


## **CONTENIDO**

- 1. DEFINICIÓN**
- 2. NORMATIVIDAD VIGENTE**
- 3. DIRECTIVAS INTERNAS SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA**
  - 3.1. Historia Clínica Única**
  - 3.2. Obligatoriedad de la apertura de Historia Clínica**
  - 3.3. Obligatoriedad del registro**
  - 3.4. Calidad de los registros en la Historia Clínica**
  - 3.5. Custodia de la Historia Clínica**
  - 3.6. Características de la Historia Clínica**
- 4. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA**
  - 4.1. Formatos de la Historia Clínica**
  - 4.2. Historia Clínica (Apertura de Historia Clínica de Primera Vez)**
  - 4.3. Evolución del Tratamiento**
  - 4.4. Referencia y Contrarreferencia**
  - 4.5. Consentimiento Informado**
  - 4.6. Instructivos de la Historia Clínica**
- 5. DIMENSIONES Y COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA**
  - 5.1. Identificación del Usuario**
  - 5.2. Registros Específicos**
  - 5.3. Anexos**
- 6. Formatos de la Historia Clínica.**
- 7. Instructivos de la Historia Clínica.**
- 8. Diligenciamiento de la Historia Clínica.**
- 9. Uso de la Historia Clínica**
- 10. Manejo de la Historia Clínica:**

	<b>MANUAL DE USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>Código: CFML-MHC-001</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 1 DE enero DE 2017</b>
		<b>Página 15 de 15</b>

- 10.1** Archivo de Historias Clínicas.
- 10.2** Registro de salida y entrada de Historias Clínicas.
- 10.3** Foliación de Historias Clínicas.
- 10.4** Registro General de Historias Clínicas.


## **11. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Anexos específicos de la Historia Clínica

### **1. Definición.**

En CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, la Historia Clínica es el documento privado de tipo técnico, clínico y legal, de OBLIGATORIO diligenciamiento y sometido a reserva, donde se registran los datos del prestador de servicios de salud y 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 oral; 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, 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 paciente, orientado al manejo de su salud oral.

La Historia Clínica en CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, 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 medico-paciente.

	<b>MANUAL DE USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>Código: CFML-MHC-001</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 1 DE enero DE 2017</b>
		<b>Página 15 de 15</b>

La Historia clínica se constituye en el documento clave y consustancial de la atención en salud, en este caso referida a la atención general y especializada y representa el documento básico y principal del sistema de información de la institución.

## **2. Normatividad Vigente:**

La Historia Clínica se encuentra sustentada y reglamentada en la normatividad vigente y elaborada de acuerdo con los parámetros generales previstos en la misma, con los contenidos mínimos requeridos y con los demás adicionales que son pertinentes y de utilidad para la atención de salud en la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL.


La normatividad de referencia es la Resolución N° 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

## **3. directivas internas sobre la Historia Clínica:**

**3.1. Historia Clínica Única:** En cumplimiento de la normatividad vigente, en la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, se adoptan los formatos establecidos en este protocolo como la HISTORIA CLÍNICA ÚNICA que se utilizará para la atención de los pacientes por parte de todos y cada uno de los profesionales de la institución.

**3.2. Obligatoriedad de la apertura de Historia Clínica:** A todo paciente atendido por primera vez en la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, se le realizará el proceso de apertura de Historia Clínica.

**3.3. Obligatoriedad del registro:** “Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas” con ocasión de la prestación de los servicios de salud en LA CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL. Para cada una de las atenciones realizadas a los pacientes debe registrarse en la historia clínica las acciones realizadas, los hallazgos, las observaciones, las recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha y la hora de la atención.

	<b>MANUAL DE USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>Código: CFML-MHC-001</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 1 DE enero DE 2017</b>
		<b>Página 15 de 15</b>

**3.4. Calidad de los registros en la Historia Clínica:** “La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma”.

**3.5. Custodia de la Historia Clínica:** Aunque en este Protocolo se establecen los flujos y manejos de entrada y salida de la Historia Clínica del archivo y las personas responsables de los mismos, debido al carácter confidencial y de reserva de la Historia Clínica, todo el personal asistencial y administrativo de la institución relacionado con el manejo y tráfico de la Historia Clínica debe velar por su custodia y conservación.

#### **4. Características de la Historia Clínica:**


En coincidencia con la normatividad vigente, en la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, se establece que las características básicas de la Historia Clínica son:

**Integralidad:** La historia clínica de un paciente reunirá la información concerniente a los aspectos científicos, técnicos y administrativos de la atención en salud en las fases de fomento, promoción, prevención específica, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud oral, considerando al paciente integralmente y en sus relaciones con los ámbitos biológicos, psicológico y social, e interrelaciones con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

**Racionalidad científica:** Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas al paciente de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de sus condiciones de salud, diagnóstico y plan de manejo.

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

	<b>MANUAL DE USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>Código: CFML-MHC-001</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 1 DE enero DE 2017</b>
		<b>Página 15 de 15</b>

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

## 5. DIMENSIONES Y Componentes de la Historia Clínica:

La Historia Clínica de la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, se concibe en dos dimensiones prácticas que son:

- El documento de **Apertura de Historia Clínica de Primera Vez**, de donde se registran los datos de identificación del paciente, la anamnesis y la información clínica resultante de la atención de Primera vez, y
- La Historia Clínica como el **expediente** que incluye el documento de apertura mencionado arriba y todos los demás documentos de la Historia Clínica.

La Historia Clínica de la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, en cumplimiento de la normatividad legal y vigente tendrá los siguientes componentes:


### 5.1 IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:

Los contenidos mínimos de este componente 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, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

### 5.2 REGISTROS ESPECÍFICOS:

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546

	<b>MANUAL DE USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>Código: CFML-MHC-001</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 1 DE enero DE 2017</b>
		<b>Página 15 de 15</b>

de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

### **5.3 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 prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y 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.

Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

En todo caso el prestador de servicios será 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.

Los datos de los componentes de **Identificación Del Usuario** y de los **Registros Específicos** del documento de **Apertura de Historia Clínica de Primera Vez** de la Historia Clínica de CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, son los


	<b>MANUAL DE USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>Código: CFML-MHC-001</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 1 DE enero DE 2017</b>
		<b>Página 15 de 15</b>

siguientes, los cuales se describirán en detalle es los numerales 6 y 7 de formatos e instructivos respectivamente:

- Número de Historia Clínica
- Fecha y Hora de atención
- Datos personales del paciente: número y tipo de documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, estado civil, dirección, aseguradora, tipo de vinculación, ocupación.
- Datos del Responsable del paciente: nombre, parentesco, dirección, ciudad, localidad, barrio, teléfono.
- Datos del Acompañante del paciente: nombre, parentesco, teléfono.
- Causa de consulta y enfermedad actual
- Antecedentes personales
- Antecedentes Familiares
- Examen Físico: Valoración por sistemas
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Descripción del Plan de Tratamiento
- Consentimiento informado (+)
- Firma y sello del profesional
- Firma y cédula del paciente

Los componentes de la Historia Clínica como **Expediente** son:

- El documento de Apertura de Historia descrito antes
- La hoja de Evolución del tratamiento
- El Consentimiento Informado (+)
- Todos los demás documentos y registros clínicos (placas Rx, diseños, exámenes Paraclínicos, etc.) que resulten de la valoración clínica inicial y/o del seguimiento del paciente a través del tiempo.

	<b>MANUAL DE USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>Código: CFML-MHC-001</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 1 DE enero DE 2017</b>
		<b>Página 15 de 15</b>

## **6. Formatos de la Historia Clínica:**

Para el diligenciamiento de cada uno de los componentes de la historia Clínica, como son la Identificación del Usuario, Registros de la Atención y Anexos se implementan en la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL cada uno de los formatos mencionados a continuación, los cuales se anexan al presente documento y forman parte del mismo.

- .Historia Clínica (Apertura de Historia Clínica de Primera Vez)
- .Evolución del Tratamiento
- .Referencia y Contrarreferencia
- .Consentimiento Informado

## **7. Instructivos de la Historia Clínica:**


Cada uno de los formatos descritos en el numeral 6 tiene un instructivo para su diligenciamiento, los cuales se anexan al presente documento y forman parte del mismo.

## **8. Diligenciamiento de la Historia Clínica:**

Para el diligenciamiento de la Historia Clínica el personal administrativo y los profesionales deben conocer los formatos establecidos en la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, y los instructivos correspondientes a dichos formatos. Para tales efectos, en la recepción y en cada uno de los consultorios existirá una carpeta guía con los formatos en blanco y los instructivos para consulta de los funcionarios correspondientes. El diligenciamiento de la información general de la Historia Clínica, tal como: número de la historia, datos personales del paciente, responsable y acompañante, pueden ser diligenciados por la encargada de Admisiones, mientras que los espacios destinados a la información clínica (desde Causa de Consulta y Enfermedad Actual), solamente deben ser diligenciados por el profesional, quien realizará el interrogatorio y el examen al paciente.

## **9. Uso de la Historia Clínica:**



	<b>MANUAL DE USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>Código: CFML-MHC-001</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 1 DE enero DE 2017</b>
		<b>Página 15 de 15</b>

La Historia Clínica es un documento confidencial sometido a reserva y, por tanto, su uso se restringe única y exclusivamente al personal médico de la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, y, en aspectos restringidos únicamente al traslado, archivo y procesos de actualización y conservación, al personal administrativo no asistencial quien deberá guardar la misma reserva y confidencialidad de la Historia Clínica que el personal asistencial. Tales procesos administrativos se refieren en general a: archivo ordenado, registro de entradas y salidas del mismo, foliada de hojas, organización en carpetas, marcación de carpetas, interno en la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL.


## **10. Manejo de la Historia Clínica:**

“Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario”. El manejo aquí descrito se relaciona específicamente con el proceso de archivo y movimiento de la Historia Clínica considerada como expediente, en la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL.

**10.1. Archivo de Historias Clínicas.** Las hojas, documentos, placas, diseños y demás elementos de las Historias clínicas de la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, serán escaneadas y adjuntas a la historia clínica digital de cada paciente, dispuestas en un archivo electrónico con copia de seguridad en un disco duro, con manejo por el Ingeniero de Sistemas de la Clínica. Cada carpeta electrónica será marcada con el numero de la Historia Clínica y el nombre del paciente (Apellidos y Nombres).

**10.2. Registro de salida y entrada de Historias Clínicas.** Para el acceso a la Historia Clínica el Ingeniero de Sistemas llevará un formato en el cual se diligencia la actividad realizada y se registra el documento correspondiente. Dicho formato contendrá, la siguiente información: fecha de préstamo, nombre y apellidos, número de identificación, fecha de ingreso, fecha de egreso, sección, persona responsable, firma quien recibe la historia clínica, fecha de devolución, firma quien devuelve la historia clínica y firma quien recibe la historia clínica. Este diligenciamiento es obligatorio de las Historias Clínicas.

**10.3 Foliación de Historias Clínicas.** Las Historias Clínicas serán foliadas con números arábigos consecutivos comenzando por la primera hoja diligenciada y continuando en orden secuencial cronológico con las hojas subsiguientes, por el Ingeniero de Sistemas.

	<b>MANUAL DE USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>Código: CFML-MHC-001</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Fecha: 1 DE enero DE 2017</b>
		<b>Página 15 de 15</b>

**10.4. Registro General de Historias Clínicas.** Para asegurar y organizar la información básica sobre los pacientes, registrada en la Historia Clínica, la entidad llevará un libro de ingresos y egresos de los pacientes atendidos.

## **11. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

La historia clínica en LA CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, se conservará por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención del paciente, de manera electrónica, en los siguientes archivos:

- **Archivo de Gestión:** Reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco (5) años siguientes a la última atención.
- **Archivo Central:** Reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud de la institución, transcurridos 5 años desde la última atención.
- **Archivo Histórico:** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

### **Anexos específicos de la Historia Clínica:**

Los anexos específicos de la Historia Clínica de la CLINICA DE FRACTURAS Y MEDICINA LABORAL, que constituyen el expediente básico de la Historia, y que deben de adjuntarse de forma escaneada son: El formato de Consentimiento Informado y la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

1. HOJA DE ADMISIÓN
2. HISTORIA CLINICA DE INGRESO
3. ORDENES MEDICAS
4. FORMULA MÉDICA
5. ORDENES DE SERVICIOS AMBULATORIOS
6. SIGNOS VITALES
7. HOJA DE TEMPERATURA

8. CONTROL DE LÍQUIDOS
9. EVOLUCIONES MEDICAS – EVOLUCIONES DIARIAS
10. NOTAS DE ENFERMERÍA
11. HOJA DE ENFERMERÍA INGRESO PACIENTE
12. HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS
13. HOJA DE TERAPIA RESPIRATORIA – FISICA
14. EVALUACIÓN HEMODINÁMICA Y OXIGENACIÓN
15. HOJA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO
16. REGISTRO DE ANESTESIA
17. RECORD OPERATORIO
18. LABORATORIOS – CONTROL DE GLICEMIAS Y OTROS
19. OTRAS AYUDAS DIAGNOSTICAS
20. INCAPACIDAD
21. CONSENTIMIENTO INFORMADO – AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS
22. HOJA DE GASTOS
23. REMISIÓN
24. HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA
25. EPICRISIS
26. ACTA DE DEFUNCIÓN

## DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA

**DESCRIPCION DEL SOFTWARE ZEUS:** Se adjunta el diagrama de proceso (Ver anexo).