



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

MANUAL DE ADMINISTRACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS



TABLA DE CONTENIDO

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS.....	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO LEGAL.....	5
3. ALCANCE	6
4. OBJETIVO GENERAL.....	6
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
5. DEFINICIONES.....	7
6. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	8
7. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.	8
1. RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO TÉCNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLÍNICA	9
8. SECRETO PROFESIONAL.....	9
10. POLÍTICAS GENERALES.....	11
11. GENERALIDADES.....	11
1. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	12
2. NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA	12
3. COMPONENTES	13
4. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.....	13
5. ANEXOS.....	13
6. CONTENIDOS MÍNIMOS.....	13
12. FORMATOS DE HISTORIA CLINICA AUTOMATIZADA POR TIPO DE ATENCIÓN.....	14
1. CONSULTA EXTERNA:	14
2. HOSPITALIZACIÓN:.....	14
3. URGENCIAS:	15
4. ODONTOLOGÍA:	15
5. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:	15
6. LABORATORIO CLÍNICO:.....	16
13. FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA MANUAL.....	16



14.	NORMAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	17
15.	USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS	17
16.	GESTIÓN DE HOJAS SUELTAS	18
17.	REGISTROS CLÍNICOS QUE NO FORMAN PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA 18	
18.	PROCEDIMIENTO PARA UTILIZAR LA HISTORIA CLÍNICA	19
19.	NORMAS DE FORMULACIÓN	22
20.	TIPOLOGÍAS (CONTENIDO) DE LA HISTORIA CLÍNICA	23
21.	OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLÍNICO	27
22.	CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	27
23.	ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA	27
24.	ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA CON FINES ADMINISTRATIVO	28
25.	RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN	29
26.	SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	29
27.	CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	30
28.	MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	30
29.	PROCEDIMIENTOS DE ENTREGA DE INFORMACIÓN AL USUARIO O TERCEROS: copias y resúmenes de historias clínicas	30
30.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	34
	30.1. COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	34
	30.2. GESTIÓN DEL ARCHIVO CLÍNICO.....	35
	30.3. FUNCIONES GERALES DEL AUXILIAR EN SALUD – ARCHIVO CLÍNICO	35
	30.3 UNIDAD AUDITORA / OFICINA DE CONTROL INTERNO	36
31.	GESTIÓN DEL RIESGO	36
	31.1 PÉRDIDA DE HISTORIAS.....	36
	31.2 CONTINGENCIA FRENTE A FALLO DEL SISTEMA.....	37
32.	SANCIONES	40
33.	ANEXOS	41
34.	BIBLIOGRAFÍA	43

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción Cambios
1.0	22/03/2023	Se realiza manual

1. INTRODUCCIÓN

La HISTORIA CLÍNICA es el único documento válido para demostrar el tipo de atención que un usuario ha recibido, es fiel reflejo de la calidad de atención brindada por el profesional de la salud.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, institución de salud preocupada por la calidad de los servicios que ofrece, tiene como política estricta e inflexible, mantener sus historias clínicas dentro de los más altos estándares tanto de forma como de contenido. Todo profesional médico o paramédico con prerrogativas para ejercer dentro de la E.S.E, deberá ajustarse a las siguientes normas relativas a la elaboración y manejo de la HISTORIA CLINICA y sus respectivos registros. En cuanto al personal en adiestramiento se refiere, estas normas hacen parte integral de su respectivo reglamento y como tal, su no observancia puede acarrear las sanciones correspondientes.

La historia clínica tiene un papel protagónico, fundamental y en ocasiones definitivo en los procesos de responsabilidad profesional.

De todo ello puede concluirse que la historia clínica como tal debe existir y mantenerse, sin perjuicio de que, en virtud del derecho de acceso a la misma que se le reconoce, el usuario pueda conocer todos o cualquiera de los documentos e informes de los que consta e incluso obtener copia de los mismos (criterio éste último que coincide, en el ámbito de las instituciones de salud públicas, con el derecho que se reconoce a todo ciudadano en relación con los expedientes administrativos en que sea parte interesada).

Estas conclusiones, recogen como derecho del usuario en el ámbito de la información y documentación de salud, el de recibir, a petición suya, un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.

Además de este último derecho, el usuario tiene obviamente el derecho a exigir el debido respeto a la confidencialidad de la información contenida en su historia clínica, como faceta del derecho más general a la salvaguarda de su intimidad personal. Pero que aquél no ostenta la titularidad de la historia, entendida como plena capacidad de disposición sobre la misma, se confirma a la luz de la regulación de los derechos de rectificación o cancelación de datos. Por su propia finalidad parece claro que la historia clínica no es susceptible de la cancelación automática, lo que conduce a entender que en ningún caso puede el usuario por su propia voluntad imponer la destrucción o eliminación de su historial clínico.



2. MARCO LEGAL

- **Ley 23 del 18 de febrero de 1981:** “Por lo cual se dictan Normas en Ética Médica”. **Art. 34:** reserva de historia clínica, **Art. 10:** derechos y deberes de las personas relacionadas con la prestación del servicio de salud.
- **Ley 594 de julio 14 de 2000** – “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”.
- **Ley 2015 del 31 de enero de 2020:** Del Congreso de Colombia: “por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones”.
- **Ley 527 28 de agosto de 1999:** república de Colombia: “por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones”.
- **Ley 1712 de marzo 6 de 2014:** “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”.
- **Resolución 1995 de Julio 8 de 1999:** “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”.
- **Resolución 839 del 23 de marzo de 2017:** del ministerio de protección social y la ministra de cultura “Por la cual se modifica la resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones”.
- **Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014:** El ministro de Salud y Protección Social “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”
- **Resolución 3100 del 254 de noviembre de 2019:** SUH criterios Registros Clínicos, “se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud”.
- **Acuerdos 07 de 1994:** La junta directiva del archivo general de la Nación: “Reglamento General de Archivos”
- **Acuerdos 11 de 1996:** La junta directiva del archivo general de la Nación:” “Por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”.
- **Acuerdos 05 de 1997:** - Archivo General de la Nación”: “Por el cual se establecen los requisitos mínimos para las personas naturales o jurídicas de derecho privado, que presten los servicios de organización de archivos, elaboración de tablas de retención y almacenaje o bodegaje de la documentación de las entidades públicas”.
- **Circular 2 de 1997-** Archivo General de la Nación: “Parámetros a tener en cuenta para la implementación de nuevas tecnologías en los archivos públicos”.

- **Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 – SOGC:** “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
- **Decreto 1080 de mayo 26 de 2015:** el presidente de la república de Colombia: “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura”.

3. ALCANCE

Este manual ha sido documentado para garantizar la funcionalidad en el manejo de los registros clínicos, brindando conocimientos y conceptos claros a todo el personal asistencial y administrativo que intervienen en el proceso de atención a los usuarios.

Facilitando, además, la sensibilización de los usuarios y demás partes interesadas sobre la importancia y el manejo de los registros clínicos al momento de requerirlos.

4. OBJETIVO GENERAL

Establecer la metodología y los lineamientos para integrar el expediente clínico por medio de la apertura, captura y registro, con el fin de asegurar su control y resguardo en el archivo clínico.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer las directrices para el manejo y gestión de los registros clínicos en la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia.
2. Garantizar el conocimiento de la normatividad vigente para el manejo de la historia clínica
3. Brindar conceptos que faciliten la orientación del profesional de la salud al momento de gestionar los registros clínicos
4. Establecer las políticas para el uso y funcionalidad de la historia clínica automatizada
5. Facilitar el manejo de la historia clínica automatizada bajo la definición de instructivos para su uso

6. Procurar el cumplimiento de las políticas SIIS y Confidencialidad y Privacidad, brindando a los profesionales de la salud las herramientas para su implementación.

5. DEFINICIONES

- a. **La Historia Clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, 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 usuario o en los casos previstos por la ley.
- b. **Estado de salud:** El estado de salud del usuario se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- c. **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.
- d. **Historia Clínica para efectos archivísticos:** Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un usuario, el cual también tiene el carácter de reservado.
- e. **Archivo de Gestión:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los tres años siguientes a la última atención.
- f. **Archivo Central:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos siete años desde la última atención.

- g. Archivo Histórico.** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

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: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del usuario, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en 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 ocurre la prestación del servicio.

7. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

1. RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO TÉCNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLÍNICA

Todo el personal que participa en la atención de un usuario es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la HISTORIA CLINICA y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos especialmente si los resultados son inesperados. Este podrá delegar su elaboración en un miembro del cuerpo profesional en adiestramiento, sin que este pierda su carácter de responsable ante la Fundación y ante la ley.

8. SECRETO PROFESIONAL

Toda persona que tenga acceso a la HISTORIA CLINICA o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada. El código penal colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa.

El médico o personal paramédico, está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- ✓ Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- ✓ A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
- ✓ A los responsables del usuario, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.

- ✓ A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley.
- ✓ A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

El profesional velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional

Este debe cobijar igualmente a todas aquellas personas que, por su estado y profesión, reciben o tienen acceso a esta información confidencial.

El Código Penal Colombiano establece las sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

9. JUSTIFICACIÓN

Dentro de los sistemas de calidad establecidos se tiene claridad sobre la importancia que tiene dentro la atención el manejo de los registros clínicos, el cual debe garantizar como mínimo los requisitos establecidos por la ley: privacidad, confidencialidad, secuencialidad y oportunidad, entre otros.

Este manual ha sido documentado para dar cumplimiento a los altos estándares de calidad, los requerimientos de ley y los requisitos y necesidades de la empresa.

10. POLÍTICAS GENERALES

- El acceso al archivo clínico está restringido, solo pueden ingresar los funcionarios que laboran en dicha dependencia y el personal de enfermería autorizado.
- Al retirar una historia clínica manual ésta debe reemplazarse ubicando en su lugar una tarjeta de reemplazo que identifique el nombre, fecha y dependencia a donde fue prestada y esta debe de ser por el personal autorizado. Ver anexo 1
- Las historias clínicas manuales prestadas deben ser devueltas al archivo el mismo día
- Se deben tener definidos los mecanismos para ejercer control sobre el acceso a las historias clínicas automatizadas, garantizando la confidencialidad
- Establecer procedimientos de respaldo de información que garanticen la pérdida de historias clínicas automatizadas
- El comité de historias clínicas debe velar por el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la gestión de los registros clínicos y el buen funcionamiento del software clínico
- Las historias clínicas manuales no deben salir de la institución.
- Solo se pueden utilizar las siglas y acrónimos (una sigla que se lee como una palabra o un vocablo formado al unir parte de dos palabras: telemática) establecidos y reglamentados por la E.S.E, las cuales son revisados y actualizadas por el comité de historias clínicas a necesidad o solicitud.

11. GENERALIDADES

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y utilizando solo las siglas y acrónimos reglamentadas dentro de la empresa. Cada anotación debe

llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

1. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, se realiza apertura de historia clínica a los usuarios del servicio de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa.

La identificación del usuario se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, cuenta con una historia única institucional, ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y con una aplicación para el control que permite saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, a quien y en qué fecha ha sido entregada y procedimientos de respaldo de información definidos y controladas para garantizar la seguridad de las historias clínicas automatizadas.

La apertura de la historia se realiza al momento de ingresar el usuario al software administrativo y clínico de la empresa

Solo se realiza apertura manual de la historia clínica para aquellas dependencias que no poseen historia automatizada, para lo cual el archivo clínico realiza impresión del SIS 400 (módulo de creación de usuarios en el sistema), el cual es archivado en carpeta junto con los demás formatos que conforman la historia.

2. NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

Las hojas de evolución, órdenes médicas son responsabilidad del profesional tratante.

Las Hojas de enfermería son responsabilidad del personal de enfermería.

3. COMPONENTES

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

4. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Los contenidos mínimos son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, entidad de afiliación y tipo de vinculación.

5. ANEXOS

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: consentimiento informado, procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario

Los resultados de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al usuario luego que el resultado sea registrado en la historia clínica.

En los casos de imágenes diagnosticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán anexarse a la historia clínica. Las imágenes diagnosticas se entregarán al usuario, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica.

6. CONTENIDOS MÍNIMOS

Se entiende por HISTORIA CLINICA completa aquella que incluye la siguiente información.

- Datos generales del usuario.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.

- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.
- Examen físico completo el cual incluye siempre signos vitales.
- Diagnóstico (s) tentativo (s) o definitivo (s)
- Plan (s) de diagnóstico o de tratamiento.
 - Evoluciones o controles
 - Epicrisis o resumen de egreso

12. FORMATOS DE HISTORIA CLINICA AUTOMATIZADA POR TIPO DE ATENCIÓN

Es norma en la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, el diligenciamiento de la Historia Clínica automatizada, por parte de los profesionales tratantes en cada uno de las dependencias de atención así:

1. CONSULTA EXTERNA:

- Historia clínica de consulta ambulatoria cuando el usuario solicita cita programada
- Historia clínica de consulta prioritaria-ambulatoria cuando el usuario no tiene asignada cita programada
- Historia clínica de revisión o transcripción cuando el usuario viene para revisión de exámenes o transcripción de fórmulas médicas, sin programar cita previa

2. HOSPITALIZACIÓN:

- Historia clínica de ingreso: todo usuario que se hospitalice para tratamiento médico o parto, deberá contar con historia clínica de ingreso por el médico tratante.

- Las evoluciones deben contar con fecha y hora de la consignación de la información, se diligenciarán en el formato de notas médicas hospitalización
- Las notas de las rondas realizadas se registran en el formato de rondas de hospitalización
- Es responsabilidad del que inicia un formato de evolución diligenciar los datos de identificación del usuario (número de historia clínica, nombres y apellidos), foliar la misma de manera consecutiva garantizando que no faltan componentes en la misma y dar cumplimiento a la normatividad legal vigente, resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud.

3. URGENCIAS:

- Todo usuario de la dependencia de urgencias debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general
- Es obligatorio el registro de triage, atención en consulta, observaciones sobre tratamientos enviados por parte del médico y del personal de enfermería.

Ver anexo instructivo de manejo

4. ODONTOLOGÍA:

Todo usuario de la dependencia de odontología debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del odontólogo general, quien debe garantizar el registro de datos correspondientes a los exámenes clínicos, tratamientos y consultas de urgencias.

5. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:

Todo usuario de la dependencia de promoción y prevención debe contar con la historia clínica correspondiente, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general y el personal de enfermería:



- ✓ Crecimiento y desarrollo
- ✓ Planificación Familiar
- ✓ Prenatal y Puerperio
- ✓ Enfermedades Crónicas
- ✓ Atención del Joven
- ✓ Atención del Adulto
- ✓ Agudeza Visual
- ✓ Toma Seriada de Presión

6. LABORATORIO CLÍNICO:

La bacterióloga es responsable de garantizar oportunidad y veracidad en el registro de los resultados de las ayudas diagnósticas realizadas a los usuarios

Ver anexo 5 instructivos de manejo

Es responsabilidad de cada profesional el diligenciamiento de la nota correspondiente a la inasistencia del usuario a la cita programada

13. FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA MANUAL

Es norma en la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, que los formatos que conforman la historia clínica manual lleven el siguiente orden, siendo responsabilidad del archivo clínico garantizar su cumplimiento:

- SIS 400
- Hoja de resumen de atención en Promoción y prevención
- Atención de Urgencias
- Examen Odontológico
- Hojas de Evolución
- Hojas de Evolución Odontología
- Exámenes Auxiliares de Diagnostico
- Copia de la Solicitud Remisión de Usuarios
- Epicrisis de Hospitalización
- Ordenes médicas



- Tratamientos
- Signos Vitales
- Balance de líquidos
- Historia Clínica Perinatal (si es materna)
- Hoja de recién nacido (si es materna)
- Hojas correspondientes a los diferentes programas especiales:
 - Atención en Planificación Familiar (SIS 406)
 - Programa Control Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
 - Historia Clínica Perinatal (CLAP)
 - Programa Control de Enfermedad Hipertensiva (HPT)
 - Ingreso al Programa de Hipertensos
 - Evaluación del Crecimiento en menores de 7 años
 - Historia SIPI
 - Escala Abreviada de Desarrollo
- Copia de servicios suministrados al usuario, relación de gastos

14. NORMAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En cada tipo de historia clínica el ordenamiento es cronológico ascendente por fecha de atención y este lo asigna automáticamente el sistema.

15. USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Los términos médicos se usan para introducir precisión y neutralidad emocional en el lenguaje. En su formación intervienen sobre todo raíces griegas o latinas, y se construyen combinándolas con prefijos y sufijos de la misma procedencia. Hay todo tipo de combinaciones: raíces solamente (tifus), prefijos y raíces (endocardio), raíces y sufijos (sarcomatosis), o prefijos, raíces y sufijos (hipercolesterolemia). Su significado se puede saber consultando un diccionario médico.

Las abreviaciones y siglas médicas según la normatividad vigente se encuentran prohibidas solo se encuentran aceptadas aquellas que tiene que ver con medidas de peso, área o volumen y de temperatura acorde al sistema internacional de

unidades. Así mismo están permitidas las relacionadas con elementos químicos, Ni, sodio.

Las notaciones horarias se utilizan para una indicación horaria o duración de un hecho. En la indicación horaria, ya sea mediante la notación de 24 horas o de 12 horas, se escriben las horas y los minutos separados por dos puntos o por un punto (nunca coma), seguido o no por el símbolo h (hora): Ingresará a las 20.30 h. Para indicar la duración de un hecho los símbolos son h, para las horas, min, para los minutos y s para los segundos: La intervención duró 2 h 35 min.

16. GESTIÓN DE HOJAS SUELTAS

Se recibe de las diferentes dependencias las hojas sueltas pertenecientes a la historia clínicas, las cuales no serán archivadas en las mismas ya que se encuentra automatizada.

Para ello se realizan carpetas mes a mes de las hojas sueltas que resultan de Citologías, Odontología, Urgencias y Hospitalización.

Estas se escanean y se realiza su respectivo ingreso al sistema y luego se archivan en carpetas y se realiza su respectivo control en los diferentes archivos.

Consentimientos informados, que por su valor serán ingresados al sistema custodiados y conservados, de acuerdo a los tiempos establecidos para la historia a la cual pertenecen

17. REGISTROS CLÍNICOS QUE NO FORMAN PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA

a. Registros de estadísticas vitales como son los certificados de Nacidos Vivos y de Defunción ya no son manuales, sino que estos se realizan en una plataforma llamada RUAF y es desde acá se realiza el seguimiento y su respectivo ingreso.

- Cuando el evento ocurre por fuera de la E.S.E:

Si es muerte de un usuario de la institución, con base en la historia y los hechos narrados por los familiares, el médico procede a certificar la muerte, de no ser así, el familiar es remitido a su IPS de atención o se llama a las autoridades competentes (policía – fiscalía)

Si es un nacimiento en la casa y la materna realizó los controles en la institución, con base en la historia, el médico procede a certificar el nacimiento, de no ser así, la madre es remitida a la registraduría en donde la realizan el trámite correspondiente.

- El original de los certificados es entregado al familiar del fallecido o la madre del menor, para la realización del trámite correspondiente.
- Al momento de ocurrir pérdida de los certificados:

Por parte del usuario: debe traer denuncia de la pérdida, para que se le elabore una constancia del evento (no se puede elaborar otro certificado)

a. Reconocimientos médicos legales y necropsias

El proceso se realiza desde la secretaria general que es donde se realiza la radicación del mismo

Estos son realizados al momento de recibir la solicitud por escrito por parte de la entidad correspondiente (Necropsia: fiscalía, inspección de policía; Reconocimientos: fiscalía, inspección de policía, comisaria de familia, ICBF).

Se imprimen tres originales, enviando dos a la entidad que lo ha solicitado, en los próximos 5 días a su solicitud, el tercero es archivado en el archivo administrativo de gestión, según lo definido en las Tablas de retención documental.

b. Fichas de vigilancia epidemiológica.

Las fichas son diligenciadas de acuerdo a lo establecido por el Instituto nacional de salud (INS) en los protocolos de atención de las patologías identificadas como eventos de vigilancia en salud pública, el profesional que capta el evento es responsable de su diligenciamiento en forma inmediata, entregando el registro en la oficina de estadística para su respectivo reporte en la plataforma SIVIGILA y envió a la Dirección Local de Salud, de acuerdo a la periodicidad establecida por el INS y la SSSA, dejando el original de los eventos que requieren seguimiento.

18. PROCEDIMIENTO PARA UTILIZAR LA HISTORIA CLÍNICA

- Cuando la HISTORIA CLÍNICA, sea elaborada por el personal médico, éste deberá firmarla y aprobar su contenido.
- En las atenciones de urgencias y hospitalización, los formatos de evolución deberán consignarse por parte del profesional tratante o su delegado, como mínimo, una nota diaria con fecha y hora en que se describan los cambios ocurridos en el estado del usuario, los resultados de los exámenes practicados con su interpretación clínica y el plan(s) de diagnóstico y tratamiento.
- También es importante incluir en las evoluciones un resumen de las explicaciones o información dada al usuario acerca de su enfermedad y de los procedimientos a que va a ser sometido. Una vez practicados los procedimientos se realizará una descripción clara y completa de cada uno de ellos, de sus complicaciones si las hubo, y de las medidas tomadas para manejarlas.
- Cuando el usuario llegue al final de su hospitalización el médico deberá realizar un resumen de egreso (epicrisis) de acuerdo a las normas establecidas por el Comité de Historias Clínicas, la firma del resumen final no puede ser delegada por el médico tratante.
- Cuando el usuario salga sin consentimiento medico deberá firmar el formato de Alta Voluntaria (ver protocolo de bienvenida de hospitalización)
- Todas las notas de evolución llevarán fecha y hora, firma, registro profesional y sello de quien las elaboró
- Las anotaciones en la historia clínica deben ser legibles.
- Errores en la historia clínica se corregirán pasando una sola línea sobre el error y anotando la fecha y firma de la persona. El dato correcto se anotará lo más cercano posible o en el lugar que corresponda.
- Todos los formularios incorporados en la historia clínica deben ser identificados con el nombre completo y numero de historia clínica del usuario.
- No dejar espacios en blanco sin llenar.
- La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva
- Las atenciones deben registrarse cronológicamente

- La Historia Clínica solo debe ser conocida por terceros con previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley
- El usuario debe tener una Historia Clínica **única e integral**, en ella deben consignarse todo lo referente a la prestación de servicios del usuario dentro de la institución, teniendo racionalidad científica en la aplicación de deben ser criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones de salud brindadas
- Verificar que la Historia Clínica corresponda al usuario a atender: Comparar los nombres y apellidos al igual que el número de la Historia
- Leer la (s) atenciones anteriores más recientes, verificando motivos de consulta y medicamentos e imágenes diagnósticas enviados
- Si se inicia hoja de evolución, diligencie el encabezado: Nombres y Apellidos completos, No. De Historia Clínica, Edad, Sexo y foliar la hoja de acuerdo al número que corresponde consecutivamente
- Registre la hora y la fecha correspondiente a la atención
- Escriba con letra clara y legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y solo con las siglas establecidas en el manual de archivo y registros clínicos, evitando copiar y pegar información de las atenciones anteriores para la veracidad de la información.
- Registre:

Motivo de Consulta

Enfermedad actual

Antecedentes personales patológicos (no aplica en caso de revisión o continuidad en tratamiento odontológico)

Antecedentes patológicos familiares (no aplica en caso de revisión o continuidad en tratamiento odontológico)

Antecedentes Ginecostétricos (no aplica en caso de ser niña sin menarca o continuidad en tratamiento odontológico)

Signos Vitales: Sólo aplica para atención médica

Examen Físico completo: Sólo aplica para atención médica

Exámen Clínico Odontológico (Sólo aplica en atención Odontológica)



Impresión diagnóstica

Se solicitan o no ayudas diagnósticas y su pertinencia

Conducta (Medicamentos, dosis, tiempo de tratamiento, y cantidad ordenada):

En el área de Odontología y Optometría debe identificarse el tratamiento a seguir

Registrar: Firma y Sello del profesional

19. NORMAS DE FORMULACIÓN

Ordenes médicas

- Antes de escribir una orden médica asegúrese de que la hoja respectiva está debidamente marcada con la identificación del usuario. El no tener esta precaución hace a quien escriba la orden responsable del uso indebido o equivocado de la misma.
- Toda orden médica debe escribirse con bolígrafo o pluma con fuerza necesaria para que la copia sea perfectamente legible.
- Inicie la formulación escribiendo la fecha y hora de formulación.
- Las órdenes médicas deberán llevar la firma, registro y sello del profesional responsable.
- Las ordenes médicas deben contener los siguientes puntos:

ACTIVIDAD: Especificar claramente el nivel de actividad física que el usuario puede desarrollar.

DIETA: Debe prescribirse con precisión el tipo de dieta establecido.

LIQUIDOS ENDOVENOSOS Y MEDICAMENTOS : Procure no utilizar abreviaturas, especialmente si éstas no son comunes. Los medicamentos deben formularse por su nombre genérico especificando las dosis, vía de administración y frecuencia,

TERAPIAS ESPECIALES: Si las hay deben quedar consignadas (oxígeno, respiratorias, físicas)

LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS: Toda orden de estudios paraclínicos debe contener los datos de identificación del usuario: nombre,

número de historia clínica, fecha. Con respecto a Laboratorios se debe escribir la lista de todos los exámenes ordenados.

Para procedimientos que requieren autorización de la entidad afiliadora es indispensable el diligenciamiento del formato solicitud de “Autorización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos” SIS 412, Remisión.

INTERCONSULTA: Nombre del servicio y del profesional al cual se solicita participación en el manejo del usuario.

SIGNOS VITALES: Frecuencia con que el médico quiere que se le tomen y registren los signos vitales

ORDENES ESPECIALES: Si las hay deben quedar consignadas.

MEDICAMENTOS NO POS: Al formular un medicamento verifique si está o no incluido en el manual del POS.

Si no está incluido en el manual del POS, debe diligenciar el formato autorización de medicamentos NO POS.

Sin este formato la enfermera jefa está facultada para no iniciar el medicamento y pedirle a usted el debido soporte para solicitarlo a farmacia.

20. TIPOLOGÍAS (CONTENIDO) DE LA HISTORIA CLÍNICA

CONSULTA AMBULATORIA

- Consulta Ambulatoria de Medicina General
- Registro Integral de Inmunizaciones
- Control de Crecimiento y Desarrollo de Menor de Edad AIEPI
- Control Prenatal y Factores de Riesgo
- Consulta Ambulatoria de Medicina Especializada
- Consulta Ambulatoria de Enfermería (Promoción y Prevención)
- Consulta Ambulatoria de Odontología General
- Consulta Ambulatoria de Odontología Especializada
- Consentimiento Informado para Procedimientos de Odontología
- Consulta Ambulatoria de Higienista Oral
- Consulta Ambulatoria de Nutrición y Dietética
- Consulta Ambulatoria de Optometría
- Consulta Ambulatoria de Química Farmacéutica
- Consulta Ambulatoria de Fisioterapia



- Consulta Ambulatoria de Fonoaudiología
- Consulta Ambulatoria de Terapia Ocupacional
- Consulta Ambulatoria de Psicología
- Consulta Ambulatoria de Trabajo Social
- Consulta Ambulatoria de Terapia Respiratoria
- Consulta Ambulatoria de Medicina Alternativa y Complementarias
- Resumen de Historia Clínica en Consulta Ambulatoria
- Incapacidad Médica
- Remisión a Consulta Ambulatoria
- Remisión a Cirugía Ambulatoria
- Remisión a Hospitalización
- Remisión a Cirugía Programada
- Orden de Exámenes Diagnósticos
- Prescripción
- Ordenes de Tratamiento y Cuidados Específicos

URGENCIAS

- Triage de Urgencias
- Consulta de Atención de Urgencias por Medicina General
- Consulta de Atención de Urgencias por Medicina Especializada
- Solicitud de Interconsulta Especializada
- Interconsulta por Medicina Especializada
- Certificado de Atención Médica para Víctimas de Accidente de Tránsito
- Atención de Reanimación Cardio Cerebro Pulmonar en Urgencias
- Atención de Terapia Respiratoria
- Consentimiento Informado de Procedimiento Terapéutico, Invasivo, o Intervención en Salud
- Consentimiento Informado de Procedimiento Terapéutico, Invasivo o Intervención en Salud en Paciente Menor de Edad o persona con Discapacidad Mental, Intelectual o Cognitiva en Hospitalización
- Consentimiento Informado de Procedimiento Médico o Quirúrgico
- Consentimiento Informado de Procedimiento Médico o Quirúrgico en Paciente Menor de Edad o persona con Discapacidad Mental, Intelectual o Cognitiva
- Descripción de Procedimiento Médico o Quirúrgico
- Consulta de Valoración Preanestésica de Procedimiento Médico o Quirúrgico
- Consentimiento Informado de Anestesia de Procedimiento Médico o Quirúrgico
- Consentimiento Informado de Anestesia de Procedimiento Médico o Quirúrgico en Paciente Menor de Edad o persona con Discapacidad Mental, Intelectual o Cognitiva
- Record Anestesiológico de Procedimiento Médico o Quirúrgico
- Consentimiento Informado prueba de ELISA para VIH
- Administración de Medicamentos
- Evolución de Enfermería



- Evolución de Medicina General
- Evolución de Medicina Especializada
- Certificado de Defunción
- Declaración de Retiro Voluntario y Terminación Unilateral de la Relación Médico-Paciente
- Epicrisis de Atención de Urgencias

SALA DE PARTOS

- Valoración de Ingreso a Sala de Partos
- Formulario Complementario para Mujeres en Situación de Aborto
- Atención Médica de Parto Normal
- Atención de Enfermería de Paciente en Trabajo de Parto
- Atención de Enfermería de Paciente Recién Nacido
- Certificado Médico de Nacido Vivo
- Certificado Médico de Mortinato
- Epicrisis de Atención en Sala de Partos
- Formato de Licencia de Maternidad

HOSPITALIZACION

- Valoración de Ingreso a Hospitalización por Medicina General
- Valoración de Ingreso a Hospitalización por Medicina Especializada
- Evolución de Terapia Respiratoria en Hospitalización
- Evolución de Fisioterapia en Hospitalización
- Evolución de Fonoaudiología en Hospitalización
- Evolución de Nutrición y Dietética en Hospitalización
- Perfil Farmacoterapéutico
- Evolución de Química Farmacéutica en Hospitalización
- Reporte de Sospecha de Eventos Adversos a Medicamentos
- Reporte de Sospecha de Eventos Adversos a Dispositivos Médicos
- Resumen de Junta Médica
- Consentimiento Informado para Transfusión de Sangre o Hemoderivados
- Control de Transfusión de Sangre o Hemoderivados
- Declaración de Denegación de Transfusión de Sangre o Hemoderivados
- Salida por Referencia a Otra Institución
- Ingreso por Contrarreferencia desde Otra institución
- Epicrisis de Hospitalización

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO O INTERMEDIARIO

- Valoración de Ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo o Intermediario por Medicina General
- Valoración de Ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo o Intermediario por Medicina Especializada
- Control de Líquidos y Signos Vitales



- Control de Nutrición Enteral o Parenteral
- Consentimiento Informado de Intervención para Manejo del Dolor
- Valoración Especializada para Manejo del Dolor
- Seguimiento al uso de Opioides Sistémicos
- Orden de no Reanimación (ONR)
- Declaración de Voluntad Anticipada de No Reanimación
- Declaración de Voluntad Anticipada de Donación de Órganos
- Autorización de Necropsia Clínica
- Epicrisis de Unidad de Cuidado Intensivo o Intermediario

CIRUGIA AMBULATORIA

- Valoración de Ingreso a Cirugía Ambulatoria
- Atención de Enfermería en Cirugía Ambulatoria
- Epicrisis de Cirugía Ambulatoria

CIRUGIA PROGRAMADA

- Valoración de Ingreso a Cirugía Programada
- Atención de Enfermería en Cirugía Programada
- Epicrisis de Cirugía Programada

INFORMES DE EXÁMENES DIAGNÓSTICOS

- Informe de Exámenes De Laboratorio Clínico y Hematología
- Informe de Exámenes de Biología Molecular, Genética e Inmunología
- Informe de Exámenes de Anatomía Histopatológica
- Informe de Exámenes de Función Pulmonar y Estudios del Sueño
- Informe de Exámenes Neurofisiológicos
- Informe de Exámenes De Radiología General
- Informe de Exámenes De Radiología Intervencionista
- Informe de Exámenes de Resonancia Magnética Nuclear
- Informe de Exámenes de Tomografía por Emisión de Positrones
- Informe de Exámenes de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
- Informe de Exámenes de Medicina Nuclear
- Informe de Sesión de Radioterapia
- Informe de Exámenes de Cardiología
- Informe de Examen de Videndoscopia o Colposcopia
- Informe de Examen de Ultrasonografía
- Informe de Examen de Monitoria Fetal
- Informe de Necropsia Médico Legal
- Informe de Necropsia Clínica

21. OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLÍNICO

En la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, se cuenta con un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico (pasivo), el cual está organizado y presta los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

22. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La custodia de la historia clínica está a cargo de la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de salud, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, puede entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal **cuando este lo solicite**, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes y cumpliendo con las normas internas establecidas para la entrega de esta información

En caso de liquidación de la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal, para lo cual publicará como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional con un intervalo de ocho (8) días, en el cual se indicará el plazo y las condiciones para que los usuarios retiren sus historias clínicas, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses, contado, a partir de la publicación del último aviso. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

23. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA



Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

1. El usuario.
2. El equipo de salud.
3. Las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley.
4. Las demás personas determinadas en la ley.

El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

Dentro del Manual SIIS se establecen las políticas de acceso y control de la información consignada en el software administrativo y clínico:

Las restricciones se realizan desde el administrador de usuarios en el software:

- Se establecen los perfiles de los usuarios creando grupos de trabajo
- Se identifican las necesidades del usuario de cada estación, según las funciones que desempeña
- Cada uno de los usuarios establece la clave de acceso, la cual solo es conocida por él
- Se capacita al usuario sobre la responsabilidad de compartir la clave de acceso
- Periódicamente se evalúa el acceso de los usuarios al sistema y se identifican nuevas necesidades y fallas en el procedimiento de seguridad

24. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA CON FINES ADMINISTRATIVO

- Auditorías externas: Las auditorías clínicas externas deben ser concertadas con el subgerente científico o el coordinador de Promoción y Prevención, quienes garantizan la confidencialidad, facilitando clave de acceso al auditor.
- Auditorías internas: Se deben establecer previamente en un plan o cronograma, garantizando la confidencialidad, asignando como responsable el personal idóneo, con funciones claras de auditor.

- Consultas: El comité de historias clínicas estable las responsabilidades y brinda capacitación y sensibilización a los funcionarios que por su quehacer dentro de la empresa debe realizar consultas a las historias clínicas (personal administrativo), el cual debe solicitar autorización al comité.

25. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN

La historia clínica debe conservarse por un período mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión, y mínimo quince (15) años en el archivo central o pasivo, según lo establecido en la resolución 1995 de 1999.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, dejando acta que legalice su destrucción.

Esta normatividad se aplicará al archivo digital, estableciendo los mecanismos para crear en el sistema una base de datos para cada uno de los archivos definidos por la norma.

26. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Las historias clínicas son archivadas en un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, conservándolas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, es responsable de la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

Se tiene documentado procedimiento de respaldo de la información, el cual garantiza la minimización del riesgo de pérdida de información (ver Manual SIIS)

Los accesos a la historia clínica del personal salud se realizarán solo mientras se encuentren dentro de la institución y sean funcionarios de la misma, debido a que para la entrada del personal de salud al software requieren perfil de acceso a la historia clínica, y clave la cual será inactivada al momento del retiro del funcionario a la entidad.

27. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

El archivo de historias clínicas debe conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

28. MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia, ha adoptado la utilización medios físicos o técnicos como computadoras, atendiendo lo establecido en la **circular 2 de 1997 expedida** por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Tanto los programas automatizados implementados para el manejo de las Historias Clínicas, como los equipos y soportes documentales, están provistos de mecanismos de seguridad, que imposibilitan la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

Se garantiza protección de la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impiden el acceso de personal no autorizado para conocerla y adopción de medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

La identificación del personal responsable de los datos consignados, se realiza mediante códigos, ligados a la firma de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

29. PROCEDIMIENTOS DE ENTREGA DE INFORMACIÓN AL USUARIO O TERCEROS: copias y resúmenes de historias clínicas

El responsable final de la entrega de información es el archivo clínico, que se rige por las siguientes normas:

- a) El usuario que solicite copia de su Historia Clínica deberá portar su documento original, si es la Historia clínica de un hijo RC, TI cual sea el caso y su propio documento para corroborar dicho parentesco.
- b) De conformidad con la Ley, la autoridad competente podrá solicitar copia de la historia clínica previa solicitud por escrito y autorización del subgerente científico
- c) Así mismo, la Ley 906 de 2.004 faculta a la Policía Judicial para solicitar copia y/o el original de la historia clínica. Dicha solicitud también debe ser formalizada por escrito y se le deberá anexar fotocopia del carnet que identifique al funcionario que realiza el requerimiento.
- d) Para efectuarse la entrega del original de la historia clínica en físico se hará solo si son máximo 5 atenciones que no superen el máximo de 10 folios (20 páginas) en su totalidad.
- d) Al superar los 10 folios esta se entregará en CD.
- e) Y solo se enviarán a los correos las solicitudes que por el mismo medio se realizaron.
- f) Quienes tienen acceso a la historia clínica:
 - El Usuario
 - El equipo de Salud
 - Autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley, como: La Superintendencia Nacional de Salud, Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, Tribunales, Juzgados, entre otros.
 - Tribunales de Ética Médica

Policía Judicial: Por Policía Judicial se entiende la función que cumplen las entidades del Estado para apoyar la investigación penal y, en ejercicio de las mismas dependen funcionalmente del fiscal general de la Nación y sus delegados.

- **Los Órganos que ejercen funciones permanentes de Policía Judicial son:**

Ejercen permanentemente las funciones de policía judicial los servidores investidos de esa función, a través de sus dependencias especializadas, pertenecientes a:

Cuerpo Técnico de Investigación de la fiscalía general de la Nación CTI
Policía Nacional
Departamento Administrativo de Seguridad DAS

- **Los Órganos que ejercen funciones permanentes de Policía Judicial de manera especial dentro de su competencia:**

Ejercen permanentemente funciones especializadas de policía judicial dentro del proceso penal y en el ámbito de su competencia, los siguientes:

La Procuraduría General de la Nación
La Contraloría General de la República
Las autoridades de tránsito
Las entidades públicas que ejerzan funciones de vigilancia y control
Los directores nacional y regional del INPEC, los directores de los establecimientos de reclusión y el personal de custodia y vigilancia, conforme con lo señalado en el código Penitenciario y Carcelario.
Los alcaldes
Los Inspectores de Policía

- **Los Órganos que ejercen transitoriamente funciones de Policía Judicial:**

Los entes públicos que, por resolución del fiscal general de la Nación, hayan sido autorizados para ello. Estos deberán actuar conforme con las autorizaciones otorgadas y en los asuntos que hayan sido señalados en la respectiva resolución.

La información que se entrega al usuario o terceros autorizados, se limitará a aquella necesaria para satisfacer el propósito por el cual se solicitó. Vale decir, no se divulgará información con más detalle de lo necesario o que abarque periodos que no fueron incluidos en la solicitud.

- g) La solicitud presentada por el usuario deberá contener la siguiente información:
- Fecha de solicitud
 - Nombres y apellidos completos del usuario.
 - Número de documento de identificación, si es menor de edad, el del padre persona responsable.
 - Propósito para el cual se solicita la información
 - La información que se solicita y período correspondiente.
 - Firma del usuario o persona responsable y documento de identificación.

Ver formato anexo 2

- h) Si la solicitud es tramitada por un tercero, esta persona debe presentar una autorización emitida por escrito por el usuario, la cual debe reunir los requisitos de los anteriores numerales, y debe llevar adjunta la fotocopia del documento de identidad del usuario y del tercero.
- i) La solicitud de información de la historia clínica para Médicos, Hospitales e Instituciones dedicadas al cuidado del usuario deben atenderse previa presentación de la solicitud por escrito.
- j) . El Gerente (o su delegado), es responsable de contestar preguntas con relación a usuarios, formuladas por reporteros de la prensa, la radio o la televisión.
- k) La expedición de incapacidad médica es responsabilidad del médico tratante.
- l) Las solicitudes de constancia de diagnóstico, evaluación médica del estado de salud, tiempo de tratamiento y lo referente al aspecto médico serán contestadas mediante una fotocopia del resumen de historia clínica o epicrisis.
- m) Se deberá rendir oportunamente aquella información confidencial de obligatoriedad a las autoridades competentes.
- n) La Subgerencia Científica es responsable de autorizar la revisión de historias clínicas por personal no institucional.

- o) Se prohíbe comunicar nombres de usuarios a terceros que desean esta información para fines de lucro, (usuarios fallecidos a funerarias, usuarios traumatizados o abogados).
- p) El empleado que entrega información confidencial a personas no autorizadas a recibirla, recibirá las sanciones correspondientes.
- q) Se podrá entregar copia de la historia clínica de usuarios fallecidos si el usuario en vida levantó la reserva por escrito, de lo contrario se expedirá una certificación con la normatividad legal vigente que regula la materia.

30. SEGUIMIENTO Y CONTROL

30.1. COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

- DEFINICIÓN

Conjunto de personas que se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica y la gestión del archivo clínico.

El comité está integrado por: el médico (presidente), auxiliar en salud archivo clínico (secretaria), odontólogo, técnica en estadística, enfermera jefe hospitalización. De las reuniones, se levantan actas, dejando evidencia de las auditorías realizadas y las acciones correctivas o de mejora propuestas.

- FUNCIONES GENERALES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

- a. Promover la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
 - a. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos
 - c. Elevar al Comité Técnico Operativo (CTO), recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- b. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo y gestión de los registros clínicos

- c. Velar por el cumplimiento de los procedimientos documentados que permiten garantizar la seguridad y confidencialidad de la historia clínica automatizada
- d. Retroalimentar al personal de salud sobre las falencias o fallas encontradas y sobre la normatividad vigente.
- e. Llevar al CCCI y GC las propuestas de mejora encontradas en las auditorías realizadas

30.2. GESTIÓN DEL ARCHIVO CLÍNICO

El auxiliar en salud- archivo clínico, es el funcionario responsable de velar por el cumplimiento de los conceptos y directrices dadas por este manual:

- Garantizando pleno conocimiento de la ubicación de las historias, estableciendo control sobre la pérdida de las mismas. Ver anexo 3
- Velando por el buen uso y manejo de la historia, realizando sensibilización, capacitación y seguimiento a la gestión realizada a los registros clínicos por parte del personal de salud. Ver anexo 4

30.3. FUNCIONES GERALES DEL AUXILIAR EN SALUD – ARCHIVO CLÍNICO

- ✓ Revisar periódicamente cada tarjeta de reemplazo para confirmar que no haya historias por fuera del archivo clínico por mucho tiempo.
- ✓ Incluir en las historias clínicas la papelería requerida, de acuerdo a la atención se brindará al usuario.
- ✓ Hacer control sobre la asignación de números de historias clínicas
- ✓ Realizar apertura de las historias clínicas

- ✓ Realizar depuración del archivo clínico
- ✓ Facilitar fotocopias de las historias clínicas a los usuarios
- ✓ Llevar un control sobre las historias mal diligenciadas
- ✓ Cuidar de la historia clínica como documento sometido a reserva
- ✓ Rendir en forma oportuna y adecuada informes al comité de historias
- ✓ Mantener actualizado el manual de gestión de registros clínicos
- ✓ Velar por el buen funcionamiento de los equipos de cómputo y herramientas informáticas requeridas para el manejo de los registros clínicos, identificando y reportando oportunamente las fallas o falencias detectadas a la dependencia correspondiente.

30.3 UNIDAD AUDITORA / OFICINA DE CONTROL INTERNO

La unidad auditora, establece cada año plan de auditorías, en el cual se priorizan y establece la periodicidad de las auditorías a realizar en el año, al cual le hace seguimiento, velando por el cumplimiento del mismo y garantizando el cumplimiento de planes de mejoramientos establecidos de acuerdo a los resultados obtenidos.

De igual manera la unidad auditora realiza auditorías a la dependencia del archivo clínico garantizando el cumplimiento de las normas establecidas y la adherencia al manual y procedimientos establecidos para tal fin.

31. GESTIÓN DEL RIESGO

31.1 PÉRDIDA DE HISTORIAS

Definición: Historia Clínica cuya ubicación no se establece

Control del Riesgo

- ✓ Elaboración de Procedimiento y manual de gestión de registros clínicos
- ✓ Acceso restringido al Archivo Clínico
- ✓ Capacitación permanente sobre el manejo del archivo clínico al auxiliar en salud – archivo clínico y al personal de enfermería
- ✓ Registro de la tarjeta de reemplazo en cada historia clínica prestada, por parte del auxiliar en salud – archivo clínico
- ✓ Registro de la planilla de control de historias por parte del personal de enfermería en horario no hábil del archivo clínico
- ✓ Confirmar con la planilla de agenda el regreso de las historias prestadas a los consultorios
- ✓ Elaboración Manual SIIS – Gestión del riesgo
- ✓ Elaboración procedimiento de respaldo y restauración de información
- ✓ Control de copias realizadas

Evaluación

- ✓ Revisión periódica de las tarjetas de reemplazo
- ✓ Confirmar con el funcionario responsable del préstamo, el motivo por el cual no ha devuelto la historia
- ✓ Seguimiento al procedimiento de respaldo por parte del comité de historias
- ✓ Realizar restauración de datos de copias realizadas

Seguimiento al Riesgo

- ✓ Informar al Comité de Historias la pérdida de una historia y asentarla en el formato correspondiente, identificando el último funcionario que la solicitó y la fecha de préstamo.
- ✓ Presentación de informe de fallas e inconsistencias presentadas en el procedimiento de respaldo de información por parte del asesor de sistemas al comité de historias

31.2 CONTINGENCIA FRENTE A FALLO DEL SISTEMA

En caso de fallo del sistema con el fin de no presentar atraso o pérdida de la información, se diseñó un formato en donde se deberá consignar toda la información de la historia clínica.



Este formato se encuentra disponible en cada equipo de los consultorios y servicios como urgencias y hospitalización.

Diligenciada la información esta pasa a gestión documental y se sube como anexo a la historia clínica de cada uno de los usuarios en el software de historia clínica

Se presenta a continuación el formato utilizado.

NOMBRE 1:	APELLIDO 1:
NOMBRE 2:	APELLIDO 2:

Nacido Vivo	RC	TI	CC	CE	PA	Documento de Identidad:
Sin Identificación						
EDAD:					Género: F M	
Años			Meses		Días	

Estado Civil _____ Ocupación _____

_____ Teléfonos _____

Dirección _____

Aseguradora _____

Nombre Acompañante _____

Parentesco Acompañante _____

Teléfono Acompañante _____

Motivo de Consulta _____

Enfermedad actual _____

Revisión por sistemas _____



Revisión ayudas diagnósticas _____

Antecedentes Personales _____

Antecedentes Gineco-obstétricos _____

Antecedentes Psicosociales _____

Antecedentes Familiares _____

Signos vitales

Peso en kilos	Talla en centímetros	IMC	FC min	FR min
PA sistólica	PA Diastólica	Temperatura °C	Oximetría	

Estado general _____

Revisión por sistemas _____

Diagnóstico Principal _____

Impresión diagnóstica Confirmada nueva Confirmada repetida

Diagnóstico Relacionado 1 _____

Diagnóstico Relacionado 2 _____

Diagnóstico Relacionado 3 _____

Concepto profesional _____

Conducta y plan de manejo _____

Recomendaciones _____

Signos de alarma _____



Firma digital

Nombre del profesional _____

CC: _____

Registro profesional: _____

32. SANCIONES

El descuido en la elaboración y manejo de la historia clínica tiene consecuencias jurídicas importantes, no solo dentro de un proceso de responsabilidad profesional sino también en procesos penales relacionados con los llamados documentos privados.

- La historia clínica está vigilada por el código Penal.

La ley penal establece dos tipos de controles mediante los cuales se garantiza la legitimidad del documento:

Uno tiene que ver con la INTEGRIDAD FÍSICA del documento, de acuerdo en lo dispuesto en el artículo 224 del Código Penal que consagra el delito “Falsedad Material” (destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que puede servir como prueba) y el otro que hace relación con su CONTENIDO y corresponde al tipo penal denominado

“Falsedad Ideológica” (cuando en un documento genuino y verdadero se consignan hechos o declaraciones falsas).

- Las contempladas en la Ley 23 de 1981.



33. ANEXOS

ANEXO 1: Formato solicitud de historia para fotocopia o resumen



SAN JUAN DE DIOS

Concordia Antioquia, _____ de 20 _____

Sres.

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Archivo de Historias Clínicas

Tipo solicitud para:

Usuario mayor de edad Menor de edad Persona autorizada Fallecido

Por medio de la presente, Yo, _____

identificado(a) con número de documento, _____ expedida en

_____, solicito copia de la historia clínica por motivo de _____; Asumo toda la responsabilidad del uso que se le dé a la información allí consignada.

La copia de historia clínica es solicitada con el finde:

PARENTESCO DEL SOLICITANTE: *en c o f l e*

Parentesco del solicitante Padre o madre _____ Hijo(a) _____ Espos(a) / Compañero (a) _____ En caso de otro parentesco diferente a los señalados deberá mediar una sentencia judicial.

PERSONA AUTORIZADA:

Nombres y Apellidos _____

Documento No _____ expedida en

• Solicito copia de Historia clínica: Completa _____ parcial _____ Fecha de la atención requerida: _____ / _____ / _____

• Solicito la entrega de copia de Historia clínica en medio: Físico _____ Cd _____ digital _____

a ta dirección de correo electrónico _____

Acepto que para obtener copia de la historia clínica se debe presentar copia del documento de identidad del titular de la historia clínica, documento de identidad original de la persona solicitante y copia de documentación que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica (Registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal, Registro de Matrimonio o declaración extra juicio) y copia de registro civil de defunción.

Firma del usuario _____

El diligenciamiento de este formato es voluntario, se solicita para facilitarle trámites de solicitud de copia de historia Clínica, Ley 1712 Ley de transparencia y del derecho de acceso a la información”.

ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	CODIGO DOCUMENTO: 2300- 22-54	
OFICINA PRODUCTORA: ARCHIVO CENTRAL	VERSIÓN: 01 - 2022	FECHA: 24/08/2022

**SI LA PERSONA QUE SOLICITA LA HISTORIA NO ES EL TITULAR DE LA MISMA, ANEXAR
AUTORIZACIÓN Y
FOTOCOPIA DE LAS CEDULAS DEL TITULAR Y EL AUTORIZADO**

***SIIS**



Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com



34. BIBLIOGRAFÍA

- ARCHIVO GENERAL DE LA Nación (AGN), "serie documental de historias clínica"
Recuperado el 2023,05,23 de:
<http://banter.archivogeneral.gov.co/banter/vocab/index.php?tema=268&/historias-clinicas-serie>
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 23 (18, febrero, 1981). Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1981. No. 3571. p, Decreto Reglamentario 3380 de 1981, **Recuperado** el 2023,05,23 de: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1579130#:~:text=Velar%20con%20su mo%20inter%C3%A9s%20y,prometo%20cumplir%20lo%20antes%20dicho>.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780 (6. Mayo, 2016).
Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2016. No. 49.865. p. Artículo 2.8.9.16.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 (5, agosto, 1994). Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4746 (29, noviembre, 1995). Por la cual se adopta un formato y se dictan otras disposiciones. Artículo 2
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 (8, julio, 1999). Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1999. No. 43655. p.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3374 (27, diciembre, 2000). Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2000. No 44276.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2200 (28, junio, 2005). Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1531 (28, abril, 2014). Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS y su ámbito de aplicación.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 839 (23, marzo, 2017). Por la cual se modifica la resolución 1995 y 1999 y se dictan otras disposiciones. Se establecen el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así



como se reglamenta el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS-, para el manejo de estas en caso de liquidación.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 2665 (25, junio, 2018). Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto a derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. Artículo 19.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 2015 (31, enero, 2020). Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.

Manual de procesos y procedimientos del año 2005 de la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia. Recuperado el 2023,05,23 de:

<https://www.hospital-concordia.gov.co/guias-protocolos-y-manuales/>

MINSALUD(Ministerio de Salud), “Por medio del cual se establecen normas para el manejo de historias clínicas”, resolución 1995 de 1999, Recuperado el 2023,05,23 de: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad>

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2300-27-150	VERSIÓN: 2022 – 01	PREPARADO POR: subgerencia servicios salud y archivo clínico
APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.	FECHA: Octubre de 2.022	