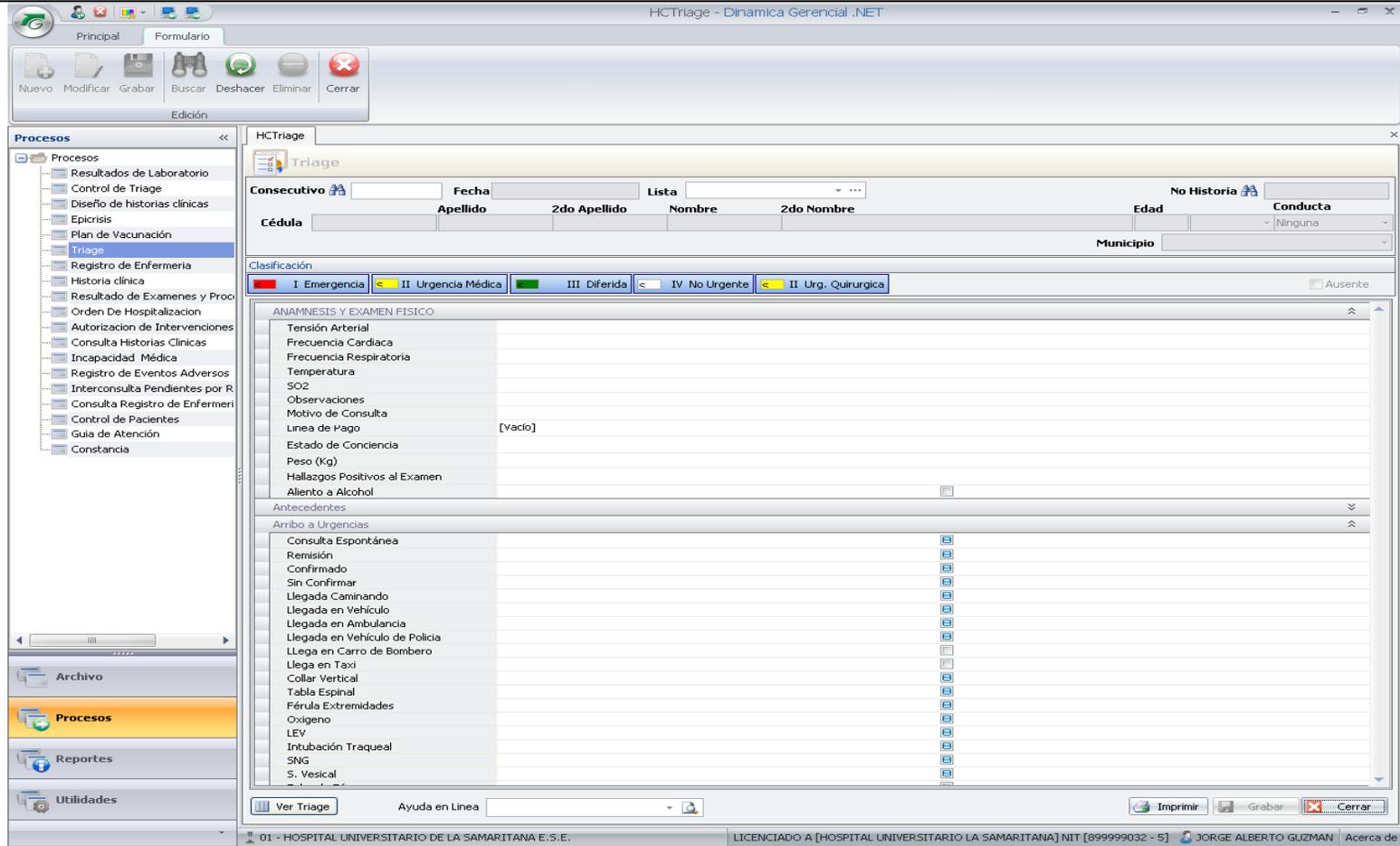
Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

Usuario	Apellido	2do Apellido	Nombre	2do Nombre	Entidad	Fecha Ingreso	Triage	Municipio	Departamento
000000021108124	MORENO	DE ALONSO	CARMEN	CECILIA	HOSPITAL UNIVE...	29/07/2009 20:0...	<input type="checkbox"/>	LOC USAQUEN	BOGOTA D.C.
000000028611752	OYOLA	DE ALDANA	BEATRIZ		DEPARTAMENTO...	30/07/2009 17:4...	<input type="checkbox"/>	SOACHA	CUNDINAMARCA
000000003248160	GIL	PATÍÑO	LUIS	ALFONSO	RED SALUD ATE...	31/07/2009 7:37...	<input type="checkbox"/>	LOC. CIUDAD BOLIVA...	BOGOTA D.C.
000000065812387	GOMEZ	BERMUDEZ	CONSUELO		COOPERATIVA D...	31/07/2009 9:50...	<input type="checkbox"/>	FRESNO	TOLIMA
000001013601253	SANTANA	SOTO	DANIEL	ENRIQUE	FAMISANAR	31/07/2009 17:2...	<input type="checkbox"/>	LOC. SAN CRISTOBA...	BOGOTA D.C.
000000006006914	DIMATE	GUZMAN	ALFREDO		CAJA COLOMBIA...	31/07/2009 19:4...	<input type="checkbox"/>	GRANADA	CUNDINAMARCA
000000000242660	PARDO	ACOSTA	JOSE	MIGUEL	DEPARTAMENTO...	31/07/2009 21:0...	<input type="checkbox"/>	GUAYABETAL	CUNDINAMARCA
000000019084082	FERNANDEZ	AVILA	JAIME		CONTRATO DE U...	01/08/2009 0:46...	<input type="checkbox"/>	LOC USAQUEN	BOGOTA D.C.
000000080720002	BEJARANO	WALTEROS	JEFER		CONTRATO DE U...	01/08/2009 3:56...	<input type="checkbox"/>	LOC USAQUEN	BOGOTA D.C.
000000052882630	OSORIO	SEPULVEDA	FRANCI	MILENA	ENTI. COOP. SO...	01/08/2009 7:36...	<input type="checkbox"/>	LOC USAQUEN	BOGOTA D.C.
000000000004777	HORMANZA	JAIMES	FERNANDO		SECRETARIA DE ...	01/08/2009 9:00...	<input type="checkbox"/>	LOC. SANTAFE	BOGOTA D.C.
000000000005130	PEREZ		CAROLMILENA		SECRETARIA DE ...	01/08/2009 9:02...	<input type="checkbox"/>	LOC. SANTAFE	BOGOTA D.C.
000000000278358	HERRERA		JOSE	ENRIQUE	CAJA COLOMBIA...	01/08/2009 9:56...	<input type="checkbox"/>	GUADUAS	CUNDINAMARCA
000000080158421	GIRALDO	MAECHA	CARLOS	ANDRES	FAMISANAR	01/08/2009 10:4...	<input type="checkbox"/>	LOC. KENNEDY	BOGOTA D.C.
0000000003217559	PARRA	GOMEZ	JOSE	DEL CARMEN	ENTI. COOP. SO...	01/08/2009 14:5...	<input type="checkbox"/>	GACHETA	CUNDINAMARCA
000096102118755	RUA	NIETO	DANIELA	ANDREA	CAJA DE COMPE...	01/08/2009 16:1...	<input type="checkbox"/>	LOC. SANTAFE	BOGOTA D.C.
000001010179572	SALAZAR	CARRILLO	HENRY	ERNESTO	DEPARTAMENTO...	01/08/2009 17:4...	<input type="checkbox"/>	SOACHA	CUNDINAMARCA
000000002861079	ROZO	RODRIGUEZ	ISIDRO		CAFESALUD E.P.S.	02/08/2009 20:4...	<input type="checkbox"/>	LA VEGA	CUNDINAMARCA
000000002842531	MATEUS	TORRES	JULIO	HERNANDO	CAFESALUD E.P.S.	02/08/2009 20:4...	<input type="checkbox"/>	LOC. SAN CRISTOBA...	BOGOTA D.C.
000000079165330	MALAGON	SUAREZ	JOSE	DANILO	ENTIDAD PROM...	02/08/2009 20:5...	<input type="checkbox"/>	CUCUNUBA	CUNDINAMARCA
000000020892356	BELLO	WILCHES	ANGELA	MARIA	CRUZ BLANCA S...	03/08/2009 0:51...	<input type="checkbox"/>	LOC USAQUEN	BOGOTA D.C.
000000000376430	PINILLA	ENCISO	JUAN		SALUD VIDA S.A.	04/08/2009 23:1...	<input type="checkbox"/>	SOACHA	CUNDINAMARCA
000000041522010	VARGAS	CALDERON	ASUCENA		ENTIDAD ADMIN...	04/08/2009 23:1...	<input type="checkbox"/>	FUSAGASUGA	CUNDINAMARCA
000001136909813	GIL	MOYA	MARIA		CONVIDA E.P.S.	02/09/2009 8:14...	<input type="checkbox"/>	GUADUAS	CUNDINAMARCA
000000021062296	MORENO	DIMATE	JASBEYDI	YOJANA	E.P.S SANITAS ...	02/09/2009 8:33...	<input type="checkbox"/>	LOC. PUENTE ARAND...	BOGOTA D.C.
000000020436698	HERNANDEZ	DE RODRIGUEZ	SOFIA		CAJA DE COMPE...	02/09/2009 8:41...	<input type="checkbox"/>	CAQUEZA	CUNDINAMARCA

01 - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. LICENCIADO A [HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA] NIT [899999032 - 5] JORGE ALBERTO GUZMAN

Pantalla para ubicación del paciente a quien se le realizará el triage

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS



The screenshot displays the 'HCTriage - Dinamica Gerencial .NET' application. The interface includes a menu bar with options like 'Nuevo', 'Modificar', 'Grabar', 'Buscar', 'Deshacer', 'Eliminar', and 'Cerrar'. A sidebar on the left lists various processes such as 'Resultados de Laboratorio', 'Control de Triage', and 'Historia clínica'. The main window shows a patient registration form with fields for 'Consecutivo', 'Fecha', 'Lista', 'Cédula', 'Apellido', '2do Apellido', 'Nombre', '2do Nombre', 'Edad', 'Municipio', 'No Historia', and 'Conducta'. Below these fields is a 'Clasificación' section with color-coded buttons for 'I Emergencia', 'II Urgencia Médica', 'III Diferida', 'IV No Urgente', and 'II Urg. Quirúrgica'. The 'ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO' section contains a list of medical observations and vital signs. The 'Antecedentes' section includes 'Arribo a Urgencias' with various arrival methods like 'Consulta Espontánea', 'Remisión', 'Confirmado', etc. The bottom status bar shows the user is logged in as 'JORGE ALBERTO GUZMAN'.

Pantalla registro de Triage.

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

Debe ser diligenciado en su totalidad en los campos de signos vitales, antecedentes e información referente al arribo al servicio de urgencias Independientemente si al paciente se le realiza apertura de historia clínica, se debe imprimir el registro digitalizado para los efectos descritos.

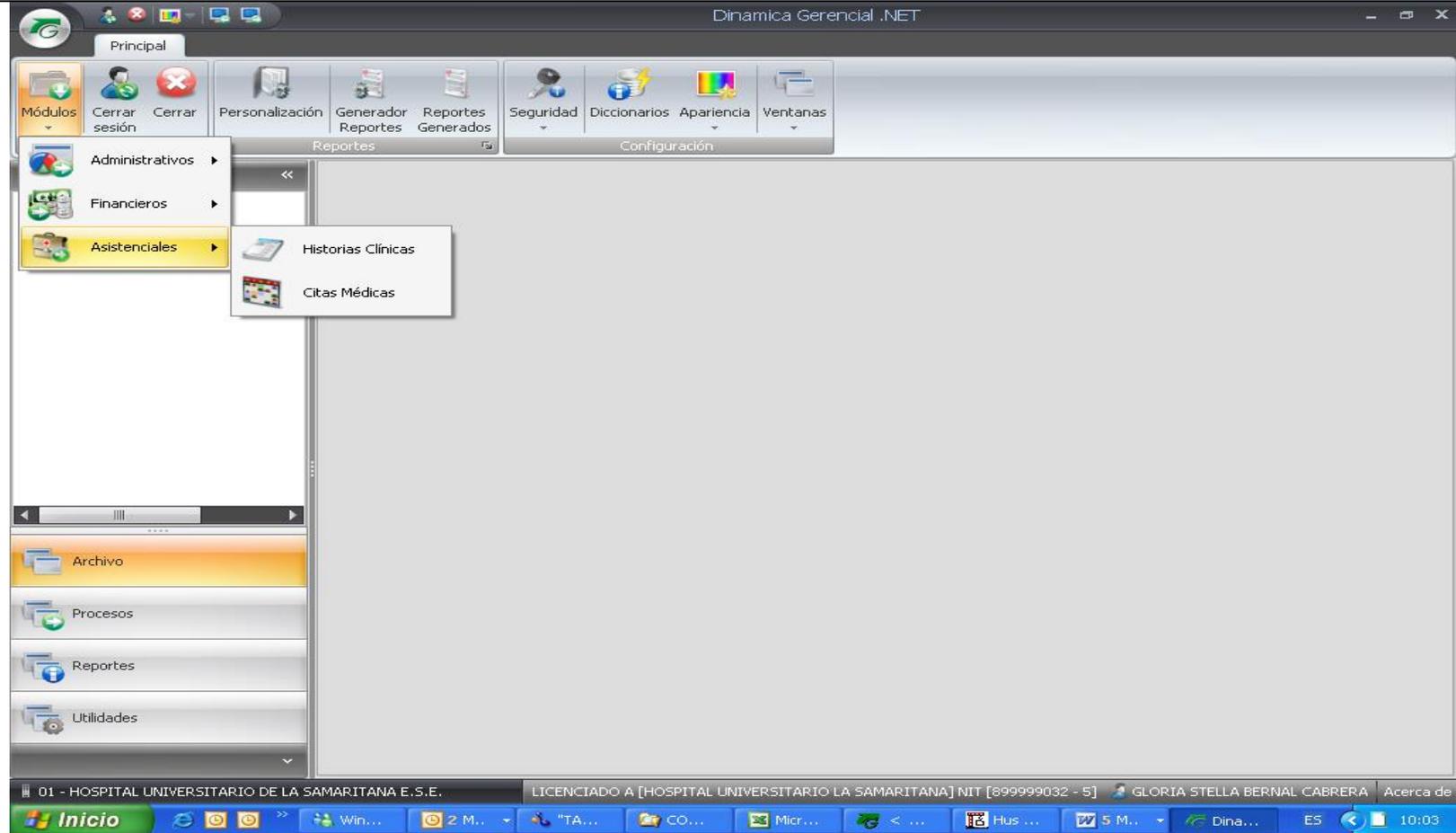
1.4.1.2 Historia Clínica de Urgencias

- ❖ Debe ser elaborada en el sistema de información de DGH punto NET en el módulo de historia clínica, registro historia clínica de urgencia, garantizando que este registro quede cargado al ingreso correspondiente a la atención actual.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 15 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soy yo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2		05GC05-V1

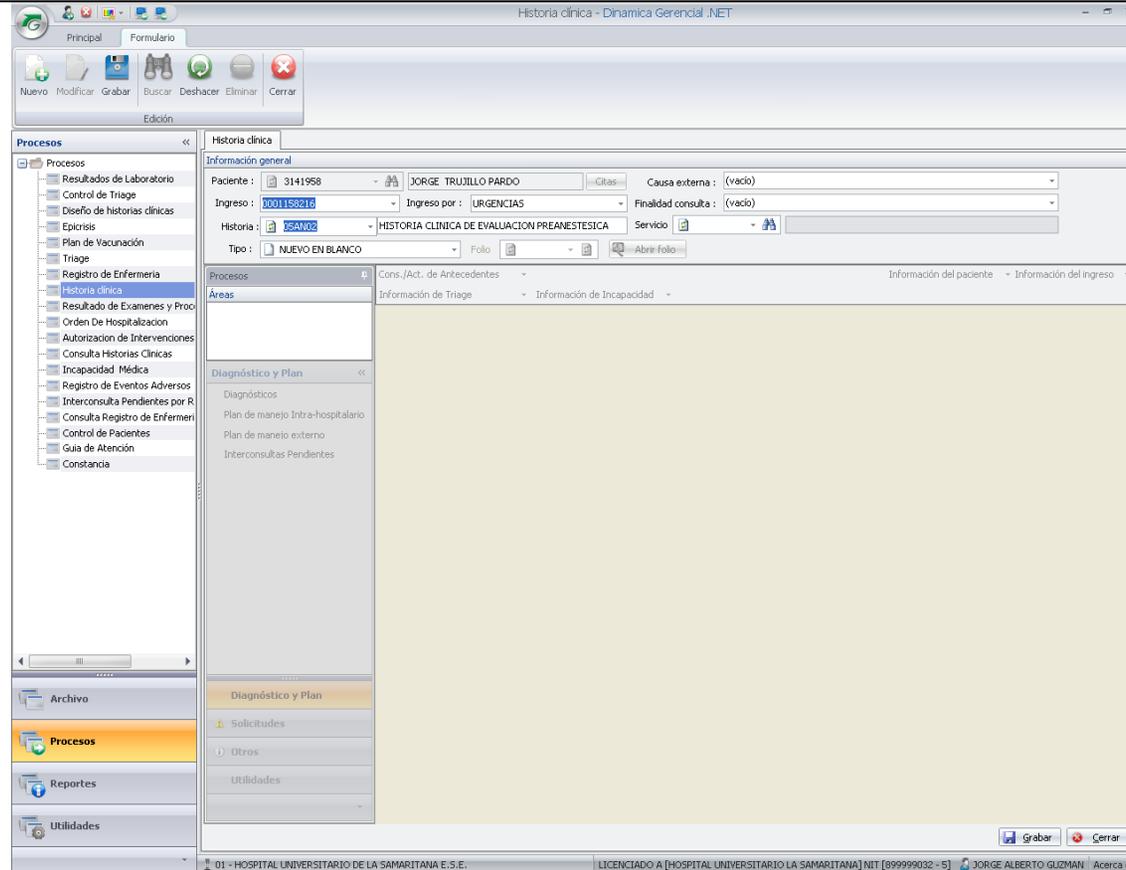
5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS



Módulo asistencial Historias clínicas

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 16 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS



Historias clínicas se selecciona el tipo de historia clínica a realizar (historia clínica de ingreso a urgencias)

- ❖ Se inicia el diligenciamiento digitando el número de documento de identidad con el cual se realizó la admisión del paciente, el sistema migra automáticamente las variables de nombre del paciente, afiliación, historia clínica, y consecutivo; en la variable de Admisión No. **Se debe buscar el ingreso que corresponda a la fecha en**

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soy yo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

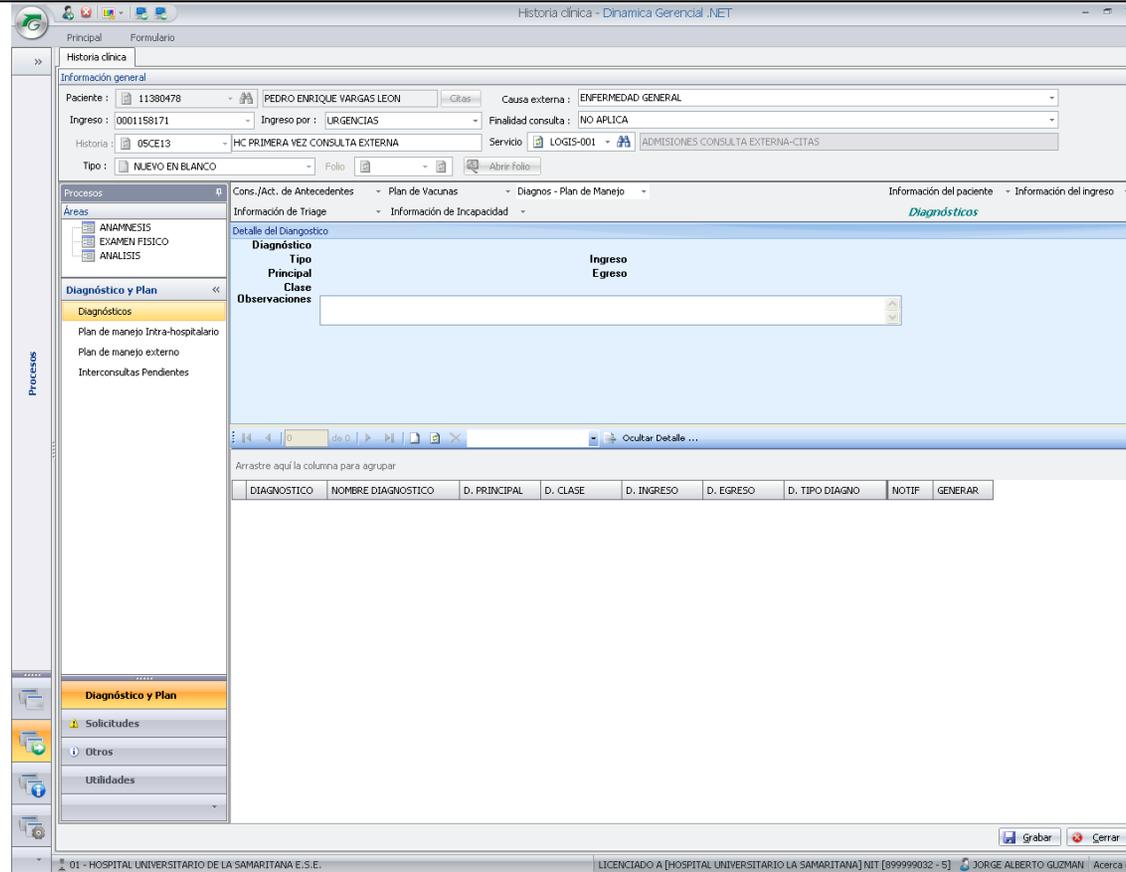
que se está realizando la respectiva atención, posterior a lo cual se inicia el diligenciamiento.

Este registro comprende los siguientes ítems:

- Datos del paciente
- Motivo de consulta y enfermedad actual: Debe consignarse en forma clara la sintomatología que lleva al paciente a consultar por el servicio de urgencias
- Antecedentes relevantes
- Definir si la lesión es por causa externa
- Definir si se trata de paciente con trauma
- Signos vitales
- Hallazgos del examen físico por sistemas, incluye la clasificación de Glasgow para estado neurológico
- Impresión diagnóstica según la clasificación estadística de enfermedades CIE-10

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 18 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS



The screenshot shows a web-based application window titled "Historia clinica - Dinamica Gerencial .NET". The interface is divided into several sections:

- Información general:** Contains fields for Patient (11380478), Name (PEDRO ENRIQUE VARGAS LEON), Cause (ENFERMEDAD GENERAL), Admission (05CE13), and Type (NUEVO EN BLANCO).
- Procesos:** A sidebar menu with options like ANAMNESIS, EXAMEN FISICO, ANALISIS, and Diagnostico y Plan.
- Detalle del Diagnostico:** A table with columns for "Diagnostico", "Tipo", "Principal", "Clase", "Ingreso", and "Egreso".
- Footer:** Includes the text "01 - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E." and "LICENCIADO A [HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA] NIT [899999032 - 5] JORGE ALBERTO GUZMAN".

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

Pantallas para el ingreso de diagnósticos

- Análisis que explique en forma clara y específica la condición clínica actual del paciente
- Plan de manejo
- Prescripción y recomendaciones de salida, se debe diligenciar en caso que el paciente se de alta antes de 6 horas de estancia en el servicio de urgencias, en este ítem se registra un resumen de la atención, la condición de salida, el destino del paciente y las recomendaciones pertinentes. Posterior a 6 horas de estancia en el servicio de urgencias, se debe diligenciar el registro de epicrisis.

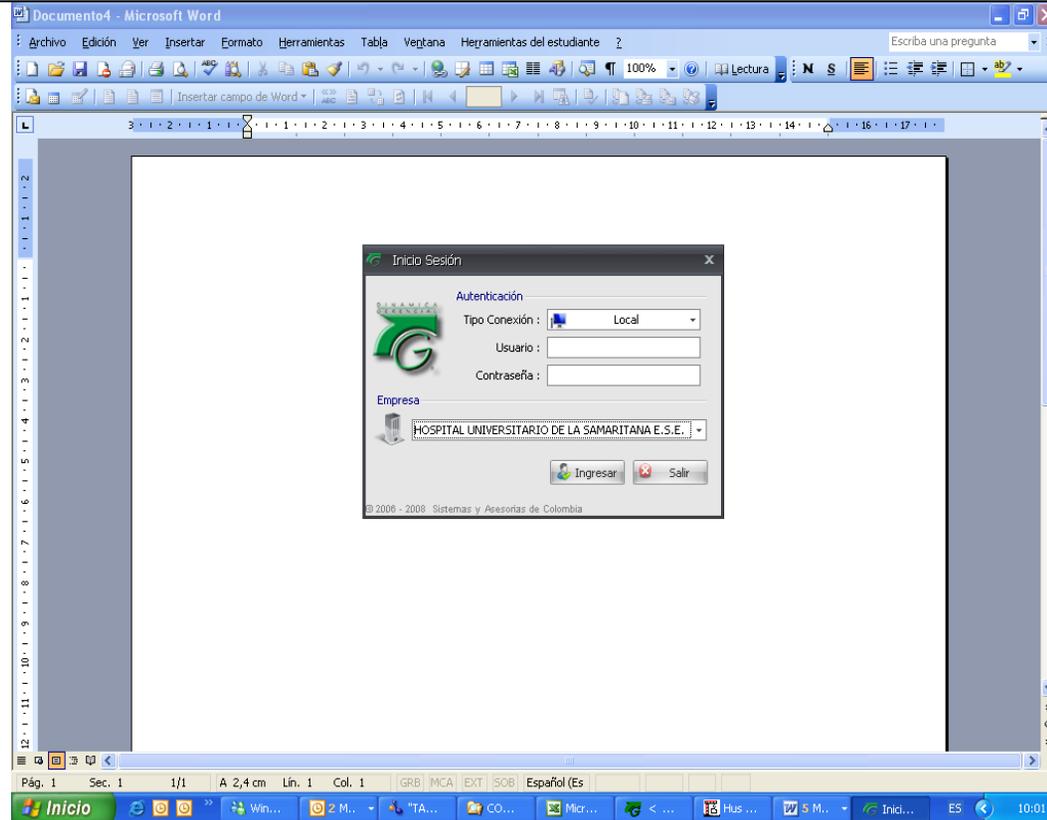
1.4.3 Consulta Externa

Los diferentes tipos de registros de historia clínica de consulta externa se encuentran en el sistema de información de DGH WINDG.NET. Para el ingreso se debe contar con una contraseña debidamente autorizada por la Subdirección de sistemas

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 20 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soyYo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2		05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

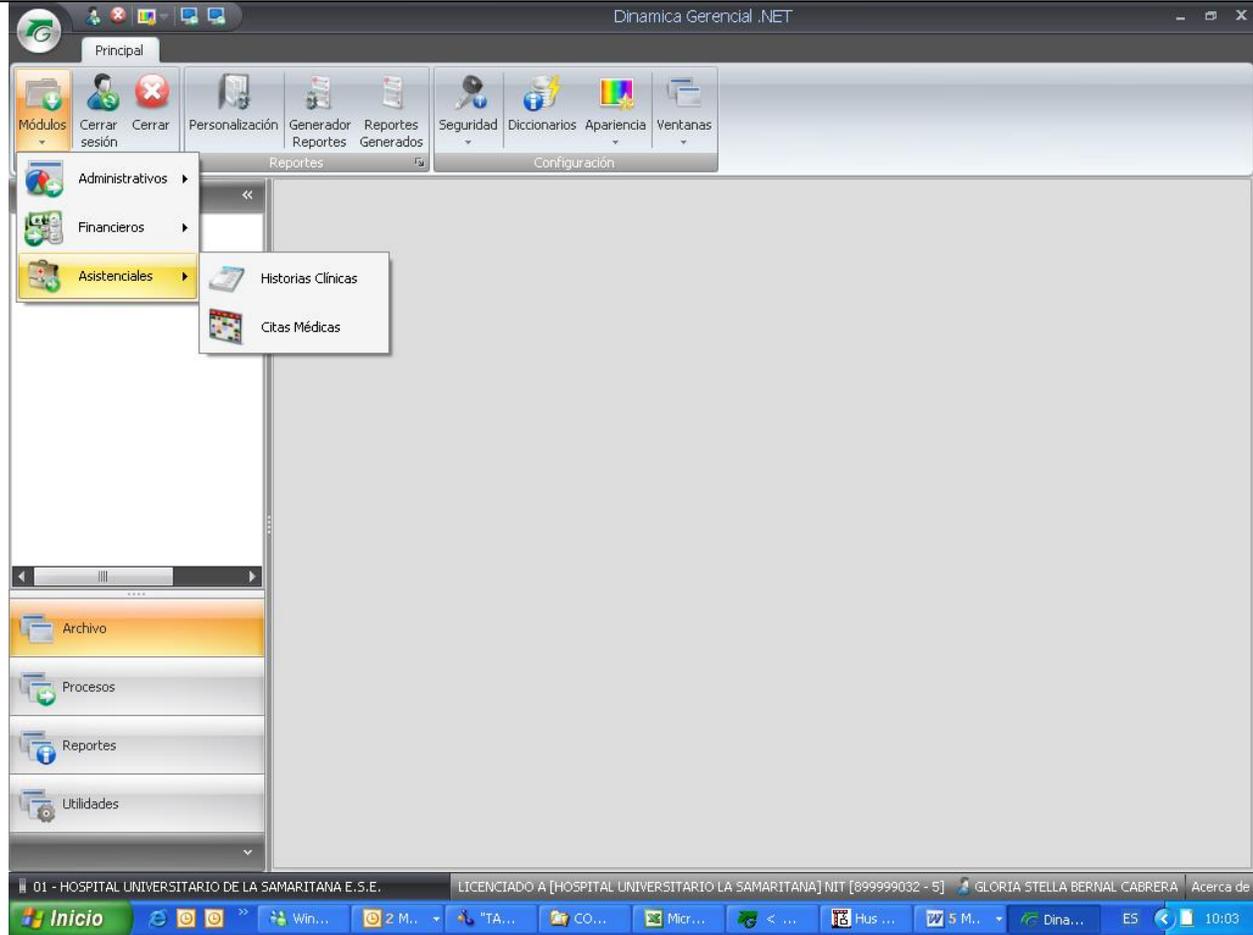


El ingreso se realiza por el módulo asistencial – Historias Clínicas

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 21 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

<p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Empresa Social del Estado</p>	MANUAL		<p>Calidad soy yo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	05GC05-V1

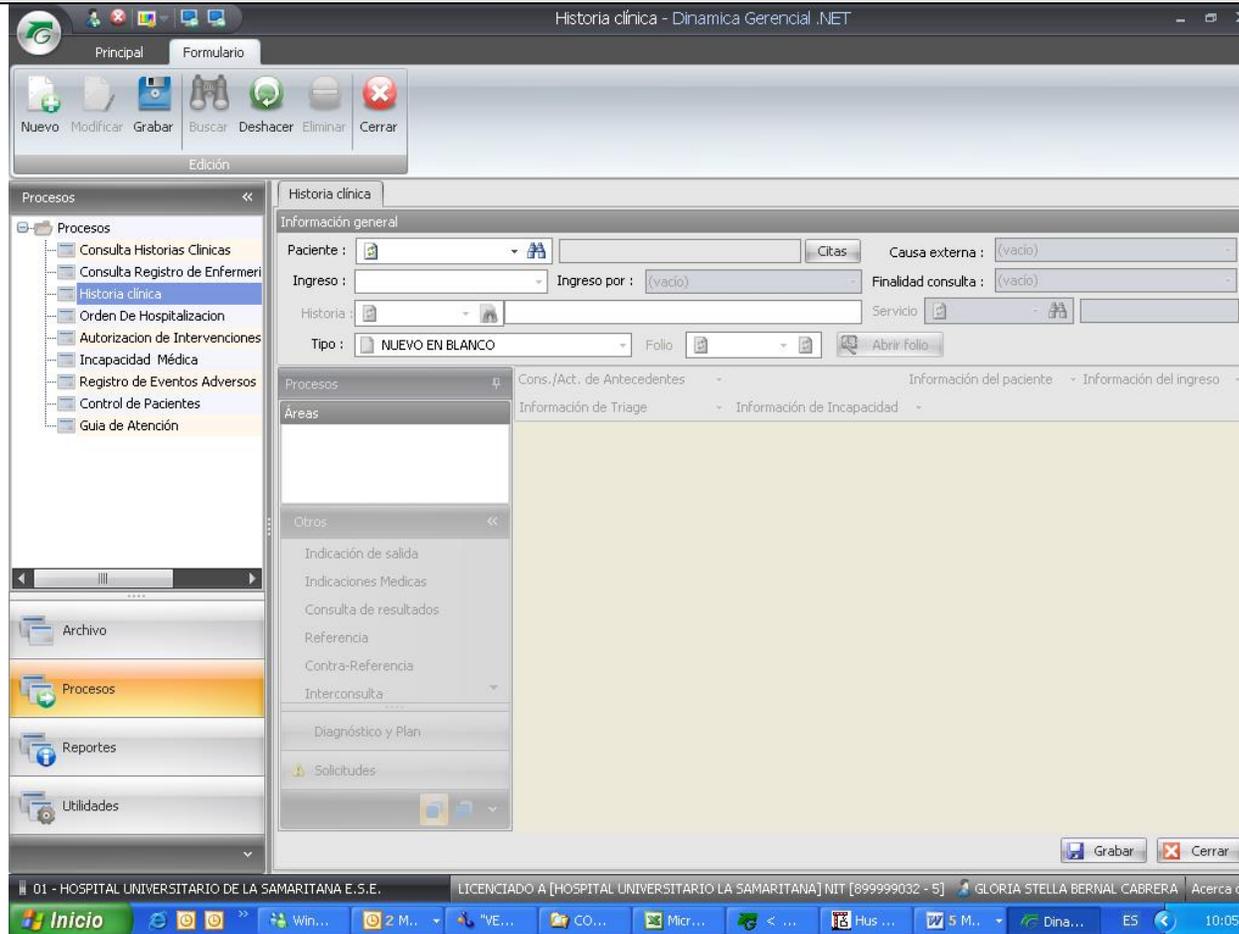
5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS



Ingresando a Historias clínicas se abre la pantalla donde se elige que tipo de registro de historia se va utilizar, según sea el caso

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 22 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS



1.4.3.1 De Primera Vez:

Quando un paciente asiste por primera vez a consulta, se debe realizar apertura de la historia clínica en el sistema de información Institucional de DGH, desde el módulo de

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

admisiones; imprimiendo luego el registro de admisión el cual forma parte integral de la historia clínica, en físico, hasta tanto se cuente con la totalidad de la historia clínica digitalizada. Desde la admisión se traen los datos de identificación con el que se inicia el registro de cualquier tipo de historia clínica.

Se deben consignar los siguientes datos en el primer registro de la atención por cada una de las especialidades:

1. Datos de identificación y nombre del servicio que realiza la consulta.
2. Fecha / Día-Mes-Año), Hora (formato 24 horas).
3. Motivo de consulta.
4. Enfermedad actual.
5. Antecedentes completos.
6. Revisión por sistemas.
7. Examen físico.
8. Impresión diagnóstica, bajo la codificación de la CIE-10
9. Interpretación y Plan de manejo: Esta es una parte vital, porque una vez realizado lo anterior se debe hacer un breve análisis del caso y, consecuente con éste, establecer el Plan de Manejo correspondiente (Tratamiento farmacológico y no farmacológico, exámenes de diagnóstico, recomendaciones específicas, solicitud de ínter consultas y fecha de próximo control)
10. Nombre claro y completo; tipo y número de identificación; firma, sello y número de registro profesional del médico u otro profesional del equipo de salud que realizó la atención del paciente.

1.4.3.2 De Control:

Cuando un paciente asiste a consulta de control se deben consignar los siguientes datos:

1. Fecha, hora y servicio que atiende al paciente.
2. Tratamiento actual.
3. Subjetivo: Consignar los síntomas que refiere el paciente.
4. Objetivo: Anotar los hallazgos relevantes al Examen Físico, incluyendo al inicio el registro de los signos vitales.
5. Registro e interpretación de los exámenes: paraclínicos, imagenológicos, endoscópicos, anatomopatológicos, etc.
6. Actualización de diagnósticos, con los datos obtenidos de los ítems anteriores se validan los diagnósticos previos o se registran nuevos; En la historia clínica digitalizada, el sistema trae los datos del folio anterior, entre los cuales se encuentran los diagnósticos; el médico los revisa, confirma y/o actualiza en el folio actual, según sea el caso.
7. Interpretación, análisis y plan de manejo: De acuerdo con lo encontrado se debe interpretar el cuadro clínico y establecer el Plan de Manejo a seguir. Tratamiento farmacológico y no farmacológico, exámenes de diagnóstico, recomendaciones específicas, solicitud de ínter consultas y fecha de próximo control
8. Nombre claro y completo; tipo y número de identificación; firma, sello y número de registro profesional del médico u otro profesional del equipo de salud que realizó la atención del paciente.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 24 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

1.4.3 Hospitalización

1.4.3.1 Historia Clínica de Ingreso

A todo paciente a quien se ordene hospitalización se le debe diligenciar historia clínica de ingreso con los siguientes ítems:

1. Datos de Identificación.
2. Fecha (día-mes-año) y hora (En formato de 24 horas).
3. Motivo de consulta.
4. Enfermedad actual.
5. Antecedentes completos.
6. Revisión por sistemas.
7. Examen físico (el cual debe ser encabezado por el registro de los signos vitales).
8. Reporte de paraclínicos e interpretación de los mismos
9. Impresiones Diagnósticas o diagnósticos confirmados.
10. Análisis y Plan de Manejo: Con los datos obtenidos de la historia clínica y ayudas diagnósticas se debe realizar un análisis concreto y claro del caso clínico que permite establecer el Plan de Manejo a seguir.
11. Nombre claro y completo; tipo y número de identificación; firma, sello y número de registro profesional del médico que elabora la historia clínica de ingreso.

1.4.3.2 Evolución

Las notas diarias de evolución deben reflejar claramente los cambios en el estado clínico del paciente que junto con los resultados de las pruebas diagnósticas, deben conducir a confirmar los diagnósticos actuales o establecer nuevos y a tomar las decisiones terapéuticas correspondientes; debe incluir:

1. Identificación del paciente (Nombre, numero de historia clínica, número de cama)
2. Número de folio, la responsabilidad de la foliación del registro es del profesional que da apertura al mismo.
3. Fecha, hora y servicio que realiza la evolución.
4. Diagnósticos actuales: Dependiendo de la evolución del paciente, los diagnósticos pueden cambiar; por lo tanto, deben actualizarse. No se puede escribir: "Diagnósticos anotados", "Iguales Diagnósticos" o "Diagnósticos Ídem".
5. Subjetivo: Anotar los síntomas referidos por el paciente y/o los obtenidos de la información que brinda el personal del equipo de salud.
6. Objetivo: Comenzar con el registro de los signos vitales. Anotar los hallazgos relevantes del examen físico.
7. Registro e interpretación de los exámenes: paraclínicos, imagenológicos, endoscópicos, anatomopatológicos, etc.
8. Análisis y Plan de Manejo: Consecuente con lo anterior, se establece el Plan de Estudio y Manejo. No se debe anotar "VOM" (Ver órdenes médicas). Esto permite que el personal de salud que revise la historia clínica pueda conocer rápida y claramente la situación actual de salud del paciente.
9. Nombre claro y completo; tipo y número de identificación; firma, sello y número de registro profesional del médico u otro profesional del equipo de salud que atendió al paciente.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 25 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

1.4.3.3 Ordenes Médicas:

Este es un registro que se lleva digitalizado en el sistema de información Institucional, a través del aplicativo de ORDHUS el cual está conformado por tres bloques para ingreso de información, a saber:

- A. Medicamentos
- B. Ordenes de Servicio, incluye: solicitud de íter consultas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y ordenes médicas no facturables (dieta, control de líquidos, cambios de posición, control de signos vitales, control de temperatura, tipo de aislamiento, mensajes de enfermería, control de peso, posición del paciente, curaciones, reacciones adversas, salida o traslado del paciente,).
- C. Actualización de los diagnósticos. Es un requisito para cerrar el procedimiento de la orden médica

Generalidades de las órdenes médicas

1. Al ingresar el número de historia clínica del paciente, el sistema en forma automática actualiza las variables de identificación del paciente, cama, diagnósticos actualizados, fecha de ingreso, fecha y hora de la formulación, entidad aseguradora, nombre e identificación del profesional que realiza la formulación y especialidad
2. Cuando se hospitaliza al paciente, en la primera orden se debe especificar el servicio tratante que realiza el ingreso hospitalario. En caso de requerirse la intervención de otra (s) especialidad (s) en calidad de íter consulta, debe quedar consignada la solicitud de la misma por el servicio tratante y la decisión de cierre por parte del servicio íter consultado. Así mismo el traslado del paciente de un servicio tratante a otro debe quedar registrado en las ordenes médicas. Para ingresar estas órdenes médicas se debe acceder por el bloque de órdenes de servicio del aplicativo de ORDHUS
3. Ordenes médicas generales. Para ingresarlas se debe acceder por el bloque de órdenes de servicio del aplicativo de ORDHUS, en el grupo de no facturables.
4. Prescripción de medicamentos y líquidos endovenosos. Al formular por primera vez, se debe ingresar a través del bloque de medicamentos del aplicativo ORDHUS, se digita el nombre genérico del medicamento, se selecciona la presentación a utilizar, la prioridad de su administración (rutinario, prioritario, urgente), la vía de administración, la dosificación, la unidad de medida y frecuencia de administración (minutos, horas, días); una vez digitada la formulación el sistema automáticamente calcula la cantidad a administrar en 24 horas. En esta ventana se encuentra un campo tipo texto para realizar las aclaraciones específicas de la formulación, en caso de necesitarse. Para las formulaciones siguientes se cuenta con la opción de consultar el histórico de formulación del paciente y hacer las modificaciones necesarias (suspender, modificar dosis y/o adicionar un nuevo medicamento)
5. Solicitud de exámenes diagnósticos e íter consultas. Para ingresarlas se debe acceder por el bloque de órdenes de servicio del aplicativo de ORDHUS, se debe especificar la prioridad de la solicitud y la cantidad, se cuenta con un campo tipo texto para realizar las aclaraciones específicas a la solicitud.
6. Actualización de diagnósticos. Para ingresarlos se debe acceder por el bloque con este nombre del aplicativo de ORDHUS. Se debe digitar el diagnóstico principal y los relacionados y/o justificación en caso necesario. Para las formulaciones posteriores se debe consultar el histórico y hacer las modificaciones, con el objetivo de mantener actualizados los diagnósticos.

1.4.3.4 Registros de enfermería.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 26 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

Los registros de enfermería son documentos que hacen parte de la historia clínica donde se consignan de forma cronológica, objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática, los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a un paciente, producto de la atención de enfermería. Los registros de enfermería deben servir como instrumento para dejar constancia escrita del acto del cuidado y facilitan la evaluación y la práctica propia del ejercicio profesional con el fin de fomentar un lenguaje común y así mismo disminuir la variabilidad de la realización de los mismos

El registro de enfermería se debe diligenciar:

- Fecha y hora de apertura del registro
- Identificación con nombres y apellidos completos del paciente, número de historia clínica, número de la cama y número de folio
- Al finalizar cada turno la auxiliar de enfermería responsable del cuidado del paciente debe registrar el nombre y apellido completo en la casilla designada
- Todos los registros de enfermería deben ser registrados en tinta negra de las 7:00 a las 19:00 y en tinta roja de las 19:00 a las 7:00
- Toda hora registrada se debe realizar en formato militar de 24 horas
- No se aceptan tachones, enmendaduras, intercalaciones, espacios en blanco ni uso de corrector; si al escribir se comete algún error, se debe encerrar entre paréntesis y trazar sobre él una línea horizontal y a continuación colocar el enunciado correcto
- Escribir con letra clara y legible que facilite la lectura por cualquier integrante del equipo de salud o persona autorizada para el acceso a la historia clínica.
- Para ningún efecto se permite utilización de siglas

- ❖ **Control de signos vitales:** Se registra teniendo en cuenta la hora para cada uno de los signos vitales mínimo una vez en cada turno o según orden médica
- ❖ **Control de líquidos** Se registra el control de líquidos administrados y eliminados por cada turno anotando al final de la hoja las mezclas y líquidos que tenga ordenado el paciente, al final de cada turno deben ser totalizados y a las 24 horas el turno de la noche debe realizar el balance total de líquidos Tanto los líquidos administrados como eliminados deben ser cuantificados
- ❖ **Plan de cuidado de enfermería** Se debe realizar el plan de cuidado de enfermería teniendo en cuenta el diagnóstico clínico y las condiciones generales del paciente anotando las actividades de enfermería a realizar durante el turno
- ❖ **Notas de enfermería.** Se debe realizar en secuencia cronológica, partiendo de cómo se recibe el paciente de manera céfalo caudal, que cuidados, procedimientos y actividades se realizan durante el turno y finalizando como se entrega el paciente teniendo en cuenta lo siguiente:
 - Registrar la hora tanto de la apertura de la nota de recibo de paciente como en las actividades realizadas durante el turno
 - En la nota de apertura de cada turno se deben registrar las condiciones clínicas del paciente especificando existencia de soportes respiratorios, catéteres, sondas, drenajes, su ubicación y estado de los mismos, condiciones de la piel, infusiones de medicamentos que recibe, especificando la cantidad pendiente por pasar
 - En caso de procedimientos realizados por otros integrantes del equipo de salud (médico, terapeuta, nutricionista, entre otros) se debe realizar la respectiva anotación, especificando el procedimiento, y la especialidad que lo realizó anotando las complicaciones y/o tolerancia del paciente al procedimiento
 - La auxiliar y/o profesional de enfermería que realice la actividad debe escribir nombre y apellido completo y legible
 - Las rondas de enfermería se deben registrar en cada turno con una periodicidad de dos horas: Turno de la mañana 8:00, 10:00 y 12:00; Turno de la tarde 14:00, 16:00 y 18:00 y Turno de la noche 20:00, 22:00, 24:00, 2:00, 4:00 y 6:00; anotando los hallazgos y situaciones de riesgo inherentes al paciente y los correctivos

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 27 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soy yo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

tomados; en los casos que no se encuentren hallazgos se debe registrar la ronda anotando que no se encuentran novedades

1.4.3.5 Control de Medicamentos

Este registro es de vital importancia para la protección, prevención terapéutica y diagnóstico de enfermedades en los sujetos de cuidado. Se debe tener en cuenta:

- Diligenciar el encabezado del registro con nombre completo del paciente, número de historia clínica, número de documento de identidad número de cama y número de folio
- Todos los registros de medicamentos deben ser registrados en tinta negra de las 7:00 a las 19:00 y en tinta roja de las 19:00 a las 7:00
- Toda hora registrada se debe realizar en formato militar de 24 horas
- No se aceptan tachones, enmendaduras, intercalaciones, espacios en blanco ni uso de corrector.
- Escribir con letra clara y legible que facilite la lectura por cualquier integrante del equipo de salud o persona autorizada para el acceso a la historia clínica.
- Diligenciar correctamente los espacios correspondientes a cada medicamento teniendo en cuenta el orden establecido en el formato:
 - En el renglón número 1 medicamento y presentación
 - En el renglón número 2 dosis y vía
 - En el renglón número 3 frecuencia
- Teniendo en cuenta el horario registrado en la tarjeta de medicamentos diligenciar la casilla de horario para las 24 horas, iniciando con la primera del día, independientemente del turno en que se inicie el medicamento; siguiendo la norma establecida de color de tinta del esfero para el diligenciamiento de los registros de enfermería
- Registrar cada medicamento en la casilla correspondiente inmediatamente se administre, anotando el nombre y apellido completo de quien lo administre
- En el registro debe constar tanto la administración como la no administración del medicamento anotando sus observaciones con las siglas correspondientes señaladas en el formato de control de medicamentos

1.4.3.6 Registros Especificos

- Hoja neurológica: Este registro debe diligenciar únicamente a los pacientes que tengan alteración del estado de conciencia y que sea ordenado por el médico especialista.
- Instructivo para paciente con riesgo de caída. Ese registro se debe diligenciar al momento del ingreso al servicio de urgencias o de hospitalización a los pacientes que cumplan uno o más criterios establecidos en el instructivo; firmado con nombre y apellido completo de la enfermera que lo diligenció; informando a la familia de los riesgos del paciente y compromiso en el apoyo en lo referente a la seguridad del paciente. Se debe garantizar que el familiar o acudiente que recibió la información firme el respectivo instructivo.
- Hoja preoperatorio de enfermería Este registro se debe diligenciar para todo paciente que se encuentre en el servicio de hospitalización y que va a ser intervenido quirúrgicamente, salvo urgencias vitales; esta lista de cuequeo de preparación para cirugía debe ser verificada y elaborada directamente por la enfermera. Se identificara con nombres y apellidos completos tanto de la enfermera que lo diligencia como de la enfermera que envía el paciente a salas de cirugía.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 28 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

1.4.3.7 Registros de enfermería de las UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CUIDADOS INTERMEDIOS

- Sabana de enfermería: Este registro incluye: registro horario de signos vitales, el cual se debe diligenciar según las condiciones clínicas del paciente; control de líquidos administrados y eliminados; Valoración neurológica, registro de medicamentos por horario y registros de medicamentos por infusión, registro de reporte diario de laboratorios, espacio para diligenciar procedimientos especiales y espacio para registro de cuidados de enfermería.
- Registros de enfermería (notas). En el cual se registran las condiciones de recibo y entrega del paciente por turno, por tanto debe contener nombre y apellido de la enfermera-auxiliar responsable en cada turno; registrando todos los procedimientos actividades, cuidados que se le realizan al paciente.
- Hoja de control de catéter: En el cual se registra la fecha de inserción y de retiro de los diferentes dispositivos médicos que durante la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos tiene el paciente
- TISS: Este registro tiene como objetivo valorar la complejidad del paciente hospitalizado en UCI referente a procedimientos o actividades realizadas, al cual se le asigna un puntaje. Este registro es diligenciado solo en la Unidad de Cuidados Intensivos
- Registro de Fisioterapia. Valoración de soporte de oxigenoterapia al paciente de Cuidados intensivos y Cuidados intermedios: Se registra el tipo de oxigenoterapia que el paciente recibe (ventilación mecánica, Venturi); además se registra reportes de gases arteriales.

1.4.3.8 Registros de enfermería de unidad quirúrgica

- ❖ Hoja Quirúrgica de Enfermería. En este registro se evidencia la atención quirúrgica desde que el paciente ingresa al quirófano hasta su egreso y entrega en recuperación; se debe diligenciar a todo paciente que ingresa a salas de cirugía o a quien se le practique un procedimiento quirúrgico
- ❖ Hoja de registro de Instrumentación Quirúrgica. Monitoreo continuo y permanente dentro del acto quirúrgico para control y verificación de los elementos (tipo compresa, gasa, entre otros) utilizados en el acto quirúrgico y devueltos. Para garantizar la seguridad que durante la intervención no quede ningún objeto extraño en la cavidad del paciente.
- ❖ Record de recuperación. Es el registro del monitoreo continuo del paciente desde su ingreso a recuperación hasta que es dado de alta o trasladado a otro servicio.
- ❖ Lista de Chequeo. Es el registro de la verificación de la disponibilidad de equipos, instrumental, recurso humano, dispositivos médicos, hemocomponentes y registro de la verificación de que el procedimiento a practicar corresponde al paciente indicado, el órgano indicado, el momento indicado y cuenta con todos los requisitos que garanticen la prestación del servicio quirúrgico. Es te registro está conformado por diferentes variables que deben ser diligenciadas por cada responsable asignado para la verificación y el registro, siendo responsable de esta diligenciamiento el Anestesiólogo, Cirujano, Instrumentadora Enfermera y auxiliar de enfermería en cada uno de sus apartes según la competencia.

1.4.3.9 Registros de enfermería de neonatología

- ❖ Registro de enfermería: Contempla, control de signos vitales, los cuales son tomados y registrados de acuerdo a la condición clínica del recién nacido, área para apoyo de oxigenoterapia, líquidos administrados y eliminados, espacio para especificar los líquidos o medicamentos que se administran por infusión, espacio para registrar la cantidad de sangre extraída por turno y total a las 24 horas, espacio para plan de cuidado, espacio para registrar las condiciones clínicas de recibo y entrega del recién

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 29 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Sociedad del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soy yo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

nacido donde se especifican cuidados, procedimientos, actividades realizados durante cada turno. Este registro debe estar debidamente firmado en cada uno de los turnos.

- ❖ Hoja de control de catéter: En el cual se registra la fecha de inserción y de retiro de los diferentes dispositivos médicos que durante la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos tiene el paciente
- ❖ Valoración de soporte de oxigenoterapia al paciente de UCI: Se registra el tipo de oxigenoterapia que el paciente recibe (ventilación mecánica, ventura); además se registra reportes de gases arteriales.

1.4.3.10 Epicrisis:

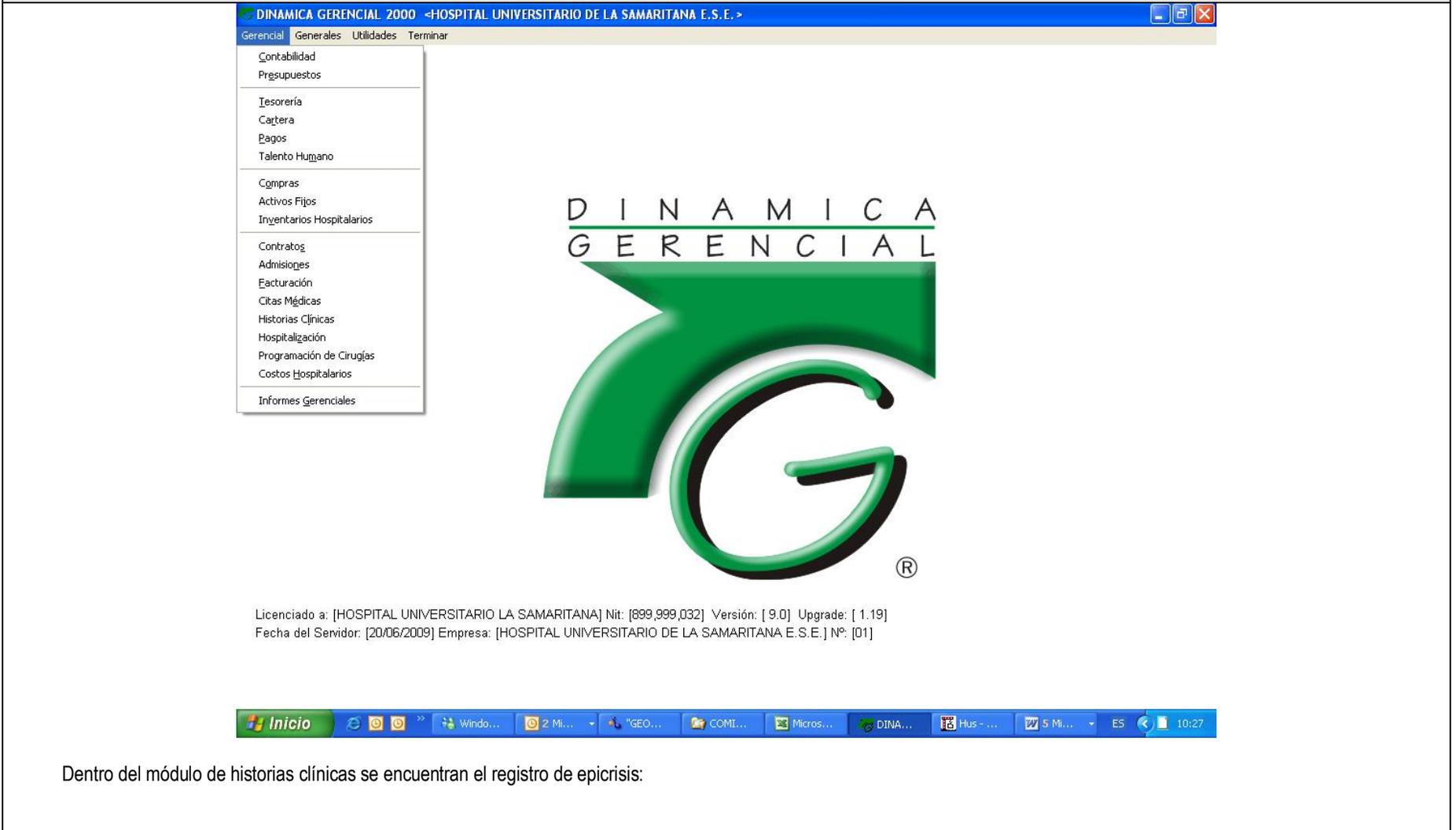
Es el resumen de la atención brindada al paciente durante la hospitalización, las intervenciones tanto diagnósticas como terapéuticas a las que fue sometido, los diagnósticos finales, el Plan de Manejo, la periodicidad de los controles y las recomendaciones. Su revisión debe justificar claramente las características y duración de la estancia hospitalaria.

Este registro se encuentra en el sistema de información de DGH.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 30 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS



Dentro del módulo de historias clínicas se encuentran el registro de epicrisis:

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión:	Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 31 de 44
-------------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------	----	----------------------------	------------------------

<p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		<p>Calidad soy yo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

The screenshot shows a software window titled '< HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA > MODULO CLÍNICO' with a compilation date of [12/05/2009 9:31:38]. A menu is open with the following items: Registros, Informes, Terminar, Historia Clínica, Descripciones Quirúrgicas, Incapacidades/Constancias, Orden de Hospitalización, Epicrisis, Interconsultas, and Triage. The main area displays the logo for 'DINAMICA GERENCIAL' which consists of the words stacked above a large green stylized 'G' with a registered trademark symbol. Below the logo, the following text is visible: 'Licenciado a: [HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA] Nit: [899,999,032] Versión: [9.0] Upgrade: [1.19] Fecha del Servidor: [20/06/2009] Empresa: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.] Nº: [01]'. At the bottom, a Windows taskbar is visible with the 'Inicio' button and several open applications.

Se debe cargar la epicrisis al ingreso respectivo, por tanto antes de crearla se debe verificar la fecha de ingreso del paciente y en este ingreso iniciar el registro de la misma. En el servicio de urgencias, cuando se genera observación, y esta es superior a 6 horas, es requisito para el egreso realizar epicrisis de esta atención, independientemente si el paciente ha sido dado de alta o decidido como conducta hospitalización.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 32 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i></p>	MANUAL		 <p>Calidad soyYo!</p>
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

En el servicio de hospitalización solo se debe realizar una epicrisis por cada evento así intervengan varias especialidades en su atención y/o sea trasladado de cama en la misma hospitalización.

La Epicrisis, debe contener los siguientes datos:

De Identificación:

- ❖ Nombres y apellidos.
- ❖ Tipo y número de identificación y número de Historia Clínica.
- ❖ Edad.
- ❖ Sexo.
- ❖ Servicio que ordenó el ingreso.
- ❖ Fecha y hora de ingreso.
- ❖ Servicio que da el egreso.
- ❖ Fecha y hora de egreso.
- ❖ Entidad Administradora de Planes de Beneficio a la cual se encuentra afiliado el usuario.

De Ingreso:

- ❖ Motivo que obligo al usuario a solicitar el servicio.
- ❖ Estado Clínico al ingreso (especialmente en las urgencias).
- ❖ Enfermedad Actual.
- ❖ Antecedentes.
- ❖ Revisión por Sistemas, relacionada con el motivo que originó el servicio.
- ❖ Hallazgos positivos del Examen Físico.
- ❖ Diagnósticos: incluir tanto los presuntivos, como los confirmados y relacionados.
- ❖ Conducta: Incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el Plan de Manejo.

De la Evolución:

- ❖ Cambios en la condición clínica del paciente que determinaron el cambio de la conducta o manejo (se deben incluir las complicaciones, los accidentes u otros eventos adversos que durante la estancia hospitalaria).
- ❖ Resultados de procedimientos diagnósticos, particularmente los que justifiquen los cambios en los diagnósticos o manejo.
- ❖ Justificación de indicaciones terapéuticas.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 33 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

Del Egreso:

- ❖ Diagnósticos principales y relacionados confirmados.
- ❖ Condiciones generales a la salida del paciente, incluyendo la incapacidad funcional si la hay.
- ❖ Plan de Manejo Ambulatorio.

Del Médico que elaboró la Epicrisis:

- ❖ Nombres y apellidos legibles.
- ❖ Servicio.
- ❖ Tipo y número de identificación
- ❖ Firma.
- ❖ Número de Registro Profesional.
- ❖ Sello.

1.4.3.11 Organización de la historia clínica durante la hospitalización:

- ❖ Ordenes médicas
- ❖ Evoluciones
- ❖ Record de anestesia
- ❖ Hoja quirúrgica de enfermería
- ❖ Record de recuperación
- ❖ Descripción quirúrgica
- ❖ ínter consultas
- ❖ Reportes de laboratorio
- ❖ Reportes de imágenes diagnósticas
- ❖ Registro de medicamentos
- ❖ Registros de enfermería
- ❖ Hoja de admisión
- ❖ Historia Clínica de urgencias
- ❖ Estudio socioeconómico

Todos los registros de la historia clínica deben estar debidamente organizados en el porta historias durante todo el proceso de la hospitalización.

Todo registro que se realice digitalmente en el sistema de información de DGH debe ser impreso, garantizando así la integralidad de la historia clínica en cumplimiento de la

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 34 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

normatividad vigente; hasta tanto se cuente con la integralidad de la historia clínica digitalizada.

1.4.3.12 Organización final de la historia clínica en la respectiva carpeta.

- ❖ Hoja de admisión
- ❖ Hoja de hospitalización
- ❖ Estudio socioeconómico
- ❖ Documentos del paciente
- ❖ Epicrisis
- ❖ Informe de autopsia
- ❖ Triage
- ❖ Remisión. Contrarreferencia
- ❖ Historia clínica de ingreso a urgencias
- ❖ Resumen de ingreso al servicio
- ❖ Historia del recién nacido
- ❖ Hoja de obstetricia
- ❖ Autorización para tratamiento Médico, Quirúrgico, autopsia, etc.
- ❖ Evoluciones médicas
- ❖ Descripción quirúrgica
- ❖ Record de anestesia
- ❖ Hoja de recuperación
- ❖ Hoja quirúrgica de enfermería
- ❖ Ordenes médicas
- ❖ Evoluciones de fisioterapia
- ❖ Control de hemodiálisis
- ❖ Reportes de patología
- ❖ Reportes de laboratorio
- ❖ Reportes de radiología
- ❖ Otros reportes y ayudas diagnósticas
- ❖ inter consultas
- ❖ Notas de enfermería
- ❖ Signos Vitales
- ❖ Control neurológico
- ❖ Control de líquidos
- ❖ Control de medicamentos

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 35 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

- ❖ Registros de enfermería de U.C.I.
- ❖ Historia clínica antigua.

Cada evento de atención de hospitalización, urgencias y agrupación de atenciones por consulta externa se separa por el formato resumen folios de la historia clínica por evento; realizando foliación según lo establecido en el protocolo de instructivo para la foliación de la y control de folios en la entrada y salida de historias clínicas del archivo.

1.4.4 Registro de Historia Clínica de Plan Canguro

En las atenciones brindadas a los neonatos dentro del programa padre madre canguro, se generan los siguientes registros de historia clínica:

- Historia clínica de ingreso
- Evolución médica de pediatría
- Tabla de crecimiento y desarrollo infantil
- Evolución de fisioterapia
- Registro de batería neurológica infantil (INFANIB)

Estos registros se van actualizando en la medida que él bebe asista a sus controles, que generalmente so programados, sin embargo, teniendo en cuenta la zona de residencia de nuestros usuarios, en el momento que asista a control un bebe, se le atiende; por estas razones se debe tener disponibilidad inmediata de los registros, los cuales son archivados en forma alfabética cronológica en AZ en la casita de plan canguro. Una vez dado de alta él bebe del programa (entre 12 a 15 meses de edad del bebe), la totalidad de los registros deben ser entregadas a la oficina de estadística relacionando en el formato 05ET16-V1 donde se relaciona el listado con nombre del paciente, número de historia clínica, número de folios por historia responsable quien entrega.

Decepcionados los registros de historia se revisan y organizan cronológicamente por fecha y tipo de registro y se cierra evento, según los lineamientos plasmados en el protocolo de foliación de historia clínica. Las historias son archivadas en AZ por fechas y orden cronológico de número de historia clínica.

Norma: Las historias clínicas de los bebes que desertan del programa antes de ser dados de alta, se mantienen archivadas en la casita canguro, debidamente custodiadas, por un periodo de un año a partir de la fecha de nacimiento del bebe.

1.5 Registros Anexos

1.5.1. Consentimiento informado

El Consentimiento Informado es entendido como un acto médico obligatorio, que le permite a un individuo competente, recibir del profesional de la salud toda la información necesaria, comprenderla en su verdadera dimensión y, después de considerarla, **decidir** - sin coacción, influencias externas inadecuadas o intimidación - la aceptación de la realización de diversos procedimientos o tratamientos.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 36 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

Para el adecuado y correcto diligenciamiento se debe dar cumplimiento al instructivo diseñado por el Comité de Ética de la Institución

1.5.2. Plan de Egreso Médico

Este registro se debe diligenciar para todo paciente que se le ha prestado servicios de salud en las unidades funcionales de Consulta externa, urgencias y Hospitalización, una vez ha sido dado de alta del respectivo servicio.

Se contempla en este registro las siguientes variables:

- ❖ Información de la patología
- ❖ Signos de alarma
- ❖ Factores de Riesgo
- ❖ Recomendaciones generales
- ❖ Medicamentos
- ❖ Eventos adversos posibles
- ❖ Información de control médico

El registro se encuentra digitalizado en el sistema de información de DGH, constituyendo un folio más de la historia clínica; hasta tanto se tenga la totalidad de la historia clínica digitalizada, se debe realizar impresión de dos copias, una que se le debe entregar al paciente y otra para la historia clínica física.

1.5.3 Plan de Egreso de Enfermería.

Este registro se debe diligenciar a todo paciente hospitalizado en el momento del egreso hospitalario; se debe informar verbalmente al paciente y familia sobre los cuidados y recomendaciones a tener en cuenta en casa. El registro se debe diligenciar con los datos del paciente y de la enfermera que da las indicaciones al paciente, quien garantizará que el paciente y/o el familiar firmen el respectivo registro.

Este registro forma parte integral de la historia clínica por lo que la enfermera debe garantizar que se encuentre totalmente diligenciado y archivado una vez se inicie el procedimiento de egreso hospitalario.

1.5.4 Registros Digitales Apoyo Diagnóstico

Todos los registros de apoyo diagnóstico quedan debidamente archivados en las bases de datos del sistema de información de las cuales se generan copias de seguridad con periodicidad mensual.

1.6 Aspectos especiales

- ❖ Los profesionales de salud del Hospital Universitario de la Samaritana .E.S.E. que atiendan afiliados, tanto dependientes como independientes, al Sistema General de Riesgos Profesionales deben calificar, en primera instancia, el origen (común o profesional) de los Accidentes de Trabajo y las Enfermedades Profesionales. (Artículo 12

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 37 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

del Decreto Ley 1295 de 1994). Asimismo, cuando expidan una incapacidad temporal deben consignar en la Historia Clínica, el número de días y las fechas entre las cuales está comprendida dicha incapacidad.

- ❖ Dentro del marco de las estadísticas Vitales, certificado de nacido vivo y certificado de defunción, se debe realizar anotación en el registro de evolución de la historia clínica, del número de certificado expedido, fecha de expedición y anotación de entrega a los familiares.
- ❖ Cuando se produce fallecimiento en caso y analizado el caso se deba expedir certificado de defunción, se debe garantizar siempre la respectiva nota del fallecimiento del paciente y la anotación del número de certificado y fecha de expedición; adjuntando para todos los casos el registro de primer respondiente de autoridad competente, que los familiares previamente han aportado como evidencia del fallecimiento del paciente.
- ❖ En la Descripción Quirúrgica de los pacientes sometidos a osteosíntesis es muy importante consignar en detalle el tipo y número de materiales utilizados durante el procedimiento quirúrgico.
- ❖ En los procedimientos, especialmente los realizados por Cirugía Plástica, Oftalmología y Otorrinolaringología, es prudente acompañar la descripción quirúrgica con dibujos, esquemas o diagramas que faciliten la comprensión de las cirugías realizadas.
- ❖ Si producto de la atención se debe colocar al paciente algún tipo de dispositivo, se debe registrar en la historia clínica la identificación del dispositivo, la casa comercial, la cantidad utilizada y las especificaciones detalladas
- ❖ En la aplicación de medicamentos de alto costo (como hemoglobulina, factor VII) se debe garantizar que dentro de la historia clínica queden archivados los stiquer de cada unidad de medicamento aplicada. Cuando la historia clínica este digitalizada en su totalidad, se adjuntaran en una hoja quedando como registro anexo a la historia clínica digitalizada.
- ❖ Para toda aplicación de hemoderivados se debe garantizar que los sellos de calidad queden archivados en la historia clínica. Cuando la historia clínica este digitalizada en su totalidad, se adjuntaran en una hoja quedando como registro anexo a la historia clínica digitalizada.
- ❖ Los registros de diálisis, hemodiálisis y plasmaferesis forman parte integral de la historia clínica.

2. REGLAMENTACION CUSTODIA DE LA HISTORIA CLINICA

2.1 JUSTIFICACION

El hospital Universitario de la Samaritana al ser una entidad prestadora de servicios de salud debe mantener la custodia de la historia clínica, integrada por los diferentes registros que se generan en el curso de las atenciones brindadas a los usuarios de la Institución, generando los mecanismos de seguridad para salvaguardar los registros físicos y del sistema de información y para restringir el acceso a las mismas, según los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999.

2.2 CUSTODIADORES DE LA HISTORIA CLINICA

Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario y los Auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado. (Numeral c, artículo 1, capítulo 1 de la resolución 1995 de 1999)

Funcionarios de la Unidad Funcional de Estadística: Son los profesionales, técnicos y auxiliares que desempeñan funciones en esta área y en el desempeño de las mismas deben manipular la historia clínica.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 38 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

Funcionarios de Consulta Externa: Son las secretarías y auxiliares de los consultorios de consulta externa, quienes en el desempeño de sus funciones deben transportar las historias clínicas para la atención de los usuarios.

Funcionarios de las oficinas de Facturación, Objeciones, Cartera, Auditoría Médica, Auditoría de Cuentas Médicas, Trabajo Social, Jurídica, Control Interno: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares, que en el desempeño de sus funciones necesitan transportar la historia clínica internamente en la Institución y tener acceso a los registros de la misma.

2.3 NORMAS DE CUSTODIA

- ❖ La historia clínica es propiedad exclusiva del paciente y la custodia está a cargo del Hospital Universitario de la Samaritana, se prohíbe, para todos los efectos sacarla fuera de los predios de la Institución.
- ❖ Toda la información contenida en la historia clínica es confidencial, por tanto la divulgación de su contenido y su duplicación (fotocopia, impresión) están prohibidos
- ❖ En el transcurso de la prestación de los servicios en las diferentes áreas de atención donde se generan registros de la historia clínica, la responsabilidad de la custodia es del equipo de salud que interviene en la atención, y que por tal motivo deben realizar consultas, anotaciones y generar registros de la prestación de servicios.
- ❖ La información contenida en la historia clínica puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Por tal razón los custodios de la misma no pueden permitir la duplicación de ninguno de los registros que conforman la historia ni la divulgación de su contenido.
- ❖ El acceso al archivo de historias clínicas es permitido solo a los funcionarios de la Unidad Funcional de Estadística y a los médicos estudiantes, residentes y especialistas previamente autorizados para revisión de historias clínicas con fines asistenciales y/o académicos.
- ❖ Las historias clínicas cuando llegan al archivo, previo cumplimiento de los procedimientos establecidos, solo pueden ser retiradas para atención directa de los pacientes en las diferentes unidades de la institución y en los casos previamente autorizados para el cumplimiento de los procedimientos administrativos establecidos
- ❖ Toda consulta a la historia clínica diferente a la atención médica y al cumplimiento de los procedimientos institucionales establecidos, debe contar con la autorización del líder de proyecto de la Unidad Funcional de Estadística
- ❖ La revisión de historias clínicas para efectos de trabajos de investigación, previo aval de la oficina de Educación e Investigación, se debe realizar en los horarios hábiles de atención del archivo de historias clínicas, sin retirarlas de esta área.
- ❖ Siempre que se tenga vigente el usuario según los permisos asignados por la Subdirección de Sistemas, para la consulta permanente de las historias clínicas, se puede acceder al sistema de información, módulo de historias clínicas, consulta de historia clínica donde se encuentran todos los folios de historia clínica digital generados desde el sistema de información. Adicionalmente por el mismo módulo asistencias, Historia clínica, se pueden consultar todas las epicrisis que se le han realizado a los usuarios durante los diferentes eventos de urgencias con estancia superior a 6 horas y/u hospitalización
- ❖ Las inspecciones que las autoridades judiciales competentes realizan a la historia clínica deben estar coordinadas por un funcionario de la Unidad Funcional de Estadística, en ausencia de éstos, las enfermeras jefes de cada uno de los servicios, dejando la debida constancia en la historia clínica para continuar con el procedimiento en la Unidad Funcional de Estadística
- ❖ En los servicios de hospitalización las historias clínicas no podrán ser retiradas de las respectivas estaciones de enfermería de cada uno de los servicios. Las únicas excepciones son la revista médica, cuando la Enfermera Jefe hace entrega del carro con todas las Historias Clínicas al profesional encargado de presentar al paciente durante la misma y él a su vez debe devolverlas una vez terminada la citada revista.
- ❖ Para la elaboración de la epicrisis la historia se puede retirar, siempre y cuando el médico residente la solicite a la enfermera jefe y firme el kárdex del respectivo paciente.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 39 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

- ❖ Cuando el paciente requiera ser trasladado a estudios diagnósticos dentro de la institución, la Historia Clínica se podrá llevar, pero deberá regresar con el paciente al término del procedimiento, por ningún motivo deberá quedar en el sitio del examen.
- ❖ Los facturadores no tendrán acceso a la Historia Clínica, salvo para retirar los soportes necesarios para tomarles fotocopia, previa autorización de la Enfermera Jefe. Dentro de la Historia Clínica deben quedar los originales de todos los registros asistenciales; las historias clínicas les serán entregadas en su totalidad una vez el paciente ha sido dado de alta, para realizar los respectivos trámites de facturación y egreso del paciente y posterior entrega a la Unidad Funcional de Estadística.

2.4 COPIA DE SEGURIDAD DE LOS REGISTROS DIGITALES DE HISTORIA CLÍNICA

Todos los registros digitales de historia clínica son realizados en los aplicativos del sistema de información del HUS. Mensualmente desde la Subdirección de sistemas se generan copias en cintas de seguridad de las bases de datos encontradas en los diferentes servidores. Se encuentran aquí todos los registros digitales de historia clínica y sus anexos. Las copias se entregan debidamente rotuladas a la Dirección administrativa mediante oficio para que se remitan a la compañía de seguridad con la que el Hospital tiene contrato vigente. El contrato de vigilancia contempla la prestación del servicio de salvaguardar las copias de seguridad de la información digital del HUS.

Cuando se presenta cambio de compañía de seguridad todas las cintas entregadas para custodia, son devueltas a la dirección administrativa, en coordinación con la Subdirección de Sistemas se valida que las cintas entregadas coincidas en su totalidad con las entregadas mensualmente en custodia. La totalidad de las cintas se entregan mediante oficio a la nueva empresa de vigilancia

2.5 SOLICITUD INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento solo puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (numeral a artículo 1 de la resolución 1995 de 1999).

Principios

- A. La solicitud de información sobre la historia clínica solo puede ser realizada por el paciente, preservando así el derecho a la intimidad, derecho consagrado en el artículo 15 de la constitución nacional, ya que se trata de una información privada que solo concierne a su titular, y excluye del conocimiento a las demás personas, así sean estas, en principio sus propios familiares.
- B. En referencia a las historias clínicas de los pacientes fallecidos:
 - a. Ninguna entidad aseguradora o bancaria o persona natural puede exigir a los familiares copia de la historia clínica para proceder a hacer efectivo un seguro o para cancelar un crédito asegurado, etc., contraído en vida por la persona fallecida. Si la entidad aseguradora obtuvo en vida la autorización correspondiente debe anexarla a la solicitud, para poder dar respuesta, la solicitud la debe realizar directamente la compañía aseguradora a los familiares directos del fallecido, anexando la documentación que lo acrediten como tal, verificando con los registros de trabajo social incluidos en la historia clínica.
 - b. Se da cumplimiento a la sentencia T-158 A de 2088 para la solicitud de resumen de historia clínica de paciente fallecido. Se requiere para la solicitud, cumplir

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 40 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

con los cuatro requisitos mínimos por parte del núcleo familiar del que muere, solo en los casos en los que el archivo sea solicitado por los descendientes y ascendientes más cercanos:

- i. La persona que eleva la solicitud deberá demostrar que el paciente ha fallecido (Registro civil de defunción)
- ii. El interesado deberá acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, conyugue o compañero permanente en relación con el titular de la historia clínica, (familiares más próximos del paciente), El familiar debe allegar la documentación que demuestre la relación de parentesco con el difunto (registro civil de nacimiento o de matrimonio, según el caso)
- iii. Presentar solicitud por escrito donde exprese parentesco con el fallecido y las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho documento

Para acceder a la historia clínica se establecen las siguientes normas:

Trámite de autorización de servicios ante las entidades administradores de planes de beneficio

- ❖ Este trámite puede ser realizado directamente por el paciente o por un familiar debidamente autorizado por el paciente.
- ❖ Presentar la orden del servicio solicitado expedida por el médico tratante
- ❖ Fotocopia del carné de afiliación de la entidad aseguradora y fotocopia de la cédula de ciudadanía
- ❖ Entregar original del registro asociado al servicio solicitado, para que se tome la respectiva fotocopia, dejando en la oficina de Estadística documento (diferente a la cédula de ciudadanía) mientras se procesa la fotocopia del registro
- ❖ Archivar en la historia clínica la fotocopia del documento, Dejando constancia de cuales fueron los registros fotocopados y entregados al paciente o su familia.

Solicitud de resumen para trámites diferentes a autorización de servicios

- ❖ La solicitud se debe realizar por escrito directamente por el paciente, anexando fotocopia del documento de identidad vigente
- ❖ Analizar la solicitud para establecer si se requiere resumen, fotocopia o respuesta a algún requerimiento específico de los registros de la historia clínica
- ❖ Si la solicitud es resumen, se imprimen del sistema de información de DGH la(s) epicrisis y las dos últimas valoraciones por consulta externa; en caso que las valoraciones de consulta externa no se encuentran digitalizadas, éstas se deben transcribir.
- ❖ Si la solicitud hace referencia a fotocopia simple de la historia clínica, se procede a fotocopiar y realizar el respectivo oficio de respuesta
- ❖ Si la solicitud hace referencia a fotocopia autenticada, se debe fotocopiar la historia y pasar al líder de proyecto de Estadística para la respectiva autenticación, posteriormente elaborar el oficio de respuesta.
- ❖ Para todos los casos de solicitud de fotocopias y certificaciones se debe dar cumplimiento a lo establecido en la resolución interna vigente, de "Reglamentación cobro de copias simples, certificados y/o constancias, copias autenticadas de documentos e información pública que reposa en la institución"
- ❖ La respuesta al requerimiento de información de historia clínica junto con la historia pasa para la firma de la líder de la oficina de Estadística. Previa revisión de un técnico de Estadística. Posteriormente se lleva a la firma de la Dirección de Atención al usuario realizando la relación en la planilla de control de historias clínicas y oficios 05GIS35
- ❖ Se debe registrar en la historia clínica el número de oficio y fecha de respuesta.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 41 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

Solicitud de autoridades judiciales y de salud

- ❖ Todo requerimiento de autoridades judiciales y de salud se deben realizar por escrito
- ❖ Ante requerimiento de la historia clínica se envía en primera instancia resumen de la historia clínica, y si se recibe un segundo requerimiento donde solicitan expresamente fotocopia de la totalidad de la historia clínica, se entrega la totalidad del documento.
- ❖ Las entidades de control de salud que soliciten fotocopia total de la historia, se les debe suministrar la totalidad de la misma.
- ❖ Dependiendo de la solicitud se imprimen del sistema de información de DGH la(s) epicrisis y las dos últimas valoraciones por consulta externa; en caso que las valoraciones de consulta externa no se encuentran digitalizadas, éstas se deben transcribir.
- ❖ La respuesta al requerimiento de información de historia clínica junto con la historia pasa para la firma de la líder de la oficina de Estadística. Previa revisión de un técnico de Estadística. Posteriormente se lleva a la firma de la Dirección de Atención al usuario realizando la relación en la planilla de control de historias clínicas y oficios 05GIS35
- ❖ Se debe registrar en la historia clínica el número de oficio y fecha de respuesta.

Solicitud para valoraciones de Medicina Legal

- ❖ La autoridad judicial expide la solicitud de valoración a Medicina Legal
- ❖ Para el trámite en la Institución el paciente o sus familiares deben anexar fotocopia de la solicitud de la autoridad competente y solicitud para el trámite correspondiente
- ❖ En los casos en que el paciente se encuentre hospitalizado se solicita al auditor del servicio la revisión parcial de la epicrisis continuada en el sistema de información DGH
- ❖ Obtenida la confirmación de revisión de epicrisis por parte del auditor, se imprime y se realiza el respectivo oficio remisorio.
- ❖ La respuesta a este requerimiento va dirigida a medicina legal, donde además del resumen se debe registrar, en los casos que el paciente este hospitalizado, el número de la cama
- ❖ La respuesta se debe realizar en un término máximo de 24 horas hábiles

2.6 PERDIDA DE HISTORIA CLINICA

Cuando se presenta la pérdida de una historia clínica se debe realizar el siguiente procedimiento

- ❖ Informe por escrito de lo sucedido con la historia clínica y la gestión adelantada en la búsqueda de la misma; el informe debe ser presentado por la persona que se encontraba como custodiador de dicha historia clínica
- ❖ Denuncio de pérdida de documento, el cual debe ser instaurado por la última persona del equipo de salud que haya utilizado la historia clínica
- ❖ El denuncio de pérdida junto con los informes respectivos son entregados al líder de proyecto de la Unidad Funcional de Estadística, para ser presentado posteriormente al Comité de Historias clínicas.
 - Análisis del caso por parte de los integrantes del Comité de Historias Clínicas, donde:
 - Se emiten las conclusiones del caso expuesto soportado en la respectiva acta
 - Se autoriza la recuperación de los registros del sistema de información, de las bases de datos de apoyo diagnóstico y de los soportes de la factura de prestación de servicios
 - Se determina si el caso debe ser remitido a la Unidad de Investigación y control disciplinario, dependiendo del análisis del caso específico
 - Remisión del caso a la oficina del Control Disciplinario para su evaluación y fines pertinentes.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 42 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

5. RELACION DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCION ENTRE ELLOS

2.7 DISPOSICION FINAL DE LA HISTORIA CLINICA (Resolución 1995 de 1999)

- ❖ El hospital conservará las historias clínicas por un periodo de 20 años, a partir de la última fecha de atención de los usuarios
- ❖ El Comité de Historias Clínicas aprobó el proceso de baja de historias clínicas, teniendo como base el estudio presentado por la Unidad Funcional de Estadística, cerrando el procedimiento mediante la elaboración de la resolución institucional de baja de historias clínicas, la cual va firmada por el Gerente de la Institución.

3. CONTINGENCIA EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL

La historia clínica digital se encuentra como módulo independiente e interrelacionado con los demás módulos del sistema de información institucional DGH, por esta razón los lineamientos para el manejo de la contingencia en cualquier eventualidad en la que no se tenga disponible el sistema de información, están registrados en el "Plan de Contingencia del Sistemas de Información" COD 01GIS01 - V1

AGRADECIMEINTOS

A los integrantes del Comité de Historias Clínicas que realizaron la revisión y actualización del presente manual.

GLOSARIO

Equipo De Salud. Son los profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan las atención clínico asistencial directa del usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado. (Capitulo 1 Artículo 1 Resolución 1995 de 1999)

6. BIBLIOGRAFIA

- ❖ Congreso de la República de Colombia. *Ley 23 del 18 de febrero de 1981*. Por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. *Decreto Reglamentario 3380 de 1981*. Bogotá, D. C., Colombia. Artículos: 23, 24, 34, 36-39.
- ❖ Ministerio de Salud de la República de Colombia. *Resolución 1995 del 8 de julio de 1999*. Por el cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá, D. C., Colombia.
- ❖ Ministerio de Salud de la República de Colombia. *Decreto 412 del 6 de marzo de 1992*. Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C., Colombia.

© Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada en, o transmitida por, un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia, o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito del autor.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 43 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------

	MANUAL		
	PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN	
	NOMBRE:	MANUAL REGLAMENTACIÓN DE HISTORIA CLINICA	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	01GIS02-V2	
			05GC05-V1

7. CONTROL DE CAMBIOS			
VERSION	FECHA	ITEM MODIFICADO	JUSTIFICACION
01GIS02-V1	13/11/2015		Actualización del flujo de los registros físicos generados durante una contingencia

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 44 de 44
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	------------------------