


ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 ESE HOSPITAL San Rafael Tunja ¡Nuestra ESEncia, la Vida!
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

Proyectó:

ORIGINAL FIRMADO _____
PILAR PEREZ SANCHEZ
 Proyecto ESEncia

ORIGINAL FECHADO _____

Revisó:

ORIGINAL FIRMADO _____
ADRIANA MERCEDES FLOREZ
 Subgerente de Servicios Salud

ORIGINAL FECHADO _____

Revisó:

ORIGINAL FIRMADO _____
HENRY MAURICIO CORREDOR C.
 Asesor Desarrollo de Servicios

ORIGINAL FECHADO _____

Aprobó:

ORIGINAL FIRMADO _____
LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
 Gerente

ORIGINAL FECHADO _____




ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I.....	5
INTRODUCCIÓN	5
1. JUSTIFICACIÓN	5
2. OBJETIVOS.....	7
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3. ALCANCE.....	8
CAPÍTULO II	8
MARCO HISTÓRICO Y LEGAL	8
2.1 MARCO HISTORICO	8
2.2 MARCO LEGAL	10
CAPÍTULO III	12
POLÍTICAS DE HISTORIA CLÍNICA	12
1. POLÍTICA DE UNIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	12
2. POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	12
3. POLÍTICA CERO PAPEL.....	12
4. POLITICA DE CALIDAD DE HISTORIA CLINICA	12
5. POLITICA DE COMUNICACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO	13
CAPÍTULO IV.....	13
DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES	13
1. DEFINICIONES	13
1.1 HISTORIA CLÍNICA	13
1.2. ARCHIVO DE HISTORIA CLÍNICA FISICA	14
1.3 ARCHIVO HISTORIA CLINICA ELECTRONICA:.....	15
1.4 ESTADO DE SALUD	18
1.5 EQUIPO DE SALUD.....	18
1.6 CONTINGENCIA	18
1.7 ESCANEO.....	19
2. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA	19
2.1 INTEGRALIDAD.....	19
2.2 RACIONALIDAD CIENTÍFICA.....	20
2.3 SECUENCIALIDAD	20

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>HOSPITAL San Rafael Tunja</small> <small>¡Nuestra ESencia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

2.4 DISPONIBILIDAD	20
2.5 OPORTUNIDAD	21
2.6 AUTENTICIDAD.....	21
2.7 SEGURIDAD	21
2.8 DISPONIBILIDAD	21
2.9 RESPONSABILIDAD	21
3. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.....	22
CAPÍTULO V.....	23
CAPÍTULO V.....	23
MARCO CONCEPTUAL INSTITUCIONAL.....	23
1. VALOR Y ALCANCES DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	23
1.1 VALOR.....	23
1.2 ALCANCES	23
2. CRITERIOS DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA	24
3. MANEJO DE CONTINGENCIA	27
4. ESCANEEO	29
5. IMPRESIÓN	31
CAPÍTULO VI.....	31
DILIGENCIAMIENTO	31
1. GENERALIDADES	31
2. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA	31
2.1 IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	32
2.2 REGISTROS ESPECÍFICOS	37
2.3 ANEXOS.....	59
CAPÍTULO VI.....	62
ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	62
1. OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO	62
2. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	62
3. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.....	63
4. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	64
5. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	64
6. COPIA Y SEGURIDAD DE REGISTROS ELECTRONICOS	65
7. ACCESIBILIDAD A LA HISTORIA CLÍNICA.....	65
8. FOLIACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	65
9. PERDIDA DE HISTORIAS CLINICAS FISICAS EXTRAVIADA	66

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

10. ORDEN DE LA DOCUMENTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA.....	66
CAPITULO VIII	68
COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	68
1. DEFINICIÓN	68
2. FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	68
CAPÍTULO IX.....	69
EVALUACIÓN MANUAL DE MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS	69
AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	69
1. OBJETIVOS.....	69
2. ALCANCE	69
3. METODOLOGÍA.....	69
4. BIBLIOGRAFIA.....	70
CONTROL DE CAMBIOS:	71

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN


1. JUSTIFICACIÓN

La prestación del servicio de salud se encuentra enmarcada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la ley 100 de 1993, que establece la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de un Subsistema de información y el desarrollo de auditoría médica. El Ministerio de la protección social emitió la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecieron las normas para el manejo de la Historia Clínica, dada la importancia de este documento desde el punto de vista de la integralidad de la prestación de los servicios de salud, la calidad de la atención, la auditoría, la epidemiología, la docencia y como instrumento jurídico y probatorio en el momento de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas.

El ejercicio de la medicina y las profesiones afines es regulado por normatividad que busca garantizar los deberes y derechos, uno de los deberes del médico y los demás profesionales de la salud es la obligación del registro en la Historia Clínica, lo que se traduce en uno de los derechos del paciente. La Historia Clínica es una herramienta infalible en la práctica clínica de los profesionales de la salud, es un documento que debe contener la narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos, antecedentes tanto personales como familiares, síntomas e intervenciones que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud.

La ESE Hospital San Rafael Tunja, se encuentra en transición de Historia Clínica Física a Electrónica; conscientes de la importancia que tiene la Historia Clínica de nuestros pacientes, y conservando la rigurosidad en su manejo para mantener los más altos estándares tanto de forma como de contenido, se propende por continuar las normas relativas a la elaboración y manejo de la Historia Clínica tanto para el profesional médico como paramédico. Se propone conservar las mismas características de la Historia Clínica de integralidad, racionalidad científica, secuencialidad, disponibilidad, oportunidad, seguridad, obligatoriedad de registro y calidad.

La Historia Clínica cumple funciones:

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>TUNJA</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

- Asistenciales, permite recoger y consignar la información clínica.
- De docencia ya que en cada Historia se describe cual es la forma correcta de tratar un caso clínico; explicando decisiones de manejo.
- De investigación a través de métodos específicos generan sustento de guías de manejo.
- De epidemiología; brindando datos epidemiológicos.
- De gestión clínica, permitiendo evaluación de recursos.
- De sustento jurídico legal *y de control de calidad.*

La Historia Clínica Electrónica pretende mejorar la atención en salud, introduciendo la tecnología informática a la ciencia médica, proponiendo estrategias que favorezcan la optimización de la atención, se espera tener mayor seguridad y control de los contenidos consignados. Se garantiza la secuencialidad de los actos y eventos médicos y paramédicos registrados; se disminuirá también el riesgo de pérdida de información a través de la generación de copias de seguridad o back up. Adicionalmente se conservará la integridad de la información clínica, ya que su archivo será en un mismo paquete de datos y la información consignada tendrá mayor durabilidad y permanecerá en el tiempo inalterable para su consulta. Se contara con una Historia Clínica con valor legal y valor probatorio, será legible, será una herramienta de fácil auditoria, podremos realizar estandarización de datos consignados en todas las Historias Clínicas, generando datos e indicadores clínicos para seguimiento de las atenciones y adentrarnos en la investigación.

En instituciones de salud de países desarrollados desde hace varios años la Historia Clínica está sistematizada y se publican numerosos trabajos de evaluación. No es el caso de nuestro país donde sólo algunas instituciones, en general privadas, tienen la Historia Clínica sistematizada, se debe fortalecer el trabajo en esta área y fortalecer las reflexiones de los programas hospitalarios de garantía de calidad las Historia Clínica; si este documento no es de alta calidad respecto a los datos e información que se reúne y a la forma en que se registran, no transmitirá la orientación apropiada a los profesionales que necesitan analizarlo para asistir al paciente y generar reportes.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021


2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Generar un instrumento que permita al personal de la salud que labora en el Hospital San Rafael Tunja, obtener la información necesaria para el correcto diligenciamiento de los registros de la Historia Clínica Física y Electrónica desde el punto de vista científico, jurídico y ético ajustándose a los formatos y plantillas institucionales.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Unificar políticas generales para el manejo integral de la Historia Clínica, tanto Física como Electrónica.
- Tener pautas para la etapa de transición de la Historia Clínica, garantizando características de custodia, secuencialidad, acceso a la información, seguridad en el archivo y correcto diligenciamiento de los registros de la Historia, unificando criterios, formatos y plantillas para el diligenciamiento de la misma.
- Entregar una guía sobre la normatividad vigente en materia de Historia Clínica y su correcto diligenciamiento y archivo, dando cumplimiento a los requisitos exigidos por el Ministerio de la Protección Social en cuanto al manejo, archivo y custodia de Historias Clínicas y estimulando el desarrollo de un sistema unificado de información para el manejo y archivo de Historias Clínicas para facilitar labores de auditoría, vigilancia y cumplimiento de lo ordenado por el Ministerio de la Protección Social.
- Generar mecanismos para mejorar el proceso de autocontrol y de auditoría de la calidad aportando parámetros para seguimiento a través del comité de Historias Clínicas.
- Dar a conocer los alcances jurídicos de una Historia Clínica de baja calidad y disminuir quejas, tutelas y demandas con fallos en contra de la Institución, por inadecuado diligenciamiento de la Historia Clínica, que no brinda elementos probatorios de buenas prácticas clínicas.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

3. ALCANCE

El Manual de Historia Clínica de Transición de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, detalla políticas, lineamientos, definiciones para el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica, durante el periodo de transición en el que se contará con Historia Clínica Física y Electrónica; dirigido a todos los colaboradores de los procesos que intervienen en la atención de un usuario y que tienen relación directa con la información consignada en ella.

CAPÍTULO II

MARCO HISTÓRICO Y LEGAL

2.1 MARCO HISTORICO

La Historia Clínica ha ido evolucionando y adaptándose a cada momento histórico.

La Historia Clínica inicio con los papiros de Mesopotamia y Antiguo Egipto donde se registraba los datos de los fallecimientos, posteriormente la medicina técnica en la antigüedad clásica greco-romana (500 A.C) donde se sustituyen los conceptos empíricos por la fundamentación natural, dando inicio a las Escuelas de Medicina como la de Cos. El Corpus Hippocraticum (siglos V y I A.C) daba una visión científica y filosófica de la enfermedad.

En la Roma Imperial se desarrollaron modelos griegos con escuelas metódicas (siglos I y II A.C). Durante el periodo del año 476 A.C hasta el año 1453, se destacó la medicina del mundo árabe.

Después del siglo X aparecen las primeras escuelas, la primera fue la Escuela Laica de Salerno, donde se construyó Articella, primer libro de texto médico. El desarrollo de las universidades fue muy importante en la evolución médica; se empieza a clasificar los temas por especialidades. En el siglo XVII se crean las primeras revistas en Paris y Londres, en el siglo XVIII surge el periodismo científico.

En el siglo XIX la medicina adquiere carácter de ciencia, la relación médico – paciente se convierte en un proceso científico que es recogido por el médico en la Historia Clínica y se crean los primeros archivos de estas.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

A principios del siglo XX se crea la Historia Clínica por paciente, y a finales de 1960 se estructura la información en base a una lista de problemas y de ordenar las evoluciones en el contexto específico. La documentación clínica pasa de ser propiedad médica a ser de las instituciones de salud y del paciente. En esta época se crea la sociedad de la información y la comunicación.

En los últimos 30 años se ha utilizado una gran cantidad de sistema de archivo electrónico de Historias Clínicas Electrónicas, siendo desarrolladas en su comienzo en Estados Unidos, orientados a la administración y facturación, como base de los sistemas de información. En la década de los 90 se dio un importante avance en el desarrollo de la informática aplicada al campo de la salud.

Para el caso colombiano con la Resolución 1995 de 1999, se establece que las Instituciones prestadoras de servicio de salud, tienen la obligación de unificar la Historia Clínica del paciente en un solo expediente. (ORAC. Documentación Sanitaria- Archivos y Nuevas Tecnologías, 2013).

De igual manera con la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República. Ley 1438, 2011) se establece otros tipos de responsabilidad, en el Capítulo VII en la calidad y sistemas de información, puntualmente en el capítulo 138 que habla del sistema integrado del sector salud: El Ministerio de Salud con el Ministerio de las Tecnologías, la Información y las comunicaciones para que en un periodo no menor a 3 años se garantice la conectividad de las Instituciones vinculadas con el sector salud en el marco del Plan Nacional de las TICS. (Congreso de la República. Ley 1438, 2011). Esto representa la necesidad de establecer parámetros, procedimientos, normas e instrucciones para lograr una unificación del sistema de información en el sector salud con énfasis en la Historia Clínica.

A partir de esto, las instituciones están obligadas a implementar tecnologías, para garantizar la administración, el acceso de la información que se encuentre registrada en la Historia Clínica, razón por la que se deben garantizar las características de integridad, confiabilidad, conservación y preservación bajo cualquier soporte para este tipo de documento.

Las Instituciones prestadoras de Salud inician un proceso de contribución y garantía de los procesos para la conservación de la información en adecuadas condiciones, de tal manera que cuando un usuario realizará consultas de la información relacionada con la Historia Clínica, estos datos puedan ser entregados en forma apropiada, oportuna y pertinente. En cuanto a las características y elementos que hacen parte de una adecuada elaboración y conformación de

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

una Historia Clínica, de acuerdo a la Ley 10 de 1990 se deben realizar con carácter obligatorio registros relevantes, comprensibles y veraces por cuanto tiene el agravante de ser un documento con responsabilidad legal ante el estado; debe mantener además, la integridad en todos sus folios y reserva por su condición del contenido de información personal.

La Historia Clínica Electrónica se considera una herramienta novedosa en Colombia, en los últimos años se ha implementado en algunos prestadores de servicios de salud. La adopción de esta herramienta, hará de su uso una necesidad para permanecer en el sistema en el corto plazo. La ESE Hospital San Rafael Tunja, se ha preparado en los últimos 3 años para la implementación de la Historia Clínica Electrónica.

2.2 MARCO LEGAL

No hay, hasta el momento, una legislación específica acerca de la Historia Clínica Electrónica pero la legislación vigente sobre la Historia Clínica puede aplicarse en parte a la Historia Clínica Electrónica.

Existen normas que respaldan el manejo de la información informática y la Historia Clínica a saber:

- Resolución Interna 132 de 2015, por medio de la cual se deroga la resolución 313 de 10 de diciembre de 2013 y se establecen las políticas del comité de Historias Clínicas de la ESE Hospital San Rafael Tunja.
- Resolución número 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- Resolución interna 079 de 2014, por medio de la cual se adoptan las políticas generales y específicas de seguridad de la información para la ESE Hospital San Rafael Tunja.
- Ley 1581 de 2012 "Ley de protección de datos personales".
- Resolución 1344 DE 2012. Por la cual se dictan disposiciones sobre el reporte de información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se efectúan modificaciones a la Base de Datos Única de Afiliados.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>TUNJA</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

- Resolución 1982 de 2010, Lineamientos Técnicos para el registro de los datos del registro Individual de la prestación de Servicios de Salud RIPS.

- Ley 594 de 2000, Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Artículo 21, dispone que las entidades públicas deberán elaborar programas de gestión de documentos, pudiendo contemplar el uso de nuevas tecnologías y soportes, en cuya aplicación deberán observarse los principios y procesos archivísticos. De igual manera, en los Artículos 17, 19 parágrafo 1, 25 y 48 donde habla de los tiempos de retención de ésta serie misional para las IPS y de la responsabilidad en cuanto a la ética profesional para el personal que maneja éstos archivos.

- Acuerdo 049 de 2000, Archivo General de la Nación "Conservación de Documentos" y "Condiciones de edificios y locales destinados a archivos".

- Resolución 1995 de 1999, del Ministerio de Salud. Normas para el Manejo de la Historia Clínica.

- Ley 527 de 1999, por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y de firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación. Establece los requisitos sobre la validez de la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares, los cuales deben ser observados para desarrollar programas de gestión documental. Establece los requisitos sobre la validez de los métodos de firma electrónica, los cuales deben ser observados para desarrollar programas de gestión documental.

- Resolución 13437 de 1991. Por la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud y de la Carta de desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

- Ley 23 de 1981, por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. Decreto 3380 de 1981. El cual reglamenta la Ley 23 de 1981.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

CAPÍTULO III

POLÍTICAS DE HISTORIA CLÍNICA

1. POLÍTICA DE UNIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Todo paciente que consulte a la ESE Hospital San Rafael Tunja, tendrá Historia Clínica Única Institucional, aplicando los controles establecidos para la creación y actualización de datos de los usuarios minimizando la duplicidad.

2. POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

Tanto los programas sistematizados implementados en el Hospital para el manejo de la Historia Clínica, como los equipos y soportes documentales, serán provistos de mecanismos de seguridad, que imposibilitan la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos, garantizando los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de la Historia Clínica.

3. POLÍTICA CERO PAPEL

La ESE Hospital San Rafael Tunja aplica la Circular 20141000005871 –GER en apoyo a política Cero Papel, define para los servicios donde se implemente la Historia Clínica Electrónica la impresión de la Historia solo cuando el paciente quede hospitalizado y sea trasladado a un servicio aun sin implementación de ella.

4. POLITICA DE CALIDAD DE HISTORIA CLINICA

La E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, tiene como política estricta e inflexible, mantener sus Historias Clínicas dentro de los más altos estándares tanto de forma como de contenido. Todo profesional médico o paramédico deberá ajustarse a las normas relativas a la elaboración y manejo de la Historia Clínica. En cuanto al personal en formación se refiere, estas normas hacen parte integral de su respectivo reglamento y como tal, su no observancia puede acarrear las sanciones correspondientes.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja ¡Nuestra ESEncia, la Vida!
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

5. POLITICA DE COMUNICACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO

En la ESE Hospital San Rafael de Tunja, se mantendrá la comunicación verbal entre los integrantes del equipo asistencial en pro de mejorar la atención brindada al paciente. Nunca será reemplazada por el flujo del sistema. En caso de prescripciones urgentes, se informara por medio verbal y escrito de la solicitud realizada para dejar evidencia de la situación. En casos de dudas frente a prescripciones planteadas se deberá confirmar con el profesional o especialidad que emite la orden.


CAPÍTULO IV

DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

1.1 HISTORIA CLÍNICA

En la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, la Historia Clínica es el documento privado de tipo técnico, clínico y legal, de obligatorio diligenciamiento y sometido a reserva, donde se registran cronológicamente los datos del paciente, así como la información sobre las condiciones somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que inciden o que pueden incidir en la salud del paciente. Contiene los datos de identificación del paciente, la información relacionada con su condición o situación clínica, sus antecedentes personales y familiares, (patológicos, quirúrgicos, farmacológicos y terapéuticos), los hallazgos clínicos, diagnósticos, pronósticos, el proceso evolutivo de su condición clínica, los planes de tratamiento propuestos, los tratamientos realizados, los controles pertinentes, el proceso de rehabilitación y la recuperación de la salud; juicios clínicos, documentos relacionados, descripción de procedimientos, informaciones generales pertinentes, información relacionada con el consentimiento informado, documento de consentimiento del paciente, declaración de retiro voluntario del tratamiento; también puede incluir y contener, fotografías, videos, diagramas y diseños de estudios, placas y estudios radiológicos o de imágenes diagnósticas, resultados y/o registros de exámenes clínicos y paraclínicos que sean pertinentes para el conocimiento, evaluación, estudio, análisis, tratamiento, recuperación, seguimiento y rehabilitación del

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

paciente, orientado al manejo de su salud. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

La Historia Clínica, es un documento que se inicia con la valoración del paciente por primera vez, registra la evolución cronológica de la atención en salud del paciente y se va construyendo a través del tiempo en la medida que se van documentando los aspectos de la relación médico-paciente.

1.2. ARCHIVO DE HISTORIA CLÍNICA FÍSICA

Para efectos archivísticos se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

El archivo de las Historias Clínicas Físicas existentes se continuara bajo los mismos lineamientos establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y demás normas que lo modifiquen o adicionen. El cual cuenta con tres etapas:

- ARCHIVO DE GESTIÓN


Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los (5) cinco años siguientes a la última atención.

- ARCHIVO CENTRAL

Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos (5) cinco años desde la última atención.

- ARCHIVO HISTÓRICO

Es aquel en el cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico y cultural, deben ser conservadas permanentemente.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

1.3 ARCHIVO HISTORIA CLINICA ELECTRONICA:

La Historia Clínica Electrónica en la ESE Hospital San Rafael Tunja se conforma desde su inicio en **expedientes electrónicos** bajo un numero de consecutivo único generado de manera automática por el sistema para cada paciente que ingresa a la institución. Este número identifica al paciente dentro del software de Historia Clínica y lo relaciona en todo momento con la identificación propia del usuario atendido, permitiendo llevar la secuencialidad de la información consignada pese a los cambios de documentos por edades evolutivas.

Si el paciente ingresa nuevamente, el sistema trae los datos básicos de identificación guardados anteriormente, junto con el número de consecutivo único ya creado, y automáticamente adiciona un nuevo número consecutivo para este nuevo episodio según el número de ingreso que tenga el paciente en la institución; manteniendo la secuencialidad del registro dentro de un mismo expediente bajo este número identificador.

- DOCUMENTO ELECTRÓNICO DE ARCHIVO


Es el registro de información generada, recibida, almacenada y comunicada por medios electrónicos, que permanece en estos medios durante su ciclo vital; es producida por una persona o entidad en razón de sus actividades y debe ser tratada conforme a los principios y procesos archivísticos. Archivo General de la Nación. Acuerdo No 060 - Archivo General de la Nación.

- BASES DE DATOS

Colección datos afines, relacionados entre sí y estructurados de forma tal que permiten el rápido acceso, manipulación y extracción de ciertos subconjuntos de esos datos por parte de programas creados para tal efecto o lenguajes de búsqueda rápida.

- FIRMA ELECTRONICA

Corresponde a métodos tales como códigos, contraseñas, datos biométricos o claves criptográficas privadas, que permitan identificar a una persona en relación con un mensaje, siempre y cuando el mismo sea confiable y apropiado respecto de los fines para los que se utiliza la firma, teniendo en cuenta todas las circunstancias del caso, así como cualquier acuerdo pertinente. (Decreto 2364 de 2012. Por medio del cual se reglamenta el artículo 7 de la ley 527 de 1999 sobre la firma electrónica y otras disposiciones).

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

FLUJO DE INFORMACION DE HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

- **Producción o registro**

El registro de la Historia Clínica Electrónica se inicia cuando se consigna la información de los pacientes que ingresaron a la institución para atención o que solicitan una cita médica o un procedimiento por consulta externa; en este momento el personal médico encargado consigna la información requerida para realizar el registro a través el software Servinte Clinical Suite.

Una vez que se registra el paciente, el sistema crea automáticamente un número de consecutivo único que identifica al paciente en el aplicativo. Es así como a partir del ingreso al sistema, se inicia la creación de documentos electrónicos con el registro de las atenciones médicas en el software de Historia Clínica.

A medida que el paciente es atendido, el personal médico y paramédico registra de manera cronológica en el sistema, conforme el manual de Historia Clínica, las atenciones, notas médicas y procedimientos realizados; también puede generar en el sistema órdenes médicas relacionadas que surjan durante la atención de los pacientes y que consideren sean pertinentes. A partir de dichas órdenes los demás servicios podrán ejecutarlas y realizar sus registros o notas correspondientes.


A medida que el paciente es atendido se van generando automáticamente en el sistema los datos correspondientes al Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), que servirán para soportar las cuentas de facturación.

Dado su forma de creación, la Historia Clínica se convierte en un documento nativo electrónico, ya que se elabora desde un principio en medios electrónicos y permanecen así durante su ciclo de vida.

- **Distribución**

La distribución entendida como característica del archivo de historias clínicas sistematizadas en la efectiva disponibilidad, oportunidad, garantía de organización, conservación, preservación y migración en el tiempo para los interesados, con las limitaciones que impone la Ley (Ministerio de Salud, 1999).

- **Consulta**

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

Una vez que se tiene los registros en el sistema, la Historia Clínica de cada paciente podrá ser consultada por el equipo médico y administrativo de acuerdo al nivel de competencia definida en los permisos que se tienen establecidos en cada perfil, manteniendo la confidencialidad del documento, siendo solo accedida por el personal autorizado.

La consulta de la Historia Clínica Electrónica se realiza desde los tableros de pacientes hospitalizados y de consulta externa del software, permitiendo varias opciones de búsqueda ya sea por el nombre y apellido, identificación del paciente o identificador único dentro del sistema. Una vez que se ha encontrado y se accede se puede consultar la opción Histórico, donde se puede buscar por los diferentes filtros:

- ✓ Rango de fechas
- ✓ Listar la atención actual
- ✓ Listado de actos quirúrgicos
- ✓ Listado de atenciones
- ✓ Notas asistenciales: Notas médicas, de enfermería, resultados de ayudas diagnósticas, entre otras.
- ✓ Consulta de resultados
- ✓ Consulta según las especialidades

La infraestructura informática de equipos de redes, servidores de bases de datos y aplicaciones de la Historia Clínica en la institución, estarán disponibles para el registro y consulta los 7 días semana, las 24 horas (7x24), por el personal autorizado.

- **Organización**

El registro de la Historia Clínica Electrónica en la ESE Hospital San Rafael Tunja se accede, captura, registra, consulta y organiza en el sistema de información "Servinte Clinical Suite". Este sistema está conformado y organizado en equipos servidores donde reposan las aplicaciones de dicho software y en los sistemas de bases de datos relacionados.

Los servidores, aplicaciones y demás infraestructura principal que apoya la Historia Clínica Electrónica, está ubicada en el centro de datos y de servidores de la Institución bajo políticas de seguridad de la información, medidas de protección eléctrica, ambientales y con restricciones de acceso físico y lógico.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

- **Recuperación**

La Historia Clínica Electrónica se puede recuperar, consultar, presentar, interpretar y leer en el momento que se requiera por el personal médico y paramédico a cargo sujeto a los permisos establecidos a cada usuario dentro de su perfil configurado para consultar la Historia.

Al consultar la Historia por número de documento o número consecutivo asignado de manera automática por el sistema para cada paciente, se puede obtener la secuencialidad de los registros de manera cronológica en cada una de las atenciones médicas y registros médicos realizados al paciente en la institución.

Basado en la políticas de copias de seguridad de la información (ver sección de copia y conservación de registros electrónicos) se realizan copias de seguridad de base de datos del sistema de Historia Clínica, la cuales se depositan finalmente en cinta. Desde estas cintas marcadas cronológicamente se podrá realizar una recuperación de los datos ante una eventual pérdida de los mismos.

- **Disposición final de los documentos.**

Los documentos electrónicos de archivo se pondrán a disposición de las personas autorizado interesado, en formatos que permitan de forma gratuita la lectura, comprobación de la firma electrónica y el descifrado, sin perjuicio de las disposiciones legales de reserva legal, en concordancia con lo reglamentado en la Ley 1712 de 2014.

1.4 ESTADO DE SALUD

El estado de salud del paciente se registra los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

1.5 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.

1.6 CONTINGENCIA

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>HOSPITAL San Rafael TUNJA</small> <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

Suele referirse a **algo que es probable que ocurra**, aunque no se tiene una certeza al respecto. Plan de contingencia es la implementación de un mecanismo que permita el registro de la prestación del servicio de forma íntegra confidencial y segura en situaciones de contingencia por fallas del hardware, software o energía eléctrica y que garantice la continuidad e integralidad del registro de la Historia Clínica y permita tener herramientas que soporten los procesos de facturación.

Una vez se encuentre en producción un servicio asistencial con Historia Clínica Sistematizada, se restringe y limita el uso de los formatos institucionales físicos solo a los casos de **contingencia**, por ningún motivo se aceptara en estos servicios, registros médicos ni paramédicos en papel.

1.7 ESCANEEO


Definido por la ESE Hospital San Rafael Tunja, para el manejo del Software de Historia Clínica, como el procedimiento de incluir anexos a la Historia que tiene valor tanto a nivel administrativo como clínico.

- Administrativos: como autorizaciones, documentos de identificación, cotizaciones de materiales de osteosíntesis.
- Médicos: como soporte de consentimientos informados, altas voluntarias, reportes de exámenes externos con valor clínico definido por el médico, soportes escritos de caídas del sistema.

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 biológicos, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personales, familiar y comunitaria.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 20 de 71

Por ser un momento de transición de la Historia Clínica en el Hospital, se contara con algunos registros de información en los demás sistemas de información con que en la actualidad cuenta la institución o en papel. Los documentos que por su importancia se deben relacionaran a la Historia Clínica Electrónica de cada usuario teniendo en cuenta la importancia de la información contenida en ellos a través de módulo de escaneo. Para el manejo de la Historia Clínica Física, se seguirán incorporando a través de impresión y anexo de estos documentos en la carpeta física del usuario.

2.2 RACIONALIDAD CIENTÍFICA

Para la Resolución 1995, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencia 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.


2.3 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.

Al consultar la Historia Clínica Electrónica se puede obtener la secuencialidad de los registros de manera cronológica en cada una de las atenciones médicas realizadas al paciente en la institución.

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. Se debe poder localizar, recuperar, presentar, interpretar y leer. Su presentación debe mostrar la actividad que lo produjo.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

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.

2.6 AUTENTICIDAD

Los usuarios del sistema de información de Historia Clínica Electrónica de la ESE Hospital San Rafael, son autenticados a través de identificación electrónica la cual consta de usuario y contraseña para su ingreso, para el registro de actos médicos y demás procedimientos realizados por el equipo de salud que interviene en la atención del paciente; las evoluciones entre otros registros y documentos médicos son firmados electrónicamente por el respectivo profesional de salud encargado de la atención una vez finalice y apruebe el registro. Una vez firmado ya no se puede modificar el registro. Se puede realizar nota aclaratoria.

2.7 SEGURIDAD

El sistema almacena la información en equipos servidores y gestores de base de datos propios de la entidad, resguardados en el Centro de Datos del área Tecnología, bajo medidas de seguridad y protección eléctrica, ambientales, junto con otros controles para el ingreso físico y electrónico de los mismos.

El sistema de autenticación para el ingreso al software de Historia Clínica a través de firma electrónica y de la configuración previa de permisos según cada perfil de usuario permite proteger la información contra ingresos y modificaciones no autorizadas. El sistema no permite realizar modificaciones a la Historia una vez firmada, se pueden realizar notas aclaratorias.

2.8 DISPONIBILIDAD

La Historia Clínica Electrónica se puede recuperar, consultar, presentar, interpretar y leer en el momento que se requiera por el usuario institucional; sujeto a los permisos establecidos a cada usuario dentro de su perfil para acceder a la Historia.

El paciente también puede solicitar en cualquier momento copia de su Historia Clínica de acuerdo al trámite interno que se tiene establecido por el área de Archivo de Historias Clínicas de la Institución.

2.9 RESPONSABILIDAD

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

Todo el personal que participa en la atención de un usuario 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 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. Toda persona que tenga acceso a la Historia Clínica o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la Historia Clínica a personas no autorizadas será sancionada.

3. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO

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

- **Veracidad**

La Historia Clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrir en un delito tipificado en el actual Código Penal como delito de falsedad documental (Ministerio de Salud, 1999).

- **Exacta**

En la Historia Clínica, debe estar consignada exactamente la información consignada por los profesionales de la salud y los espacios en blanco deben respetarse como desde su inicio fueron generados.

- **Rigor técnico de los registros**

Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones en contra del personal o de otros profesionales o para la institución misma. (Ministerio de Salud, 1999).

- **Coetaneidad de registros**

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

La Historia Clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente. (Ministerio de Salud, 1999).

- **Completa**

Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la Historia Clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc. (Ministerio de Salud, 1999).

- **Identificación del profesional**

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado. (Ministerio de Salud, 1999).

CAPÍTULO V

MARCO CONCEPTUAL INSTITUCIONAL


1. VALOR Y ALCANCES DE LA HISTORIA CLÍNICA

1.1 VALOR

La Historia Clínica es el documento privado de tipo técnico, clínico y legal, tiene valor para el paciente, el médico y la Institución. Constituye un elemento indispensable para la asistencia, docencia, la investigación, la asistencia y la auditoría médica.

1.2 ALCANCES

- Facilita el cuidado eficaz de la enfermedad actual y la del futuro en cada uno de los pacientes. Puede considerarse la Historia Clínica como el instrumento básico del buen ejercicio médico,

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>HOSPITAL San Rafael Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

- Evalúa la cantidad y calidad del trabajo efectuado tanto por los miembros individuales o las unidades del cuerpo médico, como por la Institución en su totalidad.
- Es el documento legal para los requerimientos médico-legales del paciente, de los médicos y personal paramédico, y de la Institución como tal.
- Es una fuente de información para la educación, la investigación y el adiestramiento del cuerpo médico y paramédico.
- Es útil para evaluar la cantidad y calidad de acciones administrativas, así como para proponer las médicas correctivas en caso de que se presenten deficiencias en este aspecto.
- Es la herramienta necesaria para soportar costos y gastos de atención en salud.
- Es el parámetro que permite ejecutar los procesos de autocontrol y auditoría.


2. CRITERIOS DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

No realizar la Historia Clínica implica una falta grave del profesional, no tiene excusa e impide la defensa del profesional o de la Institución en caso de demandas. Además la calidad de la Historia es importante, ya que al diligenciarla según las normas, exige al profesional interrogar y examinar apropiadamente al paciente. Es decir, realizar un acto médico juicioso. Generalmente cuando la Historia es de baja calidad, refleja así mismo descuido en la atención del paciente y no es de mucha ayuda o se convierte en un arma contra el médico y la Institución. La Historia Clínica es pues, 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.


La calidad de las Historias Clínicas se refleja en el cuidado que se ha tenido con el paciente y, directamente, en la calidad científica de la Institución. El objetivo principal de la buena práctica de la medicina es proporcionar una atención esmerada, oportuna y óptima a los pacientes y por lo tanto, es inevitable que el profesional de la salud asuma la responsabilidad primaria para que estos requisitos sean observados en todas las Historias Clínicas compiladas bajo su cuidado.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

- *Debe ser completa:* tiene que contener la totalidad de la información relevante solicitada en los diferentes formatos de registro de la Historia Clínica, tanto física como electrónica anexando la totalidad de los soportes.
- *Debe ser coherente y clara:* su contenido debe ser lógico, ordenado, científico, justificado, analítico, definido y concluyente. Los hallazgos consignados y la información registrada en ella tienen que ser concordantes con los diagnósticos, procedimientos, paraclínicos solicitados, planes de tratamiento y seguimiento ejecutados. La definición de claridad se refiere a la redacción de un texto o argumento lógico de fácil comprensión y sin ambigüedades.
- *Debe ser sustentada:* cualquier decisión tomada en el manejo de un paciente debe estar soportada y justificada en la Historia Clínica.
- *Debe ser integral.*
- *Debe ser secuencial.*
- *Debe ser legible:* según la Real Academia de la Lengua Española la legibilidad se refiere a la cualidad de lo que es legible, de lo que se puede leer, del no uso de siglas para la redacción de textos.
- *Sin espacios en blanco en registros físicos:* como cualquier documento de relevancia en el ámbito público, privado, administrativo, disciplinario, civil o penal, no se puede dejar espacios en blanco porque hace el documento susceptible de modificaciones (actualizaciones, correcciones o adiciones) y/o falsificaciones.
- *Sin tachones ni enmendaduras, hace referencia a los registros físicos:* la enmendadura se refiere a la corrección o rectificación de un escrito. La Historia Clínica debe registrarse sin enmendaduras y en caso de presentarse alguna equivocación, la corrección de información física se dará de la siguiente manera: encerrando el error entre paréntesis y anotando la fecha y firma de la persona que lo hace. El dato correcto o la nota aclaratoria se dejarán lo más cercano posible o en el lugar que corresponda. En el formato de Historia Clínica Electrónica se utilizara la opción de textos aclaratorios para estos casos.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

- *Debe estar fechada y firmada:* en todos sus actos y anotaciones debe quedar claro y explícito quién es el responsable incluyendo firma, número de registro profesional y sello. El formato electrónico tiene la configuración predefinida de fecha automática y firma para cumplir a cabalidad este precepto.
- Con respecto a la firma y número de registro profesional se incluyen en bases de datos de identificación relacionados con usuario y clave para ingreso del usuario al sistema, garantizando que cada registro realizado queda firmado por el funcionario que ingreso al sistema.
- Todos los formularios incorporados en la Historia Clínica deben ser identificados con el nombre completo y número de identificación del paciente por ambas caras para registros físicos, los registros electrónicos tienen ya esta configuración.
- La Historia Clínica debe ser diligenciada en letra imprenta, cumpliendo las normas básicas de caligrafía, ortografía, gramática, redacción.
- La Historia Clínica Física puede ser diligenciada a máquina o en computador pero siempre debe quedar impreso el documento.
- El médico puede realizar gráficos o dibujos que pretendan dar claridad a un procedimiento realizado o hallazgos de examen físico o durante alguna cirugía, la cual no sustituye la descripción escrita del mismo.
- Acorde al decreto 2376 de 2010 en su artículo 10 Parágrafo 3, se establece que solo el personal docente que se encuentra incluido en los convenios docente – asistenciales suscritos por la institución, puede intervenir como parte del equipo de atención en salud del paciente. En caso tal, dejara constancia en la Historia Clínica de su intervención en registros físicos o electrónicos. Para el caso de los registros físicos firmara las anotaciones con fecha y hora de realización, sello que identifique su profesión y la institución formadora a la cual pertenece, para el caso de los registros electrónicos tendrán usuarios generados con este perfil que permita diferenciar su registro e intervención.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>TUNJA</small> <i>¡Nuestra ESencia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

3. MANEJO DE CONTINGENCIA


Activación del plan de contingencia:

Ante la falla de la Historia Clínica Electrónica, el líder del área afectada establece comunicación directa con el auxiliar de Esencia de turno, quien realiza la primera verificación de la situación, y la reportara **INMEDIATAMENTE** al área de Tics.

Previo análisis de la situación, Tics informa la causa y el tiempo de solución, con esta información se procederá a activar manejo de contingencia.

Esquema de activación de plan de contingencia:

SERVICIO	TIEMPO MAXIMO	CONDUCTA
Urgencias y laboratorio	15 minutos	Esperar para el inicio de registros en papel. Los cambios frente a esta directriz quedaran a criterio del área y del volumen de trabajo presentado en el momento de la falla.
Consulta Externa	20 minutos	Se esperara máximo el tiempo proyectado para una consulta médica.
Hospitalización General	60 minutos	Teniendo en cuenta el flujo de trabajo de estas áreas, se pueden programar otras actividades asistenciales y posteriormente registrar los datos en la Historia Clínica. En caso de que la falla se presente los últimos 30 minutos de la jornada laboral se activara plan de contingencia de inmediato.
UCI	60 minutos	
Salas de Cirugía	60 minutos	El registro con excepción de anestesia que llevaría registro físico de trans de anestesia inmediatamente.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>HOSPITAL San Rafael TUNJA</small> <small>¡Nuestra Esencia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

NOTA: Si el fallo es en el área de Farmacia y se requiere despacho de medicamentos y/o insumos, se debe hacer llegar impresa la prescripción médica desde el servicio solicitante.

Si el fallo del sistema se presenta en el área de laboratorio y radiología, se deben enviar órdenes impresas, las debe imprimir el área médica y enviarlas a través de enfermería al respectiva área ejecutora.

Cuando el fallo del sistema se presenta en la noche, el jefe del servicio será la responsable de informar en primera instancia el auxiliar de Esencia de turno quien informara al colaborador de área de TICS encargado, para dar inicio a estudio y solución de situación presentada.

El área de Tics llevara bitácora de eventos presentados, para establecer mejoras y evitar que estos eventos se presenten con frecuencia.

Manejo:

Establecido el manejo de contingencia se accederá a los formatos físicos establecidos para tal fin.


Nota: Cada servicio estará dotado, según su flujo de trabajo, de formatos codificados para manejo de contingencia la cual cumple con las especificaciones requeridas para la historia.

Los formatos diligenciados durante la contingencia deben ser marcados con todos los datos requeridos por el formato y foliados según la secuencia en que fueron utilizados, deben quedar anexos en la carpeta física de cada paciente, es responsabilidad del personal que consigna la información colocarla en la sección respectiva de la Historia teniendo en cuenta el tipo de registro.

Restablecimiento del sistema:

Una vez restablecido el sistema, se debe retornar el paso inmediato a manejo en sistema electrónico.

Si la falla del sistema es resuelta antes de cumplir la jornada laboral, los registros generados tanto medico como de personal de apoyo debe ser transcritos en el sistema por el profesional que género la nota.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>TUNJA</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

Si la falla del sistema es resuelta posterior al cumplimiento de la jornada laboral, el primer registro de cada perfil que se haga en sistema debe llevar nota retrospectiva indicando evento presentado y realizar una pequeña descripción del estado del paciente durante la falla del sistema. Los registros físicos generados de notas médicas, de enfermería y de áreas de apoyo deben ser escaneados en la Historia Clínica de cada paciente para completar la trazabilidad de la información consignada allí y para sustentar actividades realizadas mientras el fallo del sistema. Este proceso será realizado por personal encargado de escaneo del área y debe quedar en sistema lo antes posible teniendo en cuenta la jornada laboral del personal de escaneo. Durante este proceso es responsabilidad del auxiliar de escaneo mantener los formatos físicos en el mismo orden que fueron consignados y subirlos al sistema así. A estos formatos físicos es necesario archivarlos y manejar su custodia respectiva.

Los registros de órdenes médicas deben ser transcritos al sistema inmediatamente se reestablece este, para continuar con procesos de servicios ejecutores y posteriormente de facturación, que requieren la emisión de estas para gestionar sus funciones.

Las transcripciones de órdenes médicas y de las gestiones relacionadas como administración de medicamentos deberán quedar en el sistema con la observación de la hora y fecha en que se realizó la actividad.

Los registros de órdenes diligenciados serán archivados en carpeta física de cada paciente, junto con los otros documentos físicos autorizados.

Las respuestas de interconsultas deben ser transcritas en sistema por la misma especialidad que la respondió en papel durante la falla del sistema.

4. ESCANEAO

Es el proceso a través del cual se le relacionara a la Historia Clínica Electrónica los documentos físicos que se han producido dentro de una atención de un paciente.

Se establece para el Hospital los siguientes documentos a escanear:

- Documentos Administrativos:
Documento de identificación del paciente.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 30 de 71 Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

Documentos SOAT.

- Documentos Clínicos:

Consentimientos informados

Retiros Voluntarios

Reportes de Informe de: patología, neurofisiología, gastroenterología, cardiología, audiometría, logo audiometría, fibrobroncoscopia, ecografía de ginecología.

Reportes y trazado de: electrocardiograma, monitoreo fetal.

Reportes de gases arteriales, reportes externos de laboratorios que no se realizan en la institución pero fueron solicitados durante la atención.

Registros de salud pública.

Contingencia de Historia Clínica

Por facilidad del proceso las áreas administrativas de puerta de entrada realizaran directa e inmediatamente el escaneo de los documentos de identificación y demás soportes que requieran para sustentar cuenta.

Los servicios tercerizados como cardiología y gastroenterología, neurofisiología, patología, etc., realizaran directamente el proceso de escaneo de los exámenes que realicen a los pacientes atendidos garantizando copia en PDF en el sistema, anexo a la respectiva carpeta. Adicionalmente si el resultado emitido es de interés para el paciente, deberán entregar la copia al paciente.

Durante el periodo de transición el área del laboratorio clínico anexara a través del módulo de escaneo los exámenes que se solicitan a los pacientes de los servicios de urgencias cuando tenga el paquete completo de los exámenes solicitados, este proceso se realizara hasta tener establecido la interface.

El proceso general de escaneo, que se realiza para documentos clínicos será realizado por el proceso de egreso encargado de escaneo del servicio, los documentos a escanear de cada paciente deben tener mínimo los siguientes datos: Nombre y apellido del paciente, documento de identificación, fecha, el tipo de documento a escanear. Este proceso se podrá ver en las siguientes 6 horas.

NOTA: En el servicio de ginecología las funciones de escaneo serán realizadas directamente por el personal asistencial.

No se deben enviar para escaneo por este sistema los documentos:

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

- Que, aunque sean digitales y están en el sistema, se han impreso por algún motivo.
- Todas las imágenes y laboratorios externos, se escanearía a criterio medico el informe o algunos reportes teniendo en cuenta el caso particular.
- Los Informes de Epicrisis emitidos en la institución, pues ya están en el sistema. Sólo se debe imprimir el que se le da al paciente o el que soportara alguna cuenta teniendo en cuenta convenios con las entidades.
- Cualquier soporte tomado de la Historia Clínica Electrónica, pues su información está en el sistema.

5. IMPRESIÓN

En la ESE Hospital San Rafael de Tunja, en proceso de transición de la Historia Clínica de física a electrónica se requiere de la impresión de los documentos de la Historia Clínica Electrónica para continuar con la atención del paciente en servicios aun sin implementación de esta. Esta se conservara hasta garantizar acceso a Historia Clínica Electrónica en toda la institución.

Los pacientes que posterior a su atención en el servicio de urgencias quedan hospitalizados se imprimirá la epicrisis de la Historia Clínica para enviar a los servicios de internación o cirugía según corresponda; esta función será asumida por el personal del proceso de egreso. Esta impresión debe ser verificada por la enfermera jefe que entrega al paciente, confirmando que se envíen los registros de interés al área que recibe los documentos y teniendo en cuenta lo que se le ha realizado al paciente.

CAPÍTULO VI

DILIGENCIAMIENTO

1. GENERALIDADES

Toda atención en salud realizada a un paciente debe quedar registrada en la Historia Clínica. En caso de ser el registro de una decisión tomada en una Junta Médica debe ser firmada por todos los integrantes de la Junta Médica.

Todas las interconsultas a las especialidades deben ser firmadas por el médico solicitante y quedar incorporadas a la Historia Clínica en el formato de interconsulta. El médico tratante debe dejar constancia en la Historia Clínica de las decisiones tomadas por el especialista.

2. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	Página 32 de 71
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021



Son componentes de la Historia Clínica la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

2.1 IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Los contenidos mínimos de identificación según la resolución 1995 de 1999 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
- Aseguradora y tipo de vinculación.

El Hospital San Rafael realiza el proceso de Apertura de Historia Clínica teniendo estos lineamientos. Para este efecto ver el Procedimiento de Apertura de Historia Clínica. AHC-PR-02

En la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja, la identidad de la Historia Clínica se realiza con base en la Resolución 1982 de 2010 y Lineamientos Técnicos para el registro de los datos del registro Individual de la prestación de Servicios de Salud RIPS:

- Pacientes con identificación

CASO	DESCRIPCIÓN	CONDICIÓN	TIPO DE DOCUMENTO
1	Pacientes menores de 18 años	Número Único de Identificación NUIP incluyendo letras y números. D5N0252008	RC
		Registro Civil sin NUIP se utilizará el Número Indicativo Serial EJ. 35856462	RC
		Registro Civil con número NUIP EJ. 1029523015	RC
		Tarjeta de identidad incluyendo todos los caracteres	TI
2	Mayores de 18 años	Cédula de Ciudadanía	CC
3	Extranjeros	Cédula de Extranjería	CE
		Pasaporte	PA

- Pacientes sin identificación

CASO	DESCRIPCIÓN	CONDICIÓN	TIPO DE DOCUMENTO
1	Pacientes menor de edad recién nacido vivo sin identificar por RNEC con edad menor o igual a un (1)	Número de documento de la madre o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno. Ejemplo: 40025780-2 para el caso que sea	MS

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>HOSPITAL San Rafael Tunja</small> <small>¡Nuestra ESencia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

	año.	el 2º hijo.	
	Pacientes menor de edad recién nacido vivo sin identificar por RNEC con edad menor o igual a un (1) año. Hijo de madre menor de edad	Número de documento de la madre o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno. Teniendo en cuenta que el sistema no acepta más de once dígitos es necesario suprimir el primer dígito del número de tarjeta de la madre Ej.: 94025780695 quedaría 40025780695-2 para el caso que sea el 2º hijo.	MS
	Habitantes de la calle menores de edad que no están identificados por RNEC	Código del departamento + código del municipio + D + consecutivo por afiliado (4 dígitos) Ej. 15001D0008	MS
	Menores de edad no identificados por la RNEC a cargo del ICBF	Código del departamento + código del municipio + A + consecutivo por afiliado (4 dígitos) Ej. 15001A0009	MS
2	Menores de edad desvinculados del conflicto armado. Población infantil vulnerable bajo la protección en instituciones diferentes al ICBF	Código departamento + código municipio + A + consecutivo por afiliado (alfanumérico de 4) Ej. 15001A0009	
	Indígenas menores de edad no identificados por la RNEC	Código del departamento + código del municipio + I + consecutivo por afiliado (4 dígitos) Ej. 15238I8125	MS
	Personas de la tercera edad en protección de ancianatos	Código del departamento + código del municipio + S + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4 dígitos) Ej. 15001S0008	AS
	Indígenas mayores de edad no identificados por RNEC	Código del departamento + código del municipio + I + consecutivo por afiliado (alfanumérico 4 dígitos) Ej. 15238I8125	
	Habitantes de la calle mayores de edad que no están identificados por RNEC	Código del departamento + código del municipio + D + consecutivo por afiliado (alfanumérico 4 dígitos) Ej. 15001D0008	
3	Pacientes que definitivamente no se pudo obtener identificación	Para ingreso inicial Utilizar el formato (AAAAMMDD-C) Año Mes Día-Consecutivo calculando la edad probable del paciente (Es una identificación temporal mientras el paciente o la familia suministran los datos correctos, momento en el cual se procede a actualizar la información tanto en físico como en sistema) Ej. AS 19801024-1 si el paciente se presume tiene 33 años, 20000920-1 si el paciente se presume tiene 13 años.	MS o AS

- **Convenciones**

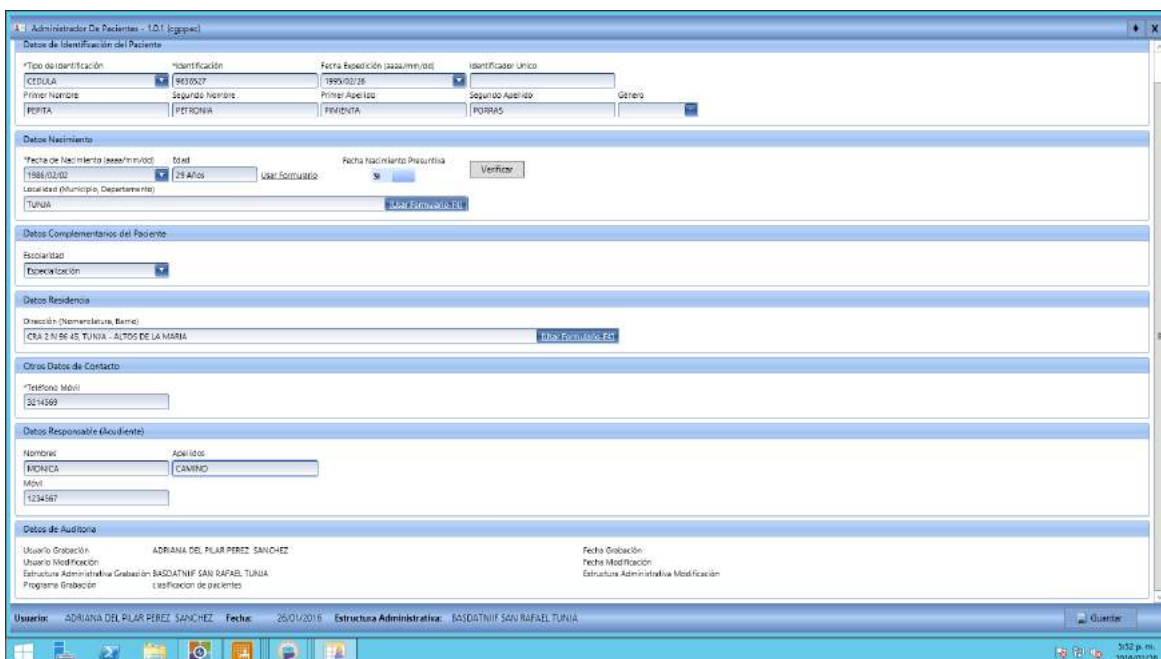
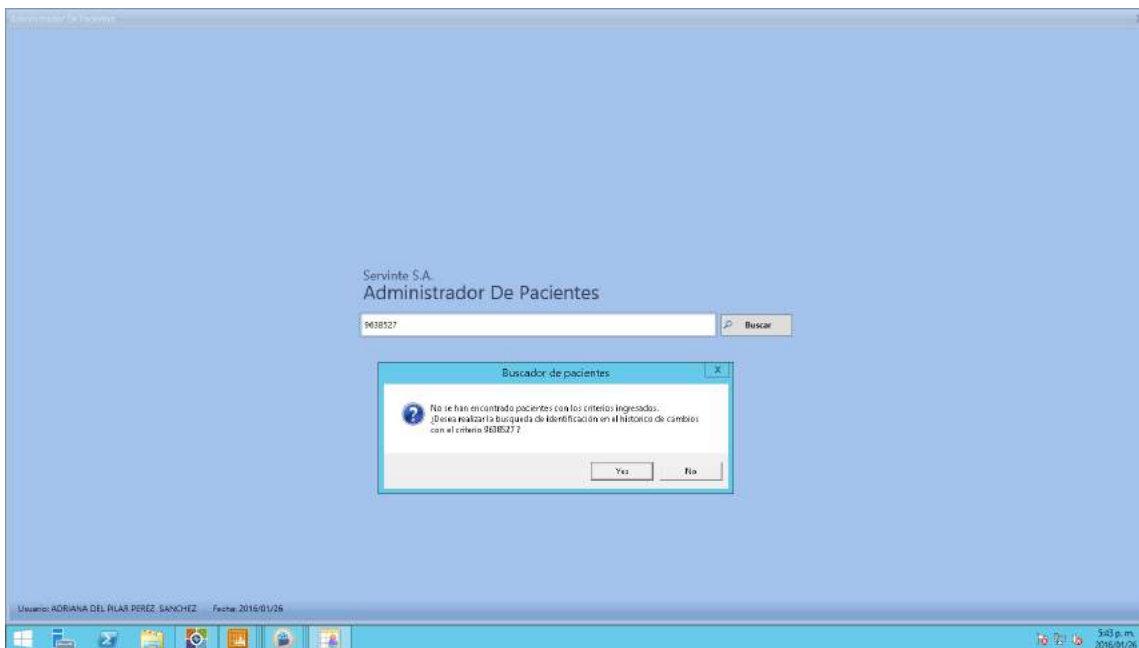
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

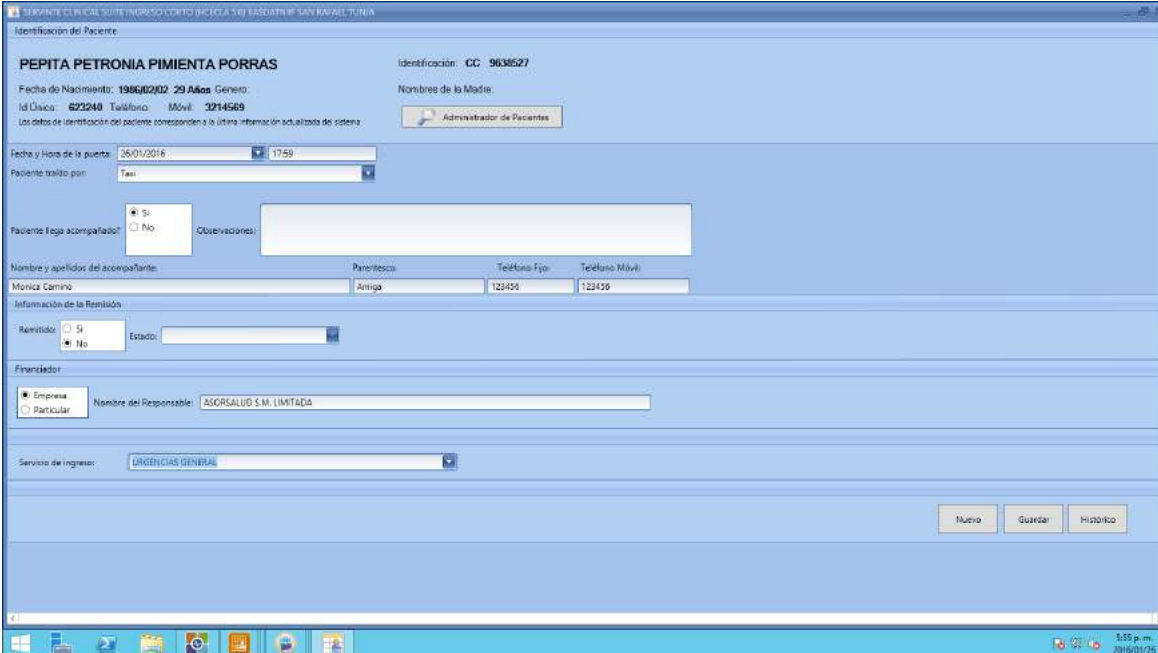
CASO	DESCRIPCIÓN	CONDICIÓN
NOMBRES Y APELLIDOS	RN (recién nacido) que no se encuentre registrado por RNEC (registraduría Nacional del estado civil) se ingresa apellidos de la madre Ej. Hijo de Sonia María Acosta Vélez	Apellido 1: ACOSTA Apellido 2: VELEZ Nombre: RN MASCULINO HD SONIA MARIA
	En caso de Gemelos se adiciona G1 o G2	Apellido 1: ACOSTA Apellido 2: VELEZ Nombre: RN MASCULINO G1 HD SONIA MARIA Apellido 1: ACOSTA Apellido 2: VELEZ Nombre: RN MASCULINO G2 HD SONIA MARIA
	Para nombres compuestos Ej. MARIA DE LAS MERCEDES AMEZQUITA DIAZ	Apellido 1: AMEZQUITA Apellido 2: DIAZ Nombre: MARIA DE LAS MERCEDES
	Pacientes que definitivamente no se pudo obtener identificación	NN
	PARA EL CASO DE LAS MUJERES CASADAS SE INGRESAN LOS APELLIDOS DE SOLTERA	
DIRECCIÓN	Carrera Ej. CRA 11 27 28	CRA
	Calle Ej. CLL 19 29B 05	CLL
	Avenida	AV
	Transversal	TV
	Manzana	MZ
	Diagonal	DG
	Vereda	VDA
	Bloque	BL
No se debe usar ningún tipo de signo #, No. – etc.		
TELÉFONO	Se debe digitar el número completo	7405030 o 3115322832

El ingreso del paciente debe contener la información completa, acorde a los campos previamente establecidos en el sistema. Se debe indagar al paciente y solicitar los datos e información que se requieren para la admisión y proceder a realizar la admisión en el sistema (ver procedimiento admisión en el módulo de admisiones de servinte).

Se debe realizar la búsqueda en el sistema del Usuario que ingresa para evitar **DUPLICIDAD** de Usuarios; además se debe indagar sobre atenciones anteriores minimizando el riesgo de **Pacientes repetidos**.

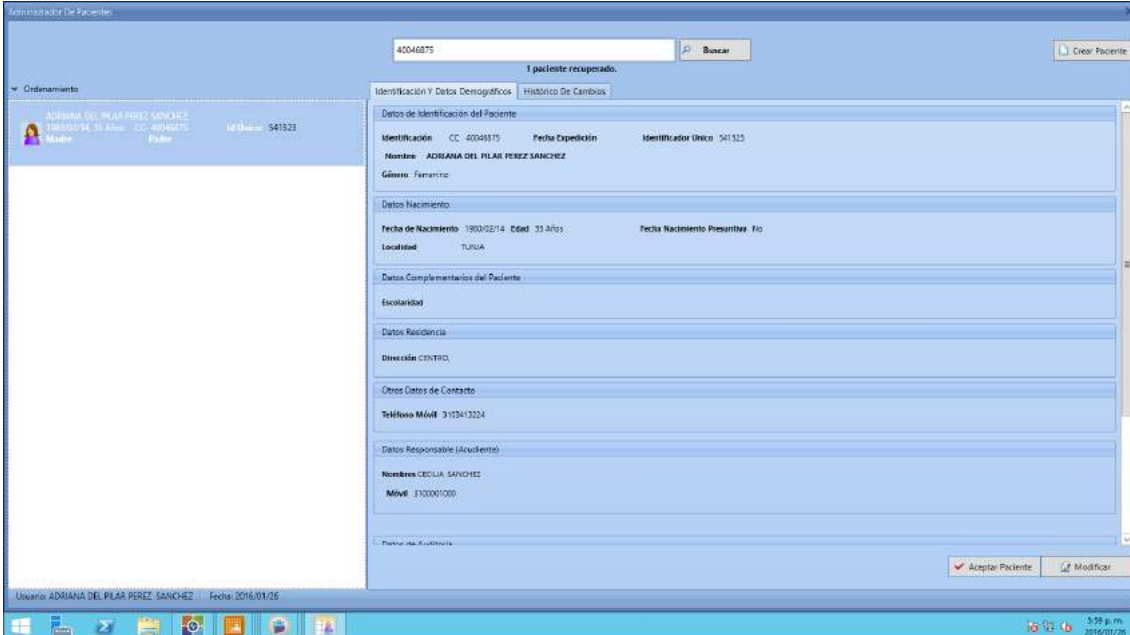
Se debe orientar al paciente acerca del proceso de atención dentro del servicio de urgencias.





Adicional a la realización del ingreso el funcionario debe realizar validación de base de datos. Revisar con el documento de identidad: FOSYGA - Bases de datos de Entidad - DNP - SESALUB; determinar el régimen de afiliación al sistema de salud (EPS-C, EPS-S, ARP, SOAT, otros). Verificar en la base de datos de la entidad a la que se identificó como pagadora y responsable, si el paciente se encuentra con derechos activos. En el caso que la entidad no haya realizado reporte de base de datos de afiliados, se debe confirmar telefónicamente. Verificar posibles inconsistencias para ser reportadas a través de anexo No.1 (Decreto 4747). Ver procedimiento reporte de Inconsistencias F-PR-02. En el caso que se detecten inconsistencias en la afiliación, carencia de derechos, periodos de carencia, mora en los pagos, multiafiliación o demás, se deben reportar al paciente o familiares y al SIAU, para solución y seguimiento.

Si el paciente ya tiene registros previos en la institución, se confirman y validan los datos y se procede a realizar ingreso de atención.



The screenshot shows a web-based patient information system. At the top, there is a search bar with the ID '40046875' and a 'Buscar' button. Below the search bar, the system displays '1 paciente recuperado.' The main content area is divided into several sections for patient data:

- Identificación Y Datos Demográficos:**
 - Datos de Identificación del Paciente:**

Identificación	CC: 40046875	Fecha Expedición	Identificador Único: 541523
Nombre	ADRIANA DEL PILAR PEREZ SANCHEZ		
Genero	Femenino		
 - Datos Nacimiento:**

Fecha de Nacimiento	1990/02/14	Edad	33 años	Fecha Nacimiento Presunta	Fi
Localidad	TUNJA				
 - Datos Complementarios del Paciente:**
 - Escolaridad:**
 - Datos Residencia:**

Dirección	CENTRO
-----------	--------
 - Otros Datos de Contacto:**

Teléfono Móvil	3103413224
----------------	------------
 - Datos Responsable (Aparente):**

Nombre	CECILIA SANCHEZ
Móvil	3100001000

At the bottom of the interface, there are buttons for 'Aceptar Paciente' and 'Modificar'. The system status bar at the bottom indicates the user is 'ADRIANA DEL PILAR PEREZ SANCHEZ' and the date is '2016/01/26'.

2.2 REGISTROS ESPECÍFICOS

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El Hospital San Rafael tiene formatos establecidos para consignar la información de la atención brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que prestan.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 3374 del 2000 y las normas que la modifiquen o adicione y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.


El Hospital San Rafael define los datos adicionales en la Historia Clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

El Hospital San Rafael adoptará los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

- **Contenidos mínimos**

Los contenidos mínimos aplican a todas las Historias Clínicas de los servicios de la institución.

- Encabezado del formato:
 - 1er apellido, 2do apellido y nombres del paciente.
 - Número de Historia Clínica.
 - Edad en años, meses o días.
 - Sexo del paciente.
 - Servicio.
- Fecha de atención en esquema: día, mes, año.
- Hora militar de atención.

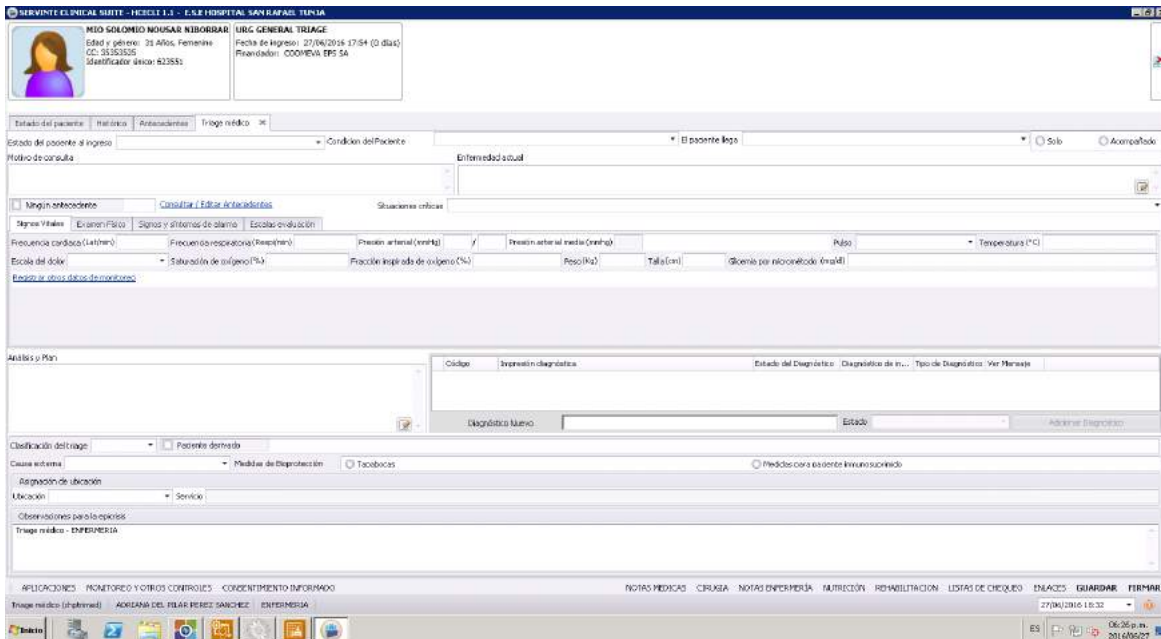
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 ¡Nuestra ESEncia, la Vida!
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 38 de 71 Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

- Especialidad que realiza el ingreso.


Los registros electrónicos traen por defecto estos datos previamente establecidos, sin embargo es responsabilidad del usuario verificar que son los correctos confirmando con el paciente.

- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales: prenatales, neonatales, patológicos, hospitalarios, quirúrgicos, farmacológicos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, transfusionales, inmunizaciones,
- Antecedentes ginecobstétricos.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes epidemiológicos.
- Hábitos, entre otros.
- Examen físico completo céfalo caudal, el cual incluye siempre la toma y registro de signos vitales.
- Análisis: realizar un análisis del estado clínico del paciente e interpretación de ayudas diagnósticas.
- Diagnóstico (s) tentativo (s) o definitivo (s)
- Plan (s) de diagnóstico o de tratamiento.
- Firma digitalizada y/o firma y sello del especialista tratante.

- TRIAGE MEDICO



Estado del paciente al ingreso	Listado desplegable de posibles condiciones del paciente.
Condición del paciente	Seleccione la condición del paciente, si es materna o paciente crónico.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 39 de 71 Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

El Paciente llega	Lista desplegable de las posibles condiciones como puede llegar un paciente. Seleccione la que se ajuste a las características del paciente. Seleccione si llega solo o acompañado.
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Motivo de consulta	Describa el motivo de consulta, debe consignarse en las frases más breves posibles las quejas del paciente, ya sea usando sus palabras o traduciéndolas a un nombre técnico. No podrá ser la remisión de otra institución o el diagnóstico formulado en otra institución.
Enfermedad actual	Registre los detalles referentes a la queja principal anotando el momento en que aparecieron los síntomas, su manera e aparición (brusca o insidiosa) y la forma como han evolucionado; registrar si han aparecido nuevos síntomas o si han cambiado los iniciales en cuanto a la intensidad o carácter se refiere. Realizar el registro de forma cronológica. Registre el análisis de los síntomas, calificándolos en términos de severidad, duración y progreso, síntomas asociados. Si se tiene la impresión de que el paciente padece una enfermedad infecciosa, anote las posibles fuentes de contagio y la fecha de exposición.
Situaciones críticas	

Signos vitales	FC	Registrar la frecuencia cardiaca del paciente	
	FR	Registre la frecuencia respiratoria del paciente	
	TA	Registre la tensión arterial del paciente	
	Tº	Registre la temperatura del paciente	
	Pulso	Regular	Seleccione opción si al examinar el pulso del paciente este es rítmico.
		Irregular	Seleccione si al examinar el pulso del paciente este pierde su ritmo (pulsaciones separadas por diferentes intervalos de tiempo)
	Glucometría	Registre el resultado de glucometría en los casos que aplique	
Oximetría	Registre el resultado de la oximetría en los casos que aplique		

	Inspección general	Inspección general	
--	--------------------	--------------------	--

Examen Físico	Cabeza y cuello	Cabeza	Se clasifica no evaluado normal, anormal y hallazgos, dependiente de las condiciones del paciente.
		Ojos	
		Oídos	
		Nariz	
		Boca	
		Ganglios linfáticos	
		Cuello	
	Tórax	Tórax	
		Mamas	
		Corazón	
		Pulmones	
	Abdomen	Abdomen	
	Ginecología obstétrico	Situación	
		Presentación	
		Posición	
		Cérvix	
		Consistencia	
		Dilatación	
		Borramiento	
		Estación	
Genitourinario	Pelvis		
	Amniorrea		
	Genitourinario		
Musculo esquelético	Ano		
	Columna		
	Extremidades superiores		
	Extremidades inferiores		
Piel y faneras	Piel y faneras		
Neurológico y mental	Neurológico y mental		
	Reflejos		

Signos y síntomas de alarma	Se registran los datos relevantes que se encuentran teniendo presente las condiciones del paciente. Si es materna despliega color de piel, altura uterina, estado de las membranas, movimientos fetales, sangrado, describa. Si paciente tiene alguna otra condición despliega color de piel y describa.
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Escalas de evaluación	Registre la calificación de escala de coma de Glasgow del paciente
-----------------------	--------------------------------------------------------------------

Análisis y Plan	Registre el análisis del cuadro clínico del paciente.
-----------------	-------------------------------------------------------

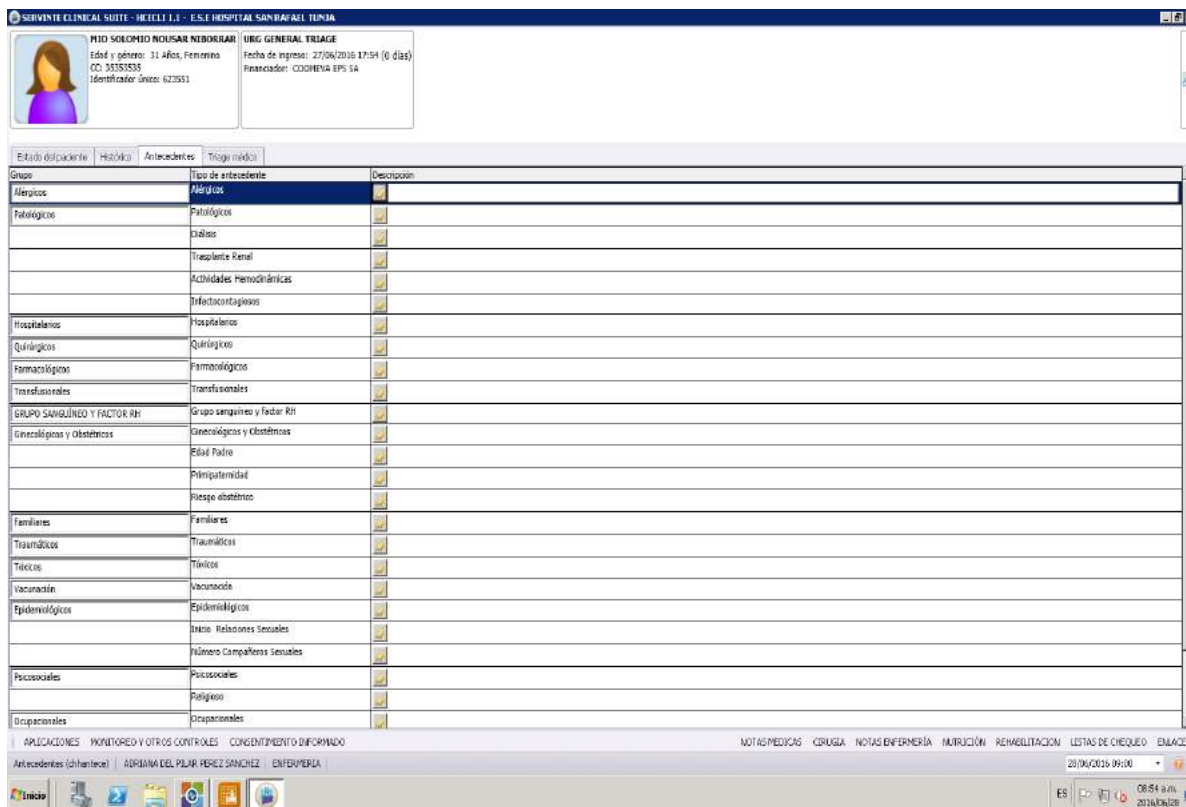
Diagnóstico	Seleccione el diagnóstico del CIE 10, que se ajusta a la condición del paciente, y clasifique su estado si es la impresión diagnóstica, confirmado nuevo, confirmado repetido, en estudio, confirmado, descartado.
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Triage	Rojo	Seleccione el triage para clasificar el paciente este tiene prioridad I de atención: Reanimación
	Naranja	Seleccione el triage para clasificar el paciente este tiene prioridad II de atención: Emergencia

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja ¡Nuestra ESEncia, la Vida!
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 41 de 71 Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

	Amarillo	Seleccione el triage para clasificar el paciente este tiene prioridad III de atención: Urgencia															
	Verde	Seleccione el triage para clasificar el paciente este tiene prioridad IV de atención: urgencia menor															
	Azul	Seleccione el triage para al clasificar el paciente este tiene prioridad V de atención: No urgente, en el sistema lo deriva automáticamente															
Medidas de bioproteccion	Tapabocas	En caso de detectar durante el examen en Triage riesgo de transmisión por gotas (patologías con secreciones nasales o faríngeas: sepsis, meningitis, epiglotis, neumonía, faringitis, infecciones respiratorias agudas, parotiditis, rubeola, sarampión, varicela, herpes zoster, paciente con VIH + fiebre). Seleccionar la opción y ordenar su uso inmediato.															
	Medidas para paciente inmunosuprimido	Señalar en caso de detectar que se trata de un paciente inmunosuprimido (Ej.: VIH; neoplasias hematológicas, carcinomas extendidos, toma de medicamentos inmunosupresores, radioterapia) y ordenar el uso de tapaboca al paciente, lavado de manos antes y después de tocar el paciente, prácticas de inyección segura.															
Causa externa de la atención	Causa externa de la atención	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Accidente de trabajo</td></tr> <tr><td>Accidente de tránsito</td></tr> <tr><td>Accidente rábico</td></tr> <tr><td>Accidente ofídico</td></tr> <tr><td>Otro tipo de accidente</td></tr> <tr><td>Evento catastrófico</td></tr> <tr><td>Lesión por agresión</td></tr> <tr><td>Lesión autoinflingida</td></tr> <tr><td>Sosp. Maltrato físico</td></tr> <tr><td>Sosp. Abuso sexual</td></tr> <tr><td>Sosp. Violencia sexual</td></tr> <tr><td>Sosp. Maltrato emocional</td></tr> <tr><td>Enfermedad general</td></tr> <tr><td>Enfermedad profesional</td></tr> <tr><td>Otro</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">Seleccione la causa externa de la atención de urgencias.</p>	Accidente de trabajo	Accidente de tránsito	Accidente rábico	Accidente ofídico	Otro tipo de accidente	Evento catastrófico	Lesión por agresión	Lesión autoinflingida	Sosp. Maltrato físico	Sosp. Abuso sexual	Sosp. Violencia sexual	Sosp. Maltrato emocional	Enfermedad general	Enfermedad profesional	Otro
Accidente de trabajo																	
Accidente de tránsito																	
Accidente rábico																	
Accidente ofídico																	
Otro tipo de accidente																	
Evento catastrófico																	
Lesión por agresión																	
Lesión autoinflingida																	
Sosp. Maltrato físico																	
Sosp. Abuso sexual																	
Sosp. Violencia sexual																	
Sosp. Maltrato emocional																	
Enfermedad general																	
Enfermedad profesional																	
Otro																	
Asignación de ubicación	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Urgencias Consultorios</td></tr> <tr><td>Urgencias General Triage</td></tr> <tr><td>Urgencias Gineco Observación</td></tr> <tr><td>Urgencias Gineco Triage</td></tr> <tr><td>Urgencias Observación Bahía</td></tr> <tr><td>Urgencias Observación General</td></tr> <tr><td>Urgencias Observación Pasillo Externo</td></tr> <tr><td>Urgencias Observación Pasillo Interno</td></tr> <tr><td>Urgencias Observación Pediatría</td></tr> <tr><td>Urgencias Observación Procedimientos Mínimos</td></tr> <tr><td>Urgencias Observación Reanimación</td></tr> </table>	Urgencias Consultorios	Urgencias General Triage	Urgencias Gineco Observación	Urgencias Gineco Triage	Urgencias Observación Bahía	Urgencias Observación General	Urgencias Observación Pasillo Externo	Urgencias Observación Pasillo Interno	Urgencias Observación Pediatría	Urgencias Observación Procedimientos Mínimos	Urgencias Observación Reanimación	Se selecciona la ubicación en donde va a ser atendido el paciente				
Urgencias Consultorios																	
Urgencias General Triage																	
Urgencias Gineco Observación																	
Urgencias Gineco Triage																	
Urgencias Observación Bahía																	
Urgencias Observación General																	
Urgencias Observación Pasillo Externo																	
Urgencias Observación Pasillo Interno																	
Urgencias Observación Pediatría																	
Urgencias Observación Procedimientos Mínimos																	
Urgencias Observación Reanimación																	
Observación a la epicrisis	Del sistema viaja por defecto fecha, triage médico, motivo de consulta, enfermedad general, análisis y plan, si considera importante agregar algún dato adicional lo puede hacer.																

Firma	Registre la firma digitalizada y registro médico del profesional que diligencia la historia.
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------



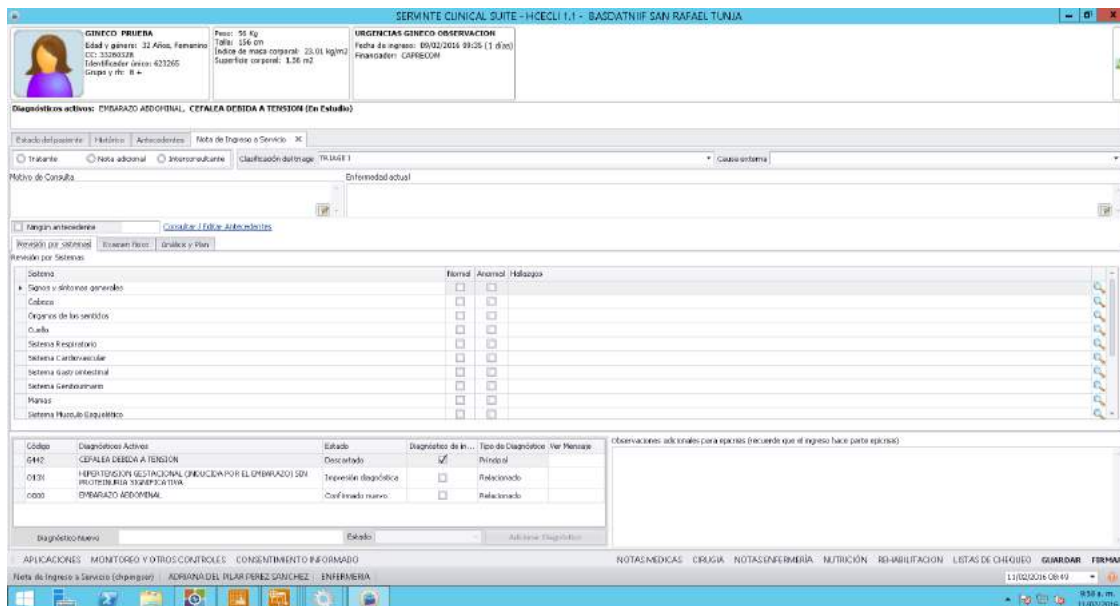
Antecedentes	Prenatales	En los casos de consultas a menores de edad, se interrogará los antecedentes prenatales que incluyen: si el embarazo fue deseado, número de hijos de la madre, edad de la madre al momento del parto, número de controles prenatales, enfermedades durante el embarazo, medicación recibida durante el embarazo.
	Neonatales	En los casos de atenciones a menores de edad, se interrogarán los antecedentes neonatales: vía del parto, edad gestacional al momento del parto, complicaciones intraparto, instrumentación, peso y talla al nacer, APGAR al nacer.
	Patológicos	Registre la información sobre enfermedades sufrida desde su infancia hasta la enfermedad actual precisando la edad, fechas, duración, complicaciones y tratamiento recibido.
	Hospitalarios	Registre la información sobre cirugías previas.
	Quirúrgicos	Hasta donde sea posible anotar el tipo de operación, el hospital donde fue practicada, el nombre del cirujano y el resultado histopatológico.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 43 de 71 Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

	Farmacológicos	Interrogue y registre los medicamentos que ingiere actualmente el paciente especificando el nombre y posología.	
	Epidemiológicos	Registrar contacto con pacientes con enfermedades de interés en salud pública (tuberculosis, hepatitis, dengue), contactos sexuales, contacto con animales, lugar de residencia, tipo de vivienda, etc.	
	Traumáticos	Registre fracturas, caídas, heridas con consecuencias o complicaciones, anotando la fecha del evento y el tratamiento recibido.	
	Tóxicos	Registre el consumo de alcohol describiendo la frecuencia, cantidad, tipo de bebida, duración del consumo. Registre el consumo de tabaco describiendo: cigarrillos o pipa, número consumido diariamente, duración del consumo; interrogue y registre igualmente sobre drogadicción.	
	Alérgicos	Se investigará y registrará sobre la presencia de asma, urticaria, dermatitis de contacto, alergia a alimentos, plumas, pinturas, jabones, cremas colorantes del cabello y medicamentos.	
	Transfusionales	Registre las fechas, cantidades transfundidas, de ser posible registre el tipo de hemocomponente recibido y la razón de la transfusión. Centro hospitalario donde las realizaron y el grupo sanguíneo y factor Rh. Bacteriología registrará los antecedentes de pacientes sensibilizados.	
	Grupo sanguíneo	Registre el grupo sanguíneo del paciente	
	RH	Registre el factor RH del paciente	
	Familiares	Registre causa de muerte de familiares desaparecidos. Edades al fallecer. Estado de salud del padre, la madre, los hermanos. Presencia de enfermedades con tendencia familiar o hereditaria (hipertensión arterial, cardiopatías, coronariopatías, diabetes, tendencia a sangrara, cáncer, gota, asma u otras alergias, epilepsia, demencia, suicidios, etc.).	
	Inmunizaciones	Registre el estado de vacunación del paciente pediátrico, en caso de adultos que han recibido inmunizaciones registre el tipo de vacuna y la fecha.	
	Ocupacionales	Se refiere a las ocupaciones que ha desarrollado el paciente. Investigar por la exposición a polvo, arsénico, disolventes, mala ventilación del lugar de trabajo. Describir las enfermedades profesionales, los accidentes durante el trabajo y las secuelas de los mismos.	
	Ginecobstetricos	MEN	Registre la edad de la menarquia
		CICLOS	Registre la frecuencia x duración de los ciclos menstruales (Ej.: 30x4)
		G	Registre el número de gestaciones
		P	Registre el número de partos vaginales
		C	Registre el número de partos por cesárea

	A	Registre el número de abortos
	V	Registre el número de hijos vivos
	M	Registre el número de mortinatos
	E	Registre el número de embarazos ectópicos
	FUM	Registre la fecha de la última menstruación en el esquema día / mes / año
	Planificación	Anotar el método de planificación familiar, tiempo de uso.
	FPP	En caso de mujeres gestantes registrar la fecha probable de parto en el esquema día / mes / año. Si no aplica escribir: NO APLICA.
	FUP	Registre la fecha de terminación del último embarazo en el esquema día / mes / año.
	Edad gestacional	En caso de mujeres gestantes registre la edad gestacional en semanas.
	No. CPN	En caso de mujeres gestantes registrar el número de controles prenatales a los que ha asistido durante la actual gestación, si no ha asistido registrar: 0.

Ingreso medico a servicio




ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja ¡Nuestra ESEncia, la Vida!
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 45 de 71 Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021


ANAMNESIS	Motivo de consulta	Describa el motivo de consulta, debe consignarse en las frases más breves posibles las quejas del paciente, ya sea usando sus palabras o traduciéndolas a un nombre técnico. No podrá ser la remisión de otra institución o el diagnóstico formulado en otra institución.		
	Enfermedad actual	Registre los detalles referentes a la queja principal anotando el momento en que aparecieron los síntomas, su manera e aparición (brusca o insidiosa) y la forma como han evolucionado; registrar si han aparecido nuevos síntomas o si han cambiado los iniciales en cuanto a la intensidad o carácter se refiere. Realizar el registro de forma cronológica. Registre el análisis de los síntomas, calificándolos en términos de severidad, duración y progreso, síntomas asociados. Si se tiene la impresión de que el paciente padece una enfermedad infecciosa, anote las posibles fuentes de contagio y la fecha de exposición.		
	Antecedentes	Marque con una X la casilla correspondiente a no refiere si el paciente no ha presentado el antecedente interrogado, marque la casilla "positivos", si el paciente refiere el antecedente preguntado y a continuación realice la descripción.		
		Prenatales	En los casos de consultas a menores de edad, se interrogará los antecedentes prenatales que incluyen: si el embarazo fue deseado, número de hijos de la madre, edad de la madre al momento del parto, número de controles prenatales, enfermedades durante el embarazo, medicación recibida durante el embarazo,	
		Neonatales	En los casos de atenciones a menores de edad, se interrogarán los antecedentes neonatales: vía del parto, edad gestacional al momento del parto, complicaciones intraparto, instrumentación, peso y talla al nacer, apgar al nacer.	
		Patológicos	Registre la información sobre enfermedades sufrida desde su infancia hasta la enfermedad actual precisando la edad, fechas, duración, complicaciones y tratamiento recibido.	
		Hospitalarios	Registre la fecha de salida y el diagnóstico final	
		Quirúrgicos	Hasta donde sea posible anotar el tipo de operación, el hospital donde fue practicada, el nombre del cirujano y el resultado histopatológico.	
		Farmacológicos	Interrogue y registre los medicamentos que ingiere actualmente el paciente especificando el nombre y posología.	
		Epidemiológicos	Registrar contacto con pacientes con enfermedades de interés en salud pública (tuberculosis, hepatitis, dengue), contactos sexuales, contacto con animales, lugar de residencia, tipo de vivienda, etc.	
Traumáticos		Registre fracturas, caídas, heridas con consecuencias o complicaciones, anotando la fecha del evento y el tratamiento recibido.		
Tóxicos		Registre el consumo de alcohol describiendo la frecuencia, cantidad, tipo de bebida, duración del consumo. Registre el consumo de tabaco describiendo: cigarrillos o pipa, número consumido		

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja ¡Nuestra ESEncia, la Vida!
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 46 de 71 Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

		diariamente, duración del consumo; interrogue y registre igualmente sobre drogadicción.		
	Alérgicos	Se investigará y registrara sobre la presencia de asma, urticaria, dermatitis de contacto, alergia a alimentos, plumas, pinturas, jabones, cremas colorantes del cabello y medicamentos.		
	Transfusionales	Registre las fechas, cantidades transfundidas, de ser posible registre el tipo de hemocomponente recibido y la razón de la transfusión. Centro hospitalario donde las realizaron y el grupo sanguíneo y factor Rh.		
	Familiares	Registre causa de muerte de familiares desaparecidos. Edades al fallecer. Estado de salud del padre, la madre, los hermanos. Presencia de enfermedades con tendencia familiar o hereditaria (hipertensión arterial, cardiopatías, coronariopatías, diabetes, tendencia a sangrara, cáncer, gota, asma u otras alergias, epilepsia, demencia, suicidios, etc.).		
	Inmunizaciones	Registre el estado de vacunación del paciente pediátrico, en caso de adultos que han recibido inmunizaciones registre el tipo de vacuna y la fecha.		
	Ocupacionales	Se refiere a las ocupaciones que ha desarrollado el paciente. Investigar por la exposición a polvo, arsénico, disolventes, mala ventilación del lugar de trabajo. Describir las enfermedades profesionales, los accidentes durante el trabajo y las secuelas de los mismos.		
	Ginecobstétricos	Menarquia	Registre la edad de la menarquia	
		Ciclos	Registre la frecuencia x duración de los ciclos menstruales (Ej.: 30x4)	
		Formula obstétrica	G	
			P	
			C	
			A	
			V	
			M	
			E	
		Fecha última menstruación	Registre la fecha de la última menstruación en el esquema día / mes / año	
	Planificación	Anotar el método de planificación familiar, tiempo de uso.		
	Fecha y resultado de última citología vaginal	Registre la fecha de realización de la última citología con su resultado.		
	Fecha probable de parto	En caso de mujeres gestantes registrar la fecha probable de parto en el esquema día / mes / año. Si no aplica escribir: NO APLICA.		

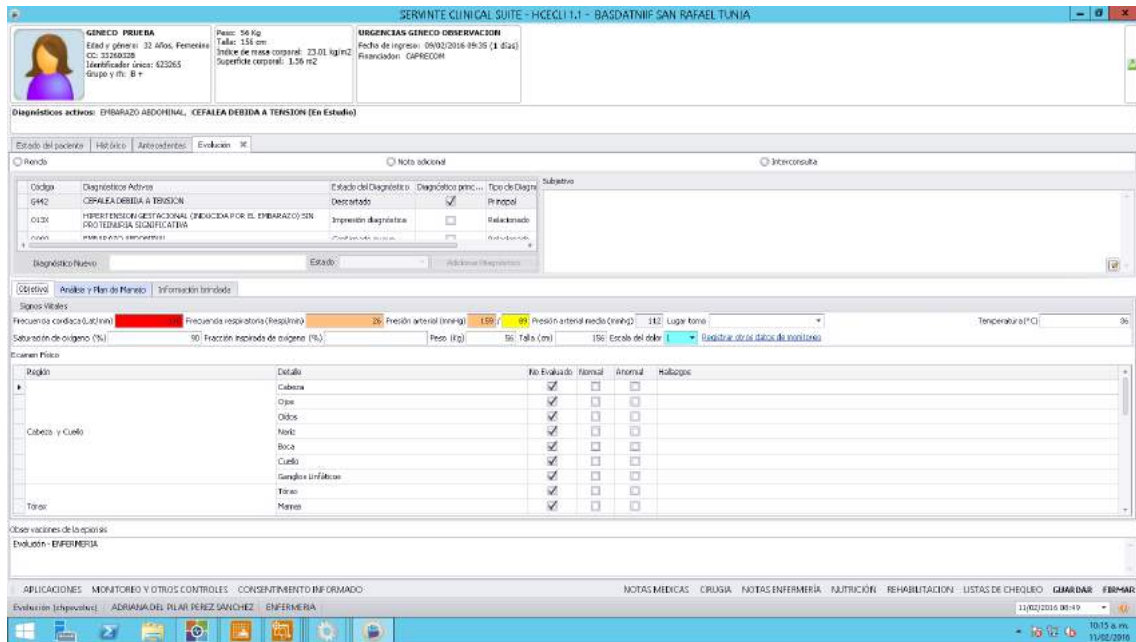
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja <i>¡Nuestra ESencia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 47 de 71 Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

		Fecha de último parto	Registre la fecha de terminación del último embarazo en el esquema día / mes / año.
		Edad gestacional	En caso de mujeres gestantes registre la edad gestacional en semanas. Si no aplica escribir: NO APLICA
		No. Controles prenatales	En caso de mujeres gestantes registrar el número de controles prenatales a los que ha asistido durante la actual gestación, si no ha asistido registrar: 0.
	Revisión por sistemas	Registrar los síntomas positivos encontrados al interrogatorio e la revisión por sistemas. (Síntomas generales, cabeza, ojos, oídos, nariz boca, garganta, cuello, cardiorrespiratorio, mamas, gastrointestinal, genitourinario, ginecobstétricos, venéreas, endocrino, extremidades y locomotor, neuromuscular, neuropsiquiátrico, piel y anexos)	
EXAMEN FÍSICO	Signos vitales	FC	Registre la frecuencia cardiaca del paciente al momento del examen
		FR	Registre la frecuencia respiratoria del paciente al momento del examen
		TA	Registre la tensión arterial del paciente al momento del examen
		TAM	Registre la tensión arterial media del paciente al momento del examen, si no se dispone del monitor, realice el cálculo: TAM: PAD + (PAS - PAD)/3
		Tº	Registre la temperatura en grados centígrados del paciente al momento del examen
		PESO	Registre el peso en kilogramos del paciente al momento del examen
		TALLA	Registre la talla en centímetros del paciente.
		SAT O2	Registre la saturación de oxígeno del paciente al momento del examen
		FIO2	Registre fracción inspirada de oxígeno que recibe el paciente la momento de tomar la saturación.
		GLASGOW	Registre el total obtenido en las 3 valoraciones sumando la respuesta ocular, verbal y motora / 15
	ESTADO DE CONCIENCIA	Registre el estado de conciencia del paciente al momento de ingreso a internación: alerta, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.	
	APARIENCIA GENERAL	Registre la apariencia general del usuario al ingreso: edad aparente del enfermo, estado nutricional, posición en la cama, musculatura, estado mental, marcha, lenguaje, en términos generales todo aquello que no pertenezca a un sistema particular.	
	CABEZA / CUELLO	Marque con una X cada uno de los ítems como normal o anormal, en caso de detectar anomalías al examen físico registre los hallazgos en la descripción. En caso de que no sea pertinente alguna evaluación, registre: NO PERTINENTE EL EXAMEN.	
	TÓRAX / CARDIOPULMONAR		
CARDIOPULMONAR			
ABDOMEN			
GENITOURINARIO			
EXTREMIDADES			
NEUROLÓGICO			
PIEL Y FANERAS			
ESFERA MENTAL			

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

	OTROS	Espacio para registrar otros hallazgos al examen físico
RESULTADOS AYUDAS DIAGNOSTICAS		Registre el resultado e interpretación de las ayudas diagnósticas que aporta el paciente al momento del ingreso.
ANÁLISIS		Registre un resumen de los síntomas y signos que se encontraron, con base en la anamnesis y el examen físico registre los razonamientos en que se destaque aquellos puntos que apoyan el diagnóstico, pero consigne también los puntos que no lo apoyan o que aparentemente lo contradicen.
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA / DIAGNOSTICO		Registre la impresión diagnóstica o el diagnóstico, en primer lugar el diagnóstico por el cual ingresó el paciente, posteriormente los diagnósticos relacionados a la patología de ingreso y los de patologías diferentes a la hospitalización, en orden de prioridad.
PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO		Registre el plan a seguir durante la hospitalización, incluyendo la justificación de internación. Se debe mencionar cuales exámenes o exploraciones se consideran necesarios para confirmar el diagnóstico o para valorar el estado fisiopatológico del paciente, nunca registre "exámenes de rutina". Todo examen debe estar respaldado en consideraciones que lo justifiquen. Esbozar las distintas clases de tratamiento (medicamentoso, dietético, psicológico, profiláctico, de rehabilitación) que se deben iniciar en el paciente con base en las hipótesis diagnósticas.
INFORMACIÓN SUMINISTRADA AL PACIENTE Y LA FAMILIA		Registre un resumen de las recomendaciones y la información dada al paciente o la familia: explicación de la enfermedad, pronóstico, tratamiento, alternativas de tratamiento.
	Constancia del recibido de la información	Una vez suministrada la información la paciente o familiar, deben firmar y escribir su número de identificación como constancia del recibido. En caso de haber suministrado la información a un familiar o en caso de un menor de edad, el familiar debe escribir la relación de parentesco con el paciente.

- **Nota de evolución**



SERVICIO CLÍNICO SUITE - HCECLI.1.1 - BASDATNIF SAN RAFAEL TUNJA

GENERO: FEMEA
 Edad y género: 32 Años, Femenina
 CC: 33260228
 Identificador único: 422865
 Grupo y lit: B +

Urgencias GENCO OBSERVACION
 Peso: 56 kg
 Talla: 155 cm
 Índice de masa corporal: 23.01 kg/m2
 Superficie corporal: 1.59 m2
 Fecha de ingreso: 09/10/2016 08:35 (L 0544)
 Filiación: CAPRECOR

Diagnósticos activos: EMBARAZO ABDOMINAL, CEFALEA DEBIDA A TENSION (En Estudio)

Diagnóstico Activo: G442 CEFALEA DEBIDA A TENSION
 Estado del Diagnóstico: Descartado
 Diagnóstico princ.:
 Tipo de Diagn:
 Subjetivo:
 Impresión diagnóstica:
 Relacionado:

Signos Vitales:
 Frecuencia cardiaca (b/min): 110 Frecuencia respiratoria (Respiros): 20 Presión arterial (mmHg): 110/70/70 Presión arterial media (mmHg): 71 Lugar toma: 112 Temperatura (°C): 36
 Saturación de oxígeno (%): 95 Fracción inspirada de oxígeno (%): 21 Peso (kg): 56 Talla (cm): 155 Escala del dolor: 1 Registrar otros datos de monitoreo

Región	Detalle	No Evaluado	Normal	Anormal	Holgos
Cabeza y Cuello	Cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ojos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oídos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nariz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Boca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tórax	Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Signos vitales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mamas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observaciones de la historia:
 Evolución - ENFERMERIA


APLICACIONES: MONITOREO Y OTROS CONTROLES - CONSENTIMIENTO INFORMADO
NOTAS MÉDICAS: CIRUGIA - NOTAS ENFERMERIA - NUTRICIÓN - REHABILITACIÓN - LISTAS DE CHEQUEO - CAMARINER - FERMAR

Evaluación (Ingresos): ADRIANA DEL PILAR PEREZ SANCHEZ - ENFERMERA

11/10/2016 00:19
 10:15 a.m.
 11/10/2016

La evolución médica deberá consignarse por parte del médico tratante, como mínimo, una nota diaria. Aplica para los controles realizados en el servicio de consulta externa, para el caso del servicio de urgencias; en los eventos en que la atención sea en el área de observación se debe consignar una evolución médica cada seis (6) horas (Resolución 260 de 16 de octubre de 2013 modelo de prestación de servicios) y para el caso de reanimación se debe consignar una evolución médica cada tres (3) horas.

- Se diligenciará evolución en el formato institucional de evolución médica.
- Adicionalmente se verificaran y colocaran los datos citados previamente como encabezado de formato, si nos los tuviere el registro.
- Se anotará y/o verificara fecha de atención en esquema: día, mes, año
- Se anotará y/o confirmara hora militar de atención
- Anotar y/o confirmar encabezado de la nota de evolución, el cual contendrá:
 - Nombre del servicio que realiza la nota de evolución
 - Día de hospitalización y/o postoperatorio
 - Diagnósticos principales y relacionados. En primer lugar el diagnóstico por el cual el paciente se encuentra hospitalizado y posteriormente los diagnósticos relacionados y los de patologías diferentes a la hospitalización, enumerados en orden de prioridad
- **SUBJETIVO:** Documentar los síntomas y datos relevantes que manifiesta el paciente.
- **OBJETIVO:** Realizar examen físico completo que incluya siempre la toma de signos vitales.
- **ANÁLISIS:** Debe incluir los resultados de los estudios diagnósticos realizados con su interpretación clínica y el análisis de la evolución del paciente teniendo en cuenta la anamnesis, examen físico y resultados de las ayudas diagnósticas.
- **PLAN:** Documentar el plan de manejo y la solicitud de procedimientos diagnósticos.
- **INFORMACIÓN:** Incluir un resumen de las explicaciones o información dada al paciente o familiar acerca de su enfermedad y de los procedimientos a que va a ser sometido.
- **JUSTIFICACIÓN ESTANCIA:** Documentar la justificación de la estancia hospitalaria, incluyendo la indicación, cambios y continuidad del manejo.
- Firma digitalizada o firma y sello del médico tratante.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>Tunja</small> <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

CONSIDERACIONES ESPECIALES

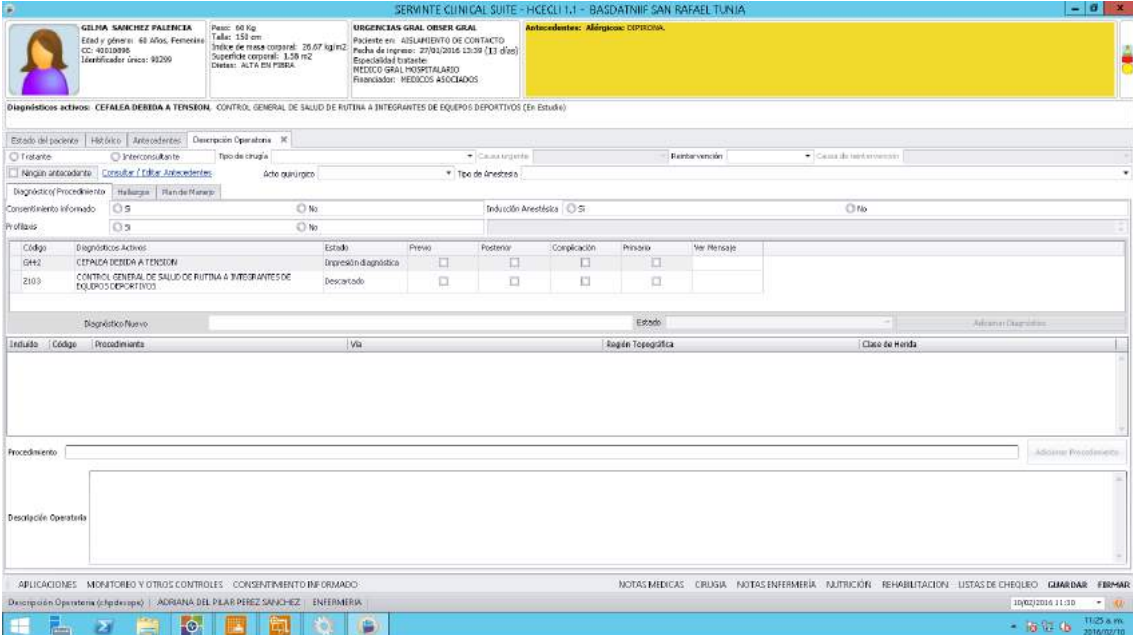
Acorde al decreto 2376 de 2010 en su artículo 10 define " *PARÁGRAFO 3.- Las actividades realizadas por los estudiantes de programas académicos de pregrado que requieran ser registradas en la Historia Clínica del paciente u otros registros, deberán ser consignadas por el profesional responsable y respaldadas con su firma, nombre y registro profesional.* El personal en formación autorizado para apoyar el diligenciamiento de la Historia Clínica consignara la información en los formatos establecidos y serán sujetos a verificación y validación por el especialista. El especialista debe registrar la hora de su atención, y la nota de su ronda independientemente de la hora a la cual el personal en formación haya realizado la valoración del paciente para los casos de los registros físicos, en el manejo de Historia Clínica por sistema el interno realizara la nota en la historia del paciente y será responsabilidad del especialista a cargo del paciente la verificación, ajustes y firma de dicha nota.

La ESE Hospital San Rafael Tunja, define que solo el personal docente que se encuentra incluido en los convenios docente – asistenciales suscritos por la institución, puede intervenir como parte del equipo de atención en salud del paciente. En caso tal, dejara constancia en la Historia Clínica de su intervención y firmara las anotaciones con fecha y hora de realización, sello que identifique su profesión y la institución formadora a la cual pertenece.

- **Registros de procedimientos**

Se diligenciará en el formato institucional de evolución médica en servicios aun con Historia Clínica Física, en los servicios con Historia Clínica Electrónica se diligenciará la plantilla de nota de procedimiento no quirúrgico o plantilla de descripción operatoria según corresponda.

- Encabezado del formato: Diligenciar y/o verificar
 - 1er apellido, 2do apellido y nombres del paciente
 - Número de Historia Clínica
 - Edad en años, meses o días.
 - Sexo del paciente
 - Servicio
 - Número de cama
- Fecha de registro en esquema: día, mes, año
 - Hora militar de registro
 - Verificar y /o encabezar la anotación con el título Procedimiento
 - Anotar y/o verificar el Nombre de quien realiza el procedimiento
 - Anotar y/o verificar el Cargo de quien realiza el procedimiento
 - Anotar y/o verificar el Nombre del procedimiento
 - Anotar el Tipo de anestesia
 - Describir el Procedimiento
 - Describir complicaciones presentadas durante el procedimiento
 - Firma digitalizada o firma y sello del profesional que hace el registro



SERVICIO CLÍNICO SUITE - HCECLI-1.1 - BASDATNIF SAN RAFAEL TUNJA

CELENA SANCHEZ PALENCIA
 Edad y género: 63 Años, Femenino
 CC: 4010995
 Identificador único: 93299

Peso: 60 kg
 Talla: 153 cm
 Índice de masa corporal: 26.07 kg/m²
 Suficiente respiración: 1.29 Hz
 Datos: ALTA EN PISBA

URGENCIAS GRAL OBSER GRAL
 Paciente en: ASISTIMIENTO DE CONTACTO
 Fecha de ingreso: 27/04/2016 13:39 (13 días)
 Especialidad hospital: MEDICO GRAL HOSPITALARIO
 Financiador: MEDICOS ASOCIADOS

Antecedentes: Alérgicos controlados

Diagnósticos activos: CEFALEA DEBIDA A TENSION CONTROL GENERAL DE SALUD DE RUTINA A INTEGRANTES DE EQUIPOS DEPORTIVOS (En Estudio)

Estado del paciente: Habitual Antecedentes Descripción Operativa

Tipo de ingreso: Consulta Intercambiable Tipo de cirugía Emergencia Casa de recuperación Casa de rehabilitación

Diagnóstico(Procedimiento): Ningún antecedente Causar / Falle / Antecedentes

Acto quirúrgico: Tipo de anestesia:

Consentimiento informado: Si No Inducción Anestésica: Si No

Prótesis: Si No

Código	Diagnósticos Activos	Estado	Previo	Postero	Complicación	Previo	Ver Mensaje
G44	CEFALGIA DEBIDA A TENSION	Descripción diagnóstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Z103	CONTROL GENERAL DE SALUD DE RUTINA A INTEGRANTES DE EQUIPOS DEPORTIVOS	Descartado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Diagnóstico Nuevo: Estado: Añadir Diagnóstico

Instituto: Código: Procedimiento: Vía: Región Topográfica: Clase de Herida:

Procedimiento: Añadir Procedimiento

Descripción Operativa:

APLICACIONES: MONITOREO Y OTROS CONTROLES - CONSENTIMIENTO INFORMADO NOTAS MEDICAS - CIRUGIA - NOTAS ENFERMERIA - NUTRICION - REHABILITACION - LISTAS DE CHEQUEO - GUARDAR - IMPRIMIR

Descripción Operativa (Epicrisis) - ADRIANA DEL PILAR PEREZ SANCHEZ - ENFERMERIA

10/02/2016 11:30

TUNJA - Vn 2016/02/10

- Epicrisis

Se generara la epicrisis cuando un paciente llega al final de su hospitalización, el médico deberá realizar un resumen de egreso de acuerdo a los contenidos establecidos por el anexo técnico No 2 de la resolución 3374 del 2000. El documento será firmado por el médico tratante o por el médico hospitalario de piso.

En los servicios con implementación de la Historia Clínica esta se generara de manera automática cuando se va diligenciando la Historia Clínica.

El resumen de Historia Clínica o Epicrisis, como soporte de la factura de venta de servicios de salud, contendrá los siguientes datos mínimos:

Datos mínimos:

- **De identificación**
- Nombres y apellidos
- Tipo y número de identificación y/o número de Historia Clínica
- Edad
- Sexo
- Servicio de ingreso
- Fecha y hora de ingreso
- Servicio de egreso
- Fecha y hora de egreso

- **Del ingreso**
- Motivo de la solicitud del servicio (percepción del usuario)
- Estado general al ingreso (especialmente cuando sea una urgencia)
- Enfermedad actual
- Antecedentes
- Revisión por sistemas, relacionada con el motivo que originó el servicio
- Hallazgos del examen físico

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	Página 52 de 71
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021



- Diagnóstico: incluir los presuntivos, confirmados y relacionados
- Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico

De la evolución

- Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo (se deben incluir complicaciones, accidentes u otro eventos adversos que haya surgido durante la estancia en el servicio de urgencia o de hospitalización)
- Resultados de procedimientos diagnósticos, que justifiquen los cambios en el manejo y en el diagnóstico
- Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten

Del egreso

- Diagnósticos presuntivos, principales y relacionados confirmados
- Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad funcional si la hubiere
- Plan de manejo ambulatorio

Del médico que elaboró la epicrisis

- Nombres y apellidos legibles
- Firma
- Número del registro

Epicrisis urgencias

Si el paciente no amerita valoración especializada, el médico general del servicio de urgencias determinará de acuerdo a la evolución la salida del paciente, en lo posible dentro de las primeras seis horas de estancia en la institución, colocando claramente la conducta adoptada, el manejo instaurado y las recomendaciones y signos de alarma.

Si el paciente fue valorado por especialista y define alta de urgencias el procedimiento a realizar será similar al mencionado anteriormente.

Si se define hospitalización y se encuentra esta orden dentro del mismo día del ingreso se realizará la orden de hospitalización y las prescripciones que el paciente requiera.

Si el paciente valorado por la especialidad requiere por su condición clínica continuar en observación dicha especialidad emitirá las órdenes médicas y realizará el seguimiento del paciente, definirá la conducta.

Ordenes médicas

Antes de escribir una orden medica asegúrese de que se encuentra en el formato y en la plantilla respectiva está debidamente marcada con la identificación del paciente. El no tener esta precaución hace a quien escriba la orden responsable del uso indebido o equivocado de la misma.

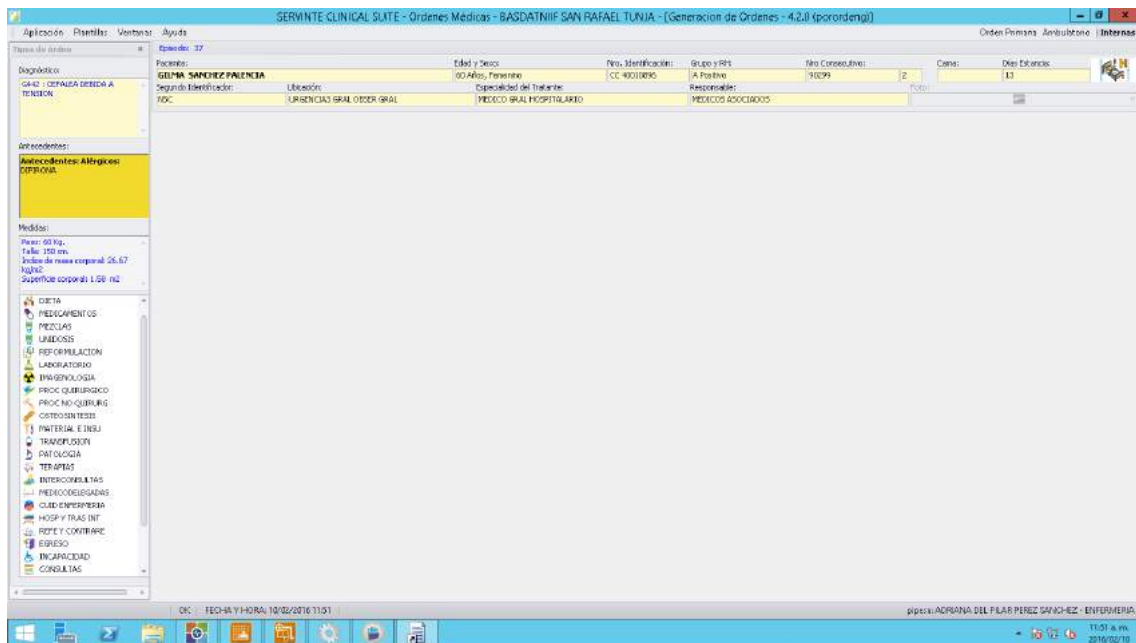
En los registros físicos:

- Toda orden médica debe escribirse con bolígrafo o pluma con fuerza necesaria para que la copia sea perfectamente legible en los tres formatos de órdenes médicas.

- Inicie la formulación escribiendo la fecha y hora.
- Las órdenes médicas deberán llevar la firma, registro y sello del profesional responsable.
- Se debe respetar los espacios destinados para cada campo y se deben diligenciar en forma completa.
-

En la Historia Clínica Electrónica:

- Se debe ingresar a link de órdenes, señalar el tipo de orden a emitir y diligenciar la plantilla en su totalidad.

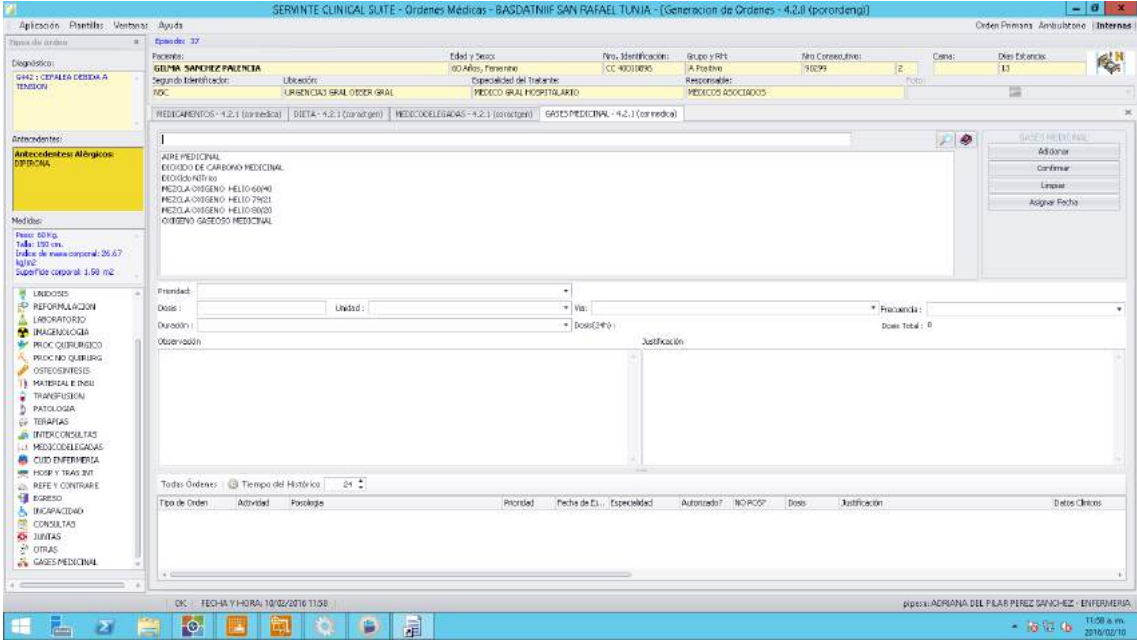


Las ordenas médicas deben contener los siguientes puntos:

- **DIETA:** Debe prescribirse con precisión de dieta establecida.

- **ACTIVIDAD:** Especificar claramente el nivel de actividades física que el paciente puede desarrollar.
- **POSICIÓN DEL PACIENTE:** Describir los requerimientos posicionales del paciente durante la estancia (Cabecera 30°, Sentado, Movilización).

- **OXIGENO:** Si se requiere, se debe especificar mecanismos de administración y dosificación (concentración) del mismo.



- **LÍQUIDOS ENDOVENOSOS Y MEDICAMENTOS:** Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la Historia Clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos:

- . Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
- . La prescripción debe ser en letra clara y legible, para los registros escritos manualmente, de igual manera los registros electrónicos deben ser claros y legibles, con las indicaciones necesarias para su administración.
- . Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.
- . No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución.
- . La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario)

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>HOSPITAL San Rafael Tunja</small> <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.

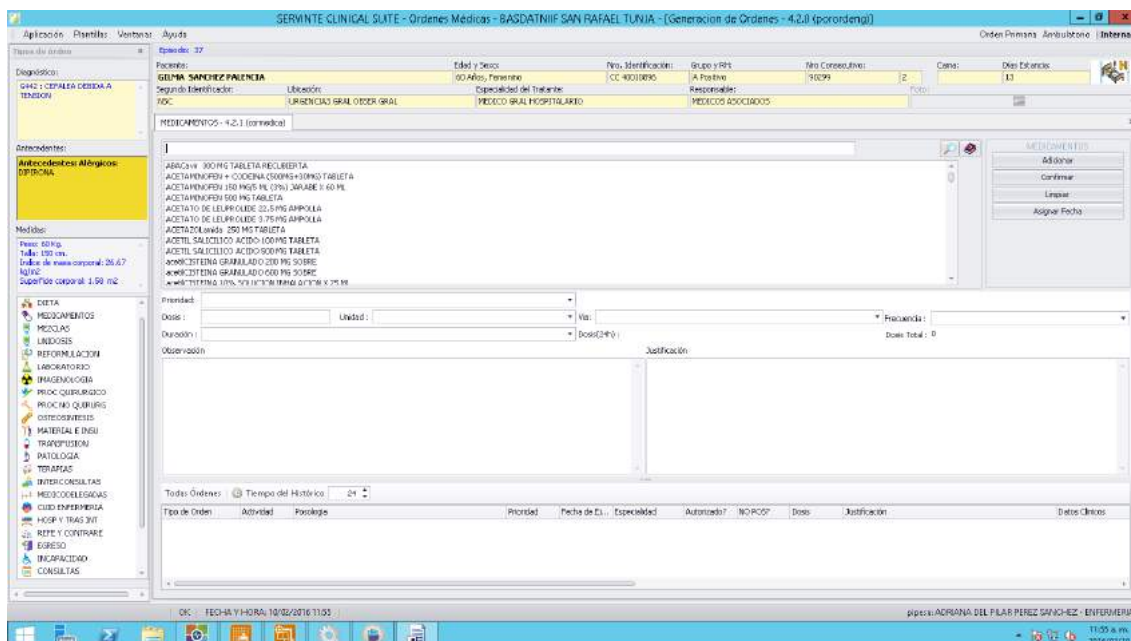
. La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.

. La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.

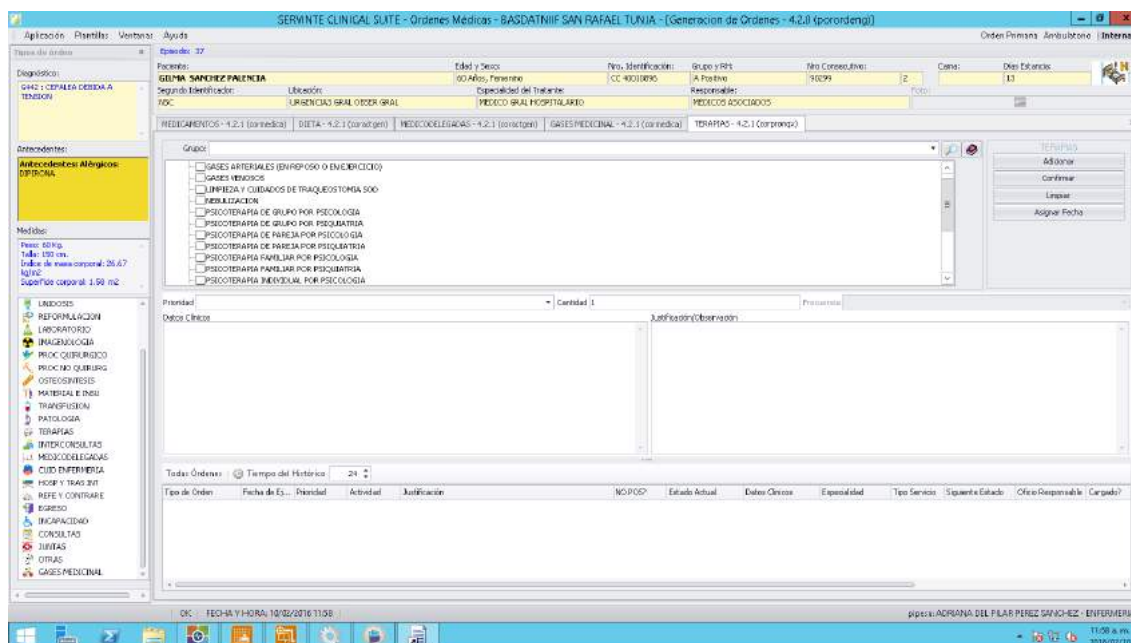
. Cuando se trate de medicamentos en infusión o preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.

Contenido de la prescripción. La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:

- Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
- Lugar y fecha de la prescripción.
- Nombre del paciente y documento de identificación.
- Número de la Historia Clínica.
- Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
- Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
- Concentración y forma farmacéutica.
- Vía de administración.
- Dosis y frecuencia de administración.
- Período de duración del tratamiento.
- Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
- Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
- Vigencia de la prescripción.
- Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.



- CUIDADOS ESPECIALES: Si los hay deben quedar consignados (terapias respiratorias, terapia física, terapia ocupacional) y demás ordenes medico delegadas que considere pertinente.



- LABORATORIOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS: Toda orden de estudios paraclínicos debe contener en formato aparte los datos de identificación del paciente: nombre, número de Historia Clínica, fecha, con respecto a laboratorios se debe escribir la lista de todos los exámenes ordenados.



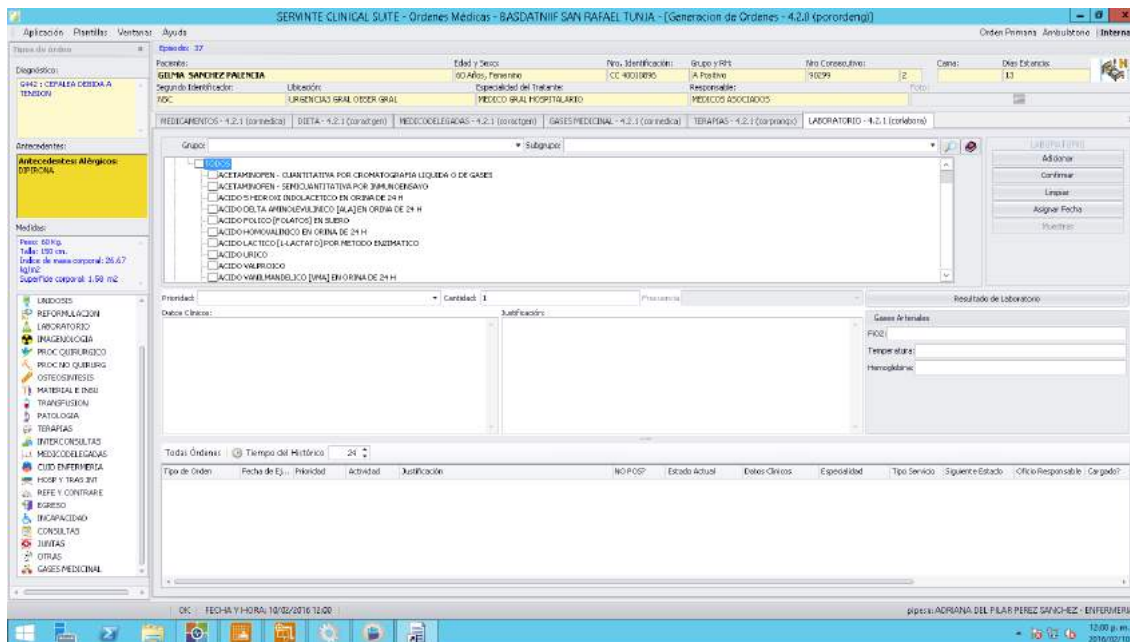
CÓDIGO: AHC-M-01

MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

Página 58 de 71

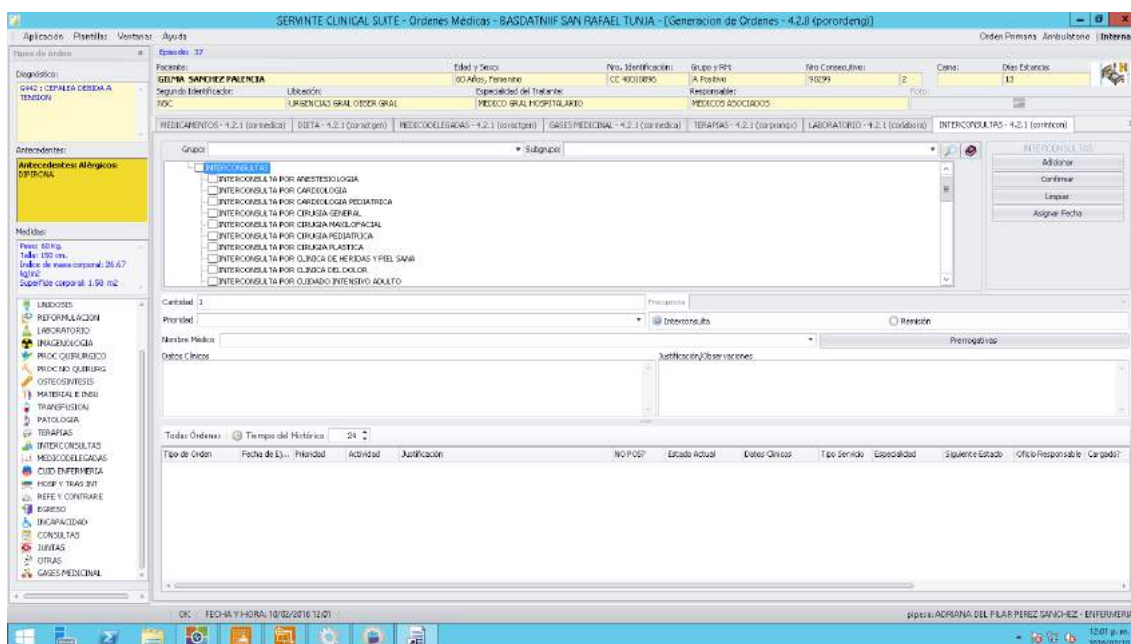
Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021


Versión: 02



Se realizara impresión de las órdenes y de los reportes de exámenes de laboratorio, radiología, patología, apoyos diagnósticos, hasta que se tenga consolidada la interface del Sistema de Servinte Clinical Suite con los Sistemas de Información de Radiología (Agility) y Laboratorio (Enterprise) con que cuenta el Hospital para su normal funcionamiento.

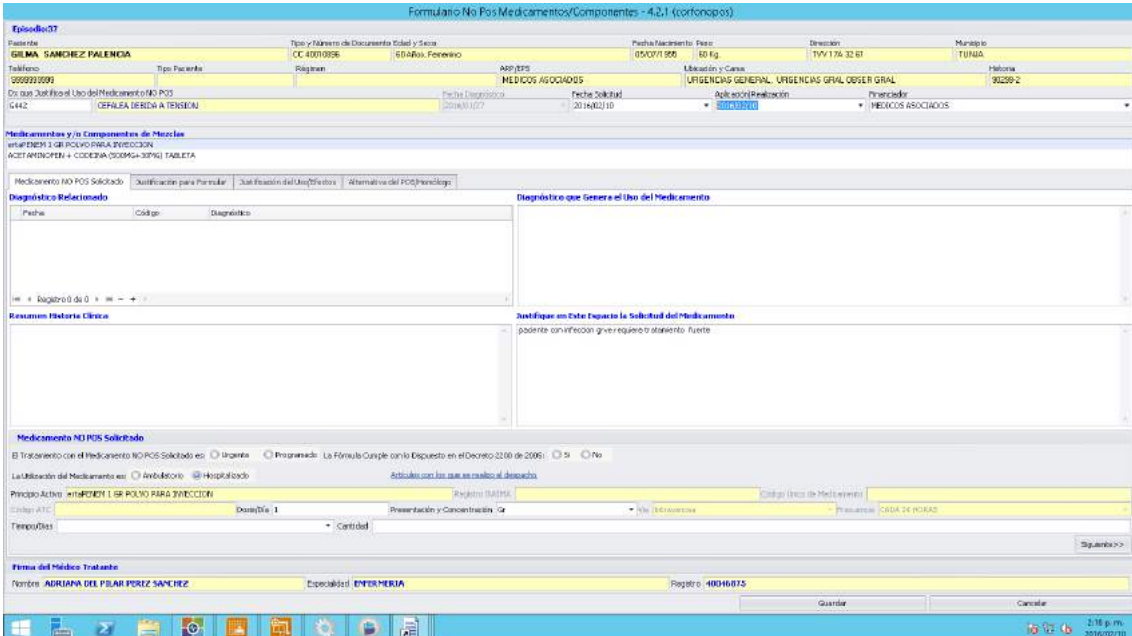
- INTERCONSULTA: Nombre del servicio y del profesional al cual se solicita participación en el manejo del paciente.



ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 ¡Nuestra ESEncia, la Vida!
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		

- **SIGNOS VITALES:** Frecuencia con que el médico quiere que se le tomen y registre los signos vitales. Se formula de manera electrónica, en actividades medico delegadas.
- **ORDENES ESPECIALES.** Si las hay deben quedar consignadas (Aislamiento, inmovilización, tracción, entre otros).


MEDICAMENTOS NO POS: Al formular un medicamento verifique si está o no incluido en el manual del POS. Si no está incluido en el manual del POS, debe diligenciar el formato autorización de medicamentos NO POS.



2.3 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 y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la Historia Clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el Hospital establezca para tal fin, en la Historia Clínica Electrónica, los reportes de los

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

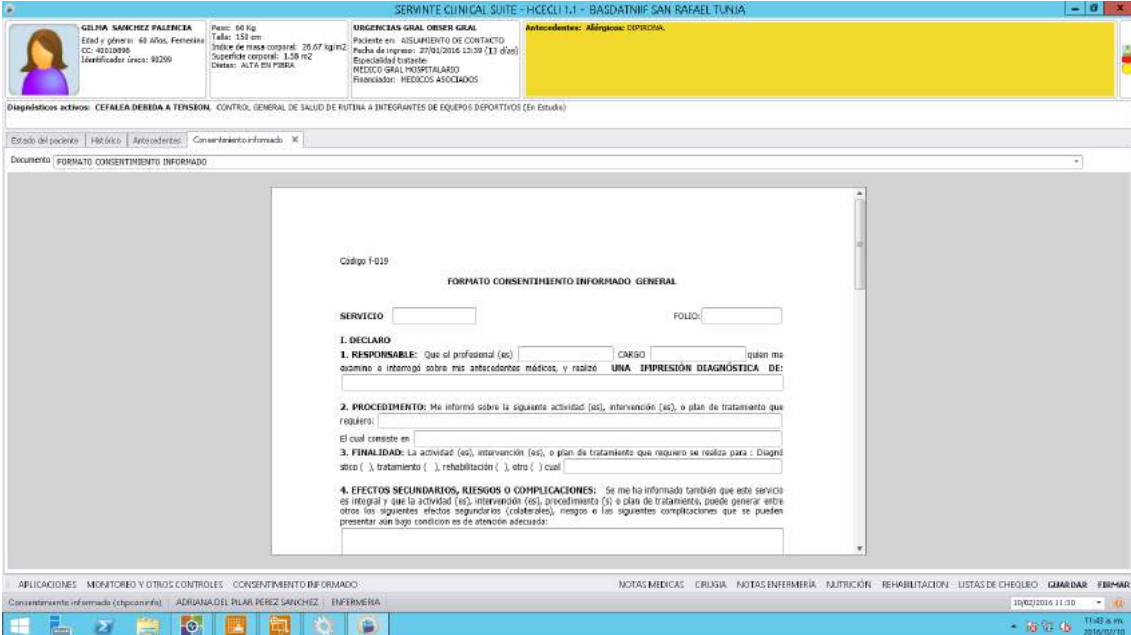
exámenes solicitados ingresaran por interface y quedara registro de ellos allí, esto no reemplaza la interpretación que debe hacer el medico de ellos.

En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas, también deberán consignarse en el registro específico de exámenes paraclínicos, en la Historia Clínica Electrónica tendrán un manejo que los laboratorios, los reportes ingresaran por interface y requieren interpretación médica. Las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la Historia Clínica con la firma del paciente, en la Historia Clínica Electrónica se escaneará esta hoja, para registro de firma.

En todo caso el Hospital San Rafael será el responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la Historia Clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas.

- Consentimiento informado


Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de una paciente o su responsable legal de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Es una autorización dada por el paciente o su representante legal sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, cualquier alternativa disponible. Quedando constancia de la anuencia mediante la firma de un documento. (Ver AHC-PR-07 Procedimiento Consentimiento informado).

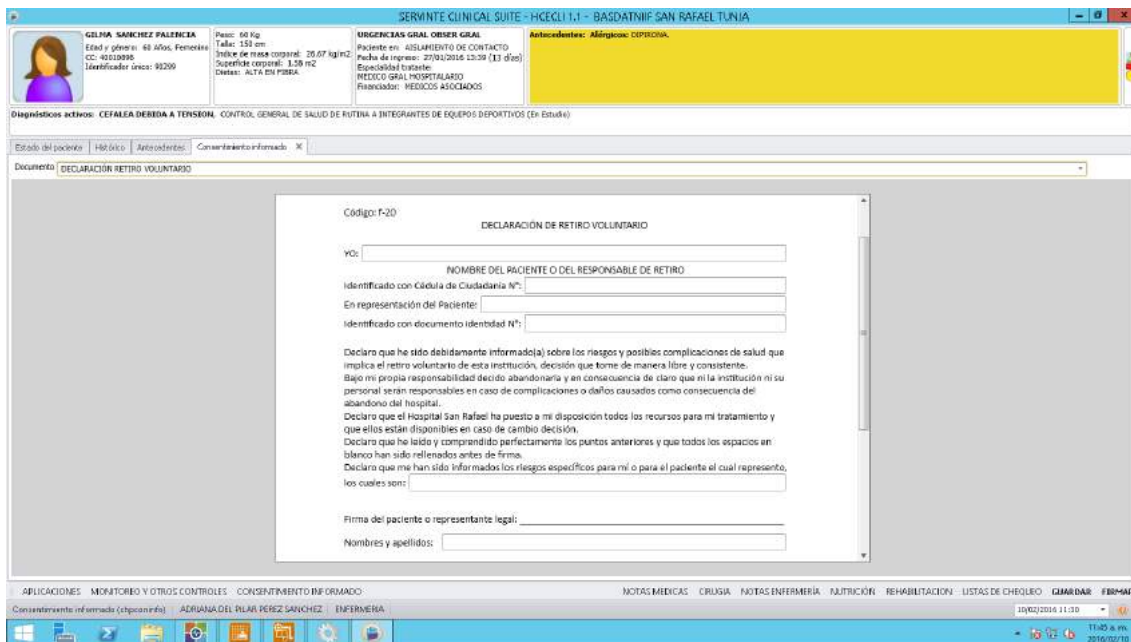


The screenshot shows a medical software interface for 'SERVIMTE CLINICAL SUITE - HCEGLI-1-1 - BASDATNIF SAN RAFAEL TUNJA'. The patient information includes: **CELIA SANCHEZ PALENCA**, 63 years old, female, 60 kg, 153 cm, BMI 26.07 kg/m². The patient is in 'ASILIAMIENTO DE CONTACTO' since 27/04/2016. The form displayed is 'FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL' with sections for: 1. RESPONSABLE (Professional and Patient), 2. PROCEDIMIENTO (Activity/Intervention/Plan), 3. FINALIDAD (Purpose), and 4. EFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS O COMPLICACIONES (Secondary effects, risks, or complications).

- **Declaración de retiro voluntario**

Previa disposición de todos los recursos para el tratamiento del usuario y bajo la responsabilidad de él paciente y/o su representante legal, decide abandonar y en consecuencia declara que ni la institución ni su personal serán responsables en caso de complicaciones. El usuario Declara que he sido informado acerca de los riesgos para su vida (o para la persona a la cual represente), por la decisión del alta voluntaria la cual tomo de manera libre y consciente. Declara que el Hospital San Rafael de Tunja ha puesto a su disposición todos sus recursos para su tratamiento (o el de mi representado) y que el Hospital está disponible en caso de cambio de decisión. Si el usuario o representante legal decidiera cambiar de parecer, puede ingresar nuevamente a la institución. La presente norma no aplica para menores de edad que estén en vulnerabilidad, y se velar por los derechos de los menores por orden médica pediátrica. (Ver AHC-PR-06 Procedimiento Retiro voluntario).

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja <i>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</i>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		



The screenshot shows a medical software interface for 'SERVINTY CLINICAL SUITE - HCEGL1.1.1 - BASDATNIF SAN RAFAEL TUNJA'. The patient information includes: GELMA SANCHEZ PALACIOS, 68 años, Femenino, CC: 40210995, Identificador único: 93290. Vital signs: Peso: 90 kg, Talla: 153 cm, Tensión de masa corporal: 26,07 kg/m², Saturación oxígeno: 93,29 %, Datos: ALTA EN FIEBRE. The patient is in 'AISLAMIENTO DE CONTACTO' with a date of admission of 27/04/2016 13:39 (13 días). The attending physician is 'MEDICO GRAL HOSPITALARIO' and the financier is 'MEDICOS ASOCIADOS'. The active diagnosis is 'CEFALEA DEBIDA A TENSION'. The document being viewed is 'DECLARACION RETIRO VOLUNTARIO'. The form contains fields for patient or responsible party name, identification numbers, and a declaration of informed consent regarding the voluntary withdrawal from the institution. The form is signed by 'ADRIANA DEL PILAR PEREZ SANCHEZ' on 10/02/2016 at 11:30.

CAPÍTULO VI

ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

1. OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO

El Hospital San Rafael cuenta con archivo único de Historias Clínicas en las etapas del archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el acuerdo 07 de 1994 referente a Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

2. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La custodia de la Historia Clínica está a cargo del Hospital San Rafael de Tunja, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. Ver Procedimiento PR-01 V. 02

La entrega de copias al paciente cuando lo solicite se realiza única y exclusivamente para fines procedentes según la ley. En la Sentencia T443 de 1994 de la Corte Constitucional se expresa: *"Las instituciones de salud tienen el deber especial de mantener archivos de información relevante que asegure a la persona conocer plenamente cuál era su situación y cómo se*

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

procedió en el caso específico, así como la obligación de suministrarle toda la información personal cuando este la solicite”.

Como parte de la custodia de la Historia Clínica, está prohibido retirar la Historia Clínica Física de los servicios de hospitalización fuera de los casos en que se realiza traslado del paciente o durante su proceso de facturación, o en casos específicos de gestión de los comités institucionales. En todo caso, se dejará registro de la entrega de la Historia Clínica para su traslado.

El Institución podrá entregar copia de la Historia Clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.


Mientras un paciente se encuentre hospitalizado la custodia de la Historia Clínica recae sobre la enfermera jefe del servicio y/o auxiliares de turno, las cuales deben entregar las Historias Clínicas al turno.

La custodia de la Historia Clínica en consulta externa recae sobre la auxiliar de enfermería de consulta externa las cuales deben entregar las Historias Clínicas a Archivo. Para el caso de rehabilitación recae sobre el auxiliar administrativo de rehabilitación.

Queda prohibido que el personal paramédico, auxiliar o administrativo ponga a disposición del paciente o de terceros, documentos relacionados con la Historia Clínica. En ningún caso los pacientes, ni sus familiares o amigos se constituirán en mensajeros de ninguna de los componentes de su historia. No obstante, por pertenecer al paciente lo relatado en la Historia Clínica y porque el médico, en equipo de salud y la Institución son apenas guardianes de este documento, este si es competente y tiene derecho a conocer el contenido de la historia, a solicitar copias y a adelantar trámites personales relacionados con la misma.

3. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN

La Historia Clínica debe conservarse por un periodo mínimo de veinte (20) año contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de la conservación, la Historia Clínica podrá destruirse.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

4. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Los archivos de Historias Clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medio ambientales, y materiales, propias para tal fin de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, Ley 594 de 2000, Acuerdo 049 de 2000 del AGN o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

5. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja cuenta con un área restringida para el archivo de Historias Clínicas, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las Historias Clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Los programas automatizados que se diseñan y utilizan para el manejo de las Historias Clínicas Sistematizada en la ESE, así como sus equipos y soportes documentales, están provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica Electrónica una vez se registren y guarden los datos. Cuentan con características de confidencialidad, integridad y disponibilidad.

Se tienen medidas de seguridad como:

- Creación de usuarios en el Sistema de Historia Clínica a los funcionarios que para la realización de su función requieran manejar la el Software.
- Control e inactivación de los usuarios no vigentes en el Sistema.
- El uso del usuario, clave, firma digitalizada y las actividades registradas en el Sistema con el mismo; es responsabilidad del funcionario asignado.
- Las actividades podrán ser objeto de seguimiento, mediante los registros o campos de auditoría generados por el mismo sistema.
- Seguridad de la infraestructura principal de servidores:
 Los servidores, aplicaciones y demás infraestructura que apoya la Historia Clínica Electrónica, está ubicada en el centro de datos principal de la Institución bajo políticas de seguridad de la información y restricciones de acceso físico y lógico.
 El acceso al centro principal de datos estará supervisado y se hará mediante mecanismos tarjeta de proximidad y lector biométrico de huella digital.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

6. COPIA Y SEGURIDAD DE REGISTROS ELECTRONICOS

Se realizan copias de seguridad de la Base de Datos del Sistema de Historia Clínica por el área de Tics, estas se programan de manera automática y a distintas horas del día de acuerdo a las políticas de seguridad del área.

Copias diarias: Se realizan 4 copias diarias manteniendo en cinta la última copia de cada día (1 copia diaria en cinta) y estas a su vez se mantienen por los 7 días de la semana.

Copias Semanales: Se realiza una copia semanal en cinta por cada semana del mes (4 o 5 copias depende del mes). Manteniendo en cinta la última copia del mes.

Copias Mensuales: Al finalizar el mes se mantiene en cita la última copia semanal realizada. Se mantiene una copia mensual durante el año en curso (12 copias mensuales).

Copias Anuales: Al finalizar el año se toma la última copia realizada del año en curso y se conserva en cinta de manera permanente para el archivo. Las demás copias diarias, semanales y mensuales realizadas se irán reemplazando.

7. ACCESIBILIDAD A LA HISTORIA CLÍNICA.

Cuando se requiera información sobre la atención de un paciente para efectos diferentes de los estrictamente legales o científicos, se refiere al resumen de atención de los pacientes hospitalizados, documento obligatorio para las IPS establecido en la Resolución 3905 de 1994. La Epicrisis, que según la Resolución 3374 de 2000 debe ser un soporte de la facturación, contiene información sobre las condiciones de un paciente; el hecho de que circule para estos efectos fuera de la Institución de Salud, no viola el derecho a la intimidad de los pacientes, puesto que los datos allí registrados tiene protección suficiente sobre su divulgación y son necesarios para las acciones del Ministerio de Salud relacionadas con la información para decisiones en beneficio de la comunidad (Sentencia del Consejo de Estado 6203 del 4 de mayo de 2001).

En casos de solicitudes de copia de Historia Clínica se debe aplicar el Procedimiento de solicitud de copia de Historia Clínica en Consulta Externa e Internación. AHC-PR-05

8. FOLIACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La foliación en documentos de archivo es imprescindible en los procesos de organización archivística. Tiene dos finalidades principales: controlar la cantidad de folios de una unidad de conservación dada (carpeta, legajo, etc.) y controlar la calidad, entendida esta última como respeto al principio de orden original y la conservación de la integridad de la unidad documental o unidad archivística. En tanto se cumplan estas finalidades, la foliación es el respaldo técnico y legal de la gestión administrativa. La foliación es requisitos ineludibles para las transferencias

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Página 66 de 71

tanto primarias (archivo de gestión al archivo central) como secundarios (archivo central al archivo histórico).

La foliación integral de la Historia Clínica se realizará en el archivo institucional, guardando la completa secuencia de todas las atenciones brindadas al usuario en la institución, los componentes de la Historia Clínica están limitados a los registros relacionados con la atención en salud, conforme lo contempla la resolución 1995 de 1999.

Los folios de Historias Clínicas del ámbito ambulatorio serán anexados a continuación de la Historia Clínica de egreso, conservando el orden cronológico obligatorio de la Historia Clínica, en el siguiente orden: Evolución, consentimiento informado, referencia, exámenes auxiliares de diagnóstico y adicionales.

Ver procedimiento de Foliación de Historia Clínica AHC-PR-09.

9. PERDIDA DE HISTORIAS CLINICAS FISICAS EXTRAVIADA

Para los casos de Historia Clínica extraviada y/o documentación de Historias Clínicas, se procede a realizar el respectivo seguimiento y búsqueda según lo establecido en el procedimiento para Historia Clínica extraviada AHC-PR-10.

10. ORDEN DE LA DOCUMENTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

El orden de los componentes de Historias Clínicas a nivel general a partir de la fecha, debe ser como sigue, el cual corresponde al personal de archivo de Historias Clínicas una vez finalice su tratamiento por el servicio de hospitalización.

1. Identificación y resumen de atenciones.
2. Fotocopia de documentos
3. Autorizaciones
4. Consentimiento informado (VIH, procedimientos, anestesia y otros)
5. Epicrisis continua (en orden cronológica)
6. Historia obstétrica o CLAP.
7. Historia de urgencias
8. Remisión: solicitud o respuesta
9. Solicitud de hospitalización
10. Ingreso a piso

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

11. Servicio de ambulancia
12. Evolución médica (en orden cronológico)
13. Evolución apoyo terapéutico (terapias, soporte nutricional, etc. En orden cronológico)
14. Evolución de enfermería. (en orden cronológico)
15. Interconsultas respuestas.
16. Paquete quirúrgico (si existe)
 - a) Ficha de admisión
 - b) Valoración de anestesia
 - c) Informe quirúrgico
 - d) Test de Aldrete
17. Exámenes auxiliares de diagnostico
 - a) Laboratorios clínicos
 - b) Gases arteriales
 - c) Radiología
 - d) EKG
 - e) Endoscopias
 - f) Patología
 - g) Control gasimetría
 - h) Otros
18. Ordenes médicas (formulario nuevo)
19. Tratamiento (incluye código rojo)
20. Control Neurológica
21. Controles Especiales
22. Control de líquidos
23. Signos vitales (incluye monitoreo de enfermería)
24. Escala de valoración de caídas
25. Atención integrada de la embarazada y el recién nacido
26. Certificado de accidente de tránsito.
27. Solicitud Historia Clínica y demás

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 <small>¡Nuestra ESEncia, la Vida!</small>
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

CAPITULO VIII

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

Mediante resolución 313 del 10 de diciembre de 2013 se modifica el comité de Historias Clínicas de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja y se derogan las resoluciones 0071 de 1997, 0424 del 19 de mayo de 2004 y 017 del 10 de enero de 2008 y se establecen las políticas del comité de Historias Clínicas de la institución.

Por medio de la RESOLUCION 231 de fecha 6 de septiembre de 2013, se define la metodología y reglamenta el proceso de "Control y Monitoreo de trabajo en equipo" COMITÉ.

1. DEFINICIÓN


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

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

El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

2. FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

- a) Promover en la institución la adopción de las normas nacionales sobre Historia Clínica y velar porque estas se cumplan.
- b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del prestador, incluida la Historia Clínica.
- c) Elevar a la dirección y al comité Técnico – Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que deben contener la Historia Clínicas, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de historias clínica.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

CAPÍTULO IX

EVALUACIÓN MANUAL DE MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS

AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS

1. OBJETIVOS

Evaluar la calidad del registro en la Historia Clínica, la epicrisis y la organización del documento cumpliendo con las normas legales vigentes y los manuales institucionales, con el fin de establecer recomendaciones y acciones de mejora que contribuyan a una mejor calidad de la Historia Clínica institucional.

Determinar la calidad de la Historia Clínica en los servicios de internación en los términos de la normatividad vigente (Resolución 1995 de 1999 y demás normas relacionadas y Resolución 1043 de 2006).

Entregar al comité de Historias Clínicas elementos para la toma de decisiones.

Planear estrategias que conduzcan al mejoramiento de la calidad en el registro de la Historia Clínica.

Establecer puntos críticos en el diligenciamiento de la Historia Clínica.

Hacer hincapié en la importancia del registro de Historia Clínica.

2. ALCANCE

Aplica a la muestra seleccionada de Historias Clínicas de los servicios de internación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja

3. METODOLOGÍA

El procedimiento de auditoría se realizará acorde a procedimiento CA-PR-03 – Auditoría de Historias Clínicas.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja ¡Nuestra ESEncia, la Vida!
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021

4. BIBLIOGRAFIA

- Turbay J. 1981 Ley 23 Código de Ética, Ministro de Salud
- Turbay J. 1981 Decreto 3380. Ministro de Salud
- González C. 1991, Resolución 13437. Ministerio de Salud
- Londoño, J 1994, Resolución 3905, Ministerio de Salud
- Forero M.T.1998 Resolución 2546 De 2 De Julio, Ministerio de Salud.
- Galvis, V. 1999 Resolución 1995, Ministerio de Salud
- Galvis, V. 1999 Ley 528 DE 14 de septiembre, Ministerio de Salud
- Álvaro U. 2010 Decreto 2376 Regula la relación docencia- Servicio para los programas de formación de talento humano del área de salud.
- Diego P. 2009 Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud", Ministerio de Protección Social.
- ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN.1997, Reglamento General de Archivos.
- Archivo General de la Nación. (2000). *Ley 594 de 2000*. Obtenido de www.archivogeneral.gov.co
- Celeste Innarelli. H. (2013). Preservación Documental. *Documentación*, Artículo 36. Obtenido de <http://www.archivogeneral.gov.co>
- Congreso de la República, Ley 100. (23 de Diciembre de 1993). *Sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 25 de Junio de 2013, de <http://www.sociedadescientificas.com>
- Congreso de la República. Ley 10. (10 de enero de 1990). Obtenido de www.alcaldíabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma.jsp?i=3421
- Congreso de la República. Ley 1438. (2011). www.alcaldíabogotá.gov.co. Obtenido de <http://www.alcaldíabogotá.gov.co>
- Donadebian.A. (29 de junio de 2001). *Revista Calidad Asistencial en línea*. Obtenido de <http://www.archivogeneral.gov.co/acuerdos>
- Gimenez, D. (13 de junio de 2013). *Especialista Medicina Legal y Forenses en Línea*. Obtenido de <http://www.ub.es/fildt/edcl7.htm>
- G., P. D. (sep-dic de 2005). Gestión documental, gestión de información y gestión del conocimiento: evolución y sinergia. *Ciencias de la Información*, 36(3).
- ISO 15489-2 <https://es.scribd.com/document/60315429/Norma-ISO-IEC-15489-Parte-2>
- ORAC. Documentación Sanitaria- Archivos y Nuevas Tecnologías. (2013). www.alegsa.com.ar/Dic/biblioteca.php. Obtenido de <http://www.ub.es/fildt/edcl7.htm>

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: AHC-M-01	MANUAL DE TRANSICION DE HISTORIA CLÍNICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	Página 71 de 71
Versión: 02		Fecha Próxima Revisión: 28/10/2021



Riondet, B. (2007) Evaluación estadística de la calidad de la Historia Clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de la Plata. (16 de junio de 2013).
Obtenido de www.sedice.unlp.edu.ar/handle/10915/5391

Stephens. D, W. R. (2013). *Políticas de Valoración de documentos electrónicos*. Obtenido de <http://www.archivogeneral.gov.co>

CONTROL DE CAMBIOS:

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Elaboro	Descripción del cambio
0	28/10/2008	Juan Manuel Garrido	Versión Original
1	06/10/2014	Maria Doris Arcos Daza	Se modificó ampliamente el manual
2	27/10/2016	Adriana del Pilar Pérez Sánchez	Inclusión de Historia Clínica Sistematizada