

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**
 - 2.1 Acerca del Consentimiento Informado
- 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. CONDICIONES AMBIENTALES Y TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN PARA EL MATERIAL DOCUMENTAL EN DISTINTOS SOPORTES (ACUERO 037 DE 2002 AGN ESTABLECE CRITERIOS PARA LA CONSERVACION DE DOCUMENTOS
 - 4.3. 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



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

6. HISTORIA CLINICA DIGITAL

6.1 Copia de Seguridad de La Historia Clínica Digital

CAPITULO IV

COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

CAPITULO V.

ORDENAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA

COPIA NO CONTROLADA

MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA

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 auditoria, 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 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

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.
	Código: AUS – M – 01.
	Versión: 05.
	Fecha de aprobación: Mayo 2016.

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.

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



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

- 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 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.
- 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.
- Formato Referencia y Contrarreferencia.
- 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.
- 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 solo con las abreviaturas y acrónimos permitidos (mirar listado adjunto). 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.

2.1 Acerca del Consentimiento Informado

El Consentimiento Informado se asume como un derecho del paciente y no como el

medio por el que se logrará evadir posibles demandas relacionadas con la práctica clínica. La medicina no es una ciencia exacta, de manera que si no hay una adecuada relación, donde la información y la confianza son la base, entonces se está ante un peligro inminente.

El médico tiene el privilegio, pero, a la vez, la responsabilidad, de conocer lo más íntimo de las personas, sus detalles y su historia, en resumen, su vida completa. Por tal motivo los principios orientadores bioéticos que protegen la relación médico-paciente juegan un papel importante en la fundamentación del presente documento, esto es:

- a) No Maleficencia: Entendida como la prohibición explícita de hacer daño.
- b) Beneficencia: Promulga que en la relación médico-paciente lo primordial es hacer el bien.
- c) Justicia: Se refiere a dar a cada uno lo que le corresponde.
- d) Autonomía: Compromete al enfermo como el sujeto que toma las decisiones. Es él mismo quien es agente y ya no paciente.

Consideraciones a tener en cuenta en la aplicación del consentimiento informado en la Red de Salud Centro

En la Red de Salud Centro el consentimiento informado es un derecho exigible y una afirmación de la autonomía del paciente y su familia.

El paciente tiene derecho a conocer el diagnóstico de su enfermedad o situación de salud, para lo cual el personal asistencial deberá explicar, en un lenguaje comprensible, en qué consiste y la evolución en caso de no ser tratada.

Deberá ser informado de cuáles son las alternativas de tratamiento y los efectos secundarios que éstos podrían ocasionarle.

Una vez que el paciente ha sido debidamente informado, podrá otorgar su Consentimiento Informado para dar inicio al tratamiento.

El formulario debe contener información sobre:

- a) Qué se está pidiendo consentimiento (qué es lo que se va a hacer).
- b) Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros).
- c) Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados).
- d) Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes y más graves).
- e) Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponibles).
- f) Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le

**RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E****Manual:** Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.**Código:** AUS – M – 01.**Versión:** 05.**Fecha de aprobación:** Mayo 2016.

ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento).

- g) Qué hacer si necesita más información (a quien preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada).
- h) Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad).
- i) Debe contener un espacio para realizar comentarios u observaciones.

Con base en lo anterior, el Consentimiento Informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su estado de salud, así como los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a ellos. La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y de forma imparcial.

Es importante entender que el acto no se reduce a un simple aceptar o rechazar un tratamiento, o una intervención, y que debe asumirse como un proceso de encuentro y diálogo, lo que impone la necesidad de que la exposición del profesional de la salud sea comprensible al paciente, junto con la decisión libre y sin coacción de éste.

Si después de la discusión de los riesgos y beneficios de los tratamientos o procedimientos propuestos el paciente desea rechazarlos, ello debe quedar claramente especificado en la hoja de consentimiento. Hay que recordar que el paciente puede arrepentirse y cambiar de idea, en tal caso es deseable proveerle de un nuevo formulario donde pueda manifestar su deseo de recibir el tratamiento propuesto.

Cuando un paciente rechaza una opción de tratamiento no significa que no desee continuar su atención, habrá que entregarle todo tratamiento en función de su cuidado general. Si la tardanza en iniciar un tratamiento eficaz afectará el pronóstico, ello debe ser señalado oportunamente a fin de que el paciente conozca exactamente su situación y los riesgos que corre de rechazar un tratamiento y luego arrepentirse. Esto debe ser realizado con la máxima precaución a fin de evitar presionar al paciente a optar por la alternativa propuesta.

En caso de que el usuario o su representante no estén dispuestos a firmar, se debe dejar la observación dentro de la historia clínica, y el formulario se anexará a la historia sin firmar.

En caso de menores de edad o personas discapacitadas, será el representante legal o acudiente quien deberá firmar el formulario en nombre del usuario.

En caso de usuarios que no sepan firmar o tengan alguna dificultad física para hacerlo, se solicitará huella digital, y en caso de contar con acompañante, se debe



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

adicionar la firma de este último.

Los consentimiento Informado será guardados en el archivo de historias clínicas.

En el caso específico de los consentimientos informados de odontología, estos serán organizados en AZ, por orden de documento de identidad, y ya que la vigencia del consentimiento informado es de seis (6) meses, se guardaran por un periodo hasta de un año, tiempo cumplido el consentimiento informado podrá ser destruido, si el paciente requiere nuevo tratamiento deberá firmar un nuevo consentimiento previo el cumplimiento de los requisitos anteriormente dispuestos.

Para los demás procedimientos en los que se requiera la firma de un consentimiento, estos se deberán guardar directamente en la historia clínica del paciente

Para la verificación del cumplimiento de lo dispuesto en este documento, se establece que las auditorias de historia clínica que se realicen en la institución, deben incluir la revisión de la aplicación de este procedimiento. Se espera que de este modo se asegure la adherencia del personal a las disposiciones aquí consignadas.

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.

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 consultado 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 de historias clínicas 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.

	RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
	Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.
	Código: AUS – M – 01.
	Versión: 05.
	Fecha de aprobación: Mayo 2016.

▪ **Capacidad de almacenamiento.**

Los depósitos se dimensionarán teniendo en cuenta:

- La manipulación, transporte y seguridad de la documentación, según manual de gestión documental.
- El crecimiento documental de acuerdo con los parámetros archivísticos que establezcan los procesos de retención y valoración documental.

4.2 CONDICIONES AMBIENTALES DE CONSERVACIÓN PARA EL MATERIAL DOCUMENTAL ACUERO 037 DE 2002 AGN ESTABLECE CRITERIOS PARA LA CONSERVACION DE DOCUMENTOS

Los edificios y locales destinados a albergar material de archivo, deben cumplir con las condiciones ambientales dispuestas en el Acuerdo 037 de 2002 que establece los criterios para la conservación de documentos:

4.2.1. Humedad Relativa y Temperatura

El soporte de papel debe custodiarse con una temperatura de 15 a 20 °c con una fluctuación diaria que no exceda los 2°c. Humedad relativa entre 45% y 60% con fluctuación diaria que no exceda del 5% entre valores máximos y mínimos.

4.2.2. Ventilación

Se debe garantizar la aireación continua, La disposición de las unidades de conservación en los estantes deberá permitir una adecuada ventilación a través de ellas.

4.2.4. Iluminación

La iluminación artificial podrá hacerse con luz fluorescente de baja intensidad.

4.3. 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



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

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.

En cumplimiento de la **Ley 1581 de 2012** "*Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*" y demás normas aplicables, la Red de Salud Centro E.S.E., se compromete a actuar con responsabilidad al momento de recopilar su información personal y a proteger su privacidad como usuario, cliente y paciente y a garantizar la confidencialidad de su historia clínica.

La Red de Salud Centro E.S.E., no divulga por ser confidenciales datos sensibles de sus clientes, usuarios o pacientes como son raza o etnia, preferencias religiosas, de culto o políticas, asociación a sindicatos u organizaciones sociales, orientación sexual, datos de su salud, enfermedades o tratamientos. Lo anterior sin perjuicio de las excepciones determinadas en la ley.

La Red de Salud Centro E.S.E., utiliza información personal de identidad para completar transacciones y llenar solicitudes para obtener nuestros servicios, además, puede utilizar esta información para fines administrativos y analíticos, tales como administración de sistemas de información, contabilidad, facturación y auditorías; en el momento de requerir utilización de la copia de la historia clínica, se debe garantizar que una vez terminada su utilización, esta copia de historia clínica debe ser destruida de inmediato, no podrá ser usada como papel de reciclaje ni para ser recortada y utilizada para tomar notas.

En la medida que lo requiera la ley, se brindará la información personal a las autoridades judiciales o del gobierno o a terceros que la requieran en virtud de una citación legal. De la misma manera, y si la ley lo permite, se podrá usar o revelar información para proteger los derechos o el patrimonio de la Red de Salud Centro



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

E.S.E.

Toda persona que tenga acceso a la historia clínica o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. El Código Penal Colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

La revelación del secreto profesional se podrá hacer en los siguientes casos:

- a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne o convenga.
- b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
- c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley.
- e) A los interesados cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

El incumplimiento de lo dispuesto en este documento traerá consigo la aplicación de sanciones administrativas, de acuerdo a lo dispuesto en el reglamento de trabajo

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 Constitución o a las Leyes.



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

debe respetarlos y hacerlos respetar.

Artículos 11, 23 y 25 de la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la Profesión de psicología

Artículos 37, 38 y 39 de la Ley 23 de 1981 Código de Ética Médica

Artículo 23 Ley 35 de 1989 Código de Ética del Odontólogo Colombiano

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.

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.

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: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

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 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.

5. HISTORIA CLINICA DIGITAL

En la actualidad se está manejando como sistema de información para el registro de las actividades en salud el R-Fast, dentro de este sistema se encuentran habilitadas las historias clínicas de TRIAGE, MEDICA GENERAL, ODONTOLOGICA, URGENCIAS, NOTAS DE ENFERMERIA, HOSPITALIZACION y MATERNO-PERINATAL, también están las que fueron creadas y habilitadas en el sistema, en la opción Definición de historias clínicas.

La transición de la historia clínica manual a la digital se debe hacer registrando en la historia clínica digital un pequeño resumen del tratamiento como viene en la historia clínica física, para continuar con el mismo o tener una idea clara de la evolución del



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

paciente para tomar decisión sobre si continuar con este o por el contrario modificarlo.

Para el ingreso a cualquiera de los módulos, se da clic sobre la historia clínica que se desea diligenciar e inmediatamente se habilita.

Si la historia clínica en la que vamos a trabajar es de tipo **Urgencias** podemos dar clic sobre el botón **Triage** donde se podrá visualizar los pacientes que han pasado por el Triage y a los que se han evaluado ahí se les dio una clasificación de TRIAGE, que determinara la prioridad de su atención.

Posteriormente elegimos uno de los pacientes dando clic sobre él y luego clic en atender, de esta forma traerán los datos de las variables que se diligenciaron en la historia clínica de Triage como, motivo de consulta y enfermedad actual y los demás campos que por norma se deben diligenciar para la prestación del servicio.

Para un mayor entendimiento se debe dirigir al manual para el Usuario que se tiene en el mismo programa © 2010, R-FAST LTDA. Reservados todos los derechos de autor.

MANEJO DE LA DUALIDAD DE HISTORIA CLINICA MANUAL Y DIGITAL

Se establece que todo usuario que tenga historia clínica manual, esta debe ser entregada por el área de archivo al consultorio, para la revisión de antecedentes, una vez atendido el usuario mediante el sistema, el profesional anotara la fecha de la atención y una nota, mencionando que se realiza atención y una nota aclaratoria donde informe de la continuidad de la atención se realiza en la historia clínica digital.

PLAN DE EMERGENCIAS EN CASO DE AUSENCIA DE SISTEMA R-FAST PARA LA HISTORIA CLINICA

El sistema se parametriza para permitir al profesional que durante las 24 horas subsiguientes, a la atención, pueda realizar las correcciones o notas aclaratorias en la historia clínica o en su defecto digitación posterior de la historia clínica, que se llena en caso de ausencias de sistema, por energía eléctrica o fallas del servicio de R-fast (Este tipo de error se ha minimizado con la adquisición de Ups de respaldo para los servidores, continuo mantenimiento y vigilancia a los servidores de R-Fasts y autenticaciones que controlen el ingreso y la escritura de cada usuario), quedando registradas la fecha y la hora real, así como el usuario que realiza la acción en la historia clínica digital.

Cuando se presenta ausencia de sistema R-fast para la historia clínica, se han capacitado a los profesionales para el diligenciamiento de la historia clínica manual, para su posterior digitación cuando el problema se halla solucionado, por lo que en

los servicios se cuenta con suficiente papelería.

6.1. Copia de Seguridad de la Historia Clínica Digital

El procedimiento de copias de Seguridad de la historia clínica se realiza en conjunto con las copias de seguridad de las base de datos de la Red, este procedimiento pertenece a Gestión de la información y esta descrito en el documento GIN - P - 12 PROCEDIMIENTO COPIAS DE SEGURIDAD BASES DE DATOS

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 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
2	• EVOLUCION
3	• REGISTROS DE LABORATORIOS Y EXAMENES PARACLINICOS (TB)
4	• CONSENTIMIENTO INFORMADO (odontología)
5	• REGITROS DE ENFERMERIA
6	• HOJAS CONTROL PRENATAL
	• HOJA DE TRABAJO SOCIAL

Anexo acrónimos:

APROBADOS	SIGNIFICADO
ARO	ALTO RIESGO OBSTETRICO
ARR	ALTO RIESGO REPRODUCTIVO
AU	ALTURA UTERINA
ATM	ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
BK	BACILOSCOPIA
BPN	BAJO PESO AL NACER
Qx	CIRUGIA
Cx	CONDUCTA
CYD	CRECIMIENTO Y DESARROLLO
CH	CUADRO HEMATICO
DM	DIABETES MELLITUS
DX	DIAGNOSTICO
DIU	DISPOSITIVO INTRAUTERINO
EG	EDAD GESTACIONAL
ETS	ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL
EDA	ENF. DIARREICA AGUCA
EF	EXAMEN FISICO
FPP	FECHA PROBABLE DE PARTO



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

FUM	FECHA DE ULTIMA MESTRUACION
FUVC (P)	FETO UNICO, VIVO, CEFALICO(O PODALICO)
G/O	GINECOBSTETRA
HTA	HIPERTENSION ARTERIAL
HC	HISTORIA CLINICA
IMC	INDICE DE MASA CORPORAL
IRA	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA
IVU	INFECCION DE VIAS URINARIAS
IM	INTRAMUSCULAR
Kg	KILOGRAMOS
MC	MOTIVO DE CONSULTA
NR	NO REACTIVO
OMA	OTITIS MEDIA AGUDA
PTE	PACIENTE
P de O	PARCIAL DE ORINA
PC	PERIMETRO CEFALICO
PT	PERIMETRO TORAXICO
P. FLIAR	PLANIFICACION FAMILIAR
Rx	RADIOGRAFIA
RsCsRs	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
SNC	SISTEMA NERVIOSOS CENTRAL
TV	TACTO VAGINAL
T°	TEMPERATURA
TA	TENSION ARTERIAL
HIE	HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO
TTO	TRATAMIENTO
VO	VIA ORAL
FC	FRECUENCIA CARDIACA



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

FCF	FRECUENCIA CARDIACA FETAL
FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA
P	PESO
IV	INTRAVENOSO
PAI	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
TD	TOXOIDE DIFTERICO
DPT	DIFTERIA, TETANOS, TOSFERINA
TB	TUBERCULOSIS
AMA	ATENCION MEDICA AMPLIADA
SaO2	SATURACION DE OXIGENO
PA	PERIMETRO ABDOMINAL
HPB	HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
VIH	VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA
HUA	HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL
VPH	VIRUS PAPILOMA HUMANO
VIS	VIOLENCIA SEXUAL
VIF	VIOLENCIA FAMILIAR
FA	FIBRILACION AURICULAR
MMR	PAROTIDITIS, SARAMPION, RUBEOLA

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.



RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Manual: Manejo y Diligenciamiento de Historia Clínica.

Código: AUS – M – 01.

Versión: 05.

Fecha de aprobación: Mayo 2016.

CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES

Revisión	Fecha	Versión Anterior	Versión Actual	Cambio Realizado
03	28/10/2015	3	4	De la pág. 11 a la 13 Se introdujo condiciones ambientales y técnicas de conservación para el material documental. De la pág. 16 a la 46 se introdujo el tema relacionado con la HC Digital.

CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES

Revisión	Fecha	Versión Anterior	Versión Actual	Cambio Realizado
04	10/04/2016	4	5	De la pág. 9 a la 12 Se introdujo el punto 2.1 Acerca del Consentimiento Informado De la pág. 15 a la 16 se introdujo el tema relacionado Ley 1581 de 2012 confidencialidad de los datos personales. De la Pag 13 a la 14 se modificó el punto 4.2 condiciones ambientales de conservación para el material documental Acuerdo 037 de 2002 AGN establece criterios para la conservación de documentos. De la Pag. 18 a la 19 se modificó lo relacionado con la historia Clínica Digital. Se incluyó lista de acrónimos permitidos en la institución.

Revisó:

FIRMADO EN ORIGINAL

Subgerente y/o Representante de la dirección

Aprobó:

FIRMADO EN ORIGINAL

Gerente y/o Subgerente