



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
PROYECTO HUMANISTA CRISTIANO

HISTORIA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL, SU MANEJO Y REGISTROS CLÍNICOS

Dra. Sandra Toledo

Introducción

En la historia de las actividades sanitarias siempre ha sido central el registro de las atenciones, siendo la historia clínica una guía para todo el quehacer sanitario, estadístico e investigativo, entre otros.

Se le ha otorgado diversas utilidades y valoraciones, según su objetivo.

Ante las diferentes interpretaciones de las normas vigentes en Chile se ha debido legislar en su uso, pertenencia y contenido.

Historia Clínica

Instrumento obligatorio

Única e individual, confidencial

No puede ser adulterada.

Deja constancia de todas las prestaciones realizadas.

Formato: Papel y electrónico (digital)

Historia Clínica

DATO SENSIBLE:

Datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad.

Toda información que surja puede ser considerada como dato sensible.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
PROYECTO HUMANISTA CRISTIANO



**PROTOCOLO DE HISTORIA CLÍNICA UNICA E
INDIVIDUAL, SU MANEJO Y REGISTROS CLÍNICOS
DEL HOSPITAL DE PUERTO MONTT**

08:15

Objetivos

Establecer las normas básicas que regulen el registro, gestión y manejo de la historia clínica.

Estandarizar los registros clínicos y administrativos de los usuarios.

Alcance del Protocolo

Aplica para todo servicio o unidad clínica

Unidades administrativas

Profesionales que pertenecen a entidades en convenio y realizan atenciones en HPM

Profesionales que trabajan en HPM y realizan investigaciones científicas.

Característica Historia Clínica HPM

Actualmente se encuentra en una transición desde registro clínico de papel a registros digitales (Se encuentran ambos tipos de soporte).

Se constituye por una caratula con formato institucional que tiene la identificación completa del paciente (conjunto mínimo básico de datos).

Se vincula a través de RUN, siendo única e individual.

Se utiliza además numero correlativo.

Característica Historia Clínica HPM

Todo documento que se adjunte a la historia clínica deberá estar identificada con el nombre completo y rut del paciente, y ser adjuntado de forma cronológica al final del ultimo evento.

Debe contener las decisiones adoptadas por el paciente.

Registro: letra legible, clara, oportuna y veraz. Debe tener orden cronológico, e identificar las personas que otorgan la atención.

Apertura de Historia Clínica

Es de responsabilidad de la unidad de Archivo.

Se realiza a través de RUN, excepto aquellos pacientes sin RUN.

En caso de pacientes sin identificación se le creara historia clínica una vez que haya sido identificado.

Acceso a la Historia Clínica

Historia Clínica formato papel: se solicita a unidad de archivo, con el RUN, a través de sistema informático de Trazabilidad.

Registro clínico digital: Por medio de claves personales en el sistema informático.



Otros conceptos a considerar

Registros complementarios: Registros clínicos que por razones técnicas son resguardados transitoria o permanentemente fuera de la Historia Clínica en los servicios y unidades que o requieren.

Conjunto mínimo básico de datos: Se requiere garantizar la identificación de cada individuo de forma inequívoca.

Responsables del Registro

Personal administrativo de archivo.

Profesionales en atención abierta

Profesionales en atención cerrada

Técnicos paramédicos (Atención abierta y/o cerrada)

El paciente o su representante legal

Solicitud de Historia Clínica

Paciente o su representante legal.

Equipo clínico.

Unidad de analisis de grupos relacionados de diagnostico (GRD).

Tribunales de Justicia y ministerio publico.

Registros digitales

- 1- Registro Clínico Ambulatorio.
- 2- Valoración de enfermería para paciente.
- 3- Evaluación pre - anestésica.
- 4- Protocolo operatorio.
- 5- Pausa de Seguridad
- 6- Datos de Atención de Urgencia
- 7- Informe de Biopsia
- 8- Epicrisis
- 9- Resultados Exámenes de Laboratorio
- 10- Imagenología e informes.
- 11- Recetas
- 12- Informe estadístico de egreso hospitalario.
- 13.- Registro estadístico de cirugía mayor ambulatoria.
- 14- Registro hospitalario de hospitalización diurna salud mental
- 15.- Registro Ambulatorio de otros procedimientos que requieren soporte hospitalario.
- 16.- Interconsultas internas y de macrored.
- 17- Respuesta a Interconsultas de Psiquiatría.





UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

PROYECTO HUMANISTA CRISTIANO

PROTOCOLO PROCEDIMIENTO DE ENTREGA, RECEPCIÓN, CUSTODIA Y ELIMINACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



Introducción

La Oficina de Historias Clínicas, es responsable de la apertura, entrega, recepción, custodia, conservación y eliminación de las Historias Clínicas.

Apertura Historia Clínica

La responsabilidad de la apertura será únicamente de la Oficina de Historias Clínicas, rescatando los datos desde Admisión HPM y/o FONASA.

La creación implica registrar los siguientes datos sin excepción:

- Número de Historia Clínica
- Nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Observaciones para uso clínico
- Número de RUN
- Sexo
- Domicilio
- Pasaporte

Apertura Historia Clínica

La responsabilidad de la apertura será únicamente de la Oficina de Historias Clínicas, rescatando los datos desde Admisión HPM y/o FONASA.

La creación implica registrar los siguientes datos sin excepción:

- Número de Historia Clínica
- Nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Observaciones para uso clínico
- Número de RUN
- Sexo
- Domicilio
- Pasaporte

Solicitud de Historia Clínica

ANEXO N°1: FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

SOLICITUD HISTORIA CLINICA	
ESTUDIO – INVESTIGACION – AUDITORIA – COMITÉ	
FECHA:	_____
SERVICIO:	_____
OBJETIVO SOLICITUD:	_____ _____
MEDICO A CARGO DE SOLICITUD:	_____
RESPONSABLE MANEJO HISTORIA CLINICA:	_____
INTERNO	<input type="checkbox"/>
MECADO	<input type="checkbox"/>
MEDICO JEFE	<input type="checkbox"/>
<small>La Historia Clínica es un documento legal y confidencial, por lo que será función de cada profesional y/o funcionario que la solicite, el resguardo, custodia y conservación de éstas, asumiendo estas responsabilidades desde el punto legal, mientras las tenga en su poder y mientras no haga devolución de las historias clínicas en la Unidad de Historias Clínicas, con el reporte establecido.</small>	
Nota: SE DEBE ADJUNTAR SOLICITUD EN FORMATO EXCEL ORDENADAS CORRELATIVAMENTE.	
FIRMA:	_____

Pueden solicitar a la Oficina de Historias Clínicas :

- Equipo de Salud en Atención Clínica
- Equipo de Salud para Investigación, Docencia y Auditorias
- Equipo Administrativo para elaboración de cuenta al paciente
- Equipo Directivo y departamentos de Gestión Clínica
- Unidad de Análisis GRD

Pueden solicitar a la OIRS:

- El paciente o su representante legal
- Tribunales de Justicia y Ministerio Público
- Aseguradoras, Isapres, otros autorizados por ley.

Devolución de Historia Clínica

TABLA N° 1 PLAZOS PARA DEVOLUCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

SERVICIO/UNIDAD	PLAZO DE DEVOLUCIÓN
Servicios y Unidades en Atención Ambulatoria	Mismo día de la atención o día siguiente según horario de atención.
Desde Servicios y Unidades Clínicas de Atención Cerrada, Cirugía Mayor Ambulatoria las historias clínicas deben ser enviadas a la Unidad GRD para su proceso de lectura y codificación.	Plazo máximo 48 horas , la Historia Clínica debe venir completa con su Epicrisis e IEEH (Informe de Egresos Estadístico Hospitalario)
Asesoría Jurídica	20 días hábiles prorrogables.
Médico auditor	15 días hábiles prorrogables.
Unidad de Quimioterapia	5 días hábiles prorrogables
Investigación Clínica (Médicos, docentes y profesionales)	4 días hábiles.
Dirección, Subdirección Gestión. Clínica, Subdirección de Gestión del Cuidado, Gestión de la Matronería, Departamentos de Gestión Clínica, Unidad de Calidad, U. de Análisis Clínicos, U. Auditoría Médica- Administrativa, Auditoría de Mortalidad, Comité de Bioética Clínica, Comercialización.	4 días hábiles prorrogables
IAAS	4 días hábiles prorrogables
Codificación por Grupo Relacionado Diagnóstico (GRD)	3 días hábiles.

Eliminación Historia Clínica

Este proceso debe asegurar confidencialidad de la información y su efectiva destrucción.

Se realiza por Resolución exenta de Dirección a Historias clínicas con antigüedad de 15 años del ultimo registro de atención.

Se realiza acta de constancia.

Sistema de Trazabilidad

Consiste en un sistema informático en el cual se registra la trazabilidad de cada una de las HC que se despachan a diferentes recintos del Establecimiento.

Este sistema permite distribuir de forma rápida y oportuna la historia clínica para su utilización en las diferentes áreas que la requieran.

Referencias

- Fombella Posada M, Cereijo Quintero M. Historia de la historia clínica. *Galicia Clin.* 2012; 73(1): 21-26.
- Godoy Olave, Jorge, & Barraza Mesquida, Jaime. (2018). La ficha clínica mirada desde la legislación chilena actual. *Acta bioethica*, 24(2), 181-188. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000200181>.
- Protocolo Historia Clínica , su manejo y registros clínicos, del Hospital de Puerto Montt.
- Pauta de cotejo «Manual de atención cerrada» Estándar de acreditación. Superintendencia de Salud.
- Presentación “Protocolo procedimiento de entrega, recepción, custodia y eliminación de historias clínicas 2019-2023”. Dra Alejandra Padilla.