

MANUAL MANEJO HISTORIA CLINICA



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO




	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 2 de 33

TABLA DE CONTENIDO

.....	1
1. INTRODUCCION	4
2. OBJETIVO GENERAL	5
2.1 Objetivos Específicos	5
3. ALCANCE	5
4. MARCO CONCEPTUAL.....	5
6. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA	7
7. REQUISITOS DE LA HISTORIA CLINICA.....	9
8. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO	10
9. DILIGENCIAMIENTO	10
10. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.	10
11. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA	11
11.1 Identificación del Paciente:	11
11.2 Registros Específicos:	12
11.3 Anexos:	12
12. CRITERIOS DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA	12
13. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	14
13.1 Custodia de la Historia Clínica.....	14
13.2 Acceso a la historia clínica.	15
13.3 manejo de historias clínicas en los servicios	16
<input type="checkbox"/> FACTURACIÓN	16
<input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA	17
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA.....	17
<input type="checkbox"/> URGENCIAS.	18
<input type="checkbox"/> UMI:	18
<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADOS (ADULTO, PEDIATRICO Y ETNOPABELLON).....	18
<input type="checkbox"/> REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	18
<input type="checkbox"/> LABORATORIO CLINICO	19
<input type="checkbox"/> TERAPIA FISICA Y REHABILITACION - TERAPIA RESPIRATORIA	19
13.4 Consideraciones generales para todos los servicios.....	20

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 3 de 33

14.	ARCHIVO DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	21
15.	FIRMA ELECTRÓNICA	21
16.	FLUJO DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.....	21
16.1	Producción o registro.	21
16.2	Distribución.....	22
16.3	Consulta y/o acceso a la historia clínica.	22
16.4	Organización.	23
16.5	Retención y tiempos de conservación.....	23
16.6	Disposición final y eliminación de historia clínica.	23
17.	SEGURIDAD DE LA HISTORIA CLINICA.....	23
18.	PLAN DE CONTINGENCIA.....	24
18.1	Activación del plan de contingencia	25
18.2	Manejo del plan de contingencia	25
18.3	Restablecimiento del sistema	26
18.4	Impresión	26
19.	TIPOS DE ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA.....	27
19.1	Archivo de historia clínica física	27
19.2	Archivo Historia Clínica Electrónica	27
20.	FOLIACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	27
21.	PERDIDA DE HISTORIA CLINICA	28
22.	COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	28
23.	BIBLIOGRAFIA.....	29


	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 4 de 33

1. INTRODUCCION

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. Dicha resolución a tenido cambios significativos, uno de ellos es el establecido en la resolución 0839 del 23 de marzo de 2017 “Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones”.

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 José del Guaviare, 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 para todo el personal asistencial de la entidad. Se propone conservar las mismas características de la Historia Clínica de integralidad, racionalidad científica, secuencialidad, disponibilidad, oportunidad, seguridad, obligatoriedad de registro y calidad.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 5 de 33

2. OBJETIVO GENERAL

Generar un instrumento que permita al personal de la ESE Hospital San José del Guaviare, obtener la información necesaria para el correcto diligenciamiento, custodia y conservación 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.

2.1 Objetivos Específicos


- Brindar las herramientas para el cumplimiento de la normatividad vigente, en el diligenciamiento, administración, conservación, archivo, custodia y confidencialidad de las historias clínicas en todos los procesos de la ESE Hospital San José del Guaviare.
- Generar mecanismos de seguimiento y control de las historias clínicas que se encuentra en medio físico o magnético.
- Desarrollar 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.

3. ALCANCE

El presente documento aplica para los documentos generados en la ESE Hospital San José del Guaviare, desde el ingreso del paciente por cualquiera de los servicios prestados, hasta su custodia, archivo y disposición final, teniendo en cuenta las actividades relacionadas en los diferentes procesos.

4. MARCO CONCEPTUAL

Historia Clínica: Es un documento privado, obligatorio cumplimiento y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 6 de 33

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

Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Paciente y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Historia Clínica 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.

Interconsulta: Es el acto de remitir a un paciente, a otro profesional de la salud, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación.


Consulta Especializada: incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de prevención cuya naturaleza hace necesaria la intervención de médicos especialistas.

Secreto Profesional: Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. Toda persona que tenga acceso a la HISTORIA CLINICA 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. El código penal colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

5. MARCO LEGAL

Ley 23 de 1981: “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”.

Acuerdo 11 de 1996: Archivo General de la Nación, “Por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 7 de 33

Resolución 1995 de 1999: “Por la cual se establecen 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 cuáles deben ser observados para desarrollar programas de gestión documental”

Ley 594 de 2000: “Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”

Ley 911 de 2004: “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”


Ley 1581 de 2012: “Ley de protección de datos personales”

Resolución 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 00839 de 23 de marzo de 2017: “Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones”

6. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Integralidad: La historia clínica 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, abordando como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 8 de 33

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 paciente.


Racionalidad científica: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un paciente, 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.

Disponibilidad: La Historia Clínica Electrónica se puede recuperar, consultar, presentar, interpretar y leer en el momento que se requiera por el personal de la institución; sujeto a los permisos establecidos a cada paciente dentro de su rol 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.

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

Autenticidad: Los pacientes del sistema de información de Historia Clínica Electrónica de la ESE Hospital San José del Guaviare, son autenticados a través de identificación electrónica la cual consta de paciente 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, solamente se realizarán notas aclaratorias.

Seguridad de la Historia Clínica Electrónica: 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 de sistemas, bajo medidas de seguridad y protección eléctrica, ambientales, junto con otros controles para el ingreso físico y electrónico de los mismos.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 9 de 33

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 rol de paciente, permite proteger la información contra ingresos y modificaciones no autorizadas. El sistema no permite realizar modificaciones a la Historia Clínica una vez firmada, se pueden realizar notas aclaratorias.

Seguridad de Historia Clínica Física: La institución cuenta con un área restringida para el archivo de Historias Clínicas, con acceso limitado al personal 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.

Responsabilidad: Todo el personal que participa en la atención de un paciente es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la Historia Clínica y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico 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.

7. REQUISITOS DE LA HISTORIA CLINICA

Veracidad: La Historia Clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del paciente. El no cumplir tal requisito puede incurrir en un delito tipificado en el actual Código Penal como delito de falsedad documental.

Exacta: En la Historia Clínica, debe estar consignada exactamente la información relacionada 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.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 10 de 33

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, entre otros.

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 registro profesional.

Ámbito de aplicación: La historia clínica es un documento de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud y por tanto involucra a todo el personal que intervenga en dicha atención. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un paciente, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas.

8. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO


Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un paciente en la ESE Hospital San José del Guaviare, 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.

9. DILIGENCIAMIENTO

Para la Historia Clínica física se debe diligenciar en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Para la historia clínica magnética ya se tiene predeterminada estas funciones.

10. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Al ingreso del paciente por primera vez a la ESE Hospital San José del Guaviare, se debe realizar el proceso de apertura de historia clínica. La identificación de la

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 11 de 33

historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden de nacimiento del menor en el grupo familiar.


Cuando se trate de Personas sin documento de identidad: Se asignará un código del DANE iniciando por el departamento y municipio de procedencia del paciente, seguido de un código consecutivo que se lleva en el servicio de horario para dar inicio a la apertura de la historia clínica.

En el caso de menores de edad, adultos mayores o personas en estado de abandono o inconsciencia que no cuenten con documentos ni acompañantes, el área de admisiones generara un numero consecutivo temporal, y de manera inmediata informara a el jefe y/o médico tratante, para que se realice la respectiva solicitud de interconsulta de trabajo social en la historia clínica y por medio de esta área se realice la búsqueda activa de los familiares o responsables legales. Si durante la búsqueda activa, aparece un documento de identidad, la trabajadora social le informara al área de admisiones el número de identificación real, los cuales deberán realizar el llamado al área de sistemas, para que desde allí se realice el cambio de número de historia clínica sin que se altere la secuencialidad e integralidad del documento.

11. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

11.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Los contenidos mínimos son: datos personales de identificación del paciente, 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 paciente, tipo de población (indígena, población víctima de conflicto armado, afrodescendientes, ICBF, reinsertados, posconflicto, entre otras), Asegurador, Tipo de vinculación.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 12 de 33

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

11.2 REGISTROS ESPECÍFICOS

Son los documentos en los que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El área de calidad de La ESE Hospital San José del Guaviare, cuenta con los documentos aprobados por Resolución de acuerdo a los requerimientos por servicio.

11.3 ANEXOS

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente 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 se consideren pertinentes.


Los reportes de exámenes paraclínicos e imágenes diagnosticas podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la en el libro de egresos hospitalario.

12. 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. 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 personal de salud.

La historia clínica debe ser:

- *Completa.*
- *Coherente.*

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Versión: 1.0 Fecha de aprobación: 14/02/2019 Página 13 de 33

- *Clara:* su contenido debe ser lógico, ordenado, científico, justificado, analítico, definido y concluyente. Los hallazgos consignados tienen que ser concordantes con los diagnósticos, procedimientos, paraclínicos solicitados, planes de tratamiento y seguimiento ejecutados.
- *Sustentada:* cualquier decisión tomada en el manejo de un paciente debe estar soportada y justificada en la Historia Clínica.
- *Integral.*
- *Secuencial.*
- *Legible:* 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 utilizará la opción de notas aclaratorias para estos casos.
- *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.
- 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.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 14 de 33

- *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.*

13. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.


13.1 CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La custodia de la Historia Clínica está a cargo de la E.S.E Hospital San José del Guaviare, la cual ha designado al área de estadística la recolección, almacenamiento, custodia y entrega de la historia clínica. El archivo de historias clínicas es un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, lo cual garantiza la custodia de la historia clínica.

El personal de estadística (Archivo de historias clínicas) recolecta en los diferentes servicios asistenciales (UMI, Cirugía, Hospitalizados Adultos y Pediatría, Etnopabellón, terapia física y rehabilitación, terapia respiratoria) en un horario de 08:30am a 09:30 am las historias clínicas generadas hasta el momento, que serán entregadas por el personal de enfermería y/o auxiliares de turno. En el servicio de Urgencias, la recolección la realizara el auxiliar de estadística en horario de 9:00 a 10:00 a.m. todos los días.

En cada uno de los servicios, el personal de estadística deberá verificar que las historias clínicas que está recolectando, estén completas verificando que la cantidad de folios encontrados corresponda a la cantidad de folios inscritos en cada uno de los libros destinado para tal fin que se encuentran en cada servicio.

Con relación a la historia clínica que se entrega al servicio de facturación, el personal de auditoria concurrente apoyara en la revisión de esta, con el fin de verificar que en la historia clínica reposen los soportes necesarios para realizar el cobro a las EAPB, según la atención prestada, lo anterior con el fin de disminuir la glosa por perdida o falta de reporte de las ayudas diagnosticas realizadas a los pacientes. En el caso de que el soporte no se encuentre en la historia clínica, se informara inmediatamente al jefe del servicio, para que se realice la búsqueda del documento soporte, si en el trascurso del día no se ha realizado la entrega del soporte por parte del servicio al área de facturación, el líder de facturación se comunicara con el coordinador médico y/o de enfermería, para que gestione con el personal la búsqueda del documento soporte.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 15 de 33

En el servicio de consulta externa cuando se genere consentimientos informados de procedimientos realizados, será el jefe y/o auxiliar de enfermería quien realice la respectiva entrega al servicio de estadística en horas de la tarde diligenciando el libro designado para tal fin.

Mientras un paciente se encuentre hospitalizado la custodia de la Historia Clínica recae sobre todo el personal asistencial o administrativo que labore en la E.S.E Hospital San José del Guaviare y que tenga relación directa o indirecta con la atención, los cuales deben entregar las Historias Clínicas al turno siguiente.

Queda prohibido que el personal de la entidad ponga a disposición 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 la historia. No obstante, por pertenecer al paciente lo relatado en la Historia Clínica y porque el médico, el 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.


13.2 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

El acceso a la historia clínica, se realiza en los términos previstos en la Ley:

- El paciente.
- El Equipo de Salud.
- Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- Las demás personas determinadas en la ley.

La institución entregara copia de la historia clínica en los casos determinados por la ley, mediante un formato de solicitud de copia de la historia clínica (anexo 1), dirigido al área de estadística en un horario de lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 pm y de 2:00 pm a 5:00 pm.

El acceso a la historia clínica electrónica por parte de los auditores y personal externo, estará controlado por el área de sistemas, permitiendo únicamente la lectura de la historia clínica. Con relación a las visitas en los servicios, este acceso estará acompañado por los líderes del área.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 16 de 33

Cuanto se solicita la copia de historia clínica por entidades externas en horario de lunes a viernes de 8 am – 12 pm y de 2 pm – 6 pm, están deberán dirigir un oficio a la subgerencia asistencial, relacionando el motivo, fecha de atención y numero de documento de la(s) historia(s) clínica(s) solicitada(s). La subgerencia será la encargada de dar la aprobación de entrega al área de estadística, mediante la firma del oficio entregado por la entidad externa.

NOTA: Cuando la solicitud por entidades externas (Autoridades judiciales previstas en la Ley) en horario nocturno o fin de semana, la copia de la historia clínica será generada por el líder del servicio, previa solicitud escrita del ente solicitante en donde se relacione el motivo, numero de noticia criminal, fecha de atención, numero de documento de la(s) historia(s) clínica(s) solicitada(s) y firma del solicitante. Este documento será custodiado por los líderes del servicio y posteriormente será entregado al área de archivo, previo diligenciamiento en el libro designado para esto.


13.3 MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LOS SERVICIOS

- **FACTURACIÓN**

Facturación es el área por medio del cual se inicia el proceso de las historias clínicas en la entidad, ya que, por medio del área de admisiones, las cuales están ubicadas en los servicios de consulta externa y urgencias, se atiende al paciente para que proporcione los datos de identificación y documentos de identidad personal, para luego crear el ingreso a la historia clínica.

Cuando se ingresa por admisiones de consulta externa se inspecciona que se encuentren los soportes: cita médica, orden médica, autorización del servicio para la E.S.E Hospital San José del Guaviare por parte del pagador, fecha vigente y que la autorización corresponda al servicio solicitado; una vez verificado los soportes respectivos se procede a ingresar en el software los datos suministrados y cargados al servicio solicitado.

Cuando el paciente ingresa por admisiones de urgencias y suministra la información y documentos, se crea al paciente en el sistema de historias clínicas, si es la primera vez que el paciente ingresa a la entidad, se solicita nombres y apellidos completos, documento de identidad, dirección, teléfonos, entidad responsable de pago, procedencia, datos del acompañante y teléfono alternativo, si el paciente ya existe, se confirman y/o actualizan los datos en el software

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 17 de 33

institucional. En caso de que el paciente no aporte los documentos, se procederá a la creación del paciente con el consecutivo departamental y consecutivo interno correspondiente.

Todo el personal del área de facturación deberá garantizar la confidencialidad y custodia de los registros de la historia clínica que hacen parte de los soportes para efectos de facturación.

- **CONSULTA EXTERNA**


Posteriormente al proceso de admisiones de la entidad, la historia clínica de los pacientes que ingresan a consulta externa, comienza cuando el especialista abre en el sistema la historia clínica del paciente, en la cual comienza con el ingreso de los datos registrados en el formato de pre-consulta realizado por el auxiliar de enfermería, el cual se diligencia momentos antes de empezar la consulta especializada. Seguidamente el especialista realiza el ingreso de toda la información generada en la consulta. Una vez terminada la consulta especializada, el jefe y/o auxiliar de enfermería, recibe el paquete de atención el cual debe contener factura, orden médica, además de la atención realizada en consulta y formatos anexos, consentimiento informado si se aplica.

Para garantizar la custodia del paquete de facturación, se debe registrar en el libro de pre consulta, y guardar los paquetes en el área de pre consulta en el espacio designado para la custodia de la historia clínica, el cual solo podrá acceder personal autorizado de realizar la entrega al funcionario de facturación.

- **CIRUGÍA**

El manejo de historia clínica comienza desde el momento en que el paciente es trasladado desde los diferentes servicios para que el especialista realice los procedimientos quirúrgicos necesarios, registrándolos en la historia clínica, para ser entregados a el jefe y/o auxiliar de enfermería, quien será el encargado de continuar con la atención y recolección de todos los soportes de la historia clínica, y resguardarlos en el espacio designado para la custodia de la historia clínica, hasta que el paciente tenga el egreso definido por el médico tratante:

- **Si el paciente es ambulatorio:** El paquete se le entregará al facturador para que realice el proceso administrativo de la factura, si no se presenta ninguna novedad, el facturador entrega el visto bueno de los soportes al área de cirugía, para que se realice el egreso del paciente.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 18 de 33

- **Si el paciente se traslada a otro servicio (hospitalizados – adultos y pediatría, UMI, urgencias):** Se prepara paquete con los soportes de la historia clínica y se le entrega al jefe y/o auxiliar de Enfermería, para que continúe la atención y custodia de la Historia clínica.
- **URGENCIAS**

El manejo de historia clínica comienza desde el momento en que el área de admisiones crea el ingreso, para que el paciente sea clasificado en el consultorio de triage. Posteriormente se da inicio al diligenciamiento de la historia clínica por el medico designado, quien a su vez genera todos los documentos de la atención medica inicial, para ser entregados a el jefe y/o auxiliar de enfermería quien será el encargado de continuar con la atención y resguardarla en el espacio designado para la custodia de la historia clínica, hasta el momento en el que el medico defina el egreso del paciente.

- **UMI**


El manejo de historia clínica comienza desde el momento en que el área de admisiones crea el ingreso a la materna, quien posteriormente se trasladara a la unidad materno infantil para que el medico realice las valoraciones y/o atenciones necesarias, registrándolas en la historia clínica, para ser entregados a el jefe y/o auxiliar de enfermería, quien será el encargado de continuar con la atención y resguardarla en el espacio designado para la custodia de la historia clínica, hasta el momento en el que el medico defina la conducta del paciente.

- **HOSPITALIZADOS (ADULTO, PEDIATRICO Y ETNOPABELLON)**

El manejo de historia clínica comienza desde el momento en que el paciente es trasladado desde los diferentes servicios, para que el medico realice las valoraciones y/o atenciones necesarias, registrándolas en la historia clínica, para ser entregados a el jefe y/o auxiliar de enfermería quien será el encargado de continuar con la atención y resguardarla en el espacio designado para la custodia de la historia clínica, hasta el momento en el que el medico defina la condición del paciente.

- **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

El proceso inicia cuando es recibido el formato de remisión de los diferentes servicios de la institución, cumpliendo con los parámetros establecidos tales como:

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 19 de 33

Documento denominando (Anexo 9- Resolución 3047 de 2008) formato de referencia y contra referencia, Formato de justificación de traslado paciente remitidos a Nivel de mayor complejidad, Consentimiento informado de traslado y en caso de una ayuda diagnostica (Formato de prescripción médica en físico y medio electrónico si se solicitan exámenes o ayudas diagnosticas).

Si el paciente y/o familiares durante el proceso de referencia llegaran a solicitar el formato de remisión se deberá diligenciar el formato de solicitud de copia de historia clínica.

Una vez se defina el egreso del paciente (salida, muerte, salida voluntaria o remisión) el funcionario de referencia y contrareferencia realiza el respectivo cierre en el folio de referencia y contrareferencia, organizara los soportes para realizar la entrega al área de archivo y diligenciará el libro de entrega de historia clínica.

Orden de archivo de las remisiones y contraremitencias

- Justificación de traslado.
- Consentimiento de traslado.
- Formato diligenciado de entregar de paciente.
- Bitácora de traslado.


- **LABORATORIO CLINICO**

El personal del laboratorio es responsable de garantizar la oportunidad y veracidad en el registro de los resultados de los exámenes de laboratorio realizados al paciente en la historia clínica.

Con relación a los exámenes realizados por consulta externa, se dejara registro en la historia clínica virtual y se podrá visualizar a través dinámica gerencia.net.

- **TERAPIA FISICA Y REHABILITACION - TERAPIA RESPIRATORIA**

El manejo de historia clínica comienza desde el momento en que el área de admisiones crea el ingreso, luego el paciente llega al servicio de terapia física y rehabilitación, llevando los documentados entregados en admisiones. Posteriormente el profesional da inicio al diligenciamiento de la historia clínica, quien genera una evolución de la atención recibida, al finalizar las sesiones programadas, el líder del área realiza la impresión del paquete de evoluciones, que luego es entregado al servicio de facturación junto a la copia de formato de

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 20 de 33


control de asistencial debidamente diligenciado y registrando los datos en el libro designado para la radicación de la factura.

La copia original del formato de control de asistencial y el consentimiento informado generado de la atención, es recogida por el servicio de estadística, quien verifica los formatos y lo registra en el libro designado. Los documentos antes mencionados deberán quedar anexados a la historia clínica física del paciente resguardada en el área de estadística.

13.4 Consideraciones generales para todos los servicios

- **Si el paciente solicita salida voluntaria:** Paciente diligenciará el formato de salida voluntaria (ver anexo 2), informando previamente los riesgos y las posibles complicaciones que se pueden presentar, para posteriormente ser firmado por el paciente o representante legal. Lo anterior no evitará que se le haga entrega de la epicrisis si el paciente así lo decide, en donde se consignarán los riesgos y las complicaciones de esta acción.
- **Si se da salida por parte médica:** El jefe y/o auxiliar de enfermería a cargo de la atención del paciente, realizarán los paquetes con los soportes pertinentes y debidamente diligenciados para ser entregados al área de facturación. Los documentos soportes de la historia clínica que serán entregados al área de estadísticas, serán custodiados por el jefe del área en un lugar designado hasta que se realice la entrega y se diligencie el libro de entrega de historia clínica de los servicios.
- **Si se traslada a otro servicio:** El jefe y/o auxiliar de enfermería a cargo de la atención del paciente, realizará los paquetes con los soportes pertinentes y debidamente diligenciados para ser entregados al área a la cual se trasladará el paciente, quienes asumirán la responsabilidad de continuar con la custodia y confidencialidad de la historia clínica hasta que se defina el egreso.

MANEJO DE INFORME DE NECROPSIA CLÍNICA. Una vez el médico realice la necropsia, entregará el informe de necropsia clínica a la coordinación médica, quien a su vez lo entregará al área de estadística y diligenciará el libro de recibo y entrega de necropsia clínica. La copia que se envía al laboratorio de patología contratado será a través de la empresa transportadora contratada, quienes garantizarán la custodia de este documento.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 21 de 33

14. ARCHIVO DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

La Historia Clínica Electrónica en la ESE Hospital San José del Guaviare se conforma desde su inicio en expedientes electrónicos bajo un número de documento de identidad 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 paciente atendido, permitiendo llevar la secuencialidad de la información consignada.

Si el paciente ingresa nuevamente, el sistema trae los datos básicos de identificación guardados anteriormente, junto con el número de documento de identidad y automáticamente se genera un número consecutivo por cada ingreso para esta nueva atención 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 identificación.

15. FIRMA ELECTRÓNICA


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).

La entidad establece dentro del proceso de inducción por parte del área de sistemas e informática, la asignación de firmas de médicos especialistas y demás profesionales de salud, la cual se parametriza con el código asignado al personal para cuando se genere la historia clínica automáticamente se refleje.

16. FLUJO DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

16.1 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

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 22 de 33

momento el personal médico encargado consigna la información requerida para realizar el registro a través del sistema de información software.

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, enfermeros, auxiliares de enfermería y terapeutas, 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.

16.2 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. El software de la entidad facilita la adecuada distribución de la historia clínica en los diferentes servicios, garantizando una rápida consulta e ingreso de información por parte del equipo de salud.

16.3 CONSULTA Y/O ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

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 y roles, manteniendo la confidencialidad del documento, siendo solo accedida por el personal autorizado.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 23 de 33

La consulta de la Historia Clínica Electrónica se realiza desde el módulo de historia clínica del software, permitiendo varias opciones de búsqueda ya sea por el nombre y apellido, identificación del paciente, número de folio o número de ingreso dentro del sistema

16.4 ORGANIZACIÓN.

El registro de la Historia Clínica Electrónica en la ESE Hospital San José del Guaviare se accede, captura, registra, consulta y organiza en el sistema de información de manera cronológica la información suministrada. 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 servidores de la Institución bajo políticas de seguridad de la información, medidas de protección eléctrica, ambientales y con restricciones de acceso físico.

16.5 RETENCIÓN Y TIEMPOS DE CONSERVACIÓN.


La historia clínica generada en la E.S.E Hospital San José del Guaviare, se retiene y conserva por el área de estadística (Archivo de gestión de historias clínicas), el cual es responsable de la custodia por un periodo mínimo de 15 años. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente. Este proceso se realizará de acuerdo a la normatividad vigente.

16.6 DISPOSICIÓN FINAL Y ELIMINACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA.

La disposición final y la consecuente eliminación de historias clínicas, procederá por parte del comité de historias clínicas de la entidad y según lo disponga la normatividad vigente.

17. SEGURIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica Electrónica se puede restaurar, consultar, presentar, interpretar y leer en el momento que se requiera por el personal médico, enfermeros,

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 24 de 33

auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, y auditores internos a cargo sujeto a los permisos establecidos a cada funcionario dentro de su rol 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.

Se realizan copias de seguridad de base de datos del sistema de Historia Clínica, los cuales se depositan finalmente en discos duros alternos al servidor, estas copias se realizan tres veces al día en un horario de 6:30 am, 12:30 pm y 5:30pm, por el ordenador el cual ya está programado para que se realicen a estas horas.


La E.S.E Hospital San José del Guaviare cuenta con un área restringida para el archivo de Historias Clínicas físicas, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservándolas en condiciones que garanticen la integridad 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 Sistematizadas en la entidad, 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.

Se tienen medidas de seguridad como:

- ✓ Creación de pacientes en el Sistema de Historia Clínica a los funcionarios que para la realización de su función requieran manejar el Software.
- ✓ Control e inactivación de los funcionarios no vigentes en el Sistema.
- ✓ El uso del usuario, clave, firma digitalizada y las actividades registradas en el Sistema; 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.

18. PLAN DE CONTINGENCIA

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 25 de 33

Suele referirse a algo que es probable que ocurra, aunque no se tiene una certeza al respecto. El plan de contingencia es la implementación de un mecanismo que permita el registro de la prestación del servicio de forma integral, confidencial y segura en situaciones de eventualidad por fallas del sistema 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 reestablezca el proceso de la Historia Clínica Sistematizada y/o electrónica, se restringe y limita el uso de los formatos institucionales físicos solo a los casos de contingencia, y por ningún motivo se aceptarán registros médicos ni paramédicos en físico.

18.1 ACTIVACIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA


Ante la falla de la Historia Clínica Electrónica, el líder del área afectada establece comunicación directa con el área de sistema (vía telefónica o WhatsApp), quien realiza la primera verificación de los daños notificados en el software. Con el previo análisis de la situación, el área de sistemas informará (vía telefónica o WhatsApp) la causa y el tiempo de solución y definirán la activación del plan de contingencia, con esta información el coordinador de cada área comunicara al personal del servicio.

El área de sistemas de la ESE Hospital San José del Guaviare llevara bitácora de eventos presentados, para establecer planes de mejora y contingencia, para evitar que estos eventos se presenten con frecuencia.

Si el fallo es en el servicio farmacéutico, laboratorio clínico e imagenología, las áreas solicitantes harán llegar los requerimientos en el formato institucional. En caso del laboratorio clínico los reportes de exámenes se harán llegar de manera física en los formatos institucionales a los servicios.

18.2 MANEJO DEL PLAN DE CONTINGENCIA

Una vez activado el plan de contingencia se accederá a los formatos físicos que la entidad establece para tal fin (ver plan de contingencia). Cada servicio de la entidad estará dotado, según su flujo de trabajo, de formatos físicos para garantizar la adecuada atención a los pacientes y elaboración de la historia clínica.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 26 de 33

Los formatos utilizados durante el plan de contingencia deben ser diligenciados en su totalidad y foliados según la secuencia en que fueron utilizados, deben quedar anexos, es responsabilidad del personal que consigna la información colocarla en la sección respectiva de la Historia clínica.

18.3 RESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA

Una vez restablecido el sistema, se debe retornar inmediatamente a diligenciar registro en historia clínica electrónica. Los soportes generados durante la contingencia se anexarán a la historia clínica física del paciente y posteriormente serán entregados al área de estadística de acuerdo al procedimiento de custodia de historia clínica de la institución. Además, se entregará una copia de esta atención o evolución medica manual al paquete que se entregará al área de facturación.


18.4 IMPRESIÓN

La E.S.E Hospital San José del Guaviare, en su proceso de transición de la Historia Clínica física a electrónica, requiere de la impresión de los documentos soportes de la Historia Clínica Electrónica para continuar con la atención del paciente.

Los pacientes que posterior a su atención en el servicio de urgencias, UMI, cirugía y consulta externa, que requieran ser hospitalizados, serán trasladados con historia clínica física, en la cual solo llevara impresos los soportes necesarios que no se encuentre en la dinámica.net para continuar con la atención.

No se imprime epicrisis, ya que esta solo se generará al momento del egreso del paciente, debido a que, si se genera el cierre de la historia clínica antes del egreso, no quedaran registradas las atenciones realizadas al paciente después de generada esta.

El jefe y/o auxiliar de enfermería del servicio de urgencias, UMI, cirugía y consulta externa antes de trasladar un paciente a otro servicio, deberá hacer la verificación de los procedimientos, laboratorios y/o imágenes diagnosticas que se le realizaron al paciente y que se cuente con su respectivo soporte en historia clínica, además que el resultado esté reportado en el sistema de dinámica gerencial.net por el médico.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 27 de 33

19. TIPOS DE ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA

19.1 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 continuará 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 pacientes 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 pacientes 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.

19.2 ARCHIVO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

La Historia Clínica Electrónica en la ESE Hospital San José del Guaviare, se conforma desde su inicio en expedientes electrónicos bajo el número de documento de identidad o consecutivo único generado al momento de la admisión 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 paciente atendido, permitiendo llevar la secuencialidad de la información consignada durante las atenciones generadas en la institución. Si el paciente ingresa nuevamente, el sistema trae los datos básicos de identificación guardados anteriormente, y automáticamente adiciona un nuevo número de folio para este nuevo episodio según el número de ingreso que tenga el paciente en la institución.

20. FOLIACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

	ESTADISTICA	Código: M-ES-MA-01
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Versión: 1.0
		Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 28 de 33

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 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 de historias clínicas (estadística), guardando la secuencia de todas las atenciones brindadas al paciente en la institución. Esta foliación se realizará con esfero en el extremo superior derecho de la hoja.


Al momento del egreso hospitalario de cualquier área, se realizará foliación de la historia clínica con esfero en el extremo inferior derecho de los documentos anexos a la historia clínica, que no se encuentre relacionadas en la dinámica gerencial.net (anexo 4) y que posteriormente serán entregados al área de estadística.

21. PERDIDA DE HISTORIA CLINICA

En caso de pérdida de las historias clínicas en los servicios asistenciales, facturación y estadística, se deberá reportar inmediatamente mediante oficio al coordinador del área para que este a su vez, realice el reporte de pérdida al líder del comité de historias clínicas, el cual deberá realizar la convocatoria inmediata al comité para la respectiva investigación y/o solución de dicho reporte, será el comité quien define si se realiza el reporte al área de planeación para que desde allí se realice el novedad al área de jurídica e inicie la respectiva denuncia por pérdida de historia clínica.

22. COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

La entidad cuenta con el comité de historias clínicas creado según Resolución 0803 del 12 de junio de 2003, el cual se encargará de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica, además se establecen los miembros, la periodicidad de las reuniones y las respectivas funciones de dicho comité.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 29 de 33


23. BIBLIOGRAFIA

- Resolución 0839 de 2017
- Resolución 1995 de 1994

24. CONTROL DE REVISIONES Y CAMBIOS DEL DOCUMENTO


ELABORÓ	REVISO	APROBO
<p>Gabriel Cárdenas Coordinador de enfermería</p> <p>Katerin Sánchez Enfermera de Calidad</p>	<p>Tannia L. Montañez Profesional de Calidad</p> <p>Carolina Ospina Valencia Jurídica</p>	<p>Cesar A. Jaramillo M. Gerente</p>

VERSION	FECHA DE REVISION O ACTUALIZACION	DESCRIPCION GENERAL DEL CAMBIO REALIZADO
1.0	05/12/2018	Se crea por primera vez el documento para uso institucional

 HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	ESTADISTICA	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 30 de 33

25. ANEXOS

ANEXO 1: FORMATO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 31 de 33

	ESTADISTICA		CODIGO: E-ET-FO-01			
	FORMATO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA		VERSIÓN: 1.0			
		FECHA DE APROBACIÓN: 16/01/2019				
CIUDAD:		FECHA	D	M	A	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
NOMBRES Y APELLIDOS						
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.	CC	CE	PA	TI	RC	NUMERO:
FECHA DE LA ATENCIÓN			HUELLA			
DIRECCIÓN						
TELEFONO						
CORREO						
Para realizar este tramite por correo electronico, debe: Hacer llegar el presente formato diligenciado y sus anexos al correo: historiaclinica@correo.esehospitalguaviare.gov.co . Por lo cual autorizo el envio de la copia de la historia clinica al correo electronico suministrado y certifico que corresponde a mi cuenta y me responsabilizo de la custodia de la historia clinica.						
Autorización a terceros.						
La entrega de historia clínica a un tercero, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella. La ESE Hospital San Jose del Guaviare entregará la historia solicitada, basado en la buena fe del solicitante. La responsabilidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica, recaerá sobre el solicitante.						
INFORMACIÓN DE TERCEROS						
NOMBRES Y APELLIDOS						
CALIDAD	REPRESENTANTE LEGAL		FAMILIAR	PARENTESCO		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.	CC	CE	PA	NUMERO:		
MOTIVO DE LA SOLICITUD			HUELLA			
DIRECCIÓN						
TELEFONO						
CORREO						

"La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" Resolución 1995 de 1999.

FIRMA DEL PACIENTE Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA DEL TERCERO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN

Para dar trámite a la solicitud se requiere anexar la siguiente documentación según el caso:

Solicitud directa del paciente: Copia de documento de identidad del paciente.

Solicitud por terceros (familiar o representante legal): Copia del documento de identificación del autorizado, Carta de autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella y copia del documento de identificación del paciente.

Solicitud para Menores de edad: Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento del menor, registro civil donde conste el parentesco o documento legal que lo acredite como representante legal del menor de edad.

Paciente Fallecido: Copia del documento de identificación del solicitante, copia del certificado de defunción del fallecido y registro civil de matrimonio o declaración extra juicio, donde conste el parentesco.

Paciente inconsciente: Copia del documento de identificación del solicitante, copia del documento de identificación del paciente y registro civil de matrimonio o declaración extra juicio, donde conste el parentesco.


*Reclame la(s) copia(s) en tres (03) días hábiles posterior a la entrega de esta solicitud.

ANEXO

2:

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL GERENTE

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE PROHIBIDA SU REPRODUCCION POR CUALQUIER MEDIO, SIN AUTORIZACION ESCRITA DEL GERENTE


	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 32 de 33

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL PROCESO DE FACTURACIÓN.

DOCUMENTO	CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS	CIRUGIA	HOSPITALIZACIÓN
Epicrisis correctamente diligenciada		X	X	X
Informes o descripción quirúrgica (si aplica)		X	X	X
Copia de pre anestesia si la hubo		X	X	X
Copia del record de anestesia		X	X	X
Hoja de control de ingesta		X	X	X
Hoja de medicamentos y dispositivos médicos		X	X	X
Copia del soporte de oxígeno	X	X	X	X
Soportes de glucómetros	X	X	X	X
Soportes de oximetrías	X	X	X	X
copia de la hoja de transfusión de sangre y de la reserva		X	X	X
Copia de resultados electrocardiograma	X	X	X	X
Copia del soporte de ecografía	X	X		X
Soportes de exámenes de laboratorio	X	X		X
Soportes de patologías	X	X		X
Soporte de radiología	X	X		X
Copia de respuesta de interconsulta (Especialistas, Trabajo Social, Psicología, Nutrición etc) Si aplica	X	X		X
Copia de reporte de terapias físicas o respiratoria	X	X		X
Copia de hoja de remisión de ingreso (si aplica)		X	X	X
Planilla de las terapias físicas firmadas por el paciente				
Soporte de Historia clínica de consulta	X			
Copia del soporte de monitoreo fetal	X			
Formato de evolución de curaciones	X			

ANEXO 3: DOCUMENTOS NECESARIOS PARA ARCHIVO.

1. Consentimiento informado.
2. Hoja de record de anestesia.
3. Copia original de soporte de monitorias fetales.
4. Copia original de soporte de electrocardiogramas.
5. Hoja de signos vitales.
6. Hoja de oxígeno, si aplica.

	<h1>ESTADISTICA</h1>	Código: M-ES-MA-01
		Versión: 1.0
	MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Fecha de aprobación: 14/02/2019
		Página 33 de 33

7. Hola de control neurológico.

La generación de los anteriores documentos dependerá del proceso de transición a historia clínica electrónica en el que se encuentra la institución.