



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica

Código: AUS – M - 01

Versión: 3

Fecha de aprobación: ENERO 2013

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I MARCO LEGAL

CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL.

- 1. DEFINICION.**
- 2. OBJETIVOS.**
 - 2.1. GENERALES.
 - 2.2. ESPECIFICOS.
- 3. CARACTERISTICAS.**
- 4. ALCANCE.**
- 5. COMPONENTES.**
 - 5.1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.
 - 5.2. REGISTROS ESPECÍFICOS.
 - 5.3. ANEXOS.

CAPITULO III. PROCEDIMIENTOS DE LA HISTORIA CLINICA.

- 1. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**
- 2. DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA**
- 3. INGRESO DE DOCUMENTOS AL ARCHIVO.**
- 4. ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA**
 - 4.1. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.
 - 4.2. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.
- 5. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.**
 - 5.1. CONSULTA DE DOCUMENTOS.
 - 5.2. PRÉSTAMO DE HISTORIA CLÍNICA.
 - 5.3. ENTREGA DE DOCUMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

CAPITULO IV COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

CAPITULO V. ORDENAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA

MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

CAPITULO I

MARCO LEGAL

- Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Artículos Nos. 33, 34, 35. Regula archivos de las historias clínicas.
- Ley 10 de 1990, art 8, corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.
- Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.
- Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.
- Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de la historia clínica.
- Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.
- Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.
- Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación.
- Acuerdo 011 de 1996, por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”.
- Acuerdo No. 049 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo de “Conservación de Documentos” del Reglamento General de Archivos sobre “condiciones de edificios y locales destinados a archivos”.
- Acuerdo N° 050 de 2000, por el cual se desarrolla del artículo 64 del título VII “Conservación de Documentos”, del Reglamento General de Archivos sobre “Prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo”.
- Acuerdo N° 056 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo 45, “Requisitos para la Consulta” del capítulo V, “ACCESO A LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO”, DEL REGLAMENTO GENERAL DE ARCHIVOS.
- Acuerdo N° 042 de 2002, por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan los

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

artículo 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000.

- Resolución 1715 de 2005, por el cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 art 13 y 15, en lo referente a los tiempos de retención y conservación de registros clínicos.
- Resolución 0058 del 15 de enero de 2007, por la cual se deroga la resolución 1715 de 2005.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

1. DEFINICION

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 únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Es un **documento privado**, en la medida que corresponde a la vida privada o íntima del paciente.


Es **obligatorio**, por cuanto, tiene trascendencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas.

Se encuentra **sometido a reserva**, ya que según lo consagrado en el art 15 de la Constitución Política, existe el derecho que tienen todas las personas a su intimidad personal y familiar, y a su buen nombre.

Consentimiento Informado: Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia.

Condiciones de salud: Es el estado de salud del paciente que 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.

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.

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

Terceros autorizados para conocer la historia clínica:

- Las autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Art 34, Ley 23/81).
- La Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, en cumplimiento de su función pública de inspección, vigilancia y control de la calidad de la atención en salud (Art 34, Ley 23 / 81).
- El equipo de salud, (Art 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99).
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos, (Art 61, Ley 23/81 y Art 30 Decreto 3380/81).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Art 38, Ley 23/81).

2. OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLINICA.

2.1. GENERALES

- Registrar datos e información de los procesos de la atención en salud.
- Servir de documento base para la investigación en salud, para evaluar la eficacia y eficiencia de los servicios prestados.

2.2. ESPECIFICOS.

- Evaluar la calidad de los procesos de atención en salud, de investigación, de docencia y de administración institucional.
- Servir de elemento fundamental de análisis para los comités de historias clínicas, de calidad y de auditoría médica.

PROPOSITOS DE LA HISTORIA CLINICA

- Actuar dentro de un marco legal que garantice la protección institucional del equipo de salud y del paciente.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

- **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

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

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 evidencie 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 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.

4. ALCANCE.

La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

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.

5. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

5.1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

Los contenidos mínimos para la identificación del usuario corresponden a los siguientes:

- Datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos.
- Estado civil.
- N° documento de identidad.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.
- Dirección.
- Teléfono del domicilio.
- Lugar de residencia.
- Nombre y teléfono del acompañante.
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario.
- Aseguradora.

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

- Tipo de vinculación.

5.2. REGISTROS ESPECÍFICOS.

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención.

El Hospital a través de la Resolución 0677 del 19 de diciembre de 2002 adoptó los formatos de registro de historias clínicas para la adecuada atención del paciente, con fines administrativos y asistenciales.

Adicional y dando cumplimiento a la Resolución 3374/03 se diligencian los Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud en el momento de la prestación de servicios de salud, brindando herramientas estadísticas, epidemiológicas y de facturación.

5.3. ANEXOS.

Los documentos anexos a la historia clínica que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales contenidos en la historia son :

- Consentimiento informado.
- Autorización para necropsia.
- Declaración de retiro voluntario.
- Formato Referencia y Contrarreferencia.
- Formato Recomendaciones de Egreso Hospitalario.
- Formato Autorización para quien tenga acceso a la historia clínica.

CAPITULO III.

PROCEDIMIENTOS DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

1. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La atención por primera vez a un usuario debe cumplir con la realización del procedimiento de apertura de historia clínica, que incluye la captura de información de datos de identificación contemplados anteriormente.

La identificación de la historia clínica corresponde a:

- Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
- Número de la tarjeta de identidad para los menores de edad, mayores de siete años.
- Número del registro civil para los menores de siete años.
- Número del NUIP dado por la registraduría civil para recién nacidos y menores de edad.

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

- Número de pasaporte o cédula de extranjería para población extranjera.
- Número de cédula de ciudadanía de la madre, o del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar, en el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad.

Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

2. DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Las normas de diligenciamiento de historia clínica trascienden a los registros clínicos y anexos a la historia.

El diligenciamiento de la historia, implica que a todo paciente al cual se le efectúe ingreso hospitalario, se le realice la respectiva NOTA DE INGRESO A PISO.

3. INGRESO DE DOCUMENTOS AL ARCHIVO.

El ingreso de toda historia, registro clínico o documento anexo a la misma se realizará a través de una relación de entrega.

El funcionario del archivo quien recibe, debe verificar contra relación y físico de entrega de historia clínica, N° historia, Nombre a quien pertenece la historia, N° Folios de la historia.

Se debe revisar la cantidad de folios que componen la historia clínica, la cual debió ser numerada en forma consecutiva, por el responsable del diligenciamiento de la misma, lo cual significa, que todo aquel que realiza la primera anotación de cada hoja, debe identificarla en forma correcta y clara, con los datos de identificación del paciente y N° de historia clínica respectivo y así mismo, efectuar el registro del número de folio respectivo en la parte superior derecha de la misma, por cada una de las páginas que contempla cada hoja.

Es de aclarar, que quien efectúa la primera anotación de cada hoja deberá seguir el consecutivo de numeración de folios según el tipo de registro.

En caso de historias provenientes de consulta, se debe verificar contra Registros Individuales de Prestación de Servicios (agendas médicas), mediante el cual fueron entregadas.

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

4. ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA

La institución dispone de un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico de la siguiente forma:

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 cinco años siguientes a la última atención.

Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no han vuelto a usar los servicios de atención en salud del prestador, en los últimos 5 años y se conservará en el mismo hasta 20 años después de la última atención.

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

4.1. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.


El archivo de historias clínicas se conserva en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin.

Las condiciones de infraestructura que tiene el archivo del Hospital son:

- **Ubicación.**
 - Está ubicado en terreno que ofrece estabilidad sin riesgos de inundación.
 - Se encuentra lejos de industrias contaminantes o posible peligro por atentados u objetivos bélicos.
- **Aspectos Estructurales.**
 - Se utiliza estantería de 2.20 mts de alto.
 - Los pisos, muros, techos y puertas están contruidos con material ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión.
 - Las pinturas utilizadas tienen propiedades ignifugas, y tener el tiempo de secado necesario evitando el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.
- **Capacidad de almacenamiento.**

Los depósitos se dimensionarán teniendo en cuenta:

- La manipulación, transporte y seguridad de la documentación, según manual de

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

- gestión documental.
- El crecimiento documental de acuerdo con los parámetros archivísticos que establezcan los procesos de retención y valoración documental.

4.2. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, mediante levantamiento de acta que relacione las Historias clínicas destruidas con la fecha de la última atención.

Dicha acta debe ser firmada por el responsable del archivo de las historias clínicas y el Subgerente Científico de Prestación de Servicios Asistenciales. Dicho documento debe ser remitido a la Secretaria Municipal de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.

5. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La custodia de la historia clínica es responsabilidad del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumplimiento los procedimientos de archivo.

El archivo de historias clínicas es un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garantizan la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

El acceso a la historia clínica , se realiza 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.

5.1. Consulta de documentos.

La consulta de documentos en los archivos de gestión, por parte de otras dependencias o de los ciudadanos, se realiza permitiendo el acceso a los documentos cualquiera que sea su soporte.

El acceso a la consulta de documentos se efectúa previa verificación del documento de identidad y el establecimiento de los fines de consulta.

Si el interesado desea que se le expidan copias o fotocopias, éstas deberán ser autorizadas por el jefe de la oficina o el funcionario en quien se haya delegado esa facultad y sólo se permitirá cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

Constitución o a las Leyes.

5.2. Préstamo de documentos para trámites internos.

En el evento que se requiera trasladar una historia clínica a otra dependencia en calidad de préstamo, el área solicitante diligenciará el Formato AUS – F - 01 de Solicitud de historias clínicas por dependencia, radicando en el área de recepción del archivo y registrando firma de recibido, fecha y hora.

Los eventos considerados en éste ítem, corresponden a :

- Contestación de demandas, tutelas, requeridos por la Gerencia, Subgerencia de Servicios de Salud o área jurídica.
- Contestación de objeciones o glosas, requeridos por el área de auditoría de cuentas médicas.
- Proceso de atención en el servicio de urgencias o de hospitalización.

La solicitud se tramitará al interior del archivo, se efectúa el procedimiento de alistamiento de historias clínicas.

En caso de solicitudes de una sola historia se debe entregar inmediatamente, si es grupal al día hábil siguiente (máximo 24 horas).

Se procederá a efectuar entrega de la solicitud, verificando identificación completa de la historia clínica, número total de folios, nombre y cargo de quien retira la historia, fecha de préstamo y término perentorio para su devolución máximo 3 días hábiles.

Vencido el plazo, el responsable del archivo clínico deberá hacer exigible su devolución inmediata y reportar al Responsable de la oficina de Gestión Documental, para trámite de solicitud formal.

En caso de solicitud para atención de pacientes hospitalizados o de urgencias, el archivo efectuará el trámite de búsqueda y entregará la historia clínica en forma inmediata.

TODO traslado de la historia clínica debe quedar registrado el préstamo de la historia clínica anotando nombre, servicio y fecha en que se realizó el préstamo.

En el caso de devolución de la historia clínica, se debe recibir en el archivo verificando una a una las historias clínicas, sus folios y proceder a hacer el descargue.

5.3. Entrega de documentos de la Historia Clínica

En los casos en que el usuario requiere copias de documentos de la historia clínica, debe dirigirse al área de recepción del archivo y diligenciar el Formato AUS – F - 05 Solicitud de historia clínica por usuario.

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

El funcionario encargado debe verificar si la persona que solicita la historia tiene acceso a ella, según Resolución 1995/1999, en caso contrario, informe y oriente trámite que debe seguir el usuario para poder acceder a copia de historia clínica.

Solicite diligenciamiento en letra clara y legible e informe trámite de entrega de copia de historia clínica en tres días hábiles, post solicitud en horario de 8 am a 2 pm en el archivo clínico.

El procedimiento de entrega de documentos debe efectuarse mediante verificación del documento de identidad de quien reclama la historia, el cual deberá corresponder efectivamente al paciente y persona autorizada, verificando que el N° Folios y copia de la historia, registrando en libro de entrega de documentos N° Historia clínica, Nombre del paciente, Documento solicitado, Total de Folios y solicita firma en letra legible y clara con fecha y hora de recibido.

Para solicitud de entidades legales o judiciales establecidas en la norma, se debe requerir la carta de solicitud formal dirigida a la institución especificando el motivo del requerimiento y verificar la fecha de la misma. En caso de paciente hospitalizado, se debe tramitar a través del jefe de enfermería del servicio, previa verificación de la solicitud del ente judicial.

En el caso de autorización a terceros para reclamar copia de la historia clínica, se debe solicitar carta de autorización firmada por el paciente, copia del documento de identidad del mismo y de quien reclama la historia.

Para pacientes menores de edad se les entregará únicamente a los padres y/o responsables presentando los documentos que los acrediten.

En caso de que sea fallecido solamente se podrá solicitar por medio de la Superintendencia Nacional de Salud, juzgados, fiscalías y por asegurados adjuntando póliza en donde el paciente firma el derecho que tiene la aseguradora a ver la historia clínica.

CAPITULO IV

COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.


FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

- a. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c. Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, 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.
- d. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

CAPITULO V

ORDENAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

1	• IDENTIFICACION
	• EPICRISIS
	• REGISTRO DE URGENCIAS
2	• ORDENES MEDICAS
3	• EVOLUCION
4	• INTERCONSULTAS
5	• REGISTROS DE LABORATORIOS Y EXAMENES PARACLINICOS
6	• CONSENTIMIENTO INFORMADO
	• INFORME QUIRURGICO
	• INFORME DE ANESTESIA
	• HOJA DE ENFERMERIA DEL PRE Y POS OPERATORIO
7	• TRATAMIENTO
8	• REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA PARA FACTURACION
9	• CONTROLES ESPECIALES DE ENFERMERIA Y TERAPIA RESPIRATORIA
	• HOJAS DE TERAPIAS (FÍSICA - RESPIRATORIA ETC)
	• HOJAS DE ASESORIAS
10	• REGITROS DE ENFERMERIA
11	• HOJAS CLAP (RED PERINATAL)
	• HOJA DE REMISIÓN
	• HOJA DE TRABAJO SOCIAL
NOTA: PARA LAS PACIENTES GINECOOBSTETRICAS LA HISTORIA CLÍNICA DEL RECIEN NACIDO DEBE IR A CONTINUACIÓN EN ESTE ORDEN:	

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica
	Código: AUS – M - 01
	Versión: 3
	Fecha de aprobación: ENERO 2013

12	• VALORACIÓN DEL RECIEN NACIDO Y EVOLUCION
	• HUELLAS
	• PARACLINICOS O REPORTES DE LABORATORIO CLINICO DEL RECIEN NACIDO
	• REGISTROS DE ENFERMERIA DEL RECIEN NACIDO
	• REGISTRO DE NACIDOS VIVO

CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES				
Revisión	Fecha	Versión Anterior	Versión Actual	Cambio Realizado
01	08 /10/ 2012	1	2	En la pág. 11 se actualizo el código del formato solicitud de H/C.

CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES				
Revisión	Fecha	Versión Anterior	Versión Actual	Cambio Realizado
02	21 /01/ 2013	2	3	*Se actualizo la información del numeral 5.2 y 5.3.

Revisó: Subgerente y/o Representante de la dirección	Aprobó: Gerente y/o Subgerente
--	--

COPIA NO CONTROLADA