	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 1 DE 56




**Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.**

**MANUAL DE
MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA**

**POR
COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS**

2022

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 2 DE 56


INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el único documento válido para demostrar el tipo de atención médica que un paciente ha recibido, es fiel reflejo de la calidad de atención brindada por el médico y personal paramédico.

El Hospital General de Medellín es una Empresa Social del Estado preocupada por la calidad de los servicios que ofrece, tiene como norma estricta e inflexible, mantener sus historias clínicas dentro de los más altos estándares tanto de forma como de contenido. Todo el personal que labora en el Hospital, independiente de su vínculo o modelo de contratación, debe ajustarse a las normas establecidas en este documento, las cuales están referidas al diligenciamiento claro, detallado y manejo confidencial de la historia clínica.

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

COPIA CONTROLADA

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 3 DE 56

Alcance

Inicia con la apertura de historia clínica del usuario en el proceso de atención y finaliza con el cierre del episodio de la historia clínica al alta del paciente.

Aplica a toda la institución, en lo concerniente al registro de todas las actividades, estudios y demás conceptos relacionados con la atención directa del paciente.


Es obligatorio para todo el personal que preste atención de salud en el Hospital General de Medellín (independiente de su tipo de contratación o vínculo) como médicos generales, especialistas, personal paramédico, enfermeras, auxiliares, hacer el registro claro y detallado en las historias clínicas.

Objetivo General

Determinar el manejo de las historias clínicas en el Hospital General de Medellín, en cumplimiento de la política institucional y la normatividad vigente en el manejo de la historia clínica, el cual permita a la institución tener elementos estándares para el diligenciamiento de los registros propios de la atención y cuidado del paciente, que contribuyan con la calidad y seguridad de la atención.

Objetivos específicos

1. Garantizar el manejo estandarizado de la historia clínica en los diferentes servicios y por el personal que tiene el acceso a ella.
2. Garantizar el acceso seguro a la historia Clínica exclusivo para garantizar la privacidad a los usuarios.
3. Realizar la evaluación de la calidad de los registros que se realizan en la historia clínica.
4. Conservar y custodiar las historias clínicas y documentos físicos que aún no vencen periodos de conservación en un archivo centralizado para asegurar su disponibilidad y reserva.


	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 4 DE 56

Desarrollo del Manual

CAPITULO I DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

- 1.1 **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.
- 1.2 **Estado de salud:** el estado de salud del paciente 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.
- 1.3 **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.
- 1.4 **Historia clínica para efectos archivísticos:** se entiende como el expediente (físico o electrónico) 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 paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.
- 1.5 **Archivo de gestión:** es aquel donde reposan las historias clínicas físicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los 5 años siguientes a la última atención.
- 1.6 **Archivo central:** es aquel donde reposan las historias clínicas físicas y documentos anexos de los usuarios que no han hecho uso de los servicios de atención en salud del Hospital General de Medellín, transcurridos 5 años desde la última atención.
- 1.7 **Archivo histórico:** Es aquel al cual se transfieren las historias clínicas físicas o documentos provenientes de éstas que por su valor científico, histórico, cultural o legal deben ser conservadas permanentemente, a criterio del comité de historias clínicas.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 5 DE 56

1.8 Historia clínica electrónica: Es el registro en formato digital de los datos de salud propios de un sujeto humano o de un grupo, que incluye el estado de la salud en distintos momentos de la vida (del individuo o del grupo) y las acciones que se desarrollaron para determinarlo y/o modificarlo.

1.9 Sistema de información institucional: Sistema estandarizado de recopilación, registro, interpretación, análisis, y difusión de datos procesados para que estén disponibles para la toma de decisiones (SAP) que opera a través de transacciones y módulos.

1.10 Puesto de trabajo: Es la transacción donde se llevan a cabo las operaciones del sistema de información SAP, para el caso de la **NWP1**-Puesto de trabajo clínico, constituye todas las operaciones para la creación de la historia clínica y demás procesos involucrados en la atención.


2. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

2.1 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.

La historia electrónica que tiene el Hospital General de Medellín integra todos los documentos tanto administrativos como clínicos, físicos como magnéticos que se realizan en la atención del paciente, esto lo hace a través de la asignación automática de un número de episodio único cada vez que el paciente solicita atención. Adicionalmente, asigna un número único de identificación interna a ese paciente, de tal forma que agrupa múltiples episodios para el mismo paciente y así guarda la trazabilidad de todas las atenciones realizadas al paciente en la institución.

2.2 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.

El sistema electrónico de la historia clínica del Hospital siempre registra la fecha, hora y usuario del sistema (funcionario institucional) que digita la información. Una vez que la información es guardada o grabada es inmodificable, por esta razón, cualquier error en el proceso de digitación, requiere de una nota aclaratoria por parte del funcionario responsable, la cual debe ser clara y detallada, de tal forma

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 6 DE 56

que permita prevenir un riesgo para el paciente. El proceso de almacenamiento o archivo de los datos los hace en forma cronológica en cada uno de los documentos componentes de la historia clínica.

- 2.3 Racionalidad científica:** de acuerdo a la resolución 1995 de 1995, 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.

La historia electrónica tiene disponibles todos los documentos requeridos con los campos necesarios para que el equipo médico pueda evidenciar las acciones, procedimientos, diagnósticos y plan de manejo que se realizan a los pacientes, lo cual es verificado a partir de evaluaciones periódicas de la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica.

- 2.4 Disponibilidad:** es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.


El Hospital General de Medellín cuenta con una red integrada de equipos dispuestos en todos los servicios asistenciales que le permiten al equipo de salud acceder a la historia clínica del paciente en cualquier momento. Este acceso se hace basado en los permisos o claves de acceso asignados al personal de acuerdo a las funciones o rol que desempeña en el proceso de atención del paciente.

- 2.5 Oportunidad:** es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Una característica adicional de la red integrada de equipos del hospital es que, en todos los servicios asistenciales, se cuenta con red inalámbrica que le permite movilidad al equipo de salud (médicos, especialistas, personal de enfermería y paramédicos), de tal forma que a medida que se realiza la atención puede de inmediato hacer el registro en la historia clínica, y permite hacer trazabilidad institucional del usuario al pasar por los diferentes servicios del Hospital.

3. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO

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

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 7 DE 56

4. RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO TÉCNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLINICA

Todo el personal que participa en la atención de un paciente es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la historia clínica, y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico tratante 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 el Hospital y las autoridades de Dirección, control y justicia.

5. SECRETO MÉDICO O PROFESIONAL

Toda persona que tenga acceso a la historia clínica en el Hospital General de Medellín o acceder a 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 objeto de investigación disciplinaria. El código penal colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

ARTICULO 37 (Ley 23 de 1981): “Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa.

El médico 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.


El personal de enfermería tiene el deber de comportarse con reserva y discreción respecto a la información que obtiene de las personas a su cuidado.

La ley 911 de octubre 5 de 2004, especifica las condiciones del secreto profesional del personal de enfermería, el cual deben ser de estricto cumplimiento en el Hospital General de Medellín:

ARTÍCULO 18: el profesional de enfermería guardará el secreto profesional en todos los momentos del cuidado de enfermería y aún después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas en la ley.

PARÁGRAFO 1. Entiéndase por secreto o sigilo profesional, la reserva que debe guardar el profesional de enfermería para garantizar el derecho a la intimidad del sujeto de cuidado. De él forma parte todo cuanto se haya visto, oído, deducido y escrito por motivo del ejercicio de la profesión.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 8 DE 56

PARÁGRAFO 2. No es procedente y está vedado el acceso al historial clínico de pacientes de los cuales no se tenga injerencia clínica o administrativa, la inobservancia de este párrafo puede ser argumento para el inicio de una investigación disciplinaria u otras acciones de orden legal.

ACCESO A LA HISTORIA CLINICA

(Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999) Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y 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 infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.


Nota: Para los casos de fallecimiento del paciente, el acceso a los documentos de historia clínica se hace a partir de la jurisprudencia vigente.

En el Hospital General de Medellín no se hace entrega de copia de documentos del historial clínico de los pacientes sin antes verificar el cumplimiento de los apartes anteriores, por ello, solo el área asignada a tal función (Estadística) podrá expedir dichos documentos.

En el Hospital General de Medellín, se hace entrega al egreso de los pacientes de los resultados de exámenes paraclínicos y grabaciones en CD de las imágenes diagnósticas con su lectura, acorde a requerimientos y necesidad del mismo, dado que en forma electrónica permanecen almacenados los documentos descritos como anexos a la historia clínica.

CAPITULO II DILIGENCIAMIENTO

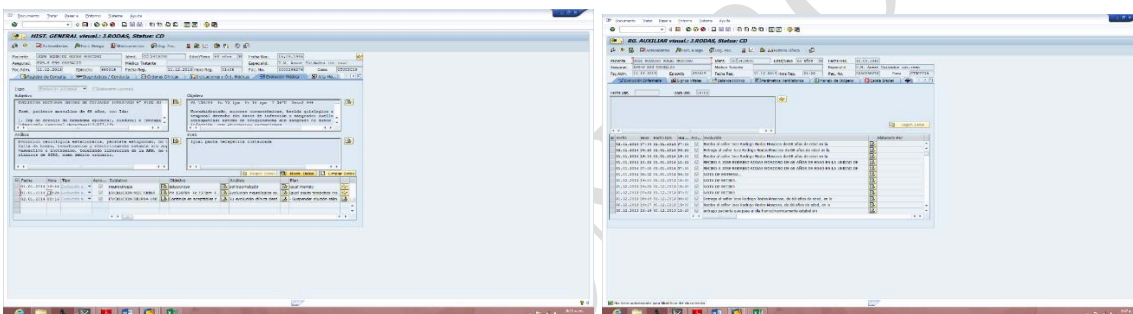
6. GENERALIDADES

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 9 DE 56

La ley 23 de 1981 en el ARTICULO 34 expone que “La **historia clínica** es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”

Según la resolución 1995 de 1999 “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”.


La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, oportuna, completa y exacta y sin siglas. Cada anotación registro debe ser realizado acorde al rol asignado para el acceso al sistema de historia clínica electrónica, por ello, solo debe ser elaborada por el profesional responsable del paciente, del cual debe quedar registro el nombre completo y código-registro profesional cuando aplique.
(BORRAR IMAGENES)

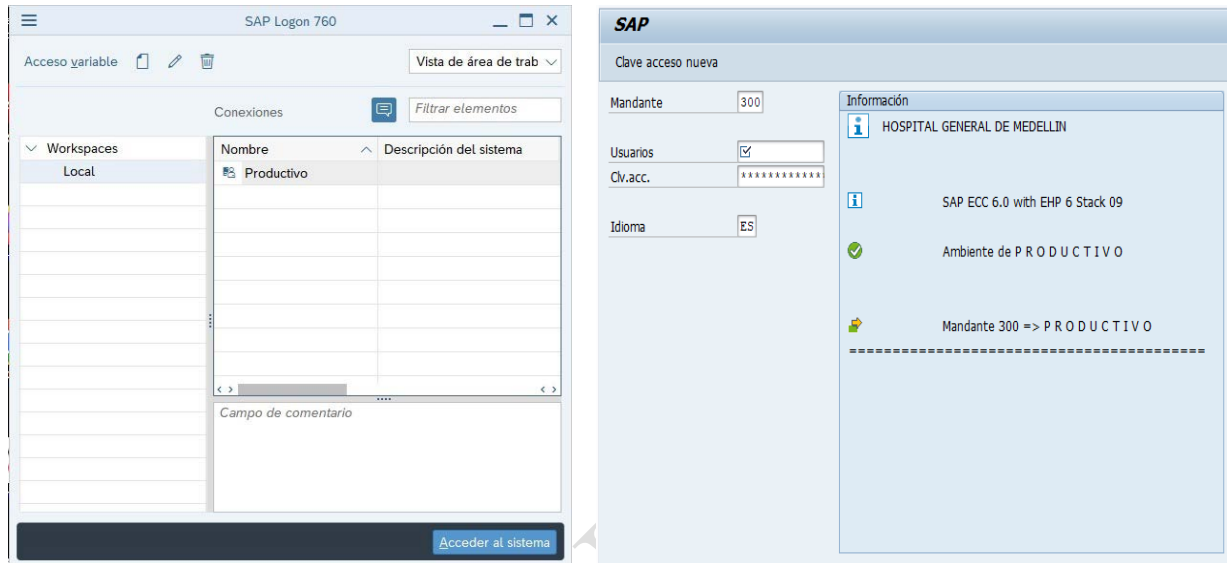


INGRESO A LA HISTORIA CLÍNICA

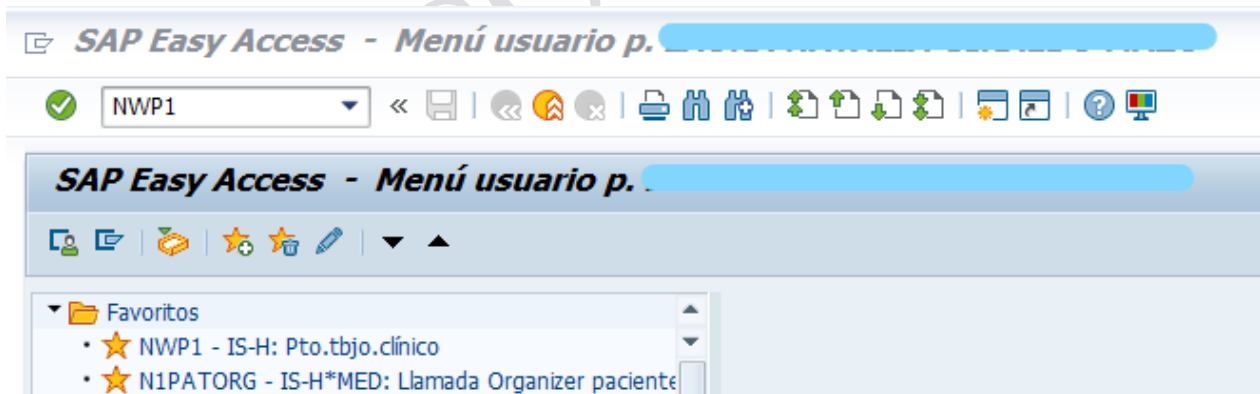
Para realizar el ingreso al diligenciamiento de la historia clínica electrónica a través del aplicativo SAP, se debe autenticar la identidad de quien ingrese con el usuario y contraseña que es asignado según el instructivo Gestión de usuarios AP-INF-TI003I04. En caso de caída del sistema se debe seguir el plan de contingencia SAP <https://intranet.hgm.gov.co/wp-content/uploads/2021/01/Instructivo-Plan-de-contingencia-SAP.pdf>


Para acceder al sistema se busca en el escritorio el icono que identifica el software, se ingresa a este (doble click) y debe ingresar a PRODUCTIVO para autenticarse con las credenciales de cada usuario (usuario y contraseña) asignadas (que corresponden a la firma electrónica de cada usuario)

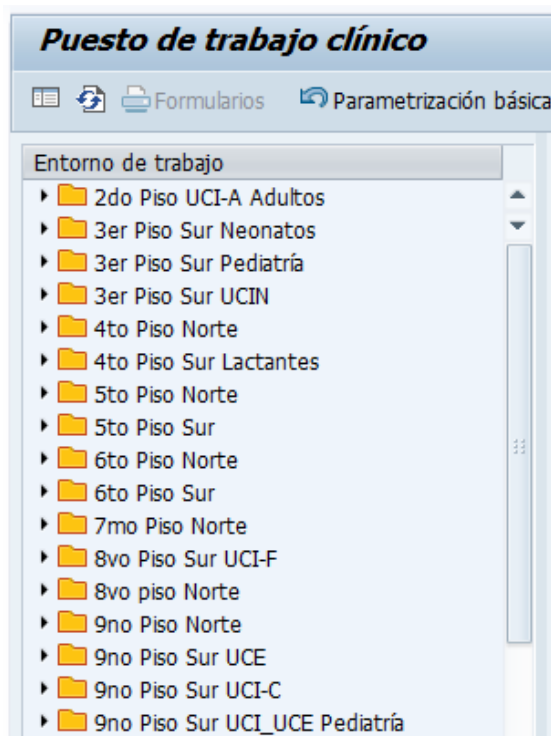
	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 10 DE 56



Luego se digita la transacción **NWP1** para el ingreso a los puestos de trabajo clínico o la transacción deseada según su rol y necesidad dentro del sistema.



	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 11 DE 56




APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En el Hospital General de Medellín se hace el proceso de apertura de historia clínica electrónica a todo paciente que solicita los servicios asistenciales en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Cirugía Ambulatoria, Consulta Externa y actividades ambulatorias como imagenología, Laboratorio Clínico y Odontología.

La identificación del paciente se hace con:

- Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
- Número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayor de siete años.
- 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 con el número de orden del menor en el grupo familiar o acorde a normatividad vigente emitida por organismos de Dirección en el Sector, la cual se comunica al equipo de trabajo de los puestos de Admisiones.
- El número de la historia clínica de cada usuario está determinado por su número de identificación aportado en el puesto de admisión correspondiente.
- Identificación número de episodio

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 12 DE 56


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 aseguradora y tipo de vinculación, tipo de consulta y tipo de usuario. Todo usuario menor de edad debe tener siempre un adulto responsable y debe quedar anotación de éste en la misma historia. Acorde a los parámetros definidos en la resolución 3374 del 2000 y normas que lo definan.

- 1) Apellidos y nombres completos
- 2) Estado civil
- 3) Documento de identidad
- 4) Fecha de nacimiento
- 5) Edad
- 6) Sexo
- 7) Ocupación
- 8) Dirección y teléfono del domicilio del usuario
- 9) Lugar de residencia del usuario
- 10) Nombre y apellidos del acompañante
- 11) Teléfono del acompañante
- 12) Nombre y apellidos de una persona responsable del usuario
- 13) Teléfono del responsable de usuario
- 14) Parentesco del responsable
- 15) Entidad aseguradora
- 16) Tipo de vinculación
- 17) Tipo de consulta
- 18) Tipo de usuario

Nota: El registro e ingreso de los pacientes (incluso aquellos que no cuentan con identificación) debe ser realizado de acuerdo con el instructivo Facturación de admisiones (AP-GFI-FA001I02) y de no encontrarse el Sistema de Información Disponible se deberá activar el plan de Contingencia disponible en la intranet instruccional <https://intranet.hgm.gov.co/wp-content/uploads/2021/01/Instructivo-Plan-de-contingencia-SAP.pdf>

En la institución se tiene establecido que en cada puesto de trabajo de admisiones se haga el ingreso de los datos del usuario, previa verificación física de la información que garantiza la identificación y condiciones socioeconómicas y sociales del mismo.
Quitar imagen

	<p>MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA</p>	<p>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA</p>	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 13 DE 56

Actualizar Creación del Paciente: Pantalla de datos

RESTREPO, ANA, 23.10.1950
Sexo: Femenino
Paciente: 225322

Hosp. General

Datos del Paciente

Nombre:
Apellido 1: RESTREPO
Primer Nombre: ANA
Apellido 2: RUSTAMANTE
Fe.nacim.: 23.10.1950
Sexo: Femenino
Segundo Nombre: INES
Tratamiento: Sra
Titulo: Hogar ama casa
Nacionalidad: CO

Otros datos del paciente:
Estado civil: Sol.
Religión: R.R. Católico Apost.Romano
Zona: Urbana
Hist Clínica F: CC32465670
Tipo documento: CAC.Ciudadanía
Comentario: NO TIENE CORREO ELECTRONICO
Idioma: ES Español
Pais nacim.: CO Colombia
Nombre Padres: GILBERTO OFELIA
NP documento: 32465670

Dirección:
Calle/TP: CALLE 69 48 119
Pais: CO Colombia
CP/Población: 05001000 MEDELLIN +
Departamento: ANTIOQUIA
Cod Opto: 05
Telefono: 5276500 2121318
ContiElect: pauiree@hotmail.com


Familiares:
Apellidos Fam: RESTREPO
Nombres Fam: SANDRA
Calle/TP: CALLE 69 48 119 CAMPO VALDES
Pais: CO Colombia
CP/Población: 05001000 MEDELLIN +


Restricciones











Comp.nomb.	Texto salida
ABOGADO	Abogado
ACABADOR TEXTIL	Acabador textil
ACEITADOR	Acetador
ACTOR/ACTRIZ	Actor/Actriz
ADM PÚBLICO	Adm público
ADM RECUR HUMA	Adm recur huma
ADMINSTRADOR	Administrador
AEROMOZA	Aeromoza
AFINADOR VIDRIO	Afinador vidrio
AGENTE COMPRAS	Agente compras
AGENTE CONSULAD	Agente consulad
AGENTE D VENTAS	Agente d ventas
AGENTE DEPORTIV	Agente deportiv
AGENTE EMPLEO	Agente empleo
AGENTE FISCAL	Agente fiscal
AGENTE PUBLICID	Agente publicid
AGRICU MEDICINA	Agricu medicina
AGRICULTOR	Agricultor
ANCIULTOR SUBS	Anicltor subs

496 Entradas encontradas


Agregar imagen

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 14 DE 56


Actualizar Triage: Pantalla de datos



Categoría de cuidados

Formularios

Certificados de tratamiento

Pasara

Detalles

Entorno

Visualizar

Variante...


NN, NN, 01.01.1964
Sexo Masculino Admisión 01.12.2022


Datos de Consulta

Nombre

Apellido 1
Tratamiento

Primer Nombre
Título

Apellido 2

Fe.nacim.


Sexo

Segundo Nombre
Nacionalidad


Otros datos del paciente

Hist Clinica F
Nombre Padres

Tpo documento
Nº documento

Comentario


Dirección




Calle/Nº

Otra dirección

País Colombia

CP/Población

Departamento

Cod Dpto Área de salud

Teléfono  


Datos Adicionales del Paciente

US. Desplazado ☐



Datos del episodio

Fecha inicio Fe.final FinEpisod

Desc. Empl

Datos consulta


Clase consulta

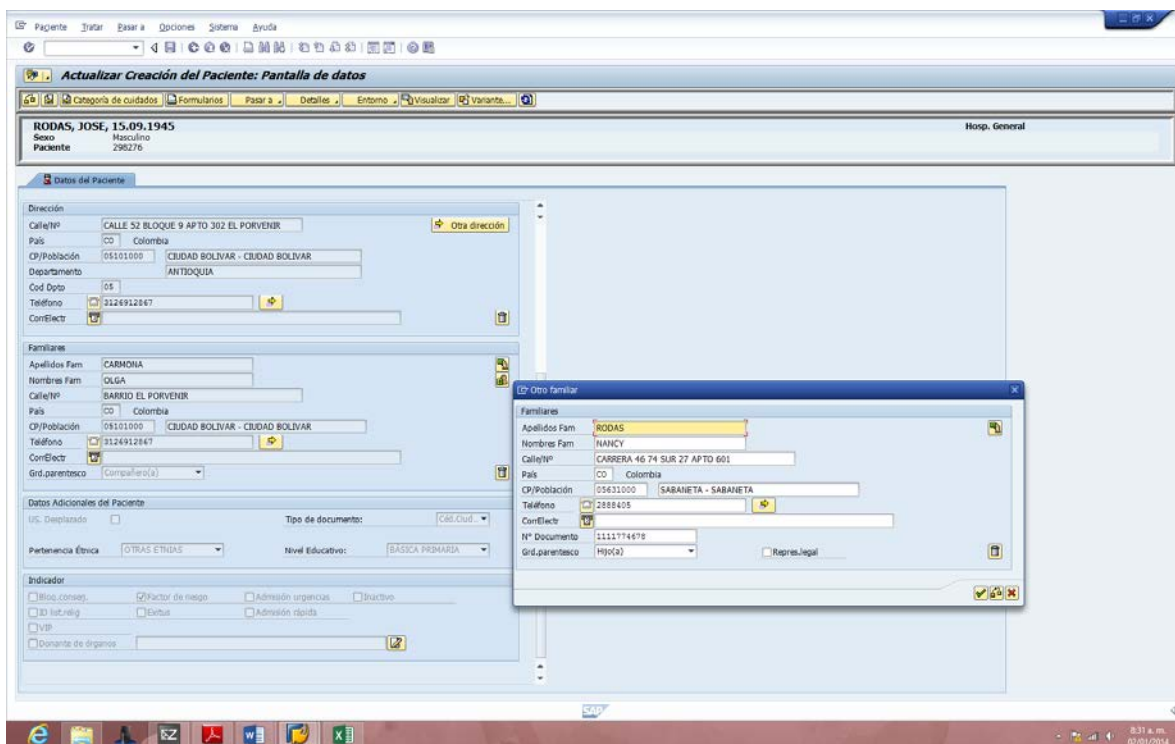

Fecha

Hora
Status

Observación

UO trat. ☒

Quitar imagen

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 15 DE 56



Actualizar Creación del Paciente: Pantalla de datos

RODAS, JOSE, 15.09.1945
Sexo: Masculino
Paciente: 296276

Datos del Paciente

Dirección:
Calle/Nº: CALLE 52 BLOQUE 9 APTO 302 EL PORVENIR
País: Colombia
CP/Provincia: 05101000 CIUDAD BOLIVAR - CIUDAD BOLIVAR
Departamento: ANTIOQUIA
Cod. Dpto: 05
Teléfono: 3124912847
ConElector: [icon]

Familiares

Apellidos Fam: CARMONA
Nombres Fam: OLGA
Calle/Nº: BARRIO EL PORVENIR
País: Colombia
CP/Provincia: 05101000 CIUDAD BOLIVAR - CIUDAD BOLIVAR
Teléfono: 3124912847
ConElector: [icon]
Grd.parentesco: Conparentesco

Datos Adicionales del Paciente

U.S. Desplazado: ☐ Tipo de documento: Cel. Ciudad
Pertinencia Étnica: OTRAS ETNIAS Nivel Educativo: BÁSICA PRIMARIA

Indicador

☐ Misos consejos ☒ Factor de riesgo ☐ Admisión urgencias ☐ Inactivo
☐ Ed. familiar ☐ Evolución ☐ Admisión rápida
☐ Vigil
☐ Donante de órganos

Fam. Otro familiar

Familiares:
Apellidos Fam: RODAS
Nombres Fam: NANCY
Calle/Nº: CARRERA 46 74 SUR 27 APTO 601
País: Colombia
CP/Provincia: 05631000 SABANETA - SABANETA
Teléfono: 288405
ConElector: [icon]
Nº Documento: 1111774678
Grd.parentesco: Hijo(a) ☐ Repres.legal

REGISTROS ESPECÍFICOS


Es el documento en el que Son los documentos donde se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta. En el Hospital General de Medellín, se da cumplimiento con los datos requeridos en la resolución 3374 del 2000, respecto al registro individual de prestación de servicios -RIPS- y cada uno de los grupos de atención del equipo de salud, tienen a disposición los registros específicos para hacer las anotaciones respectivas a su proceso asistencial.

CONSULTA Y ACCESO A LA HISTORIA CLINICA

Para el registro de la evolución clínica del paciente se cuenta con una serie de documentos médicos parametrizables o PMD donde se consignan los datos del paciente. Estos tienen una estructura preestablecida con las necesidades de información requeridas para cada momento de la atención y cumpliendo con el modelo SOAP (Subjetivo – Objetivo – análisis – Plan).

LISTADO DE PMDs mas usados y cotenido

REGISTROS MÉDICOS

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 16 DE 56

REGISTRO DE TRIAGE

HISTORIA CLINICA GENERAL- NEONATAL

Registro De Consulta
Examen Inmediato (Neonatal)
Examen Detallado (Neonatal)
Diagnosticos/Conducta
Ordenes Clinicas
Indicaciones Y Ordenes Medicas
Evolucion Neonatal
Evolucion Medica
Alta Medica
Epicrisis

MONITOR IQ

Lista De Chqueo De Seg Quca
Informe Qco
Record De Anest
Registro Perfusionista
Registro Intrumentador Quco
Registro De Enfermeria Quco

CONSENTIMIENTO INFORMADO

General
Anestesia
Sedacion

REGISTROS DE ENFERMERIA (enfermera y auxiliar de enfermeria)

CONSENTIMEINTO INFORMADO DE ENEFERMERIA

ENFERMERA PROFESIONAL


Monitoria hemodinamica
Control de cateteres
Curaciones
Sondas y drenes

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

Parametros de valoracion
Diagnosticos e interveiones
Seguimiento de intervencion
Historico de intervenciones
Otras intervenciones

REGISTRO PREOPERATORIO

REGISTRO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA


	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 17 DE 56

Evolucion De Enfermeria
Signos Vitales
Balance Hidrico
Parametros Ventilatorios
Manejo De Oxigeno
Escala De Galsgow
Escala De Braden
Riesgo De Caidas
Glucometrias
Evaluacion Neurologica
Evaluacion Vascular
Escala De Evaluacion Del Dolor
Via Oral/Vacunacion Rn

DOCUMENTOS MAS RELEVANTES EN LA ATENCIÓN

TRIAGE

El registro de triage es aquel utilizado al ingreso de los servicios de Urgencias para hacer la clasificación de cada uno de los usuarios que demandan la atención de salud, se clasifican en triage I, II, III y IV, de acuerdo con la prioridad de la atención del paciente por sus condiciones de salud, entendiéndose el nivel de prioridad de menor a mayor (triage I corresponde a paciente que requiere atención inmediata porque peligra su vida).

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p>MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA</p>	<p>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA</p>	<p>CÓDIGO: AP-INF-HC001M01</p>
			<p>VERSIÓN: 05</p>
			<p>PÁGINA: 18 DE 56</p>

Reg. Triage crear: [Redacted], **Status:** CD

Antecedentes Fact. Riesgo F.R. Medicamentos Org. Pac. Resultados Laboratorio Check Parto Seguro Gestión Farmacéutica Res. LABCORE

Paciente [Redacted] Ident. [Redacted] Sexo [Redacted] Edad [Redacted] Año(s) [Redacted] Teléfono [Redacted]

Fecha Crea [Redacted] Hora Crea [Redacted]
Fecha Reg. [Redacted] Hora Reg. 00:00:00

Priorización Atención de Urgencias

Motivo de Consulta

[Redacted]

Signos Vitales

Presión Arterial [Redacted] / [Redacted] mm Hg Talla [Redacted] mtrs
Frec. Cardíaca [Redacted] x min Peso [Redacted] Kg
Frec. Respiratoria [Redacted] x min
Temperatura [Redacted] °C Sat. O2 [Redacted] %

Escala de Glasgow

Apertura Ocular [Redacted]
Respuesta Verbal [Redacted]
Respuesta Motora [Redacted]
Glasgow 0 / 15

Otros Datos

Estado de Ingreso: ☒ Vivo ☐ Muerto ☐ Paro Respiratorio ☐ Paro Cardíaco

Embraguez: ☒ No ☐ Si


Medio de Llegada [Redacted]
Causa Externa [Redacted]
Finalidad de la Consulta [Redacted]
Estado de Conciencia [Redacted]
Intensidad de Dolor [Redacted]
Clasificación Triage [Redacted]

Conducta

[Redacted]

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

REGISTRO DE INGRESO O CONSULTA DE PRIMERA VEZ

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 19 DE 56

HIST. GENERAL crear: [Nombre] **Status:** CD

Antecedentes Fact. Riesgo F.R. Medicamentos Org. Pac. Resultados Laboratorio Gestión Farmacéutica Res. LABCORE

Paciente [Nombre] Ident. CC [Número] Edad/Sexo [Edad] M Fecha Nac. [Fecha]
Asegurad. ADRES Fecha crea 15.11.2022 Hora crea 14:59:32 Especialid. U.T. Urg. Adultos Zona Violeta
Ingreso 10.11.2022 Episodio [Número] Fecha Reg. 15.11.2022 Hora Reg. 14:59:32 Pac. No. [Número] Cama [Número]
Fecha Aten. [Fecha] Hora Aten. 00:00:00

☐ Alta Diferida ☐ Nacido en Otra Institución ☐ His. Clínica perinatal ☐ Pre Alta

Registro de Consulta Diagnósticos / Conducta Órdenes Clínicas Indicaciones y Órd. Médicas Evolución Médica Alta ...

Motivo de Consulta ☐ Paciente Obstétrico ☐ Neonato

Enfermedad Actual

Examen Físico

Estado General [Opción]
Estado de Conciencia [Opción]
Estado Respiratorio [Opción]
Estado de Hidratación [Opción]

Revisión Por Sistemas ☒ No Evaluado ☐ Opcional

Fecha	Hora	Sistema	Síntoma
15.11.2022	14:5...	Síntomas generales	NO EVALUADO
15.11.2022	14:5...	Cabeza	NO EVALUADO
15.11.2022	14:5...	Órganos de los sentidos	NO EVALUADO
15.11.2022	14:5...	Garganta	NO EVALUADO
15.11.2022	14:5...	Cuello	NO EVALUADO
15.11.2022	14:5...	Cardiorrespiratorio	NO EVALUADO
15.11.2022	14:5...	Mamas	NO EVALUADO
15.11.2022	14:5...	Gastrointestinal	NO EVALUADO
15.11.2022	14:5...	Genitourinario	NO EVALUADO

Causa Externa [Opción]
Finalidad de la Consulta [Opción]

Signos Vitales

Estado Ingreso: ☒ Vivo ☐ Muerto
☐ Paro Respiratorio ☐ Paro Cardíaco

Presión Arterial [Valor] / [Valor] mm Hg IMC 0,00
Frec. Cardíaca [Valor] x min SC (m2) 0,00
Frec. Respiratoria [Valor] x min Sat con O2 [Valor]
Temperatura [Valor] °C Sat sin O2 [Valor]
Peso [Valor] Kg Per. Cef. [Valor]
Talla [Valor] m Per. Abd. [Valor]

Hallazgos

Población especial ☒ Examen Físico Sin Preenado
☐ Examen Físico Adultos
☐ Examen Físico Pediátrico

Cabeza [Opción]
Caza [Opción]
ORL [Opción]
Cuello [Opción]
Tórax y Mamas [Opción]
Abdomen [Opción]
Genitourinario [Opción]
Extremidad [Opción]
Neurológico [Opción]
Otros Hallazgos [Opción]


Examen Físico Obstétrico

Semanas de Amenorrea [Valor] Dias [Valor]
Altura Uterina [Valor] F.C.F (Lat/Min) [Valor]
Presentación [Opción] Movimiento Fetal [Opción]
Edema [Opción]

Responsable [Nombre] Especialidad ENFERMEROS Y AUXILIARES DE ENF Número VMA 000005447

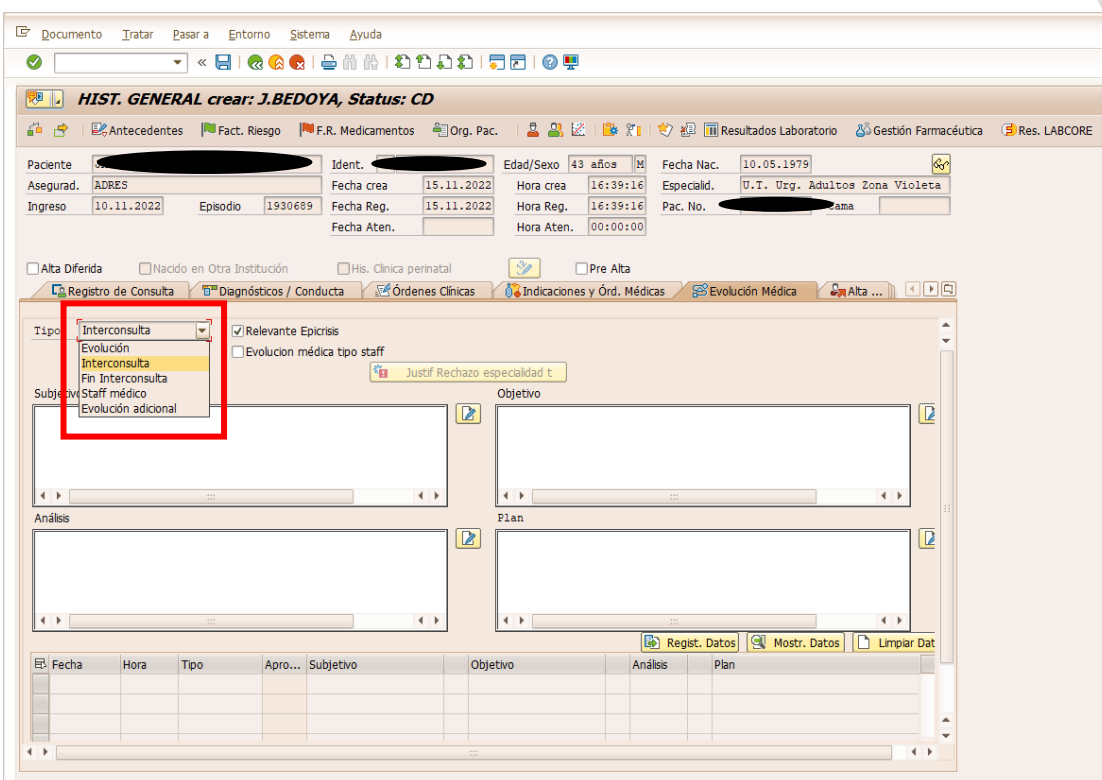
Luego del registro del triage y la adopción de conductas de ingreso por parte del médico clasificador, se procede a iniciar el registro del paciente en la historia clínica electrónica, lo cual se inicia con el registro de consulta por parte del médico. Con los ingresos directos se hará en el servicio donde se encuentre el paciente. (consulta externa, hospitalización, UCIs)

Nota: La actualización de los datos demográficos de los pacientes es un proceso por demanda, es decir, cada que un paciente demanda servicios en la entidad se realiza verificación de sus datos y actualización de acuerdo con el instructivo: facturación de admisiones (AP-GFI-FA001102).

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 20 DE 56


EVOLUCION MÉDICA

Debe diligenciarse luego de toda ronda médica al paciente, plasmándose los aspectos relevantes de la evolución del estado de salud del usuario. Es un registro destinado a profesionales que hacen ronda y dan respuesta a interconsultas por especialista. Esta se va registrando en forma secuencial y cronológica.



ÓRDENES CLÍNICAS

El registro de órdenes clínicas está destinado a detallar las órdenes por especialidad, la solicitud de interconsultas, las acciones de apoyo diagnóstico requeridas para la continuidad del tratamiento del paciente y las órdenes de procedimientos quirúrgicos requeridas por el usuario.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 21 DE 56

HIST. GENERAL Visualizar: I.CARDONA, Status: LI

Antecedentes Fact. Riesgo F.R. Medicamentos Medicamentos Org. Pac. Resultados Laboratorio

Paciente: [Redacted] Ident. CC: [Redacted] Edad/Sexo: 76 años F Fecha Nac.: 13.05.1946

Asegurad.: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS Fecha crea: 1.1.0. Hora crea: 07:13:01 Especialid.: U.T. Urg. Adultos Zona Violeta

Ingreso: 0.0.0. Episodio: [Redacted] Fecha Reg.: 1.1.0. Hora Reg.: 07:37:28 Pac. No.: [Redacted] Cama: [Redacted]

Fecha Aten.: [Redacted] Hora Aten.: 00:00:00

☐ Alta Diferida ☐ Nacido en Otra Institución ☐ His. Clínica perinatal ☐ Pre Alta

Registro de Consulta Diagnósticos / Conducta Órdenes Clínicas Indicaciones y Órd. Médicas Evolución Médica Alta ...

Órdenes Clínicas Especialidades / Apoyos


Fecha	Hora	Código	Descripción	Und. Organizativa	S...	Justifica
10.11.2022	10:2...	0000890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍ	U.T. Qx General	CAR	<input type="checkbox"/>
10.11.2022	07:4...	0000890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍ	U.T. Qx General	ANL	<input type="checkbox"/>
	00:0...					
	00:0...					
	00:0...					
	00:0...					
	00:0...					
	00:0...					

Órdenes Clínicas de Cirugía

Fecha	Hora	Código	Descripción	Und. Organizativa	S...	Justifica
10.11.2022	10:2...	0000530001	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VÍA ABI	U.Q. Cirugia General	ANL	<input type="checkbox"/>
	00:0...					
	00:0...					
	00:0...					
	00:0...					
	00:0...					
	00:0...					

INDICACIONES Y ORDENES MÉDICAS

Este documento es destinado al registro de las indicaciones asistenciales por parte de los profesionales de la salud, tal como nutrición con las dietas, ordenes de terapias, entre otros, y se hace el registro de los medicamentos que deben ser aplicados en los pacientes para su proceso de tratamiento y rehabilitación.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 22 DE 56

☐ Alta Diferida
☐ Nacido en Otra Institución
☐ His. Clínica perinatal
☐ Pre Alta

☒ Registro de Consulta
☒ Diagnósticos / Conducta
☒ Órdenes Clínicas
☒ Indicaciones y Órd. Médicas
☒ Evolución Médica
☒ Alta ...

Indicaciones

Fecha	Hora	Tipo de Indicación	Clase Indicación	Indicaciones
07.11.2022	02:26:	SIGNOS VITALES	CADA 6 HORAS	
07.11.2022	02:27:	AISLAMIENTO	POR CONTACTO	Protocolo KPC
07.11.2022	02:27:	DIETA	HIPOGLUCIDA	
08.11.2022	01:14:	OXIGENO	CÁNULA NASAL	A 3 LITROS X MIN
	00:00:00			
	00:00:00			
	00:00:00			
	00:00:00			

Medicamentos

Fecha	Hora	Descripción	Presentación	Dosis	Via Adm.	Frecuencia
10.11.2022	12:16:00	CLONIDINA 0.150MG TABLETA	TABLETA	0,15 MG	VIA ORAL	Cada 12 Hor
09.11.2022	12:35:00	HEPARINA 5000UI/ML X 5ML SOLUCION INYECTABLE	SOLUCIÓN INYEC...	1 ML	VIA SUBCU...	Cada 12 Hor
08.11.2022	11:38:00	haloperidol 5MG/ML SOLUCION INYECTABLE	SOLUCIÓN INYEC...	0,5 MG	VIA INTRA...	Cada 8 Hora
08.11.2022	08:39:00	prednisona 5MG TABLETA	TABLETA	20 MG	VIA ORAL	Cada 24 Hor
08.11.2022	08:39:00	IVERMECTINA 0.6% SLN ORAL X 5ML FRASCO	SOLUCION	56 GOT	VIA ORAL	Cada 72 Hor
08.11.2022	08:39:00	IVERMECTINA 0.6% SLN ORAL X 5ML FRASCO	SOLUCION	56 GOT	VIA ORAL	Cada 72 Hor
08.11.2022	08:39:00	CLINDAMICINA HCL 600MG/4ML SOLUCION INYECTABLE	SOLUCIÓN INYEC...	600 MG	VIA INTRA...	Cada 8 Hora

TABLA DE DIAGNOSTICOS

☐ Alta Diferida
☐ Nacido en Otra Institución
☐ His. Clínica perinatal
☐ Pre Alta

☒ Registro de Consulta
☒ Diagnósticos / Conducta
☒ Órdenes Clínicas
☒ Indicaciones y Órd. Médicas
☒ Evolución Médica
☒ Alta ...


☒ Ir a Favoritos
☒ Agregar a Favoritos
☒ Borrar Favoritos

C...	Fecha	Hora	Código	Descripción	Fo...	Localización	Clase	Clasificación
<input type="checkbox"/>	07.11.2022	06:1...	L984	ULCERA CRONICA DE LA PIEL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	No Aplica	Impresión Diagn...	Diag. Principal	
<input type="checkbox"/>	07.11.2022	02:2...	L984	ULCERA CRONICA DE LA PIEL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	No Aplica	Impresión Diagn...	Diag. Urgencias P...	
<input type="checkbox"/>	07.11.2022	02:2...	E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	No Aplica	Confirmado Rep...	Diag. Urgencias R...	
<input type="checkbox"/>	07.11.2022	02:2...	N185	ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 5	No Aplica	Confirmado Rep...	Diag. Urgencias R...	
<input type="checkbox"/>	07.11.2022	02:2...	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	No Aplica	Confirmado Rep...	Diag. Urgencias R...	
<input type="checkbox"/>		00:0...			No Aplica			
<input type="checkbox"/>		00:0...			No Aplica			
<input type="checkbox"/>		00:0...			No Aplica			
<input type="checkbox"/>		00:0...			No Aplica			
<input type="checkbox"/>		00:0...			No Aplica			
<input type="checkbox"/>		00:0...			No Aplica			

Análisis y Conducta

Usuaría de 69 años, con antecedente de úlceras crónicas de la piel, ahora consulta por persistencia del dolor, ya tiene resultado de la biopsia, tiene cita con dermatología para mañana por consulta externa. Refiere que el dolor es crónico
DIAGNOSTICO:
PIEL PIERNA IZQUIERDA (BIOPSIA):
VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA.

Aquí se deben registrar, por parte exclusiva del médico, los diagnósticos que según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE 10-, el o los diagnósticos que presente el paciente según su estado de salud.

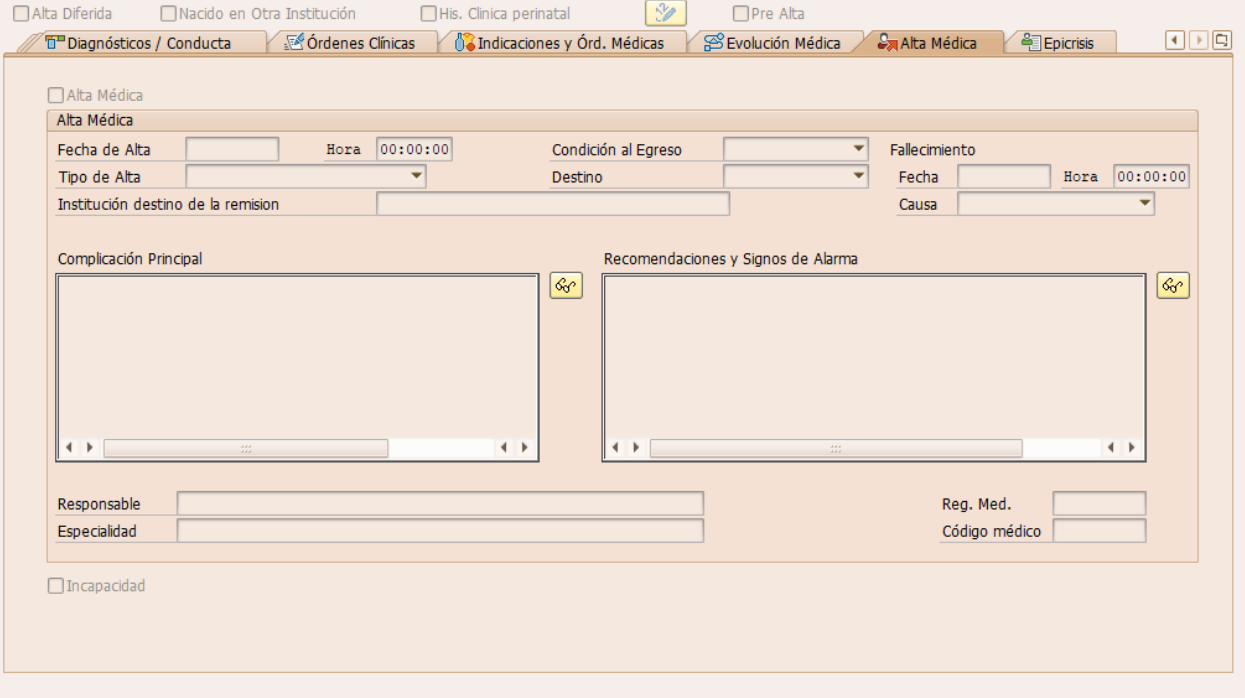
	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 23 DE 56

Deben transcribirse todos los diagnósticos que presente el usuario, incluyendo las comorbilidades, y no es permitido modificar los diagnósticos presuntivos marcados en el servicio de Urgencias; es decir, estos diagnósticos permanecen y son considerados diagnósticos de admisión.

Por norma, debe evitarse el uso de diagnósticos descritos en el Capítulo XVIII de la CIE 10 (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte) que incluye los códigos diagnósticos desde R00.0 hasta R99.X.

ALTA MÉDICA

Debe ser exclusivamente diligenciado por personal médico, al momento de definir, luego de una ronda médica, que el paciente presenta las condiciones de salida del hospital, bien sea por mejoría, remisión, hospitalización domiciliaria, fallecimiento, alta voluntaria, fuga del hospital o alta por fallecimiento, de lo cual debe dejarse constancia escrita.



Alta Médica

☐ Alta Diferida
☐ Nacido en Otra Institución
☐ His. Clínica perinatal
☐ Pre Alta

☒ Diagnósticos / Conducta
☐ Órdenes Clínicas
☐ Indicaciones y Órd. Médicas
☐ Evolución Médica
☒ Alta Médica
☐ Epicrisis

☐ Alta Médica


Fecha de Alta Hora Condición al Egreso Fallecimiento
Tipo de Alta Destino Fecha Hora
Institución destino de la remisión Causa

Complicación Principal Recomendaciones y Signos de Alarma

Responsable Reg. Med.
Especialidad Código médico

☐ Incapacidad

MONITOR IQ

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 24 DE 56

Este contiene todos los documentos relacionados con la atención quirúrgica, procedimientos programados o urgentes/emergentes a los cuales se les debe hacer registro clínico.

INFORME QUIRURGICO

Como evidencia de las actividades quirúrgicas, se tiene el informe quirúrgico, de obligatorio diligenciamiento por parte del cirujano principal. En él se reportan aspectos relevantes de quirófanos, estado de la herida, tipo de anestesia, tiempos de quirófano, anestesia y procedimiento, descripción de los procedimientos y equipo quirúrgico que interviene en la actividad asistencial.

COPIA CONTROLADA

Informe Quirúrgico

Información Cirugía

Entrada Quirófano: 10:30:00
Salida Quirófano: 12:20:40
Clase de Herida: Limpia
Tipo Anestesia: Regional
Sala: QXCIGR07
Recibió Profilaxis Quirúrgica? ☒ Sí ☐ No Porque ?

Inicio Anestesia: 10:40:00
Fin Anestesia: 12:15:00
Inicio Procedimiento: 11:30:00
Fin Procedimiento: 12:10:00
Sangrado: 15 (cms. cúbicos)
Irrigación: 1.000,00
Condición Egreso: Vivo
Finalidad Proc.: Diagnóstico

Información Procedimiento

Qx Realizada: ☐ Bilateral Via: Reg. Procedimiento

Código	B.. Via	Descripción
0000807601	<input type="checkbox"/> A	SINOECTOMIA DE RODILLA PARCIAL VIA ABIERTA
0000801600	<input type="checkbox"/> A	ARTROTOMIA DE RODILLA SOD

Equipo Médico

Cirujano Principal: HERNANDEZ GONZALEZ, RUBEN DARIO
Anestesiólogo: VITERI BAENA, RODRIGO
Instrumentador: MARTINEZ VARGAS, ELIANA MARCELA
Ayud. Especialista:
Ayudante:
Circulante: CARDENAS MONCADA, STEVEN

Diagnósticos

Dx. Preoperatorio

Código	Descripción	Tipo	Definición

Dx. Postoperatorio

Código	Descripción	Tipo	Definición

Hallazgos

Líquido articular de rodilla inflamatorio abundante líquido articular aproximadamente 50cc. sin salic purulento Sinovial hipertrófica algodonosa, inflamatoria.

Complicaciones ☐ No ☒ Cuales Complicaciones

Desc. Complicación

Reintervención ☐ No ☒ Cuales Reintervenciones

Desc. Reintervención

☒ Estudio Anatomopatológico
Tejidos Enviados a Patología: SINOVIAL RODILLA DERECHA

Responsable: 14639775 HERNANDEZ GONZALEZ, RUBEN DARIO Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA


Descripción del Procedimiento

verificación de lista de chequeo anestesia general asepsia y antisepsia de miembro inferior derecho Se realiza punción articular de la rodilla derecha en bo

Daño o resultado clínico no esperado no atribuye a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.


Reingreso al quirófano durante la misma internación, por resultados no deseados relacionados con una intervención quirúrgica anterior.

RECORD DE ANESTESIA

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 26 DE 56

En él se reportan aspectos relevantes del tipo de anestesia suministrada al paciente durante el acto quirúrgico, la medición del riesgo anestésico como el ASA, NYHA entre otras variables requeridas en el proceso quirófanos, estado de la herida, tipo de anestesia, tiempos de quirófano, anestesia y procedimiento, descripción de los procedimientos y equipo quirúrgico que interviene en la actividad asistencial. Es de obligatorio diligenciamiento por parte del médico anestesiólogo, como evidencia de las actividades realizadas.

Registro de Presión Arterial <input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta			
Sitio de Punción <input type="checkbox"/> Radial Derecha: 0,00 <input type="checkbox"/> Radial Izquierda: 0,00 <input type="checkbox"/> Femoral Derecha: 0,00 <input type="checkbox"/> Femoral Izquierda: 0,00 Otra: <input type="text"/> 0,00		Sitio de Colocación <input checked="" type="checkbox"/> Miembro Superior Derecho <input type="checkbox"/> Miembro Superior Izquierdo <input type="checkbox"/> Miembro Inferior Derecho <input type="checkbox"/> Miembro Inferior Izquierdo <input type="checkbox"/> Oscilatoria	
Monitoreo <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> Gases Sanguíneos <input type="checkbox"/> Analizador de Gases <input checked="" type="checkbox"/> Analizador ST <input checked="" type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> CO2 Espiratorio <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Temperatura			
<input type="checkbox"/> P. Evocados <input type="checkbox"/> Respirometro <input type="checkbox"/> Est Nervio Periférico: <input type="text"/> 0 <input type="checkbox"/> Gasto Urinario: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> BIS: <input type="text"/> PIP: <input type="text"/> P. Plateau: <input type="text"/> ECG Derivación: DI DII DIII			
Vía Aérea Clase de Inducción: <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Intravenosa <input type="radio"/> Inhalatoria <input type="radio"/> Mixta Intubación: <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Fácil <input type="radio"/> Difícil Laringoscopia (Grado): <input type="text"/> 0,00 Hoja de Laringoscopio: <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Recta <input type="radio"/> Curva Tipo Intubación: <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Orotraqueal <input type="radio"/> Nasotraqueal <input type="radio"/> Traqueostomía <input type="radio"/> Otro Otro: <input type="text"/>			
Elemento Utilizado <input type="checkbox"/> Tubo Endotraqueal: <input type="text"/> 0,00 <input type="checkbox"/> Mascarilla Facial: <input type="text"/> 0,00 <input type="checkbox"/> Cánula Nasal: <input type="text"/> 0,00 <input type="checkbox"/> Mascarilla Laringea: <input type="text"/> 0,00 <input type="checkbox"/> Fibrolaringoscopio: <input type="text"/> 0,00 Otro: <input type="text"/>			
Modo Ventilatorio <input checked="" type="checkbox"/> Espontánea <input type="checkbox"/> Controlada Manual Frec. Respiratoria: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Asistida <input type="checkbox"/> Control Ventilatorio VT: <input type="text"/> PIM: <input type="text"/> PEEP: <input type="text"/>			

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 27 DE 56

Evaluación de la Vía Aérea Mallampati: I Distancia Tiromentoniana: Mayor de 6 cms Cuello Corto: No Apertura Bucal: Normal Flexo Extensión Cervical: Limitada		Estado de la Dentadura <input checked="" type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Malo Dientes Flojos Prótesis: Si Parcial Removible Inferior
Observaciones: Vía Aérea Según Predictores: Fácil		
Técnica Anestésica <input type="checkbox"/> General <input checked="" type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Balanceada		
General Inhalatoria <input type="checkbox"/> Oxido Nitroso <input type="checkbox"/> Isoflurano <input type="checkbox"/> Sevoflurano <input type="checkbox"/> Desflurano <input type="checkbox"/> Otro	Endovenosa <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Remifentanyl <input type="checkbox"/> Alfentanyl <input type="checkbox"/> Sulfentanyl <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Propofol	Regional <input type="checkbox"/> Peridural <input checked="" type="checkbox"/> Raquídea <input checked="" type="checkbox"/> Bloqueos <input type="checkbox"/> Local Controlada
Relajante Utilizado <input type="checkbox"/> Succinilcolina <input type="checkbox"/> Rocuronio <input type="checkbox"/> Vecuronio <input type="checkbox"/> Pancuronio <input type="checkbox"/> Otro		
Observaciones PACIENTE DE 71 AÑOS DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA, ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND, INGRESA PARA ARTROTOMIA DE RODILLA antecedentes patologicos: artritis reumatoide seronegativa, poliartralgia inflamatoria ca de mama derecha (1992) mastectomía		
Anestesiólogo VITERI BAENA, RODRIGO 98660460		

PLAN DE ENFERMERIA

Es el proceso de planeación de la atención en los servicios de hospitalización, bajo la responsabilidad del enfermero(a) profesional del servicio.

Parámetros de Valoración | Diagnósticos e Intervenciones | Seguimiento de Intervención | Histórico de Intervenciones | Otras Intervenciones

Fecha Valoración: Hora Valoración:

Necesidades

Respiración <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Reposo/Sueño <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Seguridad <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Actividades Lúdicas <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit
Alimentación/Hidratación <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Vestirse <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Comunicación <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Aprender <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit
Eliminación <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Temperatura <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Religión/Creencias <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	
Movilidad <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Higiene/Piel <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	Trabajar/Realizarse <input checked="" type="radio"/> Sin Déficit <input type="radio"/> Con Déficit	

Observaciones


Registrar Datos | Visualizar Datos | Limpiar Datos

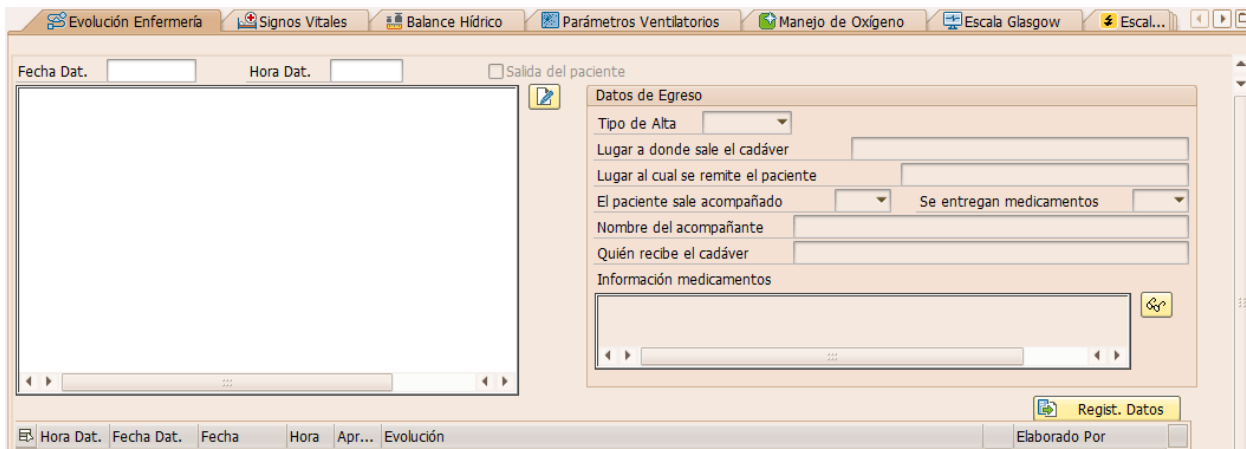
Registro Parametros Valoración

Fecha Val...	Hora Va...	Res...	Alim...	Elmi...	Mov...	Rep...	Ves...	Te...	Higi...	Seg...	Co...	Reli...	Tra...	Acti...	Apr...	Observaciones	Fecha Reg...	Hora Re...	Responsable Re
09:15:55	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N		09:16:08	09:16:08	SLONDONOR
03:12:02	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N		03:12:10	03:12:10	TESTUPINAN
00:00:00																	00:00:00	00:00:00	
00:00:00																	00:00:00	00:00:00	
00:00:00																	00:00:00	00:00:00	
00:00:00																	00:00:00	00:00:00	
00:00:00																	00:00:00	00:00:00	
00:00:00																	00:00:00	00:00:00	

REGISTRO PARA AUXILIAR DE ENFERMERIA

El cumplimiento de órdenes clínicas y órdenes médicas, se evidencia en el registro, denominados en la plataforma de SAP como " Registros Auxiliar De Enfermeria, desde donde la auxiliar de enfermería, que tiene asignado al paciente, reporta el cumplimiento de cada una de las órdenes anotadas en los registros descritos. Desde aquí, registra la evolución del usuario desde el enfoque de enfermería mencionando aspectos relevantes como signos vitales, el balance de líquidos hídricos, parámetros ventilatorios, manejo del oxígeno y la escala de riesgos, y otros que pueda considerar de importante mención.


	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 29 DE 56



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: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario, remisiones de pacientes que llegan de otras instituciones. También:

- 1) Documentos de identificación del paciente en el sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-.
- 2) Todo documento relacionado con el paciente, enviado por otra institución, por ejemplo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, notarías, juzgados, comisarías de familia, entre otros.
- 3) Consentimiento Informado de todo tipo
- 4) Alta voluntaria o fuga.
- 5) Documento de no aceptación de maniobras de reanimación.
- 6) Documento firmado, por el paciente y el auditor encargado de la aseguradora del paciente o de piso, de aceptación de traslado a otra institución.
- 7) Adhesivo de transfusión de componentes sanguíneos.
- 8) Autorización de la familia para realizar necropsia clínica a paciente que fallezca en la institución.
- 9) Lista chequeo de seguridad en el Angiógrafo.
- 10) Esquema de Circulación cardiaca.
- 11) Lista chequeo en Cirugía.
- 12) Informes que deben seguir archivándose, dado que no están en SAP: medicamentos INVIMA, registro de la huella plantar del recién nacido, monitoreos fetales, electroencefalogramas -EEG-, Holter, electromiografías, ecocardiogramas -EKG-, exámenes por I – STAT, resultados de laboratorio clínico impresos a causa de fallas del sistema.
- 13) Staff médico: este documento se avala con la firma de varios especialistas, debe conservarse y archivers.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 30 DE 56

- 14) Solicitud judicial o personal, todos los documentos traídos por el paciente que acompañen la solicitud deben conservarse, ya que son requeridos para garantizar pertinencia de la atención.
- 15) Documentos de implantes como fichas técnicas de proveedor del implante en servicios como implante de tejidos, implante de válvulas cardíacas y piel, además de todo documento inherente al procedimiento quirúrgico.
- 16) Exámenes a terceros, ordenados por el hospital.
- 17) Hoja de traslado de pacientes entre servicios.


El Comité revisará, de forma periódica la legislación vigente y adelantos tecnológicos, y de acuerdo a estos determinará los documentos que podrán ser escaneados e incluidos en la historia clínica electrónica.

Estos documentos hasta su entrega a los funcionarios de archivo clínico, quienes procederán a organizarlos, clasificarlos, foliarlos y archivarlos en el archivo de gestión para su custodia y conservación según norma vigente.

Son responsables en los servicios acorde a las siguientes especificaciones:

- Servicios de hospitalización: jefes de enfermería asignados al turno en el cual egresa el paciente.
- Servicios de Urgencias: funcionarios de facturación que entregan la orden de salida del paciente.
- Servicios de Consulta externa: jefe(s) de enfermería asignado(s) al turno en el cual se atiende la consulta del usuario.
- Servicios de Imagenología: funcionario encargado de la transcripción de resultados.
- Servicios de Ginecoobstetricia: jefe(s) de enfermería asignado(s) al turno en el cuales atendido o dado de alta al usuario.
- Servicios de Cirugía: jefe(s) de enfermería asignado(s) al turno en el cual es atendido o dado de alta al usuario.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 31 DE 56

CONSENTIMIENTO INFORMADO (2) - Word

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DISEÑO DE PÁGINA REFERENCIAS CORRESPONDENCIA REVISAR VISTA DISEÑO PRESENTACIÓN

HERRAMIENTAS DE TABLA

Formato del documento

Nombre del familiar responsable: 33200489 N° de Historia Clínica: CC33200489

Identificación:

Identificación:

Representante Legal:

Identificación:

Doy fe de que el profesional CRUZ VASQUEZ, LUIS ALBERTO, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones, me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medio pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados.

Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como cirugía, y se me han explicado las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, luego de lo cual acepto X no acepto la práctica de implantación de catéter de hemodíalisis permanente y venografía selectiva de vasos del cuello.

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar: dolor, hematoma, neumotorax.

Se me han advertido como riesgos, entre otros dolor, hematoma, neumotorax, pero que existen otros riesgos de imposible previsión o inadvertidos, inclusive la muerte.

Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre-existent de salud.

Se me han explicado y entiendo las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a realizar, los cuidados que debo tener antes y después de él, se me ha dado la explicación en un lenguaje claro y sencillo, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas respectivas.

Se me explicó que en mi caso concreto puedo llegar a requerir la aplicación de sangre y/o componentes sanguíneos por lo que voluntariamente autorizo X no autorizo su aplicación mediante el procedimiento de la transfusión sanguínea que será realizado por un médico autorizado para ello por mi médico tratante.

Página 1 de 2


Según la resolución 3100 de 2019 dictada por el ministerio de la protección social, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y sede servicios de salud adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación.

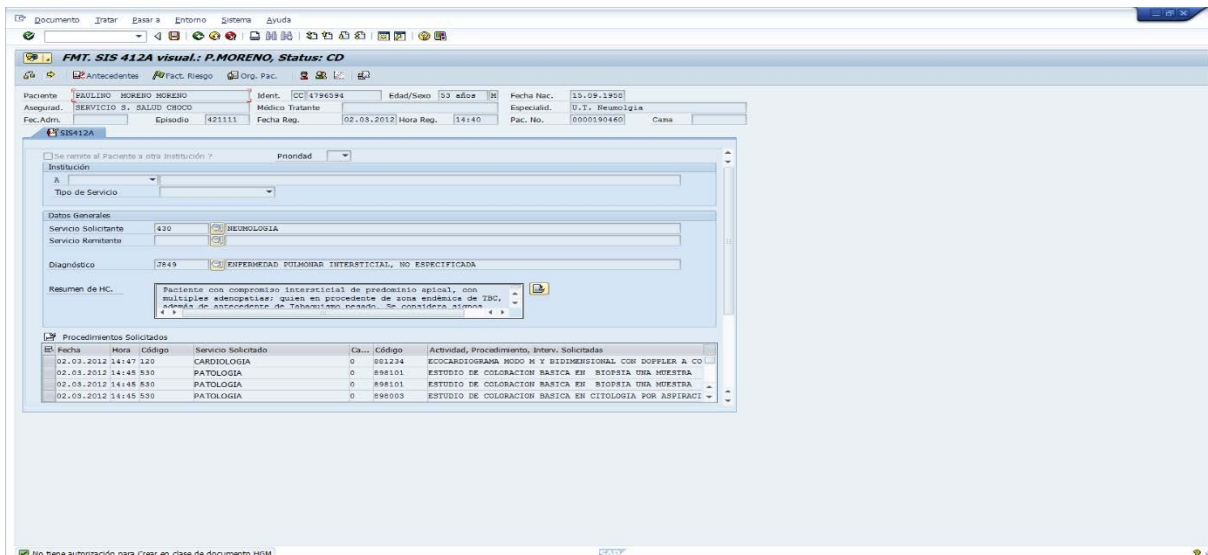
Son las condiciones mínimas e indispensables que debe cumplir la historia clínica y los registros asistenciales, con el fin de garantizar la trazabilidad de la atención en salud.

El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.

La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva

Solicitud de servicios de salud a entidades pagadoras SIS 412 A

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 32 DE 56



FMT SIS 412A visual: P. MORENO, Status: CD

Paciente: **PAULINO MORENO MORENO** Ident. **0014796594** Edad/Sexo **53 años M** Fecha Nac. **10.09.1950**
 Asignad. **SERVICIO S. SALUD OBDO** Médico Tratante Especialid. **U.T. Neumología**
 Fac. Adm. Episodio **421111** Fecha Reg. **02.03.2012** Hora Reg. **14:40** Pac. No. **0000504460** Cama

SIS412A

☐ Se remite al Paciente a otra Institución? Prioridad

Institución
 Tipo de Servicio

Datos Generales
 Servicio Solicitante **430** **CI** **NEUROLOGIA**
 Servicio Remitente **CI**

Diagnóstico **7949** **CI** **ENFERMEDAD POLMONAR INTERSTITIAL, NO ESPECIFICADA**

Resumen de HC: **Paciente con compromiso intersticial de predominio apical, con bullas y emfisemas; quistes en segmentos de zona pulmonar de TBC, además de antecedentes de Tabaquismo pasivo. Se considera sinovial**

Procedimientos Solicitados

Fecha	Hora	Código	Servicio Solicitado	Ca...	Código	Actividad, Procedimiento, Interv. Solicitadas
02.03.2012	14:47	120	CARDIOLOGIA	0	881234	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A CO
02.03.2012	14:45	530	PTOLOGIA	0	898101	ESTUDIO DE COLOREACION BASICA EN BIOPSIA UNA MUESTRA
02.03.2012	14:45	530	PTOLOGIA	0	898101	ESTUDIO DE COLOREACION BASICA EN BIOPSIA UNA MUESTRA
02.03.2012	14:45	530	PTOLOGIA	0	898105	ESTUDIO DE COLOREACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACI

☒ No tiene autorización para Crear en clase de documento HGM

CAPITULO III

7. CONTENIDOS MÍNIMOS

Se entiende por historia clínica completa aquella que incluye la siguiente información:

- Datos generales del paciente.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, si son del caso quirúrgicos, de medicamentos y hábitos.
- Examen físico completo el cual incluye siempre signos vitales.
- Presunción y definición diagnóstica acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 o versión actualizada.
- Plan de tratamiento y conductas.
- Evoluciones o controles
- Epicrisis o resumen de egreso

Documento Tratar Pasar a Entorno Sistema Ayuda

HIST. GENERAL visual: J.RODAS, Status: CD

Antecedentes Fact. Riesgo Medicamentos Org. Pac.

Paciente: JOSE RODAS RODAS MORGOSO Ident. CC 3418090 Edad/Sexo 48 años M Fecha Nac. 15.09.1945
Asegurat. EPS-S ESS COOALITO Médico Tratante Especialid. O.M. Anest. Cuidados int. rean.
Fac. Adm. 11.12.2013 Episodio 650015 Fecha Reg. 11.12.2013 Hora Reg. 01:05 Pac. No. 0000295274 Cama CTCCIC19

Registro de Consulta Diagnósticos / Conducta Órdenes Clínicas Indicaciones y Ord. Médicas Evolución Médica Alta Méd.

Motivo de Consulta: "LO ASESORÉ UNA NOTA"
Finalidad de la Consulta: Accidente de Tránsito
Causa Externa: No aplica

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 48 AÑOS, SEXO MASCULINO, RESIDENTE EN EL MUNICIPIO DE BOLIYAR, ANTIOQUIA, ACOMPAÑANTE LA ESPOSA, OLGA CAMACHO.
CHORREO REMITIDO COMO TRAMENIA VITAL DEL HOSPITAL LA MERCEDES, SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRÁNSITO COMO REACCIÓN AL SER GOLPEADO MOTOCICLETA, OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN EL MUNICIPIO DE CIUDAD BOLT ALPUNDIRMAMENTE A LAS 19:10 HORAS DE NOY.

Examen Físico: Estado General: Bueno Estado de Conciencia: Coma Estado Respiratorio: Normal Estado de Hidratación: Bien Hidratado

Revisión Por Sistemas: Sistema: Negativo Opcional
Sistema general: Negativo
Cabeza: Negativo

Signos Vitales: Estado Ingreso: Vivo Muerto
Presión Arterial: 122 / 80 mm Hg INC: 0,00
Frec. Cardíaca: 99 x/min SC (m2): 0,00
Frec. Respiratoria: 15 x/min Sat con O2: 0,00
Temperatura: 36,7 °C Sat sin O2: 100,00
Peso: 6,000 Kg Per. Cef.: 0,00
Talla: 0,000 m Per. Abd.: 0,00

Hallazgos: Examen Físico Sin Prolongado
Examen Físico Adulto
Examen Físico Pediátrico

Cabeza: NORMOCÉFALA, IMPLANTACIÓN PLOSEA NORM.
Oculto: PUPILAS DE 4 mm REACTIVAS A LA LUZ LENT.
O.R.L.: RINOSCOPIA BILATERAL NORMAL.

No tiene autorización para Modificar el documento

Plan de egreso – Epicrisis

Documento Tratar Pasar a Entorno Sistema Ayuda

PLAN DE EGRESO visual: P.MORENO, Status: CD

Org. Pac.

Paciente: BAUTISTO MORENO MORENO Ident. CC 4796594 Edad/Sexo 55 años M Fecha Nac. 15.09.1958 Reg. Med.
Asegurat. EPS-S CAPRECON REGIONAL CBDO Médico Tratante Especialid. O.M. Anest. Cuidados int. rean.
Fac. Adm. 20.12.2013 Episodio 483899 Fecha Reg. 02.01.2014 Hora Reg. 06:59 Pac. No. 0000190460 Cama CTCC1813


Sitio de destino: OTROS Cuál? FALLECIDO
Transporte: Cuál?
Origen: Cuál?

Fecha	Hora	Modo	Cuál?	Tiempo	Observaciones
00:00					
00:00					
00:00					
00:00					
00:00					

Fecha	Hora	Diagnóstico	Descripción Diagnóstico	Medicamentos	Dosificación y Frecua
00:00					
00:00					
00:00					
00:00					
00:00					

Fecha	Hora	Clase de herida	Frecuencia	Cuál?	Material	Cuál?
00:00						
00:00						
00:00						
00:00						
00:00						

Fecha	Hora	Tipo de expectativa	Cuál?	Recomendaciones	Responsable
00:00					
00:00					
00:00					
00:00					
00:00					

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 34 DE 56

HISTORIA CLÍNICA POR TIPO DE ATENCIÓN

Es norma en el Hospital General de Medellín el diligenciamiento de la historia clínica electrónica por parte del equipo tratante y dar una completa información al paciente respecto a su estado de salud y tratamiento, dejando constancia del hecho en la historia clínica.


De acuerdo a cada servicio, el diligenciamiento de la historia clínica debe ser así:

- **CONSULTA EXTERNA:** debe diligenciarse en forma clara, oportuna, exacta, sin el uso de diagnósticos clasificados en la categoría de Signos y síntomas, dentro de la CIE-10.
Es indispensable diligenciar, informar y firmar el consentimiento informado a todo usuario sujeto a procedimiento, además de registrarse en la historia clínica.
- **CIRUGIA:** todo paciente, previo a la programación de cirugía electiva, debe tener el aval registrado en la historia electrónica del cirujano responsable del acto quirúrgico, anestesiólogo y trabajo social, además los consentimientos informados firmados, informados y registrados en la historia clínica.

Los consentimientos informados deben ser entregados al usuario para que el proceda a su lectura antes de presentarse al acto quirúrgico, y de este accionar se debe dejar constancia en la misma historia clínica.

- **HOSPITALIZACIÓN:** todo paciente que se hospitalice para tratamiento médico o quirúrgico, electivo o de urgencias de cualquier especialidad, deberá contar con historia clínica de ingreso por el médico tratante, la cual debe diligenciarse en forma clara, oportuna, exacta, sin el uso de diagnósticos clasificados en la categoría de Signos y síntomas, dentro de la CIE-10.
- **URGENCIAS:** todo paciente del servicio de urgencias debe contar con la historia clínica de Urgencia, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general, pediatra de urgencias, el ginecoobstetra de urgencias y el especialista interconsultante, la cual debe diligenciarse en forma clara, oportuna, exacta, sin el uso de diagnósticos clasificados en la categoría de Signos y síntomas, dentro de la CIE-10.

RECOMENDACIONES GENERALES EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 35 DE 56

Cuando la historia clínica, sea elaborada por un profesional en adiestramiento, éste deberá firmarla acorde a su rol y solicitar al docente o médico tratante del paciente que la confirme en señal de aprobación de su contenido.

Los registros de evolución deberán diligenciarse por parte del profesional tratante, como mínimo, una nota diaria en que se describan los cambios ocurridos en el estado del paciente, obviando el copiado electrónico de anotaciones anteriores, los resultados de los exámenes practicados con su interpretación clínica y el plan de diagnóstico y tratamiento.

También es indispensable incluir en las evoluciones un resumen de las explicaciones o información dada al paciente 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.

En cada evolución diaria, registrada en la historia electrónica, el historiador debe ir seleccionando los aspectos relevantes que considere pertinente deben ir en el resumen o epicrisis al final de la hospitalización, por ello, cuando el paciente este de alta ya se tendrá un resumen del episodio acorde a las normas establecidas por el Comité de historias clínicas, la firma del resumen final, que corresponde al alta, no puede ser delegada por el médico tratante.

Cuando el paciente salga sin consentimiento medico deberá firmar el formato de Alta voluntaria.

Los errores en la historia clínica electrónica, se corregirán haciendo una nota aclaratoria, dando claridad de la fecha y tipo de error cometido, la nota aclaratoria deberá hacerse tan pronto se conozca del hecho.


La historia clínica solo deberá ser utilizada para consignar situaciones relacionadas al acontecer clínico del paciente y no para anotaciones de índole administrativo ni otra situación que se le parezca o asemeje.

NORMAS DE FORMULACIÓN

Órdenes médicas

MEDICAMENTOS NO PBS: al formular un medicamento verifique si está o no incluido en el manual del Plan básico de salud -PBS-.


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

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 36 DE 56

Sin este formato, el servicio farmacéutico no está autorizado para dispensar el medicamento y el jefe de enfermería está igualmente facultado para no iniciarlo y pedirle al médico solicitante el debido soporte para liberarlo y solicitarlo a farmacia.

Los MEDICAMENTOS DE CONTROL se dispensan acorde a los criterios y procedimientos establecidos por la autoridad competente, los cuales son de estricto cumplimiento en el servicio farmacéutico y en los servicios de asistencia directa al paciente.

COPIA CONTROLADA

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 37 DE 56

CAPITULO IV

ORGANIZACIÓN, CONSERVACIÓN Y SEGURIDAD DEL HISTORIAL CLÍNICO

OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLINICO

El Hospital General de Medellín, tiene un archivo único de historias clínicas físicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, 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.

Los documentos físicos que quedan de las atenciones a pacientes a través de los sistemas electrónicos, tienen el mismo manejo que las historias físicas existentes de antes del proceso de implementación del sistema de historia electrónica.

CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica está bajo custodia del Hospital General de Medellín, por lo que no es permitido retirar de la institución el documento original, en el caso de las historias físicas. En el caso de las historias clínicas electrónicas, no se permite reproducir el documento de historia clínica por algún medio, salvo en los casos en que el área de Estadística o quien esté autorizado considere pertinente acorde al cumplimiento de norma, dando así 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.


El Hospital General de Medellín podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando éste la solicite para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes y cumpliendo con las normas internas del Hospital General de Medellín para la entrega de esta información (Ver Capítulo VI Entrega de información al paciente o terceros).

El Hospital General de Medellín cuenta con una historia electrónica única institucional, la cual esta almacenada en un sistema de servidores, que tienen los resguardados y respaldos adecuados. Las historias clínicas físicas, que aún no han vencido tiempos de conservación, se tienen en archivos acorde a sus periodos de retención.

Para su préstamo se tiene un sistema de control en el archivo clínico, que permite identificar la ubicación del mismo en todo momento.

PARAGRAFO 1o. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARAGRAFO 2o. En caso de liquidación del Hospital General de Medellín, 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

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 38 DE 56

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 física y los medios electrónicos que las contengan, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y Protección Social y Secretaría de Salud de Medellín, 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.

ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

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.

PARAGRAFO 1. 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.

PARAGRAFO 2. El acceso a la historia clínica electrónica por parte del equipo de Salud, se entiende como el permiso o rol que el personal médico, de enfermería, auxiliar de enfermería y personal paramédico, tienen en el diligenciamiento del historial clínico. El comité de historia clínica, contempla como política, el acceso de este equipo a la historia clínica en forma integral, incluyendo aspectos de crear documentos, modificar documentos que aún no han sido liberados, grabar la prestación de servicios e imprimir solo lo relevante a la profesión, ejemplo, el médico tratante podrá imprimir la incapacidad del paciente, los documentos de consentimiento informado etc., acorde a la definición dada en acta por parte del comité de historias, esto se hallara sujeto a los roles y por ende a los permisos de acceso definidos en la institución.

RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN

La resolución 839 del 23 de marzo de 2017 del Ministerio de Salud, indica en el capítulo II artículo 3 **Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica:** “La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 39 DE 56

la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central.”

El comité de Historias Clínicas en pleno, decidió conservar las historias clínicas durante 15 años en el archivo Central, por tanto, para el Hospital General 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, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Este aspecto incluye las historias electrónicas, de las cuales debe garantizarse su acceso a partir de la renovación de medios tecnológicos que permitan la apropiada conservación de estas.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá eliminarse, acorde a la normatividad vigente.


CIBERSEGURIDAD Y CONSERVACIÓN FÍSICA DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

El Hospital General de Medellín, archiva la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información, el archivo de Gestión se tiene al interior de la Institución, el archivo central se tiene en contrato de custodia con un tercero experto en modelos archivísticos, cumpliendo la normatividad vigente.

El aplicativo y los datos con la historia clínica digital se encuentran alojados en hosting dedicado con un proveedor externo que soporta y opera la infraestructura tecnológica asignada a la solución y además realiza la administración de los servidores hasta la capa de sistema operativo. El Datacenter donde está la solución, cumple con las características técnicas tipo Tier II y III de acuerdo a la clasificación definida por el Uptime Institute (www.uptimeinstitute.com) y basada en la disponibilidad de los centros de datos, es decir, múltiples caminos de alimentación para energía y aire acondicionado, con componentes redundantes, capacidad de mantenimiento a los componentes de la infraestructura del Datacenter sin causar interrupciones en la operación. En términos de conectividad, el datacenter cuenta con conexiones directas a los puntos de Acceso de Red en la Región (NAPs) los cuales son puntos de conexión regionales de las redes de las empresas que proveen el servicio de acceso de Internet del área, con el cual se logra que el tráfico de Internet que tiene origen y destino en nuestra región, utilice canales locales, nacionales o regionales.

Desde el punto de vista de Seguridad, la empresa que nos provee el servicio, cuenta con un Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información (SGSI) basado en la norma ISO/IEC 27001:2013, certificado y acreditado internacionalmente por Bureau Veritas y The United Kingdom Accreditation Service - UKAS respectivamente.

El edificio cumple las normas sismo resistente, Datacenter con diseño arquitectónico, antisísmico desde sus cimientos y construido bajo las normas de sismo resistencia y

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 40 DE 56

ubicado según estudios geológicos, en zonas de la ciudad de bajo riesgo. Con múltiples vías de acceso al edificio, Condiciones óptimas para resistir eventualidades pluviométricas, Materiales de construcción resistentes a las llamas, sabotajes, etc. Para el control de acceso se cuenta con seguridad perimetral, sistemas Biométricos para garantizar seguridad de acceso, suministro eléctrico de respaldo que garantiza que siempre se tenga acceso al centro de cómputo y cámaras de Vigilancia 7 x 24.


El control del ambiente se hace a través de un sistema de aire acondicionado de precisión de control de temperatura y sistema de A/C de respaldo. Sistema de supresión de fuego basado en gas inerte, el cual no inhibe la operación de los equipos y Alarmas sonoras.

En cuanto a la acometida eléctrica se tiene suministro de energía desde dos subestaciones independientes en la ciudad, doble acometida eléctrica, alternación de sistemas, monitoreo y pruebas diarias del funcionamiento del suministro. Se cuenta con plantas diesel, generadora de energía, actualmente con capacidad de 1,200 KVA. Esta planta será utilizada como fuente de energía en caso de que el suministro proveniente del exterior sea cortado por cualquier motivo. Independencia en generación por más de 36 Horas con suministro de tanques de diesel en las instalaciones, sin reabastecimiento y sistema de Alimentación Ininterrumpida (UPS).

El datacenter fue diseñado con tierra física y para rayos que protegerá todo equipo conectado a un tomacorriente de cualquier sobrecarga que se pueda generar.

El servicio de Hosting Dedicado contratado nos permite contar con servidores virtuales dedicados, para uso exclusivo del Hospital General de Medellín. El servicio incluye:

- Área en metros cuadrados o en unidades de rack necesarias para ubicar los equipos.
- Sistema operativo para servidores y licenciamiento.
- Potencia requerida (kva) por los equipos.
- Puntos de red, puertos Ethernet, puertos de fibra requeridos.
- Firewall compartido (en caso de exposición de servicios a Internet).
- Línea base de seguridad a nivel de Sistema Operativo (S.O.).
- Control de acceso de usuarios a nivel de S.O.
- Patch Managment para aplicación de parches liberados para el S.O. para lo cual se programan ventanas de mantenimiento.
- Monitoreo físico 7x24, de sistemas, redes, refrigeración y suministro eléctrico.
- Monitoreo físico del hardware y del S.O 7x24.
- Informes mensuales con información de los ingresos al Data Center, retiro o instalación de equipos en el Data Center, así como condiciones ambientales del sitio y desempeño de los servidores (memoria, procesador y disco).

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 41 DE 56

- Almacenamiento en disco, software base (sistema operativo), mantenimiento del hardware (7x24x365) y herramientas para acceso remoto.
- Gestión de obsolescencia del hardware.
- Gestión de respaldo y Backup

Se dispone de una infraestructura de respaldo de información que combina tecnologías de almacenamiento en disco con soluciones de almacenamiento en cinta. La Arquitectura de respaldo tener la capacidad de almacenar la información en las redes de almacenamiento y aplicar protocolos de seguridad para proteger la misma. La recuperación, es un proceso que involucra personal capacitado, lo soporta el proveedor y se ejecuta una prueba de recuperación de la información semestral.

La periodicidad de los respaldos y/o backups de la información de la historia clínica electrónica y la plataforma informática, tanto para el servicio de Hosting como para la infraestructura propia del Hospital General de Medellín se llevará a cabo de acuerdo a lo establecido en el instructivo copias de respaldo (backup) AP-INF-TI002I01


En resumen, la historia clínica digital del Hospital General de Medellín se encuentra soportada por una solución de misión crítica al tener redundancia en los componentes para ofrecer Alta disponibilidad en el ambiente productivo. Los elementos redundantes son:

- Doble acceso de conectividad entre el IDC del proveedor y el Hospital General de Medellín. Esto es 2 accesos de conectividad, el primero de 20Mb sobre tecnología Metro Ethernet para el acceso principal y el segundo de 10MB sobre tecnología SDH como canal de Backup.
- Acometida eléctrica independiente para cada una de las máquinas.
- Cluster de bases de datos con el producto Power HA para ambiente de Producción.
- Hardware con dos (2) servidores power 750 de idénticas características.
- Virtualización de la capa de aplicaciones en recursos físicos con el producto Power VM.
- Almacenamiento y respaldo con alta disponibilidad.

(Ver Capítulo VI Entrega de información al paciente o terceros).

CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 42 DE 56

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 derroquen, modifiquen o adicionen.

DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA


En el Hospital General de Medellín se utilizan medios electrónicos para el diligenciamiento y manejo de la historia clínica de los pacientes, dándole cumplimiento a la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación.

El sistema de información corporativo del Hospital General – SAP- maneja el control de acceso a las diferentes funcionalidades de acuerdo a los roles y perfiles desempeñados por sus funcionarios, tanto administrativos como clínicos, de esta forma garantizamos la confidencialidad de la información clínica y administrativa.

Cualquier personal médico que sea vinculado al Hospital debe ser creado en el maestro de prestadores de servicio, a este se le asigna un usuario único, personal e intransferible que está asociado a su registro médico de tal forma que cuando el profesional realiza las evoluciones en la historia clínica y genera órdenes para su ejecución queda perfectamente identificado en el sistema, no solo quien lo hizo, sino la hora y fecha en que se ejecutó la acción, permitiendo una trazabilidad completa de las actividades desarrolladas a un paciente determinado.

En todo caso, se protege la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impiden el acceso de personal no autorizado para conocerla y se adoptan las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

El Hospital General de Medellín permite la identificación del personal responsable de los datos consignados en la historia electrónica, mediante códigos de acceso, que permiten visualizar el nombre y código profesional, lo cual reemplaza la firma y sello de las historias en medios físicos, estableciendo con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del mismo.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 43 DE 56

CAPITULO V

HISTORIA CLÍNICA DE ENSAYOS CLÍNICOS

En las generalidades del manejo de historia clínica, el centro de ensayos clínicos se encuentra alineado con los documentos AP-INFHC001M01 MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA, AP-INF-HC003 ARCHIVO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA, AP-INF-HC003D01 ORDEN DE LOS DOCUMENTOS DE HISTORIA CLÍNICA FÍSICA Y REGISTROS ASISTENCIALES, así como AP-INF-HC001 APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA, sin embargo han de considerarse las siguientes particularidades documentadas en el MI-DSI-IV003M01 MANUAL DE INVESTIGACIÓN ENSAYOS CLÍNICOS:


Apertura y diligenciamiento

El Auxiliar Administrativo –del área de Admisiones o del Centro de Ensayos Clínicos– recibe con anticipación la solicitud de atención del usuario por parte de la Coordinadora. Con el documento de identificación del paciente, el auxiliar procede con la apertura de la Historia Clínica (Episodio) en SAP. En el proceso se interroga al paciente de acuerdo al procedimiento de ADMISIÓN DEL USUARIO MI-AIS-SA002. En el caso de usuarios ya existentes en el sistema SAP, se procede a activar un nuevo episodio, verificando la información sociodemográfica del usuario.

Al firmar el consentimiento informado se le asigna el número de selección por parte de la coordinadora o según el IVRS/IWRS de cada protocolo. Las notas de visitas de los sujetos de investigación se realizan como Evoluciones Generales en SAP. Las evoluciones médicas deben ser detalladas, indicando la visita correspondiente para cada caso y registrando si el paciente tiene acompañante. No se permite el uso de abreviaturas.

Se diligencia la historia clínica según la Resolución 1995 de 1999, teniendo en cuenta registrar todos los antecedentes del paciente, indicando si son pasados o actuales. Se debe hacer referencia a la historia clínica previa y documentos de soporte que trae el paciente en la visita de inicio o en las visitas consecutivas. A estos documentos se les debe sacar copia para su archivo en el expediente del paciente.

El médico realiza la anamnesis y examen físico de acuerdo a los criterios de evaluación del protocolo. Se deben verificar en la visita de selección los criterios de inclusión y exclusión, registrar en la evolución el cumplimiento de los criterios de inclusión e indicar que si no tiene criterios de exclusión. En caso de que estén presentes criterios de exclusión, el paciente debe ser registrado como una falla y debe informársele al respecto ya sea personal o telefónicamente, dejando registro de esto.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 44 DE 56

Se debe registrar la hora de la atención caso de que la nota no se pueda realizar inmediatamente.

Si se requieren correcciones o aclaraciones, se deben realizar las respectivas notas aclaratorias.

Los contactos de seguimiento realizados por el médico también deben quedar registrados en la historia clínica, indicando el medio de comunicación, la hora y si el paciente atiende o no la llamada. En caso de que el contacto telefónico sea realizado por la coordinadora el registro debe realizarse como una evolución general o en el formato físico MI-DSI-IV003F38 NOTAS DE COORDINACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO.

De manera posterior a la atención del paciente o el contacto, los profesionales deben imprimir sus notas, firmándolas, sellándolas y entregándolas a la Coordinadora para su archivo en el expediente del sujeto. Estas evoluciones son un documento fuente, fiel copia del registro en SAP, se imprimen desde el sistema para facilitar la revisión por parte del patrocinador durante las monitorías, pues no cuentan con licencias para el ingreso a SAP. Así se establece un mejor control de la historia clínica y la confidencialidad sobre los datos del paciente y la investigación.


Se debe colocar el sello de “ESPACIO EN BLANCO” cuando queden espacios debajo de una evolución médica impresa. No se considera necesario sellar el reverso en blanco de hojas sin ningún registro.

Luego de la revisión de los documentos de la historia clínica generados durante la atención, la Coordinadora garantiza su archivo en el expediente del paciente. Cada carpeta, debe conservar el orden dado según el formato MI-DSI-IV003F39 LISTA DE CHEQUEO HISTORIA CLINICA CENTRO DE ENSAYOS CLÍNICOS, el cual se encuentra al inicio de cada folder.

Las evoluciones, laboratorios y exámenes, entre otros documentos generados durante una visita deben ser archivados cuanto antes en la historia clínica por parte la Coordinadora, con el fin de evitar que los mismos se extravíen, traspapelen o que se acumulen en el folder.

Acceso directo a los datos/documentación fuente

El investigador del estudio coopera y proporciona acceso directo a la documentación y datos del estudio, incluyendo la documentación fuente, para la monitorización por parte del monitor del estudio, auditorías del patrocinador o sus representantes, evaluación del Comité de Ética Independiente e inspecciones por parte de las autoridades regulatorias pertinentes, según lo establece el Contrato para la realización del estudio clínico. Si

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 45 DE 56

alguna autoridad regulatoria lo contactara, el investigador notifica dicho contacto al patrocinador, coopera con la autoridad, proporciona al patrocinador copias de toda la documentación recibida de la autoridad, y permite al patrocinador comentar sobre cualquier respuesta, tal y como se establece en el Contrato para la realización del estudio clínico.

Solicitudes de acceso a la historia clínica por personal diferente al equipo de investigación

Pueden tener acceso restringido a la historia clínica de investigación:

- El paciente o su representante.
- El equipo de salud del estudio clínico.
- El patrocinador del estudio y sus delegados (monitores, auditores, líderes de proyecto, etc.).
- Las autoridades Judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley y de acuerdo a lo estipulado en el procedimiento AP-INF-HC004 ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS.


Cuando el solicitante sea el paciente o su representante, debe diligenciar del formato AP-INF-HC004F01 AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA y entregarlo a la Coordinadora, quien con éste formato solicita la historia al profesional a cargo del archivo de gestión y saca fotocopia a todos los documentos de evolución médica, resultados de exámenes y pruebas diagnósticas. El formato AP-INF-HC004F01 AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA se guarda en una carpeta dentro de la sección administrativa del archivo de gestión.

Los parámetros para la regulación, tratamiento y manejo de datos personales de pacientes se describen en el MANUAL DE PROTECCIÓN Y USO DE DATOS PERSONALES AP-INF-CA002M02.

Archivo de gestión del Centro de Ensayos Clínicos

El archivo de Gestión del Centro de Ensayos Clínicos está ubicado en el piso 7sur, en un área ventilada, de acceso restringido, que cuenta con estantería metálica, sensor de humo, extintor (en la parte externa) y monitoreo de temperatura y humedad relativa. El control de las llaves, así como la salida y devolución de documentos es responsabilidad del profesional en Química Farmacéutica, con una de las coordinadoras como back up.

El investigador conserva la documentación del estudio completa y precisa en el archivo de gestión del Centro de Ensayos Clínicos. La documentación puede incluir historias clínicas, registros que detallen el desarrollo del estudio para cada sujeto, formularios de consentimiento informado firmados, registros de disposición de la medicación, correspondencia con el Comité de Ética Independiente y el monitor/patrocinador del estudio, información de ingreso y selección, CRF, informes de laboratorio (si corresponde), diarios y aclaraciones de datos solicitadas por el patrocinador, entre otros.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 46 DE 56

Los Files del protocolo se archivan en estanterías separadas de los expedientes de los sujetos (historias clínicas). El almacenamiento se realiza en estanterías metálicas marcadas en el exterior e interior de acuerdo al protocolo, procurando un espacio separado para cada uno. Las estanterías para custodia de historias clínicas cuentan con puertas, las cuales deben permanecer cerradas.


El registro de extracción y devolución de los documentos al archivo se realiza en el formato AP-INF-GD003F06 REGISTRO DE CONSULTA DE DOCUMENTOS. El solicitante debe diligenciar la fecha, el protocolo al cual pertenece el expediente (proceso solicitante), nombre del funcionario que solicita, el código del sujeto (descripción de la carpeta o expediente) y número de folios asociados, el responsable del archivo de gestión debe registrar si se brindó información o si se realizó préstamo del expediente y la fecha de devolución del mismo, firmando a su vez como constancia de recepción.

El mismo día en que la historia clínica es entregada al solicitante del equipo de investigación, debe ser devuelta en las mismas condiciones en que fue recibida. Si es requerida nuevamente o no ha sido completada la actividad por la cual fue solicitada, debe hacerse de nuevo la solicitud al siguiente día, ya que por seguridad de la historia clínica nunca debe permanecer un expediente por fuera del archivo de gestión.

Luego del cierre del protocolo, entendida como la fecha de la visita de cierre del estudio, la coordinadora envía una carta al Comité de Ética indicando la fecha de cierre del estudio. Después de esta notificación, las historias clínicas permanecen en el archivo de gestión hasta por dos (2) años y luego se envían al archivo central de la institución por 18 años más, debidamente foliadas y legajadas en una carpeta institucional (de cartón) acompañadas de los respectivos Files del archivo del investigador a menos que el patrocinador haya solicitado su devolución. El área de Gestión Documental aplica las instrucciones descritas en el procedimiento AP-INF-HC003 ARCHIVO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA, garantizando una custodia total de 20 años para las historias clínicas y el archivo del investigador a menos que el patrocinador estipule tiempos diferentes. Transcurridos estos términos, los Files y las historias clínicas se eliminan dejando constancia en un acta de eliminación, de acuerdo a lo descrito en el procedimiento AP-INF-GD006 PROCEDIMIENTO DISPOSICIÓN DE DOCUMENTOS.

Si el patrocinador solicita el envío del archivo del investigador, todos los Files del protocolo le serán enviados, dejando constancia en un acta de entrega como soporte este proceso. Este proceso está a cargo de la respectiva Coordinadora del estudio. Se aclara que para aquellos sujetos que ya cuenten con documentos físicos de historia clínica institucional como producto de la atención sanitaria ordinaria, el expediente de investigación se anexará como tal a dicha historia, para garantizar en el archivo una historia clínica física única por paciente.

Identificación de expedientes

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 47 DE 56

La coordinadora es responsable de identificar adecuadamente los expedientes de acuerdo a las siguientes instrucciones:

Los files del investigador son de tapa dura, con argollas, deben mantener la identificación y orden suministrados por el patrocinador, deben permanecer enumerados en una secuencia lógica.

Las historias clínicas (expedientes de los sujetos) se identifican al ingresar un nuevo sujeto participante al estudio clínico, así:

1. En el lomo de la carpeta debe aparecer el número asignado al sujeto, las iniciales y el nombre del estudio clínico con su respectivo código. Emplear para esta marcación el formato AP-INF-GD004F08 RÓTULO PARA CARPETA (LOMO).
2. En la tapa delantera de la carpeta debe aparecer el nombre y código del estudio clínico, número del paciente, serie, subserie y unidad documental. Emplear para esta marcación el formato AP-INF-GD004F06 RÓTULO PARA CARPETA (FRENTE).

Los documentos se ordenan cronológicamente por tipo de registro (evoluciones, órdenes de laboratorio, resultados, entre otros), respetando las fechas en las cuales fueron creados.


Mientras se encuentren en el archivo de gestión, las historias clínicas se guardan en carpetas de tapa dura plástica, con no menos de 3 argollas.

La disposición de los documentos al interior de la carpeta se realiza según el formato MI-DSI-IV003F39 LISTA DE CHEQUEO HISTORIA CLINICA CENTRO DE ENSAYOS CLÍNICOS, en la cual la coordinadora debe marcar las secciones que son aplicables, cada historia debe iniciar con esta lista como primer documento.

La atención de sujetos participantes en estudios se describe con mayor detalle en el documento MI-DSI-IV003M01 MANUAL DE INVESTIGACIÓN ENSAYOS CLÍNICOS.

CAPITULO VI COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

DEFINICIÓN


	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 48 DE 56

El comité de historias clínicas es 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.

PARAGRAFO. El comité está integrado por personal del equipo de salud designado por resolución de la gerencia de la Institución. De las reuniones se levantarán actas, que permiten la toma de decisiones.

FUNCIONES.

- Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del presente manual de normas y procedimientos de los registros clínicos de la historia clínica, tanto física como electrónica.
- Elevar a la Subgerencia de procesos Asistenciales, 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.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 49 DE 56

CAPITULO VII

PROCEDIMIENTOS DE ENTREGA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE O TERCEROS

El responsable final de la entrega de información referente a la historia clínica será el área de Estadística a solicitud del usuario interesado, lo que se rige por las siguientes normas:

1. Por ningún motivo se debe entregar el original de la historia clínica física al paciente o familiares.

De conformidad con la Ley, la autoridad competente podrá solicitar copia de la historia clínica previa solicitud por escrito. Así mismo, la Ley 906 de 2.004 faculta a la Policía Judicial para solicitar copia 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.

En el Hospital General de Medellín, no se tiene previsto la entrega de historias físicas originales, a cambio se entrega copia autenticada por el área de Estadística, de los documentos electrónicos, podrá hacerse entrega de impresiones autenticadas o en medio magnético.


2. 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

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 50 DE 56


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.
3. La información que se entrega al paciente 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.
 4. Cuando la solicitud provenga directamente del paciente, esta debe constar por escrito, estar debidamente firmada y registrar el número de identificación. Así mismo debe llevar anexa fotocopia de su documento de identificación.
 5. Solicitar al paciente el documento de identificación y verificar la información contenida en la solicitud.
 6. La solicitud presentada por el paciente deberá contener la siguiente información:
 - Fecha de solicitud
 - Nombres y apellidos completos del paciente.
 - 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 paciente o persona responsable y documento de identificación.


	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 51 DE 56

7. Si la solicitud es tramitada por un tercero, esta persona debe presentar una autorización emitida por escrito por el paciente, la cual debe reunir los requisitos de los anteriores numerales, y debe llevar adjunta la fotocopia del documento de identidad del paciente y del tercero.
8. La solicitud de información de la historia clínica para Médicos, Hospitales e Instituciones dedicadas al cuidado del paciente deben atenderse previa presentación de la solicitud por escrito de la Institución solicitante o médico tratante.
9. La solicitud de información de la historia clínica para entidades en convenio en lo posible se deberá realizar en papelería de la entidad.
10. Para solicitudes de historias clínicas de pacientes que estén hospitalizados, se debe solicitar al área de archivo clínico, quien verificará criterios de acceso a los documentos del paciente.
11. El Gerente del Hospital o su delegado será el responsable de contestar preguntas con relación a pacientes o contenidos del historial clínico de estos, formuladas por reporteros de la prensa, la radio o la televisión.
12. La constancia de atención recibida en el Hospital: Urgencias, Cirugía ambulatoria y Hospitalización serán responsabilidad del área de Estadística.
13. La expedición de incapacidad médica es responsabilidad del médico tratante.
14. 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 copia del resumen de historia clínica o epicrisis.
15. Se deberá rendir oportunamente aquella información confidencial de obligatoriedad a las autoridades competentes.
16. La Subgerencia Asistencial autorizará la revisión de historias clínicas por personal no institucional.
17. Se prohíbe comunicar nombres de pacientes a terceros que desean esta información para fines de lucro, (pacientes fallecidos a funerarias, pacientes traumatizados o abogados sin autorización de persona o autoridad competente).
18. El empleado que entrega información confidencial a personas no autorizadas a recibirla, será sancionado de acuerdo con la normatividad vigente.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 52 DE 56

19. Se podrá entregar copia de la historia clínica de pacientes fallecidos acorde a parámetros normados y jurisprudencia vigente.
20. En Hospital General, se hace entrega al egreso de los pacientes de los resultados de exámenes paraclínicos y grabaciones en CD de las imágenes diagnosticas con su lectura, acorde a requerimientos y necesidad del mismo, dado que en forma electrónica permanecen almacenados los documentos descritos como anexos a la historia clínica.

COPIA CONTROLADA

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 53 DE 56

CAPITULO VIII SANCIONES

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

1. 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 FISICA del documento, de acuerdo en lo dispuesto en al 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).

2. Las contempladas en la Ley 23 de 1981, y la resolución 1995 de 1999


3. Las contempladas en el reglamento interno.

Resolución 866 de 2021, “Por la cual se reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país y se dictan otras disposiciones”

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto reglamentar el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país, atendiendo entre otros, a la política de gobierno digital, a los lineamientos de los Servicios Ciudadanos Digitales expedidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones; así como, adoptar el Anexo Técnico "Estructura y formato del conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica" que forma parte integral de esta resolución y establecer otras disposiciones para el efecto.

Artículo 4. Principios de la interoperabilidad de datos clínicos relevantes de la historia clínica. Para la implementación de lo dispuesto en el presente acto administrativo. además de lo definido en la Ley 2015 de 2020 y en el Marco de Interoperabilidad de la Política de Gobierno Digital, se tendrán en cuenta los siguientes principios:

Confidencialidad. Los datos clínicos relevantes interoperables se manejan y conservan con criterios de reserva, privacidad y deberán contar con mecanismos de protección para todos los procesos informáticos.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 54 DE 56

Disponibilidad. Es la característica de la información contenida en la historia clínica que permite que esta sea accesible y utilizable cuando se requiera.

Integridad. Los datos interoperables deben corresponder a la realidad de los hechos que se registran y capturarse en la fuente del dato, por lo tanto, deben ser fiables, completos, inalterados, consistentes, coherentes y unificados.


Intercambio. Los datos clínicos relevantes de la historia clínica deben estar disponibles a través de medios electrónicos con mecanismos de seguridad y privacidad que permitan la entrega a quién legítimamente tenga la facultad de acceder a ellos.

Oportunidad. Disposición permanente de los datos clínicos relevantes interoperables de la historia clínica para la continuidad de la atención y la toma de decisiones.

Seguridad. Los datos que se generan o se consultan se deben manejar con las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para garantizar la seguridad evitando su adulteración, pérdida, consulta o uso no autorizado.

Uniformidad. Los conceptos, definiciones y nomenclaturas son únicos, con el fin de permitir la integración de la información y la comparación de resultados.

Veracidad. Los datos se presumen reales, completos, exactos, actualizados, comprobables y comprensibles desde su generación y a través de su flujo en el proceso de interoperabilidad.

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 55 DE 56

Bibliografía

Registros Médicos e Historias Clínicas, Ministerio de Salud, Oficina de Planeación, División e informática, Bogotá, enero de 1993.

Fundación Santa Fe de Bogotá, Manual de Historias Clínicas

Ley 23 de 1981, Decreto Reglamentario 3380 de 1981, Normas sobre Ética Médica.

Ley 527 de 1999, 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.

Decreto 1747 de 2000. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 527 de 1999, en lo relacionado con las entidades de certificación, los certificados y las firmas digitales.

Conpes 3620 de 2009 lineamientos de política para el desarrollo e impulso del comercio electrónico en Colombia

Decreto 2364 de 2012 Por medio del cual se reglamenta el artículo 7° de la Ley 527 de 1999, sobre la firma electrónica y se dictan otras disposiciones.

Ley 2015 de 2020, por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones

Decreto 1074 de 2015,

Resolución 866 de 2021, dictada por el Ministerio de salud y Protección social


Resolucion 3100 de 2019 dictada por el Ministerio de la Proteccion Social

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Valor jurídico de las Historias clínicas.

Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

Resolución 839 de 2017 del Ministerio de Salud.

Modificaciones

	MANUAL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES GESTION DE LA HISTORIA CLINICA	CÓDIGO: AP-INF-HC001M01
			VERSIÓN: 05
			PÁGINA: 56 DE 56

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACION
00	01/06/2014	Nueva versión del Sistema de Gestión Integral de Calidad SGIC.
01	10/10/2017	El documento se modifica a causa de nueva normatividad referente a la conservación de documentos, se adiciono el capítulo V referente a la historia clínica de ensayos clínicos y se actualizo texto de seguridad de la información.
02	21/05/2020	Se realiza ajuste al manual teniendo en cuenta la normatividad legal vigente.
03	03/10/2022	Se realiza ajuste al manual teniendo en cuenta la normatividad legal vigente.
04	28/11/2022	Se realiza ajustes en el manual teniendo en cuenta actualización en la norma y los requerimientos realizados en la visita de auditoría de la DSSA.
05	13/12/2022	Se ajusta la referenciación del documento con la periodicidad de los Backups y copias de respaldo. Se aclara que las impresiones ni los registros realizados por el personal asistencial no deben contener siglas ni abreviaturas

Aprobación

ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE(S): DIONY JANETH ZAPATA VELASQUEZ CARGO (S): Profesional Universitario 1 (Estadística) LAURA NATALIA GIRALDO MAZO Analista de Sistemas	NOMBRE: DIONY JANETH ZAPATA VELASQUEZ CARGO: Profesional Universitario 1 (Estadística) NOMBRE: ANDRES ALBERTO GOMEZ ACOSTA Líder de Programa - Sistemas	NOMBRE: ANTONIO NICOLAS CRUZ RIAÑO CARGO: Subgerente de Procesos Asistenciales

VIGENTE A PARTIR DE: 13/12/2022