

Tomo XVII

**HISTORIAS
CLÍNICAS**

TABLA DE CONTENIDO

Pag.

PR-ARCH-01 - PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO	5
PR-HC-01 - APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA/CONSULTA EXTERNA.....	15
PR-HC-06 - SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS AL ARCHIVO.....	17
PR-HC-02 - ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS/URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA.....	21
PR-HC-03 - MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	23
PR-HC-04 - DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	25
PR-HC-05 - PROTOCOLO EN MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	27
GUI-ARCH-01 - GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	35
MN-ARCH-01 - MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	49
MN-ARCH-02 - MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA.....	71
IN-ARCH-01 - DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS	83

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 5
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 6
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

OBJETIVO

Establecer las pautas que garantice la adecuada gestión documental dentro de Archivo de la E.S.E. Departamental “Solución Salud”, que comprende procesos desde la producción o recepción, la distribución, la consulta, la organización, la recuperación hasta la disposición final de los documentos.

De la misma manera para dar cumplimiento a la Ley 594 de 2000 en su Artículo 22.

ALCANCE Y RESPONSABLES

Este procedimiento inicia desde la producción o recepción, la distribución, la consulta, la organización, la recuperación hasta la disposición final de los documentos. Los responsables son el Coordinador Organizacional de Archivo y todo el personal vinculado a la E.S.E. Departamental “Solución Salud”.

GENERALIDADES

La Ley 594 de 2000 en su Artículo 22. Procesos Archivísticos, establece que la gestión de documentos dentro de Archivo Total, comprende procesos tales como la producción o recepción, la distribución, la consulta, la organización, la recuperación y la disposición final de los documentos.

Para efectos de la conceptualización de un programa de gestión documental en la Empresa Social del Estado “E.S.E. Solución Salud” del departamento del Meta, se determinan los siguientes procesos que estarán interrelacionados entre sí y se desarrollarán en las diferentes unidades empresariales y durante las etapas del ciclo vital del documento (Archivo de Gestión, Archivo Central y Archivo Histórico):

- Producción,
- Recepción,
- Distribución,
- Trámite,
- Organización,
- Consulta,
- Conservación, y
- Disposición final de documentos.

PRODUCCIÓN DOCUMENTAL

Definición: Generación de documentos de las instituciones en cumplimiento de sus funciones.

Actividades. La Producción Documental comprende los aspectos de origen, creación y diseño de formatos y documentos, conforme al desarrollo de las funciones propias de cada entidad o dependencia.

Normalización.

- Identificación de dependencias productoras.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 7
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Definición de tipologías documentales, conforme a formatos y formularios regulados en los manuales de procesos y procedimientos e identificados en la Tabla de Retención Documental (TRD).
- Directrices relacionadas con el número de copias.
- Control de la producción de nuevos documentos.
- Determinación de la periodicidad de la producción documental.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

Definición: Conjunto de operaciones de verificación y control que la Empresa Social del Estado “E.S.E. Solución Salud” del departamento del Meta debe realizar para la admisión de los documentos que son remitidos por personas naturales o jurídicas respectivamente.

Actividades. Aquí debemos verificar que los documentos estén completos, que correspondan a lo anunciado y que sean de competencia de la entidad para efectos de su radicación y registro con el propósito de dar inicio a los trámites correspondientes.

Las comunicaciones y documentos son recibidas a través de diferentes medios tales como: mensajería, correo tradicional, fax, correo electrónico y cualquier otro medio que se desarrolle para tal fin de acuerdo con los avances tecnológicos y deben estar regulados en los manuales de procedimientos.

Se pueden identificar en este proceso actividades como:

- Identificación de medios de recepción: mensajería, fax, correo tradicional, correo electrónico, página Web, entre otros.
- Recibo de documentos oficiales.
- Verificación y confrontación de folios, copias, anexos, firmas.
- Constancia de recibo (sello radicador) en la cara vuelta del documento.

En cuanto a la radicación de documentos debemos cumplir con:

- Asignación de un número consecutivo a los documentos en los términos establecidos en el artículo 2 del Acuerdo AGN 060 de 2001, dejando constancia de la fecha y hora de recibo o de envío.
- Impresión de rótulo de la radicación.
- Registro impreso de planillas de radicación y control.

Además de lo anterior en la registrada de los documentos no debemos descuidar:

- Recibo de documentos oficiales.
- Verificación y confrontación de folios, copias, anexos, firmas.
- Constancia de recibo.
- Asignación de datos conforme al artículo 2 del Acuerdo AGN 060 de 2001, tales como: Nombre de la persona y/o Entidad Remitente o destinataria, Nombre o código de la (s) Dependencia (s) competente (s), Número de radicación, Nombre del funcionario responsable del trámite,

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 8
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Anexos y Tiempo de respuesta (Si lo amerita), entre otros.

- Conformación del consecutivo de comunicaciones oficiales despachadas.
- Establecimiento de controles de respuesta a partir de la interrelación de documentos recibidos y enviados.

Aplica el procedimiento para la distribución y envío de documentos internos.

DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS

Definición: Actividades tendientes a garantizar que los documentos lleguen a su destinatario.

Actividades: Se relaciona con el flujo de los documentos al interior y al exterior de nuestra empresa. Sin interesar el medio de distribución de los documentos, debemos contar con mecanismos de control y verificación de recepción y envío de los mismos. En este proceso se distinguen actividades como:

Distribución de documentos externos.

- Identificación de dependencias destinatarias de acuerdo a la competencia.
- Clasificación de las comunicaciones.
- Organización de documentos en buzones o casilleros.
- Enrutamiento de documentos a dependencia competente.
- Reasignación de documentos mal direccionados.
- Registro de control de entrega de documentos recibidos.

Distribución de documentos internos.

- Identificación de dependencias.
- Enrutamiento de documentos a dependencia competente.
- Registro de control de entrega de documentos internos.

Distribución de documentos enviados.

- Definición de medios de distribución: personal, fax, correo tradicional, correo electrónico, apartado aéreo, trámite en línea, página Web, otros.
- Control del cumplimiento de requisitos del documento.
- Métodos de empaque y embalaje.
- Peso y porte de documentos.
- Gestión del correo tradicional: Normal, certificado, especial.
- Control y firma de guías y planillas de entrega.
- Control de devoluciones.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 9
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Organización mensajería externa.
- Registro de control de envío de documentos.

TRÁMITE DE DOCUMENTOS

Definición: Curso del documento desde su producción o recepción hasta el cumplimiento de su función administrativa.

Actividades: De acuerdo a las funciones de cada dependencia, se generan documentos objeto de trámites administrativos, dichos documentos integran sus respectivas series documentales.

En cuanto a las comunicaciones debemos tener en cuenta los tiempos máximos establecidos para el trámite oportuno de las mismas. En este proceso se señalan actividades como:

Recepción de solicitud o trámite.

- Confrontación y diligenciamiento de planilla de control y ruta de trámite.
- Identificación del trámite.
- Determinación de competencia, según funciones de las dependencias.
- Definición de los períodos de vigencia y tiempos de respuesta.

Respuesta.

- Análisis de antecedentes y compilación de información.
- Proyección y preparación de respuesta.
- Trámites a que haya lugar con la producción de documentos hasta la culminación del asunto.

ORGANIZACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Definición: Conjunto de acciones orientadas a la clasificación, ordenación y descripción de los documentos como parte integral de los procesos archivísticos.

Actividades: El conjunto de acciones encaminadas a la adecuada organización de los archivos comprende los procesos archivísticos de:

Clasificación Documental.

“Proceso archivístico mediante el cual se identifican y establecen las series que componen cada agrupación documental (fondo, sección y subsección), de acuerdo con la estructura orgánico-funcional de nuestra empresa.”

Actividades

- Identificación de unidades administrativas y funcionales.
- Aplicación de la tabla de retención y/o valoración de la dependencia.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 10
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Conformación de series y subseries documentales.
- Identificación de tipos documentales de la tabla de retención y/o valoración y de los documentos de apoyo.
- Control en el tratamiento y organización de los documentos.

Ordenación documental.

Ubicación física de los documentos dentro de las respectivas series en el orden previamente acordado.

Actividades

- Relaciones entre unidades documentales, series, subseries y tipos documentales.
- Conformación y apertura de expedientes.
- Determinación de los sistemas de ordenación.
- Organización de series documentales de acuerdo con los pasos metodológicos.
- Foliación.

Descripción Documental.

Proceso de análisis de los documentos de archivo o de sus agrupaciones que permite su identificación, localización y recuperación para la gestión o la investigación.

Actividades

- Análisis de información y extracción de contenidos.
- Diseño de instrumentos de recuperación como Guías, Inventarios, Catálogos e Índices.
- Actualización permanente de instrumentos.

Un instrumento archivístico que permite la normalización de la gestión documental y la institucionalización del ciclo vital del documento en sus diferentes fases, es la Tabla de Retención Documental, la cual debe actuar en nuestra empresa como regulador de las decisiones en materia documental, y puede ayudar a definir o no la necesidad de utilización de nuevas tecnologías en los archivos.

No debemos olvidar que la retención de documentos nos establece el plazo en términos de tiempo en que los documentos deben permanecer en el archivo de gestión o central, tal como se asigna en la tabla de retención y de valoración documental.

De otro lado la organización de los documentos nos permite una rápida identificación de los expedientes, valorar las funciones y necesidades operacionales de las oficina, contar con sistemas de ordenación fáciles de entender por los usuarios, ubicar los documentos para su consulta, transferencia o disposición final.

Actividades

- Elaboración de inventarios documentales.
- Organización y entrega de transferencias documentales.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 11
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Aplicación de la disposición final de las TRD y RVD.

3.5.1 Archivo de Gestión.

3.5.2 Archivo Central.

3.5.3 Archivo Histórico.

CONSULTA DE DOCUMENTOS

Definición: Acceso a un documento o grupo de documentos con el fin de conocer la información que contienen.

La consulta garantiza el derecho que tiene un usuario (entidad, dependencia, persona natural, Estado Colombiano, etc.) de acceder a la información contenida en los documentos de archivo y de ser necesario a obtener copia de los mismos. Si el interesado desea que se le expidan copias o fotocopias se harán controladamente y éstas deberán ser autorizadas por el jefe de la respectiva oficina y sólo se permitirá cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la Constitución y a las leyes.

En cuanto a la recuperación de los documentos la entendemos como la acción y efecto de obtener por medio de los instrumentos de consulta, los documentos requeridos, se logra mediante la disponibilidad y actualización de éstos, ya sean inventarios, guías, catálogos e índices.

Actividades

Formulación de la consulta

- Determinación de la necesidad y precisión de la consulta.
- Determinación de competencia de la consulta.
- Condiciones de acceso.
- Disponibilidad de información en términos de restricciones por reserva o por conservación.
- Reglamento de consulta.

Estrategia de búsqueda

- Disponibilidad de expedientes.
- Disponibilidad de fuentes de información.
- Establecimiento de herramientas de consulta.
- Ubicación de los documentos.

Respuesta a consulta

- Atención y servicio al usuario.
- Infraestructura de servicios de archivo.
- Sistemas de registro y control de préstamo.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 12
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Uso de testigos y formatos para el control de devolución.
- Implantación de medios manuales o automáticos para la localización de información

CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS

Definición: Conjunto de medidas preventivas o correctivas adoptadas para garantizar la integridad física y funcional de los documentos de archivo, sin alterar su contenido.

Actividades: Aquí se garantizan las condiciones mínimas encaminadas a la protección de los documentos, el establecimiento y suministro de equipos adecuados para el archivo, sistemas de almacenamiento de información en sus distintos soportes.

El almacenamiento de documentos consiste en guardar sistemáticamente documentos de archivo en espacios y unidades de conservación apropiadas.

En este proceso la actividad más importante consiste en la implantación del Sistema Integrado de Conservación que conlleva las siguientes acciones:

- Diagnóstico integral.
- Sensibilización y toma de conciencia.
- Prevención y atención de desastres.
- Inspección y mantenimiento de instalaciones.
- Monitoreo y control de condiciones ambientales.
- Limpieza de áreas y documentos.
- Control de plagas.
- Apoyo a la producción documental y manejo de correspondencia.
- Almacenamiento, realmacenamiento y empaste / encuadernación (Determinación de espacios y áreas locativas, determinación de mobiliario y equipo, determinación de unidades de conservación y almacenamiento).
- Apoyo a la reproducción.
- Intervenciones de primeros auxilios para documentos.
- Establecimiento de medidas preventivas.
- Implantación de Planes de contingencia.
- Aseguramiento de la información en diferentes medios y soportes.

DISPOSICIÓN FINAL DE LOS DOCUMENTOS

Definición: Selección de los documentos en cualquier etapa del ciclo vital, con miras a su conservación temporal, permanente o a su eliminación conforme a lo dispuesto en las Tablas de Retención y/o Valoración Documental.

Además de definir la conservación permanente de una serie se debe analizar la aplicación conjunta de una técnica de reprografía cuyo objetivo será facilitar el acceso a la información, evitando a la vez que la

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 13
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

manipulación constante sobre originales pueda facilitar su deterioro.

La decisión de eliminar expedientes en los archivos de gestión, es una opción válida en casos tales como el de los informes de gestión en los que se conserva una copia en las unidades administrativas que los producen y el original es enviado a las oficinas de planeación quienes conservarán el total de la serie y la transferirán al archivo central correspondiente.

Actividades:

La conservación total se aplica a aquellos documentos que tienen valor permanente, es decir, los que lo tienen por disposición legal o los que por su contenido informan sobre el origen, desarrollo, estructura, procedimientos y políticas de la Empresa Social del Estado “E.S.E. Solución Salud” del departamento del Meta, convirtiéndose en testimonio de su actividad y trascendencia. Así mismo, es patrimonio documental, útil y conserva para la investigación, la ciencia y la cultura, por lo tanto debemos tener en cuenta:

- Recepción de transferencias secundarias.
- Organización de documentos para disponerlos al servicio de los usuarios.
- Conservación y preservación de los documentos.

Eliminación de documentos: Actividad resultante de la disposición final señalada en las tablas de retención o de valoración documental, para aquellos documentos que han perdido sus valores primarios y secundarios, sin perjuicio de conservar su información en otros soportes.

- Aplicación de lo estipulado en la TRD o TVD.
- Valoración avalada por el Comité de Archivo.
- Levantamiento de acta y determinación del procedimiento de eliminación.

Selección documental: Actividad de la disposición final señalada en las tablas de retención y/o valoración documental y realizada en el archivo central, con el fin de escoger una muestra de documentos de carácter representativo, para su conservación permanente.

- Aplicación de método elegido.
- Elección de documentos para conservación total y/o reproducción en otro medio.

Microfilmación: Técnica que permite fotografiar documentos y obtener pequeñas imágenes en película.

- Determinación de metodología y plan de trabajo.
- Fines en la utilización de la técnica.
- Control de calidad durante todo el proceso.

Digitalización: Técnica que permite la reproducción de información que se encuentra de manera analógica (papel, video, sonido, cine, microfilme y otros) entre otras, que sólo puede ser leída o interpretada por computador.

- Determinación de la metodología y plan de trabajo.
- Definición de calidad, según la fase del ciclo vital en la cual se requiere.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO PR-ARCH-01	PÁGINA 14
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZA- CIÓN DEL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Control de calidad durante todo el proceso.

REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE REGISTRO	CÓDIGO	IDENTIFICACIÓN DE LA CARPETA	RESPONSABLE DE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DESTINO FINAL
Listado maestro de documentos	FR-GC-02	Gestión de Calidad	Coordinación de calidad	Hasta cambios de información	Destrucción
Distribución de documentos	FR-GC-03	Gestión de Calidad	Coordinación de calidad		Destrucción
Listado maestro de formatos	FR-GC-04	Gestión de Calidad	Coordinación de calidad		Destrucción
Listado maestro de documentos obsoletos	FR-GC-05	Gestión de Calidad	Coordinación de calidad		Destrucción
Registro de Cambios	FR-GC-01	Gestión de Calidad	Coordinación de calidad		Destrucción

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-HC-01	PÁGINA 15
	APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA CONSULTA EXTERNA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA/ CONSULTA EXTERNA

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD"

ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-HC-01	PÁGINA 16
APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA CONSULTA EXTERNA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Código PR-HC-01		Versión 2		Fecha Vigencia 25/05/2011		Documento Controlado	
MACROPROCESO							
ASISTENCIAL							
PROCESO							
HISTORIAS CLINICAS							
PROCEDIMIENTO							
APERTURA DE HISTORIA CLINICA/CONSULTA EXTERNA							
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO	
1		Inicio	-	-	-	-	
2		recepción de planilla de consulta programada	técnico en estadística	de lunes a viernes 7:00 a.m.	oficina de estadística	formato de programación de consulta externa y promoción y prevención	
3		organización formatos de historia clínica	auxiliar de estadística	ingreso del paciente	oficina estadística	ubica en la carpeta correspondiente todos los formatos necesarios de acuerdo al programa al que asiste a su consulta (consulta externa o promoción y prevención)	
4		identificación de la historia clínica	auxiliar de estadística	ingreso del paciente	oficina de estadística	registra en los formatos adecuados de acuerdo al programa, los datos de identificación del paciente, teniendo en cuenta: tipo de documento, número de identificación, nombres y apellidos, fecha de nacimiento, edad, fecha de atención, seguridad social, sexo, dirección, procedencia, responsable, ocupación.	
5		registro en el libro de historias clínicas	técnico en estadística	finalizar el proceso de identificación de la historia clínica	oficina de estadística	libro de ingreso de historias clínicas	
6		FIN	-	-	-	-	

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-06	PÁGINA 17
	SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS AL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS AL ARCHIVO

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-06	PÁGINA 18
	SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS AL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

OBJETIVO

Controlar la entrada y salida de Historias Clínicas que reposan en el Archivo del centro de atención con el fin de fortalecer la custodia de las Historias Clínicas.

ALCANCE Y RESPONSABLES

Inicia con la solicitud al auxiliar de archivo del centro de atención de las Historias Clínicas requeridas por el personal autorizado para la atención a los usuarios.

El responsable del procedimiento de solicitud de historias clínicas al archivo del centro de atención es: el Auxiliar de archivo.

GENERALIDADES

Los listados de solicitud de Historia Clínicas se entregan 24 horas antes de la consulta del paciente al archivo, con el fin de agilizar la búsqueda de las mismas y prestar un pronto y oportuno servicio, se radica las Historias Clínicas con el fin de controlar y custodiar la entrada y salida de las historias del archivo.

RECURSOS

Talento Humano

Medico

Enfermera Jefe

Auxiliar de Enfermería

Auxiliar de Odontología

Auxiliar de Archivo

Materiales o Logísticos

Libro radicador. Este contiene los siguientes datos en el mismo orden: Fecha Salida – No. identificación – Nombre Paciente – Nombre Quien Entrega – Nombre Quien Recibe – Servicio – Fecha Ingreso – Nombre Quien Entrega – Nombre Quien Recibe – Observación.

Estantería

Escritorio

Guantes

Carpeta de historia clínica

Tapabocas

Bata

Metodológicos

Protocolo de solicitud de Historia Clínicas

Medio Ambiente

Archivo del centro de atención

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-06	PÁGINA 20
	SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS AL ARCHIVO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

NORMATIVIDAD

- LEY 23 de 1981, por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica.
- LEY 594 de 2000, por medio del cual se dicta la ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Decreto 2174 de 1996, Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

TERMINOS Y DEFINICIONES

- **Archivo:** Conjunto de documentos acumulados en un proceso natural por una persona pública o entidad publica o privada, en el transcurso de su gestión, conservados, respetando el orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos como fuente de la historia.
- **Historia Clínica:** Registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-HC-02	PÁGINA 21
	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS/URGEN- CIAS, HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS/ URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

ESE DEPARTAMENTAL “SOLUCION SALUD”						
Código PR-HC-02		Versión 2	Fecha Vigencia 25/05/2011	Documento Controlado		
MACROPROCESO						
ASISTENCIAL						
PROCESO						
HISTORIAS CLINICAS						
PROCEDIMIENTO						
ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS/URGENCIAS, HOSPITALIZACION, CONSULTA EXTERNA						
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO	Inicio	-	-	-	-
2	Identificación	identificación de la historia clínica	técnico de estadística	ingresa historia clínica a oficina de estadística	estadística	verificar que el número de la historia clínica corresponda al paciente
3	Organización	organización de la historia clínica	técnico de estadística	confirma identificación de la historia clínica	estadística	revisar cada uno de los registros de la historias clínica y confirmar datos de identificación, datos personales, foliación y cumplimiento de notas clínicas de acuerdo a la normatividad vigente
4	Clasificación	clasificación de la historia clínica	técnico de estadística	verifica organización de la historia clínica	archivo	clasifica de acuerdo a su frecuencia de utilización: e el archivo de gestión, central o histórico
5	Ubicación	ubicación de la historia clínica	técnico de estadística	finalizar clasificación de la historia clínica	archivo	ubicar la historia clínica en el estandó correspondiente de acuerdo a su consultoría
6	FIN	FIN	-	-	-	-

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-HC-02	PÁGINA 23
	MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	---	--

ESE DEPARTAMENTAL “SOLUCION SALUD”						
Código PR-HC-03	Versión 2	Fecha Vigencia 25/05/2011	Documento Controlado			
ASISTENCIAL						
HISTORIAS CLINICAS						
MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS						
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO	Inicio	-	-	-	-
2	Recepción	recepción de planilla de consulta programada	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	de lunes a viernes 7: 00 a.m.	oficina de estadística	formato de programación de consulta externa y promoción y prevención
3	Busqueda	búsqueda en el archivo de historias clínicas	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	planilla de consulta programada	oficina estadística	búsqueda de historias clínicas
4	Registrar	registro en el formato de custodia ingreso y egreso de historias clínicas	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	entrega a auxiliar de consultorio	oficina de estadística	se registra en el libro: hora y fecha, nombre del usuario, numero de historia clínica, servicio al cual entrega la historia clínica y firma del responsable
5	Organizar HC	organización de historia clínica	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	ingreso del paciente	oficina de estadística	alimenta la historia clínica con los formatos correspondientes de acuerdo al programa al que asiste el usuario
6	Entrega HC	entrega de la historia clínica a profesional encargado de la atención medica del usuario	auxiliar de consultorio	ingreso del paciente	consultorio medico, odontológico y enfermería	entrega de cada una de las historias clínicas de acuerdo al programa al que asiste el usuario y a l hora y fecha asignada para la atención
7	Registro	registro en el formato de custodia ingreso y egreso de historias clínicas	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	finalizar atención medica al usuario	oficina de estadística	verificar el numero de historias clínicas que entrega con las que recibió, y se registra firma de quien las entrega y hora de entrega
	FIN	FIN				

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-HC-04	PÁGINA 25
	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD"						
Código PR-HC-04		Versión 2		Documento Controlado		
ASISTENCIAL		Fecha Vigencia 25/05/2011				
MACROPROCESO						
PROCESO						
HISTORIAS CLINICAS						
DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS						
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO	Inicio	-	-	-	-
2	Identificación Usuario	Identificación del usuario	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	ingreso del paciente	consultorio médico, odontológico y enfermería	documento de identificación y carné de seguridad social
3	Identificación HC	Identificación de la historia clínica	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	ingreso del paciente	Archivo de historias	comparación de documentos de identificación del usuario con datos registrados en formatos de la historia clínica
4	Foliación	Foliación de la historia clínica	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	ingreso del paciente	Archivo de historias	foliar cada uno de los formatos de la historia clínica en los cuales se consignaran datos del paciente
5	Organización	Organización de la historia clínica	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	ingreso del paciente	Archivo de historias	organizar por orden cronológico cada uno de los formatos de la historia clínica
6	Registro de hora	Registro de hora	medico, odontólogo, enfermera	ingreso del paciente	consultorio	registrar fecha de atención al paciente
7	Registro de fecha	Registro de fecha	medico, odontólogo, enfermera	ingreso del paciente	formato de historia clínica	registrar hora de atención al paciente
8	Registro motivo de consulta	Registro de motivo de consulta	medico, odontólogo, enfermera	ingreso del paciente	formato de historia clínica	registrar en formatos establecidos el motivo por el cual consulta el paciente
9	Registro de evolución	Registro de evolución	medico, odontólogo, enfermera	ingreso del paciente	formato de historia clínica	registrar en los formatos de historia clínica la hallazgos obtenidos durante la valoración cefalocaudal del paciente
10	Registro del Diagnóstico	Registro de diagnóstico	medico, odontólogo, enfermera	durante la valoración clínica del paciente	formato de historia clínica	registrar los diagnósticos identificados durante la valoración clínica del paciente
11	Registro del tratamiento	Registro de tratamiento	medico, odontólogo, enfermera	al finalizar la valoración clínica	formato de historia clínica	registrar en formatos de la historia clínica el tratamiento adecuado para el paciente de acuerdo a su condición física y clínica
12	Organización de anexos	Organización de anexos	técnico en estadística o auxiliar de archivo o auxiliar de archivo	confirmar diagnóstico	Archivo de historias	ubicar en la historia clínica todos los documentos que sirven como sustento legal, técnico científico y administrativo de las acciones realizadas al paciente
13	Firma y sello	Firma y sello	medico, odontólogo, enfermera	confirmar diagnóstico	formato de historia clínica	al finalizar cada nota e evolución, el profesional que trata al paciente debe registrar su firma y sello en la nota de evolución correspondiente
14	FIN	FIN	-	-	-	-

NOTA: LA HISTORIA CLINICA DEBE DILIGENCIARSE DE FORMA CLARA, LEGIBLE, SIN TACHONES, ENMENDADURAS, INTERCALACIONES, SIN DEJAR ESPACIOS EN BLANCO Y SIN UTILIZAR SIGLAS.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-05	PÁGINA 27
	PROTOCOLO EN MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

PROTOCOLO EN MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-05	PÁGINA 28
	PROTOCOLO EN MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

OBJETIVO

1. Servir como instrumento para planificar la atención al paciente y contribuir para que ésta sea continuada.
2. Proporcionar un medio de comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud que contribuye a la atención del paciente.

ALCANCE Y RESPONSABLES

Este Procedimiento aplica desde su producción de la historia clínica y registros hasta su disposición final (ciclo vital).

El Auxiliar de Archivo Clínico es responsable de verificar el cumplimiento de las acciones descritas en este documento.

El personal médico, las Enfermeras Jefes, las auxiliares de enfermería, los auxiliares de facturación, los auxiliares de Archivo Clínico y demás profesionales de la salud son responsables de cumplir las acciones aquí descritas.

Los supervisores de actividades docentes son responsables por el cumplimiento de lo aquí dispuesto por parte de los estudiantes autorizados en campo de práctica.

GENERALIDADES

DEFINICIÓN

HISTORIA CLINICA: Documento donde se condensa la evolución del paciente en sus aspectos físico, social y psicológico. Sirve además para medir, apreciar y evaluar la calidad del trabajo realizado por el personal de salud.

OBJETIVOS:

3. Proporcionar evidencia sobre el curso de la enfermedad y del tratamiento del paciente.
4. Servir como base para revisión, estudio y evaluación de la calidad de atención prestada al paciente.
5. Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del equipo de salud.
6. Proporcionar información para usos de investigación y docencia.
7. Contribuir a aclarar la situación del paciente, el diagnóstico y las respectivas implicaciones en la familia y la comunidad.

- Hojas que conforman la historia clínica:

De uso general:

- Atención general
- Signos vitales.
- Medicación y tratamiento.
- Notas de enfermería.
- Ordenes médicas.
- Evolución medica.
- Exámenes de laboratorio.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-05	PÁGINA 29
	PROTOCOLO EN MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Identificación y resumen de atenciones.
- Epicrisis.
- Hoja de gastos intra hospitalarios.

De uso específico:

De acuerdo a la especialidad del servicio a las condiciones del paciente, se adjuntarán otras, por ejemplo: balance de líquidos, control de signos neurológicos, curva térmica, remisión de paciente, Atención infantil y preescolar, partograma, atención de urgencias, control de tensión arterial, historia de AIEPI para todos los menores de 5 años, todos los formatos de promoción y prevención, etc.

NORMAS GENERALES:

- Proteger la historia de su pérdida y destrucción.
- No desprender ninguna de sus hojas.
- Identificar correctamente todas las hojas con: nombres y apellidos completos; número de historia clínica, nombre del servicio, número de cama o habitación.
- Mantenga un lugar fijo para las historias, que sea al mismo tiempo seguro y de fácil acceso para el equipo de salud.
- Vigilar que toda orden médica quede registrada en la historia clínica.
- Evitar cumplir órdenes médicas verbales. En caso de urgencia, cumplirlas y tener la precaución de hacerlas registrar posteriormente.
- Registrar el cumplimiento de las órdenes médicas y demás procedimientos que se realicen al paciente.
- Elaborar los registros de manera clara y con letra legible. No usar jeroglíficos o firmas irreconocibles. Se debe colocar la letra inicial del nombre y el apellido completo.
- No permitir la salida de historias clínicas de la institución sin autorización de las directivas y/o departamento de Archivo clínico.
- Enviar la historia al servicio respectivo cuando el paciente cumpla citas.
- Todo registro que se consigne en la historia, debe llevar fecha, hora, firma de la persona responsable.
- Al egresar el paciente, devolver la historia clínica al archivo central.
- Colocar las hojas de la historia clínica en el orden establecido en la institución, en caso de hospitalizaciones se hará en orden cronológico de la atención, realizando cierre de la atención al egreso del paciente; cuando existan atención en promoción y prevención se le dará continuidad a la atención sin hacer cierre.
- Las historias de atenciones en brigadas y puestos de salud se entregaran al archivo para su respectiva custodia y alimentación de la historia del usuario.
- En los Puestos de Salud no se archivarán historias clínicas, las notas de los servicios allí prestados deberá entregarse al Centro de Atención correspondiente, a excepción de usuarios atendidos en los Puestos de Salud en donde exista médico las 24 horas, los cuales si deberán cumplir con el archivo y custodia de las historias clínicas.

NOTA: Tienen acceso a la historia clínica, previa identificación: el médico legista, el inspector de policía, la fiscalía, los miembros del equipo de salud, el personal en formación y el paciente.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-05	PÁGINA 30
	PROTOCOLO EN MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

NOTAS ESPECÍFICAS:

Hoja de signos vitales:

En ella se registran en forma gráfica los signos vitales del paciente (T°, P, R, T/A) así como el registro de las disposiciones, micciones, drenajes, dieta, peso y terapia que está recibiendo. Además se consigna en ella si el paciente fue llevado a cirugía a Rx u otro tipo de exámenes y procedimientos de importancia.

- La temperatura se registra con lápiz rojo.
- El pulso o frecuencia cardiaca se registra con lápiz azul.
- La respiración o frecuencia respiratoria se registra con lápiz verde.
- La tensión arterial se registra con lápiz de tinta negra.

Hoja de Notas de enfermería:

En ella se registran las evaluaciones y atenciones realizadas al paciente por el personal de enfermería. Constituye un medio de comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Las anotaciones de enfermería deben cumplir los siguientes requisitos:

- Deben ser precisas, objetivas y claras.
- Todo procedimiento debe ser registrado inmediatamente por la persona que lo realizó, precisando fecha y hora.
- Al anotar la hora debe tenerse en cuenta que se contabiliza desde la hora 0 hasta la hora 24.
- Las palabras o frases erróneas se cruzan con una línea horizontal y a continuación se hace la aclaración necesaria.
- Debe evitarse tachones y enmendaduras.
- Solo utilizar abreviaturas generales y aceptadas; no utilizar abreviaturas propias.
- Utilizar letra legible para evitar interpretaciones erróneas.
- Utilizar tinta y no lápiz para las anotaciones, y en los colores indicados.
- Utilizar correctamente los términos científicos.
- No utilizar palabras como: regular, bien, igual, por su valor subjetivo; aclarar el significado que se requiere expresar al anotar estos términos.
- No anotar nunca un procedimiento antes de realizarlo.
- Una buena nota debe incluir estado físico y emocional del paciente, signos y síntomas observados en el paciente o relatados por él, implicaciones socio-económicas y familiares de la enfermedad, una breve descripción de la condición del paciente y el tratamiento realizado.

Hoja de órdenes medicas:

En ella, el médico registra las indicaciones con respecto al tratamiento de un paciente. Todas las órdenes deben ser escritas y firmadas por él médico tratante; además deben llevar la fecha y hora de la prescripción.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-05	PÁGINA 31
	PROTOCOLO EN MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Una vez transcritas las órdenes médicas, la enfermera firmará inmediatamente después de la última orden.

Hoja de evolución:

En ella, el médico hace un relato cronológico de la evolución del paciente, el cual debe ser suficientemente detallado como para describir los resultados del tratamiento y los cambios presentados. La frecuencia con que se escriben las notas de evolución, depende del estado del paciente.

NORMATIVIDAD

Son las disposiciones normativas de soporte para el manejo de la historia clínica:

Ley 23 de 1981 – Artículos 34, 36, 37, 38,39. Artículo 34- La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. **Artículo 36 –** En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad. **Artículo 37 –** Entiéndese por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales. **Artículo 38–** Teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia, la revelación del secreto profesional, se podrá hacer : a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga. b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento. c) A los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces. d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud en los casos previstos por la Ley. e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia. **Artículo 39 –** El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional.

Resolución 1995 del 8 de Julio de 1999 – Artículo 6 – Apertura e identificación de la historia clínica. Artículo 11 **CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.** La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador 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.

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

PARAGRAFO 2º. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARAGRAFO 3º. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-05	PÁGINA 32
	PROTOCOLO EN MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

encuentra la historia clínica.

ARTICULO 14. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

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

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

ARTICULO 15. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTICULO 16. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, 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 de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

ARTICULO 17. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-HC-05	PÁGINA 33
	PROTOCOLO EN MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

Artículo 12 – Obligatoriedad del Archivo. **Artículo 13** – Custodia de la historia Clínica. **Artículo 14** – Acceso a la historia clínica. **Artículo 16** – Seguridad del Archivo de historias clínicas

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

Apertura de Historia Clínica: Proceso por el cual una Institución asigna un número de historia junto con su carpeta, la cual deberá contener todos los documentos relacionados con la atención individual y el diligenciamiento de los datos administrativos de identificación del usuario, más los formularios para el registro clínico, de acuerdo con el estado de salud y el tipo de atención brindada.

Archivo de Historias Clínicas: Lugar donde reposan y se conservan en forma ordenada y con fácil acceso las historias clínicas de los usuarios que hacen uso permanente o han utilizado los servicios de la Institución, teniendo en cuenta el ciclo vital de la documentación. Este lugar debe cumplir con las condiciones locativas (Resolución 1995 de 1999 en su artículo 17 "Condiciones físicas de conservación de la Historia Clínica")

Equipo de Salud: Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínica asistencial directa del usuario y los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 35
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 36
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

OBJETIVO

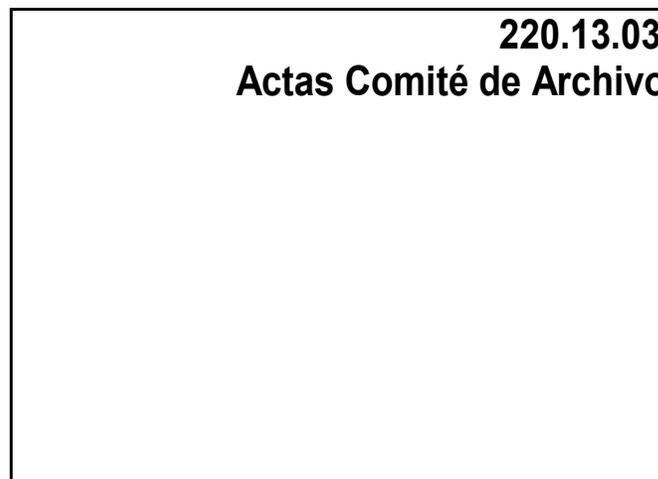
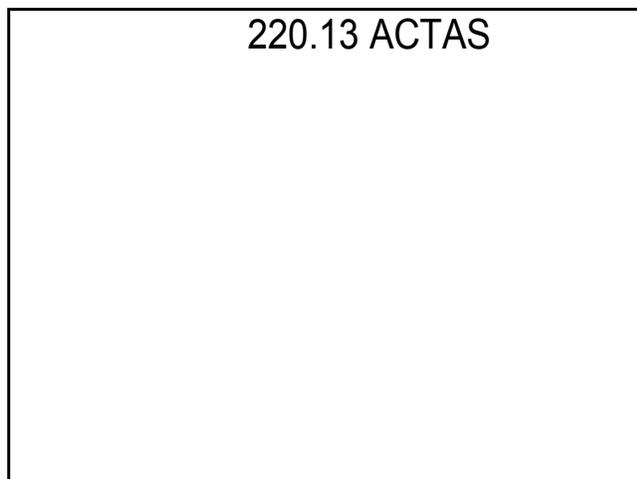
La presente guía tiene como fin disponer de una herramienta que permita desarrollar los procesos archivísticos propios de la primera fase de formación del archivo, de manera precisa, secuencial y uniforme en atención a las políticas, normas, métodos y procedimientos establecidos por la Empresa Social del Estado “ESE Solución Salud”, en lo que tiene que ver con la producción, recibo, radicación, trámite, distribución, retención, almacenamiento, recuperación, protección y transferencia documental en los archivos de gestión de esta Empresa.

Por lo anterior, se convierte la presente Guía, en un instrumento obligatorio, necesario y práctico que facilitará las tareas propias de los funcionarios responsables de administrar los archivos de las oficinas y permitirá que todos cumplamos con la aplicación de las Tablas de Retención Documental, la realización de las transferencias documentales y reforcemos nuestra cultura documental, como ente rector de la política archivística.

GENERALIDADES.

APERTURA DE SERIES DOCUMENTALES

- Tome la TRD correspondiente a su dependencia, conozca qué series y subseries documentales le han correspondido.
- Utilizando una lámina de cartón cartulina, de un grosor aproximado de 2mm, en secciones de 34 cm. de ancho X 27 cm. de alto., escriba en imprenta, utilizando mayúsculas sostenidas, el código y el nombre de la respectiva serie (en el borde superior - centrado).
- Utilizando láminas del mismo material y dimensiones escriba en el vértice superior derecho, el código y nombre de la respectiva subserie (la primera letra con mayúscula).
- Coloque las láminas que identifican tanto las series como las subseries al inicio de los expedientes correspondientes. (Éstas le servirán de guía).
- Observe las gráficas que se presentan como ejemplos:



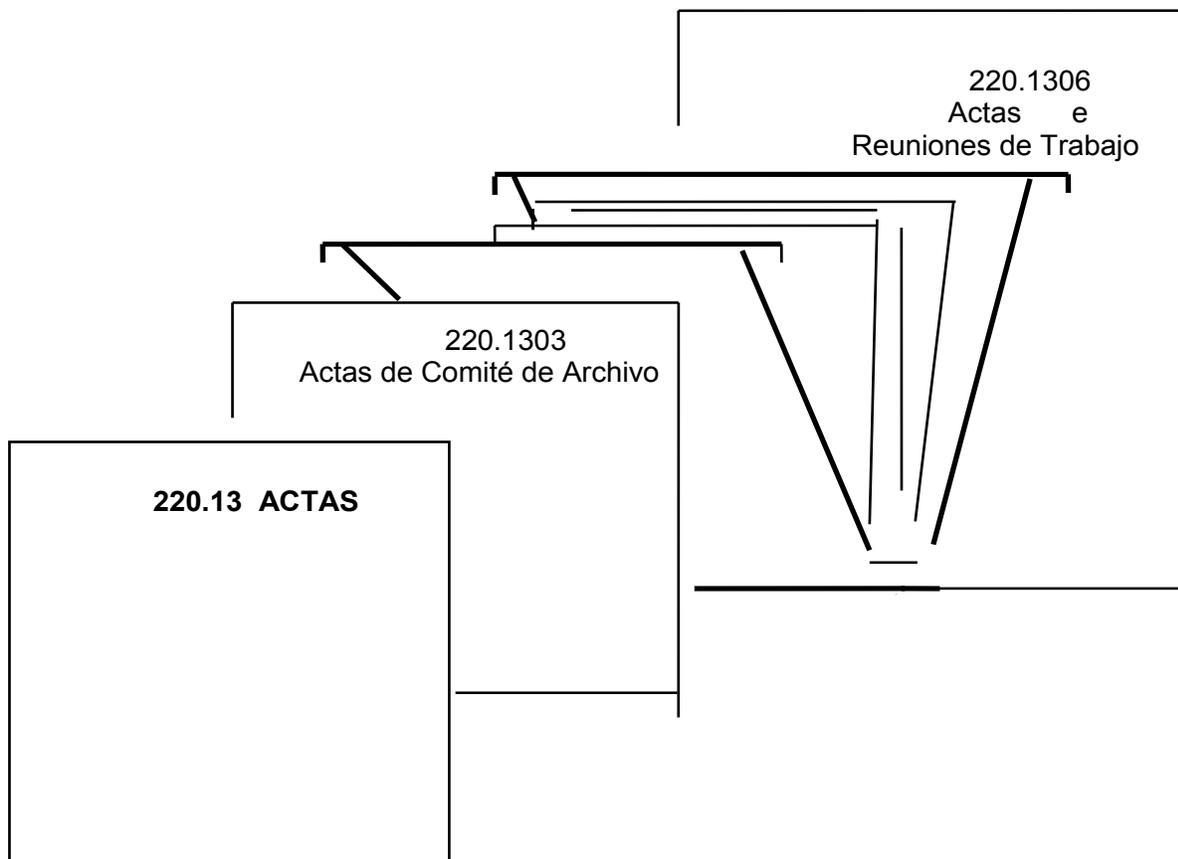
	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 37
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

ORGANIZACIÓN ARCHIVO DE GESTION

Es conveniente que al iniciar cada año se estime, en lo posible la cantidad de expedientes que debe abrir para cada serie y subserie con el fin de reservar el espacio, proyectando el crecimiento de cada uno de ellos y evitar así que al agregarse los correspondientes tipos documentales se disminuya la facilidad de consulta por efecto de reducción de espacio.

Recuerde que para evitar deterioro físico de la documentación, en cada expediente se debe conservar un máximo de 200 folios.

Mobiliario

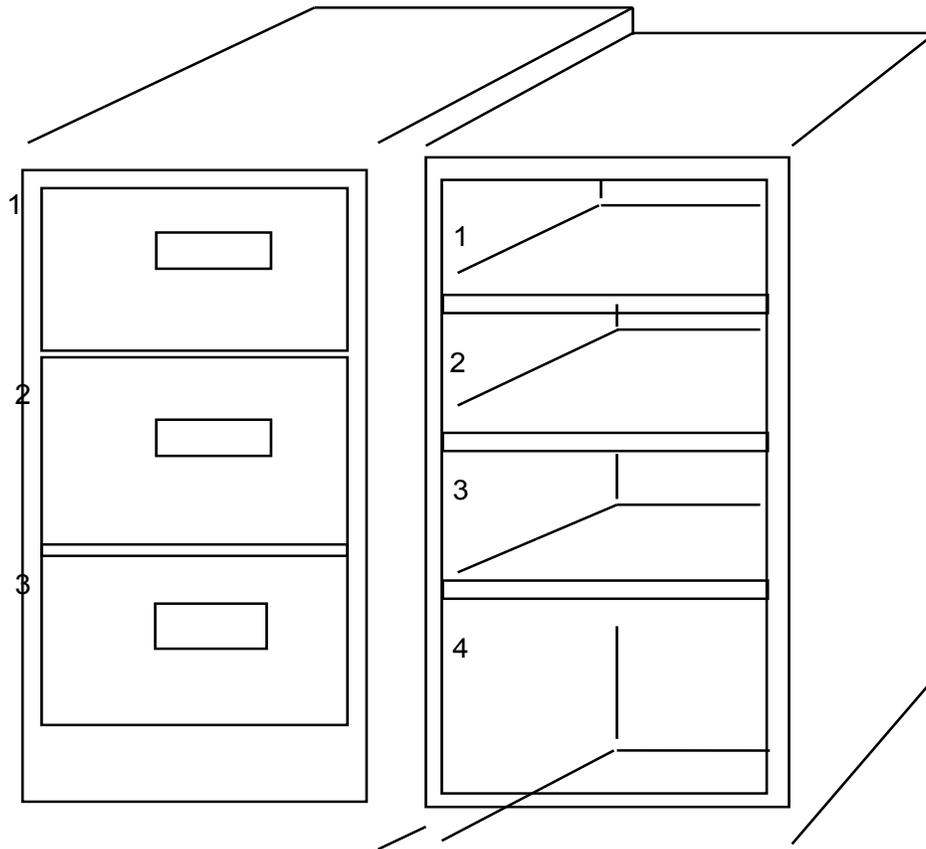


- A continuación de las láminas enunciadas en el punto anterior, coloque tantas carpetas colgantes como expedientes sea necesario abrir y dentro de la carpeta colgante coloque una carpeta celugúa que a su vez contendrá los tipos documentales que van a conformar el expediente.
Ej.

ORDENACION DE SERIES, EXPEDIENTES Y TIPOS DOCUMENTALES

Para la ordenación de series documentales, expedientes y tipos documentales, siga las siguientes instrucciones:

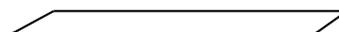
Haga una distribución secuencial de las gavetas de su archivador o de las bandejas de estantería, enumerando de uno (1) hasta (n) de arriba hacia abajo



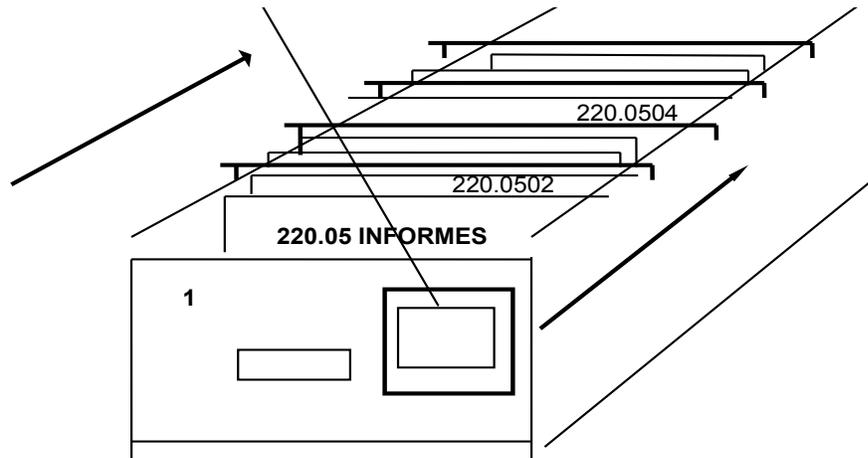
- Distribuya las series documentales en las gavetas atendiendo al orden de codificación establecido; es decir en forma ascendente, como se encuentran en la TRD. Igualmente, en el vértice superior derecho de la gaveta, adhiera una cartulina con la descripción de las series, subseries y expedientes que allí se encuentran.

Ej.:

<ul style="list-style-type: none"> • 220.05 INFORMES • 220.0502 Informe Institucional Informe Institucional 1997 Informe Institucional 1998 • 220.0504 Informe de Actividades Informe de Actividades Marzo de 1998 Informe de Actividades Junio de 1998 • Informe de Actividades Septiembre de 1998 • 220.13 ACTAS • 220.1303 Actas de Comité de Archivo Actas de Comité de Archivo 1997 Actas de Comité de Archivo 1998 • 220.17 ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO • 220.1701 Anteproyecto de Presupuesto de Inversión • 220.1702 Anteproyecto de Presupuesto de Funcionamiento • 220.18 EVALUACION DE PROYECTOS
--



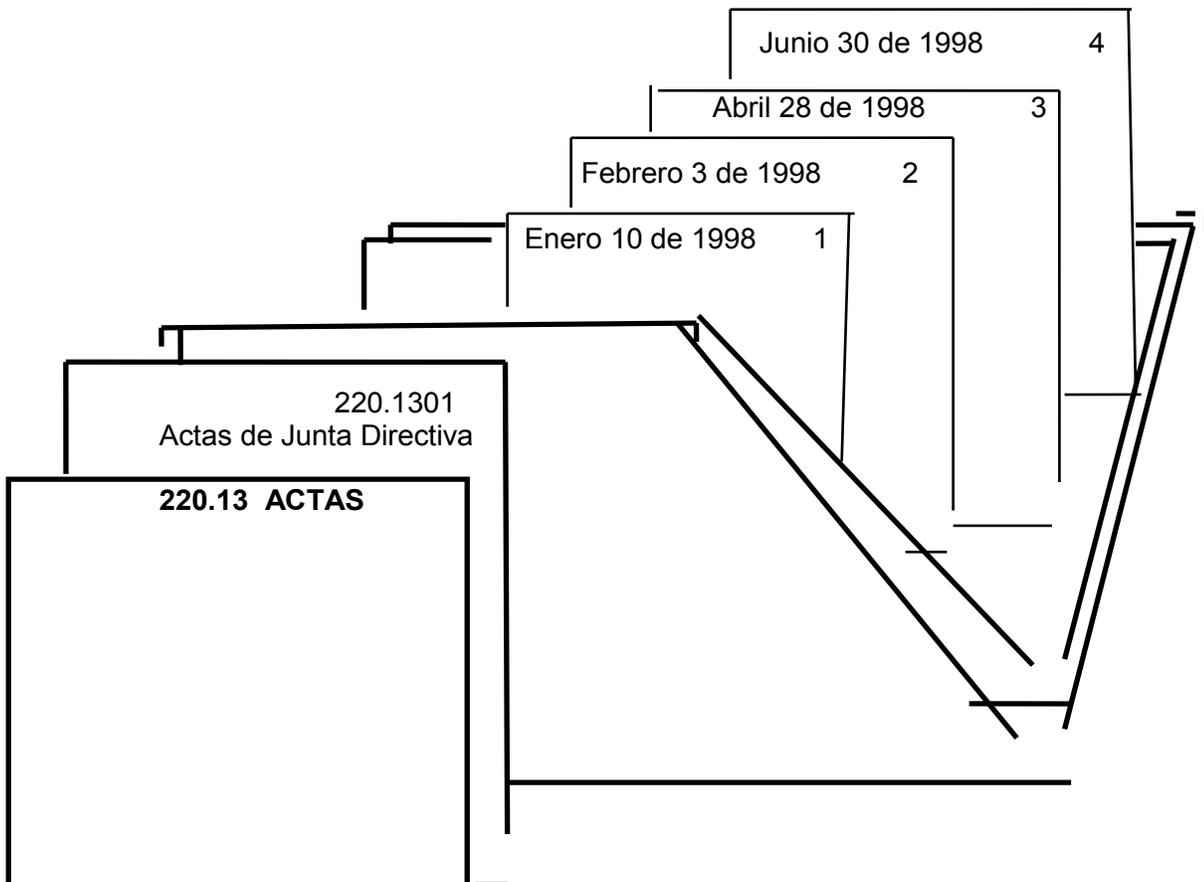
	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 39
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	



- Ubique al interior de cada carpeta, solo los documentos que corresponden al expediente en cuestión y ordénelos **en forma ascendente atendiendo al orden natural en que**

- Ubique al interior de cada carpeta, solo los documentos que corresponden al expediente en cuestión y ordénelos **en forma ascendente atendiendo al orden natural en que fueron elaborados. El de fecha reciente a continuación del anterior.**

Ej.:



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 40
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Para evitar labores adicionales al momento de efectuar las transferencias, se requiere numerar cada folio en el momento que se genere; para los fines pertinentes se debe utilizar lápiz de mina negra y escribir el número en el vértice superior derecho de cada folio. Solamente se debe anotar un número por folio. El foliar los documentos diariamente evitará que existan faltantes inexplicables en la numeración como sucede cuando se efectúa la foliación al momento de la transferencia.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Registre los datos de recibido (nombre de quien lo recibe, fecha y hora) en el vértice inferior izquierdo al anverso del documento. Utilice esfero de tinta negra.
- Para la producción de documentos, utilice los formatos aprobados para su dependencia y siga los procedimientos establecidos en el Manual de Procedimientos del Grupo de Correspondencia y Archivo en lo relacionado con formatos para la elaboración de Carta, Memorando, Acta, Circular, Nota Interna, entre otros.
- No realice los siguientes procedimientos: perforar, subrayar, aplicar resaltador, hacer anotaciones adicionales, ni otro tipo de marcas sobre el documento.
- Emplee clips plásticos para sujetar documentos que requieran estar unidos.
- Coloque dentro de cada carpeta (celuguía) máximo 200 folios.
- Siga los trámites recomendados para la preparación y envío de transferencias, de acuerdo al procedimiento establecido en la presente guía y Manual de Procedimientos.

LOCALIZACION Y CONTROL

Para el control interno de documentos de archivo, actualice constantemente el formato "Inventario para Transferencia Documental" instalado en su computador., Consignando los siguientes datos:

(Ver ejemplo página siguiente)

GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META
ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"
FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL
REGISTRO DE ENTRADA

	AÑO	MES	DÍA	NT

98 12 22 001

UNIDAD ADMINISTRATIVA. DIRECCION GENERAL
 OFICINA PRODUCTORA: OFICINA DE PLANEAMIENTO ARCHIVISTICO

No. de ORD EN	CODIGO	NOMBRE DE LA SERIE O CONTENIDO	FECHAS EXTREMAS INICIAL AÑO - MES - DIA		No. DE FOLIOS	UNIDAD DE CONSERVACION	FRECUENCIA DE CONSULTA	OBSERVACIONES
1	220.0 502	<ul style="list-style-type: none"> • Informe Institucional Informe Institucional 1997 Informe Institucional 1998 	97-01-02	97-12-31	55	carpeta		
2		Informe Institucional 1998	98-01-02					
3	220.0 504	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de Actividades Informe de Actividades marzo de 1998 Informe de Actividades Junio de 1998 Informe de Actividades Septiembre de 1998 	98-01-02	98-03-31	23	carpeta		
4		Informe de Actividades marzo de 1998	98-04-01	98-06-30	33	carpeta		
5		Informe de Actividades Junio de 1998	98-07-01	98-09-30	18	carpeta		
6	220.1 303	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de Comité de Archivo Actas de Comité Directivo de 1997 Actas de Comité Directivo 1998 	97-01-08	97-12-12	79	carpeta y casset		Faltan los folios 10,22,35, por selección natural
7		Actas de Comité Directivo de 1997	98-01-10			carpeta y casset		
8	220.1 701	<ul style="list-style-type: none"> • Anteproyecto de Presupuesto de Inversión 1997 	96-12-19		54	carpeta		
9	220.1 702	<ul style="list-style-type: none"> • Anteproyecto de Presupuesto de Funcionamiento 1997 	96-12-20		44	carpeta		
10	220.1 801	<ul style="list-style-type: none"> • Proyectos - Implantación de Programa Tipo de Gestión de Documentos para la Administración Pública Colombiana - de GCA - Proyecto "MICRO-OPTICOS del GCA. 	96-06-15	98-11-30	120	carpeta		
11			97-08-28	98-12-30	110	carpeta y diskets		

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 42
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- No. Orden. En esta columna escriba los datos correspondientes a número consecutivo de la unidad de conservación.
- Código. Escriba los números del código orgánico funcional al cual corresponde el expediente referenciado.
- Nombre de la serie o Contenido. Escriba en esta columna, el nombre completo del expediente, que ha producido y maneja.
- Fechas Extremas. Escriba la fecha del primer documento que motivó la creación del expediente. La fecha final se consigan solo en las siguientes tres situaciones:
 - a) Cuando el asunto ha sido resuelto y éste es un expediente cerrado.
 - b) Cuando pasado el tiempo de retención, establecido en la TRD para el archivo de gestión, el expediente o asunto en cuestión no ha tenido movimiento.
 - c) Cuando una de las partes que intervienen en el asunto deciden finalizar el trámite iniciado.
- Número de Folios. Este dato se consigna solo cuando el expediente se ha cerrado, en atención a cualquiera de las situaciones enunciadas anteriormente.
- Unidad de Conservación. Hace relación a las características físicas del elemento que contiene la información referenciada. Por ejemplo. Carpeta, Cassette, Diskete, Video.
- Frecuencia de Consulta. Se debe consignar si la documentación registra un alto, medio, bajo o ningún índice de consulta.
- Observaciones. Consignar en este espacio las novedades presentadas. Documentos deteriorados, faltantes, entre otros.

NOTA: Este mismo formato debidamente diligenciado se utiliza para relacionar los expedientes a transferir al Central.

Actualizando periódicamente este formato le evitará tener que utilizar varias jornadas para efectuar su transferencia y facilitará el control y consulta constante de su documentación.

PRESTAMO DE DOCUMENTOS, CONSULTAS AL ARCHIVO DE GESTIÓN Y AL ARCHIVO CENTRAL

- ❖ La consulta de documentos en los archivos de gestión, por parte de los funcionarios de otras dependencias o de los ciudadanos, es un derecho fundamental; por ello, se debe facilitar el acceso a los documentos, con los controles correspondientes. Si el interesado desea que se le expidan copias o fotocopias, éstas deberán ser autorizadas por el jefe de la respectiva oficina y sólo se permitirá cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la Constitución y a las leyes. En la correspondiente oficina se llevará el registro de préstamo de documentos.
- ❖ La consulta se puede hacer mediante solicitud verbal o escrita dirigida al jefe del área, o al funcionario responsable del Archivo de Gestión y/o Archivo Central.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 43
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- ❖ Las consultas externas solicitadas por entidades o personas particulares, previo **visto bueno** se deberán dirigir a la Subgerencia Administrativa y Financiera o en su defecto a la Gerencia de la E.S.E. Solución Salud del Meta, explicando los motivos de la consulta mediante oficio.
- ❖ El préstamo de documentos para consulta o fotocopia, por parte de los funcionarios de la E.S.E. Solución Salud del Meta, se realizará, previo diligenciamiento del formato “Relación de Préstamo de Documentos” FR-ARCH-10, donde se consignará el número de carpeta, caja, cantidad de folios, nombre del expediente, funcionario que entrega, usuario, dependencia solicitante, fecha de entrega, devolución y firma.

Una vez transferida la documentación al Archivo Central, la responsabilidad y custodia de ésta, corresponde a la Coordinación Centro de Documentación, por lo que será allí donde se hagan las solicitudes de préstamo de documentos.

- ❖ La salida temporal de documentos, sólo se hará en casos imprescindibles con la autorización de la Coordinación Centro de Documentación, y con un máximo de tiempo de cinco (5) días hábiles, según el caso.
- ❖ Cada usuario se responsabilizará por el cuidado y entrega de los documentos en las fechas indicadas, además cuando otra dependencia, entidad o persona requiera información referente a su archivo y sea indispensable retirar documentos del expediente, se diligenciará el formato “Relación de Préstamo de Documentos” FR-ARCH-10, y se ubicará en el lugar donde fueron retirados los documentos la “FICHA DE AFUERA”.

En todos los casos diligencie el formato “Ficha de Afuera”, mantenga este elemento de referencia en una carpeta con el nombre “Formatos para Préstamo de Documentos”.

Ejemplo para diligenciamiento de Ficha de afuera:

FICHA DE AFUERA					
DOCUMENTO	No. FO- LIOS	NOMBRE DEL USUA- RIO	FECHA DE RETIRO	FECHA DEVOLU- CION	FIRMA
Anteproyecto de presu- puesto de inversión para 1997	54	Alirio Bayona - Jefe de Presupuesto AGN	98-12-12	98-12-13	

TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES

Por definición, es el proceso archivístico mediante el cual las áreas administrativas de la E.S.E. Solución Salud del Meta, transfieren sus series documentales del Archivo de Gestión al Archivo Central una vez cumplido el tiempo de retención estipulado en la TRD.

PASOS METODOLOGICOS PARA EFECTUAR LA TRANSFERENCIA

- Tenga en cuenta la fecha programada en el Calendario de transferencia.
- Solicite asesoría a la Coordinación Centro de Documentación de la E.S.E. Solución Salud del Meta.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 44
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Seleccione los expedientes de las series y subseries documentales que según la TRD deben transferirse.
- Realice la selección natural. Es decir, retire aquellos documentos que no son esenciales en el expediente, como son: impresos o publicaciones periódicas (revistas, folletos, periódicos, impresos), formatos y hojas en blanco, borradores, copia o fotocopia cuyos originales se encuentren en el expediente, fotocopia de Leyes y Decretos, cuando no hagan parte integral del expediente; entre otros.
- Ordenación de tipos documentales. Tal como se explicó anteriormente, los documentos se van colocando uno atrás del otro en el orden en que se van generando o recibiendo, de tal manera que el último documento recibido aparezca al final del total de documentos que contiene la carpeta.
- Foliación. Recuerde que la foliación debe efectuarse diariamente en orden ascendente en atención a la cronología, correspondiendo el número uno (1) al documento más antiguo y el número mayor al documento más reciente.

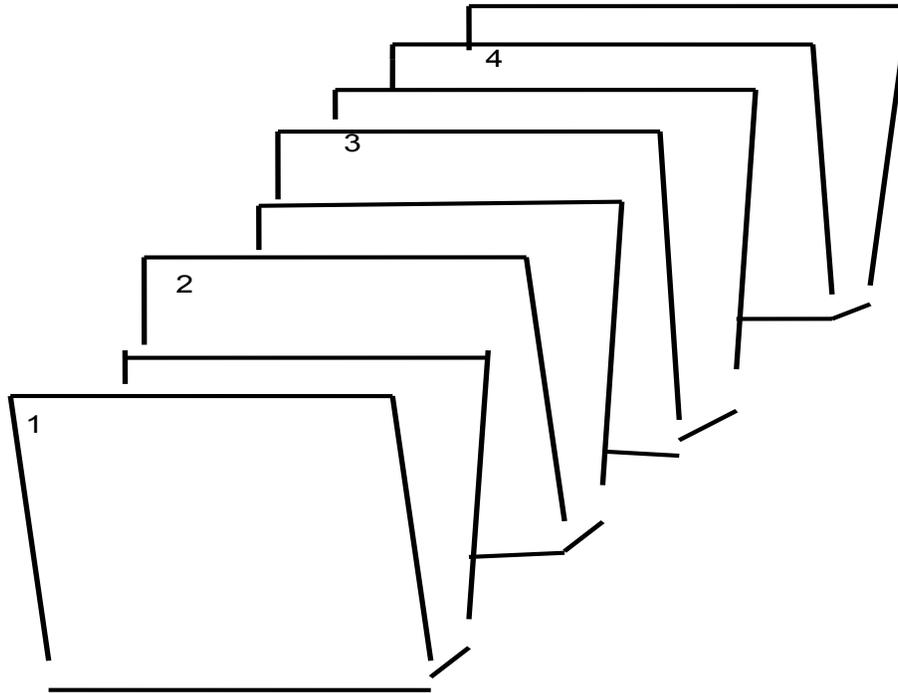
<p>Villavicencio, _____ de _____ de 20____</p> <p>En la fecha fueron retirados de este expediente los folios números _____ los cuales se eliminaron por motivos de selección natural ya que carecían de valor para la administración.</p> <p>Atentamente,</p> <p>_____</p>
--

Si por motivo de selección natural fue necesario retirar algunos folios, entonces elabore una nota adicional con el siguiente texto:

Ubique esta carta al inicio de la carpeta y consigne la respectiva nota en el campo para observaciones (Inventario para Transferencia Documental).

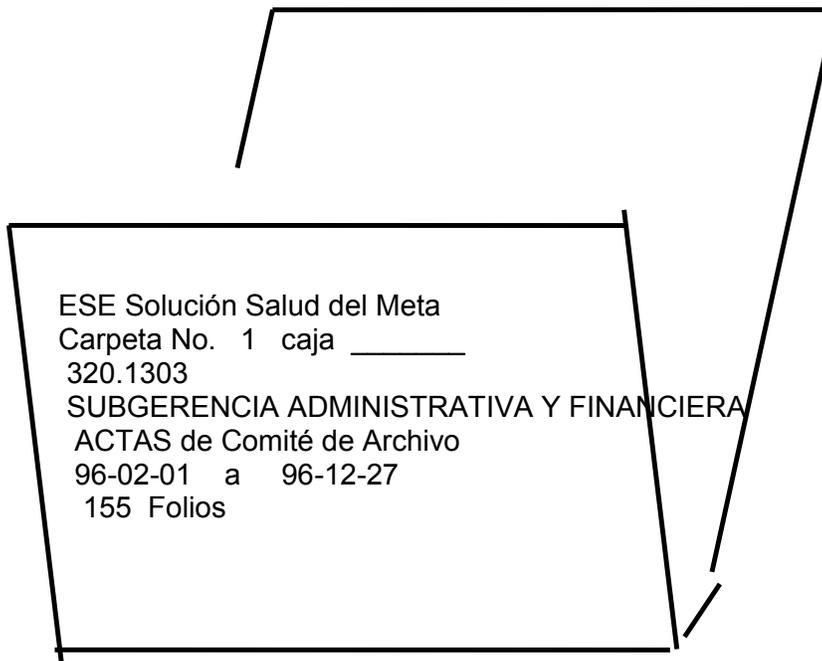
- Ordene los expedientes por años y secuencialmente siguiendo el código y la cronología en forma ascendente.
- Utilice carpetas desacidificadas para conformación de expedientes.
- Cuando tenga en orden las carpetas, proceda a enumerarlas de (1) hasta (n) tantas carpetas vaya a transferir.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 45
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	



- En la solapa (vértice superior izquierdo, parte exterior de la carpeta desacidificada) consigne los siguientes datos: (Utilice lápiz de mina negra)

Ejemplo :

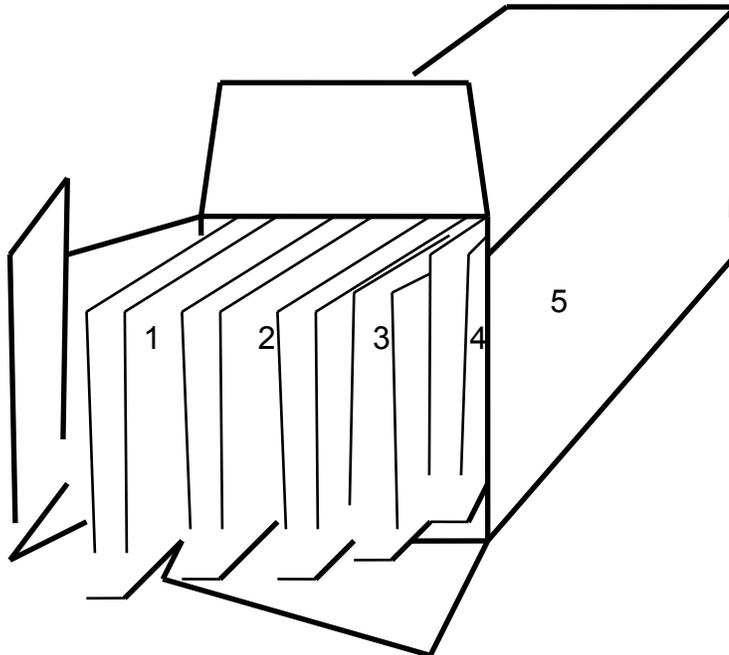


- Ubique las carpetas en cajas para archivo. Siga el orden ascendente de numeración de carpetas, esta labor se realiza en el archivo central y en las historias clínicas una vez cumplido el tiempo en el archivo de

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 46
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

gestión (5 años desde la última atención).

- Ej.:



- Para identificar las cajas, consigne los datos exigidos en los espacios correspondientes que vienen impresos en la caja para archivo. (Utilice marcador negro, letra legible), labor a realizar en el archivo central e historias clínicas).
- Actualice los datos (fecha final, No. de folios, etc.) en el formato “INVENTARIO DE TRANSFERENCIA

CAJA No. _____

DEPENDENCIA: _____

SERIE: _____

FECHA: _____

ARCHIVO CENTRAL

(deje este espacio en blanco)

(Nombre de la dependencia
transfirierte)

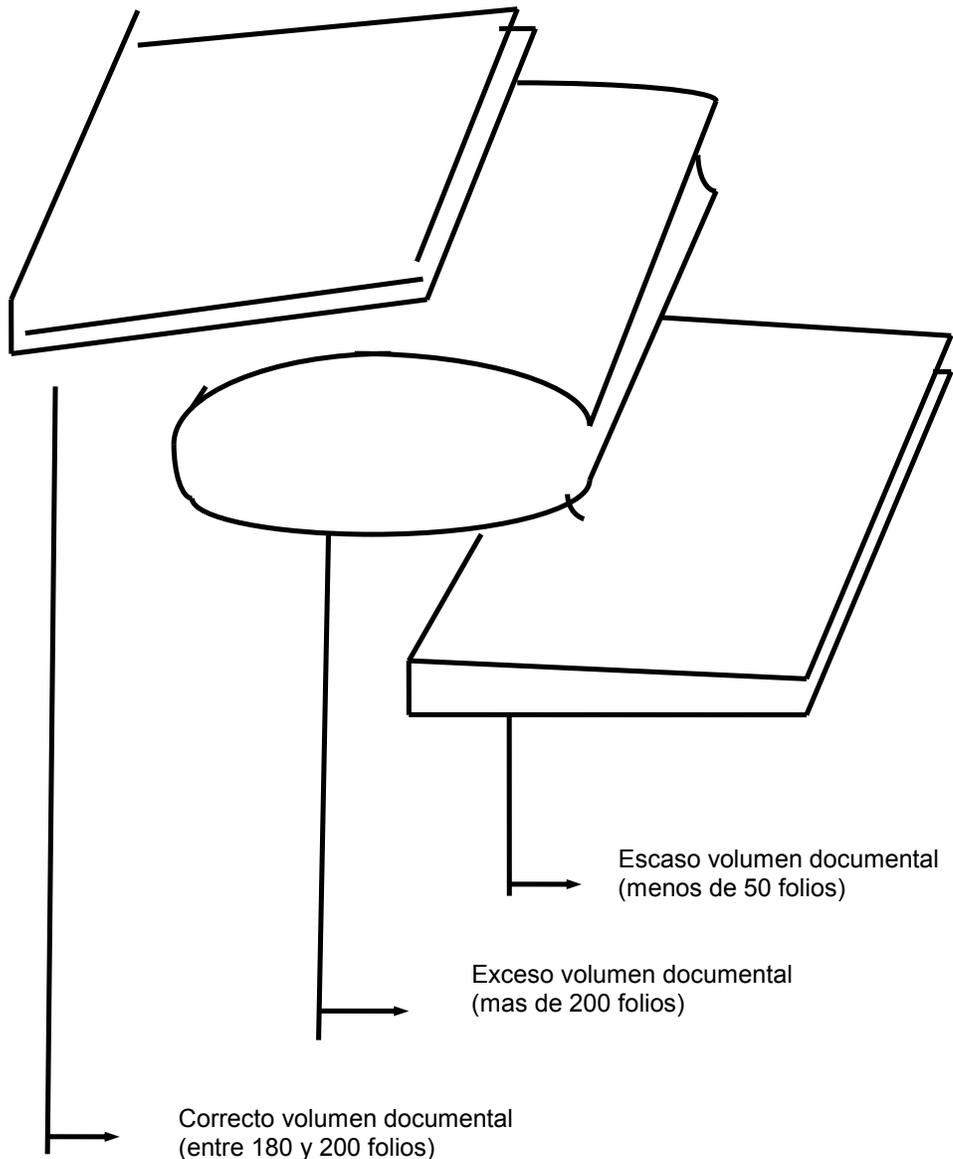
(Nombre de la serie contenida
en la caja)

(Fechas extremas de los
documentos allí conservados)

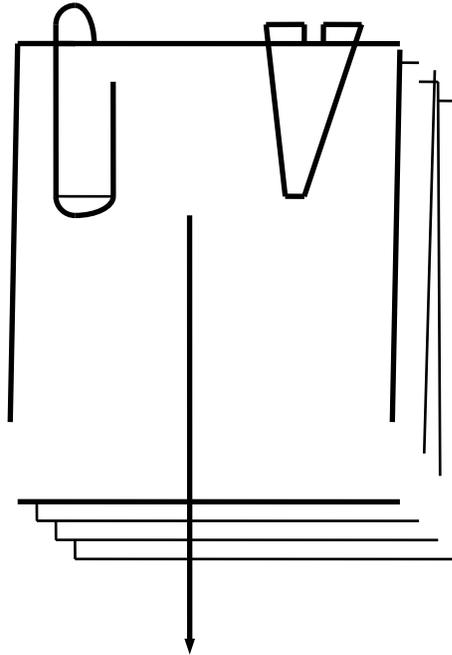
	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 47
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

DOCUMENTAL" recomendado anteriormente e imprima una copia y remita al archivo central junto con la documentación relacionada. (Ver ejemplo Inventario de Transferencia documental)

- **REGISTRO DE ENTRADA.** Consignar la fecha de envío de la transferencia y el número de la Transferencia. Como ejemplo recuerde que la Transferencia No. uno (1) se realizó en 2006. La transferencia No. dos (2) será para 2007, etc.
- **UNIDAD ADMINISTRATIVA.** Escribir el nombre de la División u oficina de quien depende, la Unidad administrativa que realiza la transferencia.
- **OFICINA PRODUCTORA.** Nombre completo de la oficina o grupo productor de los documentos a transferir.



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO GUI-ARCH-01	PÁGINA 48
	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	



Ganchos clips con recubrimiento plástico para sujetar documentos

RECIBIDO DE LAS COMUNICACIONES OFICIALES



Recibido
 MJC – María José
 98 - 12 - 04
 10-20 a.m.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 49
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 50
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

INTRODUCCION

El presente Manual es una guía y reglamentación técnica para la organización, manejo y consulta de los diversos formatos y demás documentos de la historia clínica.

La utilidad del documento es evidente para la Coordinación Organizacional de Archivo principal responsable de la administración de las historias clínicas; de igual manera es útil para el cuerpo médico, directivos y funcionarios del Archivo Clínico quienes encontrarán en el Manual una gran ayuda para la organización, consulta, mantenimiento y conservación de las historias.

Con el fin de que el Manual no pierda vigencia, es importante que en forma permanente se revise y actualice para adecuarlo a las nuevas circunstancias.

1. OBJETIVO DEL MANUAL

- Proporcionarle a los funcionarios de la ESE Departamental Solución Salud una guía práctica relacionada con todo lo pertinente a la historia clínica.

Normas para el manejo de las historias clínicas en la ESE Departamental Solución Salud

En el Manual se estipulan:

- Las normas, la elaboración y el manejo de la historia clínica.
- Las limitaciones y responsabilidades inherentes a este documento.
- El valor científico de la historia clínica y su utilidad para auditar la calidad de los servicios y el rendimiento económico.
- La organización de los formularios que integran la historia clínica y la mejor forma de conservarlos.

ALCANCE Y RESPONSABLES

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 usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas.

Este Procedimiento aplica desde su producción de la historia clínica y registros hasta su disposición final (ciclo vital).

El Auxiliar de Archivo Clínico es responsable de verificar el cumplimiento de las acciones descritas en este documento.

El personal médico, las Enfermeras Jefes, las auxiliares de enfermería, los auxiliares de facturación, los auxiliares de Archivo Clínico y demás profesionales de la salud son responsables de cumplir las acciones

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 51
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

aquí descritas.

Los supervisores de actividades docentes son responsables por el cumplimiento de lo aquí dispuesto por parte de los estudiantes autorizados en campo de práctica.

GENERALIDADES

1. DEFINICION

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 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.**

Desglosando y haciendo explícita ésta definición encontramos:

Es un **documento privado**, en la medida que corresponde a la vida privada o íntima del paciente.

Es **obligatorio**, por cuanto, tiene trascendencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas.

Se encuentra **sometido a reserva**, ya que según lo consagrado en el art 15 de la Constitución Política, existe el derecho que tienen todas las personas a su intimidad personal y familiar, y a su buen nombre.

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

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

Terceros autorizados para conocer la historia clínica:

- Las autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Art 34, Ley 23/81).
- La Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, en cumplimiento de su función pública de inspección, vigilancia y control de la calidad de la atención en salud (Art 34, Ley 23 / 81).
- El equipo de salud , (Art 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99).
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos , (Art 61, Ley 23/81 y Art 30 Decreto 3380/81).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Art 38, Ley 23/81).

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 52
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

2. OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLINICA.

2.1. GENERALES

- Registrar datos e información de los procesos de la atención en salud.
- Servir de documento base para la investigación en salud, para evaluar la eficacia y eficiencia de los servicios prestados.

2.2. ESPECIFICOS.

- Obtener información de los procesos clínicos y quirúrgicos a los que haya sido sometido el paciente.
- Evaluar la calidad de los procesos de atención en salud, de investigación, de docencia y de administración institucional.
- Servir de elemento fundamental de análisis para los comités de historias clínicas, de calidad y de auditoría médica.

PROPOSITOS DE LA HISTORIA CLINICA

- Mejorar la calidad en los servicios prestados.
- Mejorar la productividad institucional.
- Actuar dentro de un marco legal que garantice la protección institucional del equipo de salud y del paciente.

3. Características básicas de la historia clínica según Resolución 1995 de 1999.

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

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 a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

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

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

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 53
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

4. La Ley 23 de 1981 establece:

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

“ARTÍCULO 36. En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad”. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazo está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos, a su reemplazante.

5. Apertura de la historia clínica

Se entiende por apertura de historia clínica, el proceso por el cual una Institución asigna un número de historia junto con su carpeta, la cual deberá contener todos los documentos relacionados con la atención individual y el diligenciamiento de los datos administrativos de identificación del usuario, más los formularios para el registro clínico, de acuerdo con el estado de salud y el tipo de atención brindada

La historia clínica se abrirá obligatoriamente una sola vez a todas las personas que sean atendidas en la ESE Departamental Solución Salud, bien como hospitalizadas o como usuarios de la Consulta Externa o de Urgencias. Quedan excluidos quienes solamente asisten a realizarse algunos estudios paraclínicos o cuando solamente se realiza el Triage y no implica continuidad en la atención. Los Triages se archivan para evidenciar la atención inicial brindada, así como de la conducta o derivación hecha al paciente.

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.

6. Número de identificación de la historia clínica

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 54
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica y fijarle un número.

A partir del 1 de Enero de 2000 la identificación de la historia clínica se realiza 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 mayor de 7 años.
- Registro Civil para los menores de 7 años.
- Para los usuarios menores de 7 años con registro civil se debe registrar el NUIP (Número único de identificación personal) que consta de diez (10) dígitos, no se deben ingresar con el Indicativo serial, ni con el NUIP alfanumérico, que consta de diez (10) dígitos, ni con el NUIP de 6 dígitos, ni con el número de certificado de nacido vivo, ya que todos estos coinciden con documentos de identidad de otros usuarios. Por lo tanto si no tiene el NUIP definitivo se deben ingresar con un consecutivo
- 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 del menor en el grupo familiar.
- Para los mayores de edad sin documento de identidad se asignará un consecutivo precedido por las siglas ASI (Adulto Sin Identificación).
- El número consecutivo 50 110 BARRANCA DE UPÍA o de acuerdo con el municipio, así: 124 CABUYARO, 226 CUMARAL, 245 EL CALVARIO, 251 EL CASTILLO, 325 MAPIRIPÁN, 330 MESETAS, 350 LA MACARENA, 370 URIBE, 400 LEJANÍAS, 450 PUERTO CONCORDIA, 568 PUERTO GAITÁN, 577 PUERTO LLERAS, 606 RESTREPO, 683 SAN JUAN DE ARAMA, 686 SAN JUANITO, 711 VISTAHERMOSA + consecutivo; corresponde al código del Departamento (50), código del municipio en que se esta abriendo la historia y el número consecutivo.
- Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería.

Cuando el usuario tenga su número de identificación se le asignará cambiando el número tanto en la Historia Clínica como en el Sistema y se anexará a la historia la fotocopia del respectivo documento de identidad.

El diseño de las formas de la historia clínica se hará conforme a las recomendaciones hechas por el Ministerio de la Protección Social y lo que disponga el Comité de Historias Clínicas de la ESE Departamental Solución Salud.

La institución podrá utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo considere conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la historia clínica una vez se registren y guarden los datos.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 55
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

La ESE Departamental Solución Salud debe permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quién realizó los registros, la hora y fecha del registro.

Es de aclarar, que quien efectúa la primera anotación de cada hoja deberá seguir el consecutivo de numeración de folios según el tipo de registro.

7. VALOR Y ALCANCES DE LAS HISTORIAS CLINICAS

7.1 Valor de la historia clínica

La historia clínica tiene valor para el usuario, el personal del área de la salud y el centro de atención y constituye un elemento indispensable para la docencia, la investigación, la asistencia y la auditoría médica.

7.1.1 Facilita el cuidado eficaz de la enfermedad actual y la del futuro en cada uno de los usuarios.

7.1.2 Evalúa la calidad y la cantidad de trabajo efectuado tanto por los miembros individuales o las unidades del cuerpo médico, como por el centro de atención en su totalidad.

7.1.3 Es el documento legal para las necesidades médico-legales del paciente, de los médicos y personal paramédico y del centro de salud en general.

7.1.4 Es una fuente de información para la educación, la investigación y el adiestramiento del cuerpo médico.

7.1.5 Es útil para evaluar la cantidad y calidad de acciones administrativas, así como para proponer las medidas correctivas en caso de que se presenten deficiencias en este aspecto.

7.2 Calidad de las historias clínicas

7.2.1 La calidad de las historias clínicas refleja la del cuidado del paciente y por lo mismo la calidad científica de la institución.

El objetivo principal de la buena práctica de la medicina es proporcionar atención médica esmerada y óptima a los pacientes y por lo tanto es inevitable que el médico asuma la responsabilidad primaria para que estos requisitos sean observados en todas las historias clínicas compiladas bajo su cuidado.

7.3 Integridad de la historia clínica

7.3.1 La exactitud e integridad de la historia clínica, cuando sea elaborada por el estudiante de medicina, requiere de la supervisión de los médicos con mayor experiencia y por lo mismo los médicos generales

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 56
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

deberán estudiarlas y hacerles las correcciones a que hubiere lugar, avalando con su firma.

En esta forma el médico deberá asegurarse de que la historia clínica esté:

- Clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.
- Con la fecha y hora en la que se realiza cada anotación, con el nombre completo y firma del autor de la misma.
- Con evidencia que justifique el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos que se adelanten en concordancia con el método científico.
- Escrita con tinta negra que sequen rápido, insolubles al agua, resistentes a agentes biológicos y a la luz, que sean permanentes y durables.

7.4 Secreto profesional médico

De acuerdo con las disposiciones legales establecidas en la Ley 23 de 1981, “Ética Médica”, se establecen algunas definiciones, así:

“ARTICULO 37. Entiéndese por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales”.

“ARTICULO 38. Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional, se podrá hacer:

- a. Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga;
- b. A los familiares del enfermo, sí la revelación es útil al tratamiento;
- c. A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;
- d. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley;
- e. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia”.

“ARTICULO 39. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional”.

El secreto debe cobijar, igualmente, a todas aquellas personas que por su estado o profesión reciben o tienen acceso a esta información confidencial.

El Código Penal Colombiano establece las sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado. Además de las normas generales expuestas, es recomendable la elaboración de reglamentos internos en cada servicio relacionados con el secreto médico que establezca el acceso a las historias clínicas y el tipo de información que podrá difundirse.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 57
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

En consideración a lo anterior, solamente el médico tratante o el interconsultante, o los médicos generales que atienden al paciente, podrán suministrar informaciones relacionadas con el enfermo, siempre y cuando éste las autorice, mientras tenga capacidad para ello; en caso contrario, la autorización la hará el familiar más cercano.

7.5 Transporte de la historia clínica

Queda terminantemente prohibido que el personal paramédico, auxiliar o administrativo ponga a disposición del paciente o a terceros documentos relacionados con la historia clínica.

En ningún caso los pacientes ni sus allegados se constituirán en mensajeros de ninguna de las partes de su historia. Esta solamente será manejada por el personal autorizado.

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 los guardianes de este documento, éste si es competente, tiene derecho a conocer el contenido de la historia, a solicitar copias y a adelantar trámites personales relacionados con la misma.

7.6 Responsabilidad de la guarda de la historia clínica

El Archivo Clínico de la ESE Departamental Solución Salud en cada uno de sus centros de atención son los responsables del archivo y de la custodia de la historia clínica.

7.6.1 Los médicos tratantes podrán emitir conceptos escritos sobre el estado de salud de sus pacientes cuando exista previa autorización de éstos, haya solicitud escrita de autoridades competentes relacionados con aspectos epidemiológicos, laborales o legales.

7.6.2 El Archivo Clínico podrá entregar fotocopia total o parcial de la historia clínica de pacientes, por solicitud escrita de:

- El usuario,
- Las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos por la ley,
- Otras personas determinadas en la ley – Artículo 14 Resolución 1995 del 8 de julio de 1999- y se entregan éstos documentos por intermedio y autorización del Medico Director del centro de atención.

8. NORMAS SOBRE PROCEDIMIENTOS CON LAS HISTORIAS CLÍNICAS

8.1 Historia clínica hospitalaria

Todo paciente que se hospitalice desde el primer día tendrá una historia clínica completa.

El médico general como soporte en la atención del paciente intrahospitalario, será el responsable de los registros médicos y la historia clínica.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 58
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Los registros hechos por parte de los estudiantes de medicina deben ser supervisados por el médico general del servicio, los cuales harán las correcciones pertinentes y los autenticarán con su firma.

Una historia clínica completa consta de:

- datos generales del encabezamiento,
- motivo de consulta,
- enfermedad actual,
- antecedentes personales, familiares y socioeconómicos,
- revisión por sistemas,
- examen físico-general,
- impresión diagnóstica,
- formulación de planes iniciales (diagnósticos y terapéuticos),
- firma y post-firma.

El médico general, la Enfermera Jefe y la auxiliar de enfermería serán los responsables de la historia clínica mientras el usuario se encuentre hospitalizado y debe regresar al Archivo Clínico foliada al producirse el egreso de paciente.

8.1.1 Nota de ingreso

El médico general hará una “nota de ingreso”, como encabezamiento de la primera “hoja de evoluciones”.

En ella se concreta el motivo de la hospitalización, el estado del paciente, los planteamientos diagnósticos y terapéuticos y desde luego, las primeras “órdenes médicas”.

8.1.2 Registro de fecha y hora

Cada una de las notas de evolución del paciente, como las ordenes médicas, debe encabezarse con la fecha y hora y terminarse con la firma autógrafa y post-firma responsable.

8.1.3 Firma y post firma del autor de la historia clínica

Cada médico que realiza valoraciones o procedimientos a un usuario, es el responsable del registro de tales hechos, así como de los resultados de paraclínicos y cambios en el estado de salud del mismo.

Por lo tanto, sus registros deben ser firmados de manera que se pueda identificar el nombre, especialidad y registro médico respectivo.

En el caso de los estudiantes de medicina, sus anotaciones o registros en la historia clínica, deberán ser revisados y avalados por el médico general.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 59
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

8.1.4 Notas de evolución

Todo usuario requiere como mínimo una “nota de evolución” diaria hecha por el médico general encargado. Esta se hará preferiblemente a manuscrito con letra de imprenta y con tinta de color negro. En todos los casos el médico deberá avalar diariamente la nota de evolución.

La nota de evolución debe incluir los conceptos expresados por los médicos tratantes en la revista diaria del usuario y cuando se tomen determinaciones se hará referencia a estos hechos.

Las notas de evolución reflejarán en forma concreta, clara, precisa y veraz, los acontecimientos clínicos y paraclínicos ocurridos con el usuario. En ningún caso reflejarán pugnas y/o controversias de orden científico o administrativo. Estas se ajustarán a las mismas normas.

8.1.5 Las órdenes médicas

Las órdenes médicas deberán escribirse diariamente con absoluta claridad, empleando palabras completas y refiriéndose a los medicamentos con nombres genéricos. **No se aceptan frases como: “iguales ordenes”, siglas, o similares.**

Todo cambio de orden médica implica una nota de evolución.

A través de enfermería se dará cumplimiento de las “órdenes médicas”. Para establecer la advertencia de las mismas e indicar que su ejecución está en curso, la Enfermera Jefe encargada del paciente anotará al margen, junto con su nombre, la hora del “enterado”.

Los estudiantes de medicina podrán adelantar diariamente todas sus prácticas de historias clínicas y notas de evolución pero en ningún caso figurarán como autores de las mismas.

8.1.6 Resumen final o epicrisis

El resumen final o epicrisis lo hará siempre el médico general en original y tres copias, y estará listo al momento de la salida del usuario.

Deberá constar, al final, si el usuario fue objeto de una incapacidad, anotando la clase de la misma y las fechas de su cubrimiento.

En esta se llenarán todos los espacios previstos y se evitará el empleo de siglas.

Los nombres de los diagnósticos y de los procedimientos serán completos, siguiendo el CIE-10 (Código Internacional de Enfermedades). La firmará el médico que la elabora.

La epicrisis constará, además, con qué tratamiento sale, por cuánto tiempo, las recomendaciones para el seguimiento del usuario y si a va continuar su atención por la Consulta Externa, el diligenciamiento del

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 60
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

respectivo control, en lo posible con los mismos médicos que lo atendieron intrahospitalariamente.

Si el usuario continúa en tratamiento ambulatoriamente debe garantizársele que en el momento de su salida tenga la fórmula médica. La Enfermera Jefe cumplirá con estos requisitos.

8.1.7 Resultados de exámenes paraclínicos

Todos los resultados de exámenes paraclínicos deben transcribirse en la hoja de evolución tan pronto como sean conocidos.

Los informes de patología, radiología, pruebas funcionales, etc., deben consignarse en la historia tan pronto como sean producidos.

Por supuesto, la orden de solicitud de estos estudios deben quedar debidamente justificadas y sustentadas en la historia con las firmas del médico general

Para los exámenes con resultados en hojas especiales, como los electrocardiogramas, se anexará un trazo representativo de los mismos, además de dejar constancia en la nota de evolución del hallazgo gráfico y de su interpretación.

(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, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente. – Resolución 1995 del 8 de julio de 1999 - Artículo 11 y parágrafos 1,2,3,4.)

Si a la entrega del reporte del examen paraclínico el paciente aduce no saber firmar se debe dejar plasmada la huella digital con hora y fecha de entrega.

8.1.8 Identificación de los folios de la historia clínica

Todos y cada uno de los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma. – Resolución 1995 del 8 de julio de 1999, artículo .

La auxiliar del área de la salud de cada servicio será la responsable de la foliación de las historias clínicas una vez que estas lleguen al servicio.

El Auxiliar de Archivo Clínico es el responsable de la foliación de las historias clínicas que permanecen en el archivo sin constante uso por parte del personal médico.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 61
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

La foliación debe efectuarse diariamente en orden ascendente en atención a la cronología correspondiendo el número uno (1) al documento más antiguo y el número mayor al documento más reciente y a lápiz, en la esquina de la parte superior derecha del documento.

8.1.9 Otros formularios

Los distintos servicios podrán adoptar formatos para “historias abreviadas” o para consignar datos especiales, siempre con la aprobación del Comité de Historias Clínicas.

8.1.10 Prohibiciones

- No utilizar materiales metálicos como: ganchos de cosedora, clips, ganchos legajadores, ganchos mariposa y demás elementos metálicos que puedan ocasionar oxidación y deterioro del documento.
- No archivar más de 200 folios en cada carpeta de historia clínica.
- No archivar copias.
- No foliar números repetidos ni salteados.
- No repisar en el papel.
- No enmendar con cintas pegantes ni otros similares.
- Los documentos no se deben cortar ni doblar.

8.2 Historia clínica de urgencias

Se llevará este registro de Urgencias en la papelería correspondiente, siguiendo todas las instrucciones generales y por hacer parte integral del documento único, será incorporado a la carpeta que lo contiene, en la primera oportunidad.

Se abrirá obligatoriamente a todas las personas que sean atendidas en el centro de atención, bien como hospitalizadas o como usuarios de consulta.

Quedan excluidos quienes solamente asisten a realizarse algunos estudios paraclínicos o cuando solamente se realiza el triage y no implica continuidad en la atención. Los triages se archivan para evidenciar la atención inicial brindada, así como de la conducta o derivación hecha al paciente. Cuando el paciente tiene una historia clínica en la Institución formarán parte de su historia clínica.

8.3 Historia clínica de Consulta Externa

En la papelería de Consulta Externa, llenando todos los espacios previstos para la identificación del paciente, iniciando con la fecha y hora de la atención, se anotará, a la manera de una “evolución”, lo relativo a este acto médico, que terminará con las prescripciones dadas al usuario, especificando la cantidad de medicamentos suministrados, los exámenes solicitados, las incapacidades si se dieron y la manera como continuará el control ambulatoria u intrahospitalaria.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 62
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Los resultados de los exámenes paraclínicos solicitados por Consulta Externa podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica en el registro de consulta externa, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del usuario. – Resolución 1995 del 8 de julio de 1999 - Artículo 11 y párrafos 1, 2, 3, 4.

Si a la entrega del reporte del examen paraclínico el paciente aduce no saber firmar se debe dejar plasmada la huella digital con hora y fecha de entrega.

Si el médico solicita exámenes deberá indicar al usuario que asiste a consulta, cuál debe ser la fecha aconsejable para practicárselos, cuyos resultados serán analizados en el próximo control.

El personal de enfermería debe foliar la historia clínica antes de ser devuelta al archivo clínico.

8.4 Organización de la documentación en la carpeta de historia clínica

Con los documentos relativos a cada hospitalización, se formará legajo independiente, debidamente organizado y foliado y se mantendrán en las carpetas de historia clínica en orden cronológico, es decir, que la documentación de la hospitalización más antigua, reposará en la parte inicial de ésta y los de fecha más reciente en la parte final.

8.4.1 Identificación de las carpetas

En la cara anterior de la carpeta y bien visible se registra el nombre completo y el número de la historia clínica del usuario (Documento de Identificación).

Cuando la historia clínica pasa de 200 folios se debe abrir la carpeta número dos, y así sucesivamente y se marcarán por legajos, expedientes ó carpetas No. 1 de 2, carpeta No. 2 de 2, etc., y la foliación quedará así en la siguiente carpeta: folios del 201 al 400 etc.

8.4.2 Colocación de las carpetas

Las carpetas se archivarán en forma vertical, en estanterías metálicas, por el método convencional de archivo por números consecutivos ascendente según el número de identificación, el número se lee de izquierda a derecha.

En el caso de la población flotante se recomienda organizar estas historias en cajas rotuladas con: rango de identificación de menor a mayor, nombre del grupo (militares) y lugar y fecha donde se llevó a cabo la brigada de salud.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 63
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

8.5 Ordenamiento de formularios

Para que la historia clínica pueda satisfacer en forma eficiente sus objetivos, los formularios deben ser homogéneos y estar en las carpetas según orden preestablecido.

9. CLASIFICACIÓN DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Teniendo en cuenta el ciclo vital de la documentación que conforma la historia clínica, este archivo se clasifica en: (Resolución 1995 del 8 de julio de 1999).

9.1 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 cinco (5) años siguientes a la última atención.

9.2 Archivo Central

Es aquel donde reposan las historias de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco (5) años desde la última atención, su permanencia y conservación en este archivo es de quince (15) años.

9.3 Archivo Histórico

Es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Señalización en el archivo de historias clínicas según su clasificación:

El traslado de las historias clínicas de los diferentes archivos, se hace en forma regular y periódica, teniendo en cuenta:

- La última atención del usuario.
- Se utiliza una señal de actividad en la carpeta de la historia clínica para agilizar la selección de historias inactivas en archivo de gestión. Esta señal será de color verde para el archivo activo en el último año y naranja para el inactivo cuando pase de un año incluyendo la fecha de la última atención y se colocará en el borde superior derecho de la carpeta, de tal forma que permita visualizar el color después de archivada.
- Se conservan en cajas las historias que pasan al archivo central e histórico.

CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

El archivo de historias clínicas se conserva en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin.

Las condiciones de infraestructura que tiene el archivo del centro de atención son:

- Ubicación.
 - Esta ubicado en terreno que ofrece estabilidad sin riesgos de inundación.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 64
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Se encuentra lejos de industrias contaminantes o posible peligro por atentados u objetivos bélicos.
 - Aspectos Estructurales.
 - Se utiliza estantería de 2.20 mts de alto.
 - Los pisos, muros, techos y puertas están contruidos con material ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión.
 - Las pinturas utilizadas tienen propiedades ignífugas, y tener el tiempo de secado necesario evitando el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.
 - Capacidad de almacenamiento.
- Los depósitos se dimensionarán teniendo en cuenta:

- La manipulación, transporte y seguridad de la documentación, según manual de gestión documental.
- El crecimiento documental de acuerdo con los parámetros archivísticos que establezcan los procesos de retención y valoración documental.

10. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLINICA

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicio de salud (E.S.E. Departamental Solución Salud) que la generó en el curso de su atención, mientras el usuario se encuentre en consulta externa u hospitalizado la custodia la debe tener el personal de enfermería a cargo del mismo y debe regresar foliada al Archivo Clínico al producirse el egreso.

El ingreso o egreso de este documento se controla mediante con el censo Diario de usuarios y en el libro radicador de historias de consulta externa y hospitalización.

10.1 No se debe retirar ninguna historia clínica del archivo sin dejar registro en el libro radicador el cual incluye fecha de salida, servicio, responsable, firma y fecha de regreso.

Cada uno de los funcionarios de archivo debe ser responsable de las historias que han salido y hacerles seguimiento. El plazo máximo para la devolución del expediente es de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de retiro. Excedido este plazo el auxiliar del archivo clínico debe exigir la devolución de los documentos.

10.2 Las historias que dentro de la misma Institución salgan del archivo para uso en otras dependencias, deben estar permanentemente accesibles al personal de archivo, vale decir, que las historias no deberán guardarse en gavetas de escritorio, armarios, portafolios, cuartos bajo llave, etc., garantizando siempre su ubicación.

10.3 Ninguna historia clínica debe salir de la Institución, el prestador podrá entregar copia de la misma al usuario o al representante legal cuando éste la solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

11. CONSULTA Y CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS

11.1 Carácter confidencial de la historia clínica

La historia clínica, los datos analíticos y las pruebas relacionadas y complementarias tienen carácter confidencial, por lo tanto el centro de atención tiene la obligación de garantizarle este derecho a los usuarios.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 65
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica en los términos previstos en la Ley:

- 1.El usuario
- 2.El Equipo de Salud
- 3.Las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley
- 4.Las demás personas determinadas en la Ley.

El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

En el caso de Auditoría Médica solamente pueden consultarla para efectos de su competencia.

Para los casos en que cualquier otra instancia, cualquier otra institución, quiera consultar por diferentes motivos y no esté autorizada por la Ley, sólo podrá hacerlo con la autorización directa del paciente.

Ningún familiar puede tener acceso a la historia clínica de una persona si no está autorizada por esta formalmente mediante documento escrito.

En caso de muerte del paciente, la historia no pierde su confidencialidad, quien continúa con la custodia de la historia es la institución, pues ésta no se considera un bien heredable. En los casos de fallecimiento sólo podrán acceder a la historia clínica, quienes mediante documento escrito, hayan sido autorizados por el usuario.

11.2 Seguridad del Archivo de Historias Clínicas

El Archivo de historias clínicas debe estar en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias en condiciones que garantizan la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

El personal de Archivo encargado de la custodia de la historia clínica, debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

11.3 Responsabilidad en el manejo de la historia clínica

La responsabilidad, mientras la historia permanezca en archivo es del archivo clínico. Una vez que la historia sale de sus dependencias para consulta o un servicio determinado, únicamente con fines asistenciales, investigativos o de auditoría, ésta recae sobre el peticionario.

11.4 Publicaciones científicas

En caso de publicaciones científicas o casos clínicos para guardar la confiabilidad y confidencialidad, no se incluirán datos que puedan identificar al paciente.

12. REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

12.1 Control a Historias Clínicas

Las historias clínicas no saldrán del Archivo Clínico sino para la atención en Consulta Externa, en Urgencias o

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 66
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

en hospitalización, o para reunión del Comité de historias clínicas, o cuando se requiera para la presentación de un caso clínico. En este último caso mediante solicitud escrita al Archivo Clínico.

El Archivo Clínico dispondrá y alistarará las carpetas que irán a ser estudiadas o revisadas durante la reunión del comité advirtiéndole que éstas deberán regresar al archivo el mismo día de la salida.

Las historias motivo de revisiones para trabajos de investigación no deben salir de las dependencias de archivo sin la debida autorización del Medico Director.

13. SELECCIÓN Y DESCARTE DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS

13.1 Retención, Tiempo de Conservación y Eliminación de documentos

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el Archivo de Gestión y mínimo quince (15) años en el Archivo Central.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse o conservarse por su valor científico, histórico o cultural. Resolución 1995 del 8 de Julio de 1999.

Para proceder a la destrucción de historias clínicas que han cumplido su tiempo de conservación en el Archivo Central se debe levantar un inventario de estas registrando nombre y número de historia clínica. Igualmente se levantará un Acta de destrucción de historias clínicas mencionando el año o años a que pertenecen dichas historias.

Para la depuración y traslado de historias clínicas del Archivo de Gestión al Archivo Central que han cumplido su tiempo de conservación en este, se revisará el año de la última atención y se procederá a retirarla, registrando en el control incluyendo nombre, número de historia clínica y año de última atención, para archivarlas en el Archivo Central.

14. COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

14.1 Objetivos

El Comité de Historias Clínicas de la ESE Departamental Solución Salud es un organismo asesor de la Subgerencia Asistencial de la ESE y su objetivo principal es velar para que la historia clínica tenga la mejor calidad técnica y científica y refleje de esta manera que la metodología médico-científica y administrativa es adecuada para que el centro de atención pueda ofrecer sus servicios con calidad, oportunidad y eficiencia.

Para conseguir este propósito se evaluarán mensualmente la historias clínicas, detectando la fallas relacionadas con la calidad de este documento y presentará las medidas correctivas para que éstas sean ejecutadas a través de los organismos a los que les corresponda.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 67
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

14.2 Integración del Comité

El Comité será designado por la Gerencia de la ESE Departamental Solución Salud y estará compuesto por personal del equipo de salud, con un mínimo de cuatro (4) miembros conformados por el Médico Director, Enfermera, médico general, médico de servicio social obligatorio, odontólogo, auxiliar de enfermería y el responsable del archivo clínico.

El auxiliar de archivo clínico actuará como secretario del mismo. El Médico Director presidirá las reuniones y será el Coordinador del Comité.

Cuando se trate algún tema o asunto específico puede invitarse a las reuniones a representantes de otros servicios.

14.3 Funciones del Comité

- Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historias clínicas y velar porque estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos, incluida la historia clínica.
- Elevar a la Gerencia recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- El comité podrá visitar algunos servicios para asegurarse que las historias clínicas cumplan con las normas establecidas y se estén diligenciando adecuadamente.
- El Comité puede implementar o autorizar la desaparición o destrucción de algún formulario según corresponda. Todo formato nuevo que vaya a ser incorporado a la historia clínica debe ser aprobado por el Comité.
- Normar y velar sobre los formularios y registros que deberán conservarse en los archivos de gestión, central e histórico.

14.4 Potestad y responsabilidades del Comité.

Podrá citar a sus reuniones al personal médico, paramédico y administrativo que considere conveniente para el cumplimiento de sus funciones, dicha citación tendrá el carácter de obligatoria, y mantendrá con ellos permanente y estrechas relaciones de trabajo.

Tendrá responsabilidades ejecutivas y podrá por intermedio de la Gerencia, establecer acciones de corrección al personal directamente responsable de las fallas que se presenten con relación a las historias clínicas.

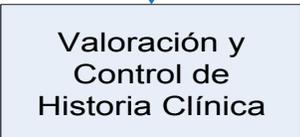
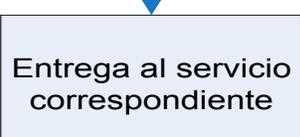
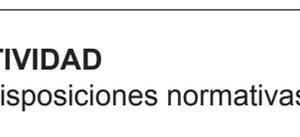
Mantendrá permanentemente informada de sus gestiones a la Gerencia de la ESE Departamental y el mecanismo básico para ello se hará mediante la remisión de una copia de las actas de cada reunión.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 68
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

14.5 Reuniones

El Comité deberá reunirse ordinariamente una vez al mes y, en forma extraordinaria todas las veces que sea necesario mediante citación hecha por el Médico Director. El participar en las reuniones es una obligación que los miembros y la Institución deberán respetar como cualquier otra actividad de la organización.

DESARROLLO - PROCEDIMIENTO

No	FLUJOGRAMA	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1		INICIO	
2		Diligencia la historia clínica administrativa según Resolución 1995/99 y adjunta soportes de la misma y la entrega al médico tratante.	Auxiliar de Enfermería (Consulta Externa o Urgencias)
3		Después de ser valorado el paciente en consultorio (Urgencias ó Consulta Externa) la historia clínica debe ser devuelta al archivo clínico al terminar la consulta respectiva, excepto si el usuario ingresa a observación u hospitalización ésta quedará bajo la responsabilidad del Auxiliar de Enfermería.	Médico Tratante (Urgencias – Consulta Externa)
		El control de regreso de la historia al archivo se efectúa diariamente por medio del listado de pacientes citados ó el Censo Diario de pacientes hospitalizados o de observación.	Auxiliar de Enfermería
		El Auxiliar de Archivo Clínico debe revisar la foliación y organización de los documentos.	Auxiliar de Archivo Clínico
4		Cuando el usuario queda en observación u hospitalización el auxiliar de consulta externa entrega la historia clínica al auxiliar del servicio correspondiente.	Auxiliar de Enfermería
5		La Auxiliar de Enfermería entrega la historia clínica a la Enfermera Jefe quien verificará el cumplimiento de la Resolución 1995/99, después de verificar la norma, entrega al facturador la hoja de gastos y procedimientos para su respectiva liquidación y a la Auxiliar de Enfermería el resto de documentos.	Enfermera Jefe Auxiliar de Enfermería y Auxiliar de Facturación.
6		El facturador liquida la atención en salud del usuario. La Auxiliar de Enfermería hace firmar por el usuario o familiar todos los folios de su historia clínica correspondientes a la última atención recibida.	Auxiliar de Facturación y Auxiliar de Enfermería
7		La Auxiliar de Enfermería entrega historia clínica foliada al auxiliar de archivo clínico quien verifica orden y cumplimiento de la norma y registra la entrega en el Formato Relación Préstamo de Documentos "Historia Clínica"	Auxiliar de Enfermería y Auxiliar de Archivo Clínico
8		FIN	

NORMATIVIDAD

Son las disposiciones normativas de soporte para el manejo de la historia clínica:

- **Ley 23 de 1981 – Artículos 34, 36, 37, 38, 39. Artículo 34-** La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 69
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. **Artículo 36** – En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad. **Artículo 37** – Entiéndese por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales. **Artículo 38**– Teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia, la revelación del secreto profesional, se podrá hacer : a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga. b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento. c) A los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces. d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud en los casos previstos por la Ley. e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia. **Artículo 39** – El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional.

- **Resolución 1995 del 8 de Julio de 1999 – Artículo 6** – Apertura e identificación de la historia clínica. **Artículo 12** – Obligatoriedad del Archivo. **Artículo 13** – Custodia de la historia Clínica. **Artículo 14** – Acceso a la historia clínica. **Artículo 16** – Seguridad del Archivo de historias clínicas

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

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 del paciente, 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.

Apertura de Historia Clínica: Proceso por el cual una Institución asigna un número de historia junto con su carpeta, la cual deberá contener todos los documentos relacionados con la atención individual y el diligenciamiento de los datos administrativos de identificación del usuario, más los formularios para el registro clínico, de acuerdo con el estado de salud y el tipo de atención brindada.

Archivo de Historias Clínicas: Lugar donde reposan y se conservan en forma ordenada y con fácil acceso las historias clínicas de los usuarios que hacen uso permanente o han utilizado los servicios de la Institución, teniendo en cuenta el ciclo vital de la documentación. Este lugar debe cumplir con las condiciones locativas (Resolución 1995 de 1999 en su artículo 17 "Condiciones físicas de conservación de la Historia Clínica")

Acceso a los archivos: Derecho a consultar la información que conservan los archivos, en los términos consagrados por la Ley.

Ciclo vital del documento: Etapas sucesivas por las que atraviesan los documentos desde su producción o recepción en la oficina y su conservación temporal, hasta su eliminación o integración a un archivo permanente.

Equipo de Salud: Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínica asistencial directa del usuario y los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO MN-ARCH-01	PÁGINA 70
	MANUAL SOBRE EL MANEJO Y DILIGEN- CIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

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

Revision Bibliografica

Resolución 1995 de 1999

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 71
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 72
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

OBJETIVO:

Establecer las pautas que garanticen la adecuada gestión documental dentro del Archivo de la Empresa Social del Estado “E.S.E. Solución Salud” del departamento del Meta, que comprende procesos desde la producción o recepción, la distribución, la consulta, la organización, la recuperación hasta la disposición final de los documentos.

De la misma manera para dar cumplimiento a la Ley 594 de 2000 en su Artículo 22.

ALCANCE Y RESPONSABLES:

Este procedimiento inicia desde la producción o recepción, la distribución, la consulta, la organización, la recuperación hasta la disposición final de los documentos. Los responsables son la Subgerencia Administrativa y Financiera, el Coordinador Organizacional de Archivo y todo el personal vinculado a la E.S.E. Departamental “Solución Salud”.

DEFINICIONES:

1. ARCHIVO:

Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de historia.

2. DOCUMENTOS:

Son documentos los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y en general todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo y las inscripciones en lápidas, monumentos, edificios o similares.

CLASES DE DOCUMENTOS

“Sustantivos”

Se derivan de funciones específicas de la entidad, ejemplo: contravenciones, programas de prevención de delito, acta de levantamiento de cadáveres, etc.

“Facilitativos”

Son documentos comunes a todas las instituciones, ejemplo: historias laborales, planes y programas, ordenes de pago, contratos, convenios, etc.

3. DOCUMENTO DE ARCHIVO:

Registro de información producida o recibida por una persona o entidad a razón de sus funciones que tienen valor administrativo, fiscal o legal, o valor científico, económico, histórico o cultural y debe ser objeto de

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 73
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

conservación.

4. EXPEDIENTE:

Conjunto de documentos relacionados con un asunto que constituyen una unidad archivística. Unidad documental formada por un conjunto de documentos generados orgánica y funcionalmente por una oficina productora en la resolución de un mismo asunto.

5. TIPO DOCUMENTAL:

Unidad documental simple que reúne todas las características necesarias para ser considerada documento. Es una unidad documental simple cuando está constituida por un solo documento. Ejemplo: Actas, Resoluciones, Denuncias, etc.

6. SERIE DOCUMENTAL:

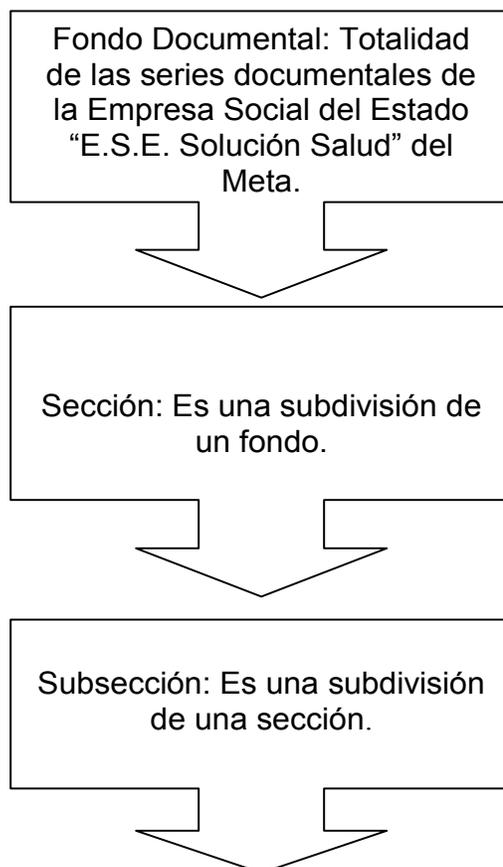
Conjunto de unidades documentales de estructura y contenido homogéneos, producidos por una unidad administrativa en cumplimiento de sus funciones.

7. FONDO DOCUMENTAL:

Totalidad de las series documentales de la misma procedencia o parte de un archivo que es objeto de conservación institucional formada por el mismo archivo, una institución o persona.

8. SECCIÓN DOCUMENTAL:

Es una subdivisión del fondo, integrada por un conjunto de documentos generales, en razón de esa subdivisión orgánica funcional.



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 74
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

USUARIOS:

La comunidad en general, las instituciones estatales, las instituciones privadas, los investigadores, las entidades privadas y los particulares que cumplen funciones públicas.

DIAGNÓSTICO DE LOS ARCHIVOS: “d e b i l i d a d e s”

- Pérdida de los archivos.
- Evasión de la responsabilidad en su manejo.
- Conservación inadecuada.
- Insuficiencia de personal capacitado.
- Posición desventajosa en las entidades.
- Dificultades presupuestales y falta de normalización, integración y conciencia.

IMPORTANCIA DE LOS ARCHIVOS:

Los archivos son importantes para la administración, la investigación, la comunidad, el desarrollo económico, social, científico y tecnológico, el fomento de la cultura y la consolidación de la identidad nacional, porque los documentos que los conforman son imprescindibles para la toma de decisiones basadas en antecedentes. Pasada su vigencia, estos documentos son potencialmente parte del patrimonio cultural y de la identidad nacional.

CLASIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS:

✓ ARCHIVO DE GESTIÓN:

Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten. Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados.

✓ ARCHIVO CENTRAL:

Agrupar documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general.

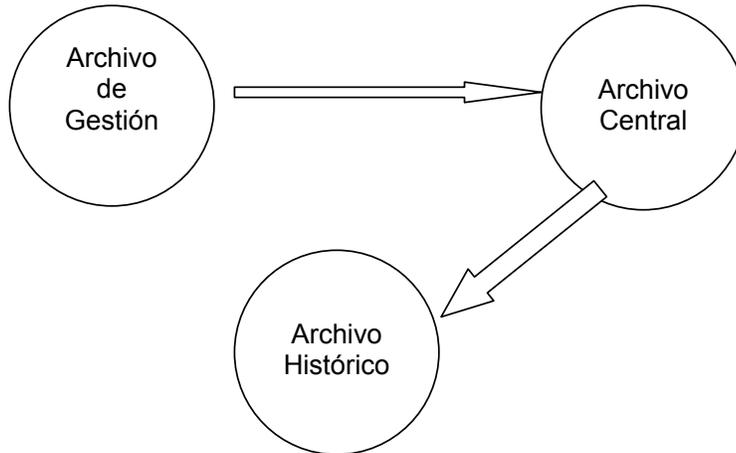
✓ ARCHIVO HISTORICO:

A él se transfieren desde el archivo central los documentos de archivo de conservación permanente.

✓ ARCHIVO TOTAL:

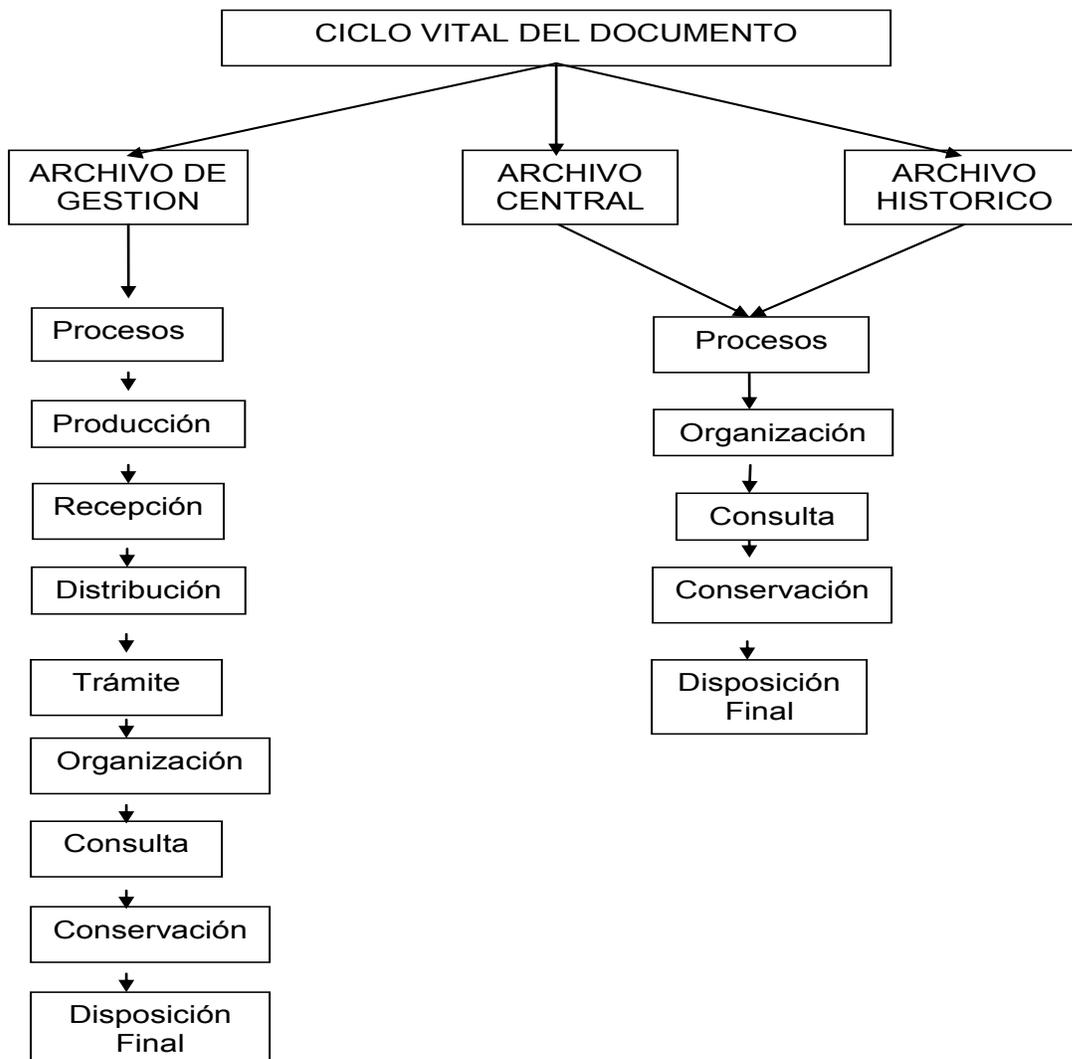
Concepto que hace referencia al proceso integral de los documentos en su ciclo vital.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 75
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	



CICLO VITAL DEL DOCUMENTO:

Etapas sucesivas por las que atraviesan los documentos desde su producción o recepción en la oficina y su conservación temporal, hasta su eliminación o integración a un archivo permanente.

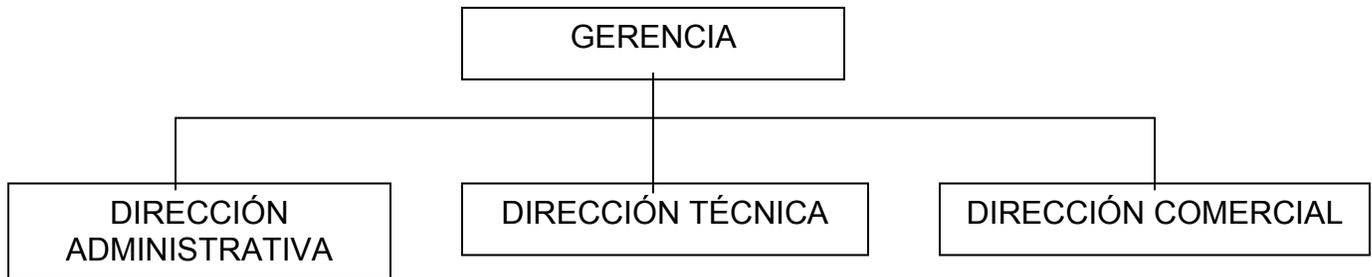


	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 76
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

PRINCIPIOS ARCHIVÍSTICOS:

PRINCIPIO DE PROCEDENCIA:

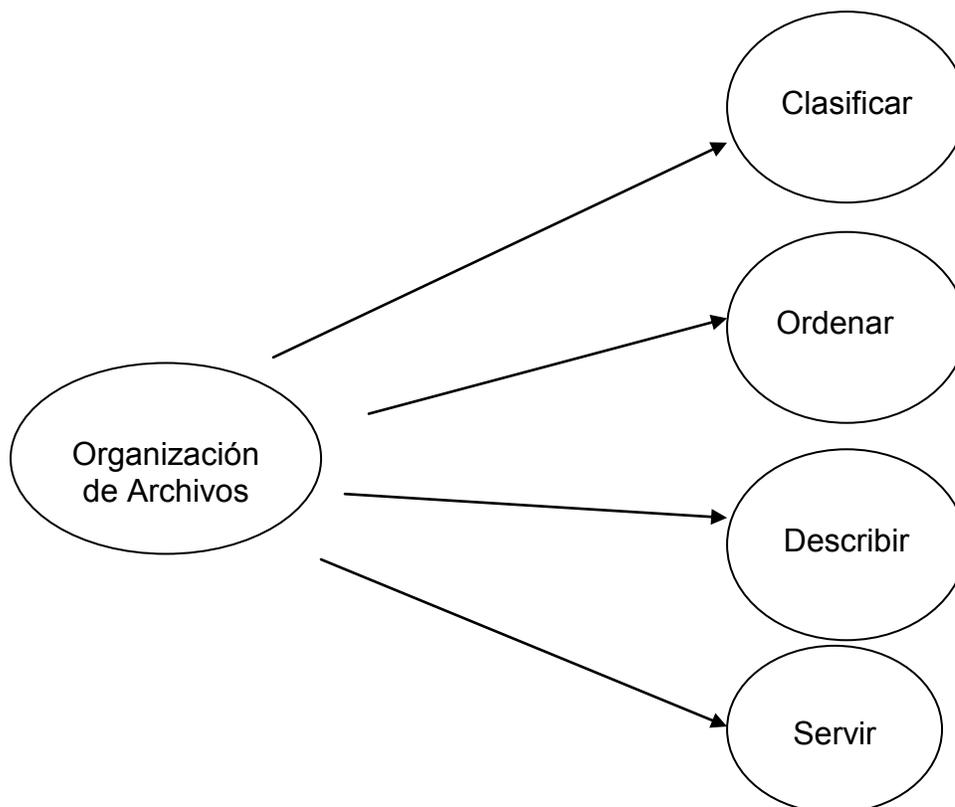
- Conservación de los documentos dentro del fondo documental al que naturalmente pertenecen.
- Los documentos producidos para una institución u organismo no deben mezclarse con los de otros.



PRINCIPIO DE ORDEN ORIGINAL:

- Ordenación interna de un fondo documental manteniendo la estructura que tuvo durante el servicio activo.
- Mantener la unidad y dependencia del fondo, su integridad y el carácter seriado de sus documentos.

ORGANIZACIÓN DE LOS ARCHIVOS:



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 77
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

9. PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL:

Se determinan los siguientes procesos que estarán interrelacionados entre sí y se desarrollarán en las diferentes unidades empresariales y durante las etapas del ciclo vital del documento (Archivo de Gestión, Archivo Central y Archivo Histórico): Producción, Recepción, Distribución, Trámite, Organización, Consulta, Conservación y Disposición final de los documentos.

10. TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL:

Listado de series o de tipos documentales (producidos o recibidos por una unidad administrativa en cumplimiento de sus funciones) a los cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada fase de archivo.

11. TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL:

Se definen como el listado de series o asuntos a los cuales se asigna tanto el tiempo de permanencia en el Archivo Central como su disposición final.

12. TRANSFERENCIAS PRIMARIAS: Documentos que pasan del archivo de Gestión al archivo central.

13. TRANSFERENCIAS SECUNDARIAS: Documentos que pasan del archivo central al archivo histórico.

PROHIBICIONES:

- Ocasionar daño o dar lugar a pérdida de bienes, elementos, expedientes o documentos que hayan llegado a su poder por razón de sus funciones.
- Dar lugar al acceso o exhibir expedientes o archivos a personas no autorizadas.
- Trasladar documentos fuera del territorio nacional, sin la previa autorización del Archivo General de la Nación. Esta falta dará lugar a la imposición de una multa de cien salarios mínimos legales mensuales vigentes.
- Transferir a título oneroso o gratuito la propiedad, posesión o tenencia de documentos históricos sin previa información del Archivo General de la Nación. Esta falta dará lugar a la imposición de una multa de cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes.
- Será causal de mala conducta el hecho de que un funcionario público, obstaculice, retarde o niegue inmotivadamente el acceso a los documentos públicos a la ciudadanía o medios de comunicación en especial.

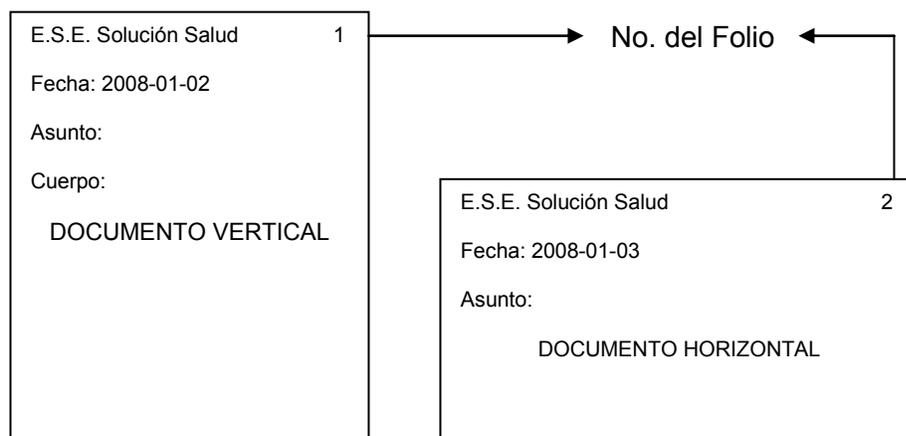
PROCEDIMIENTO PARA ENVIAR TRANSFERENCIAS PRIMARIAS

1. Los documentos deben reposar en el Archivo de Gestión máximo dos años en cada dependencia y luego deben pasar al archivo central de la institución como transferencias primarias.
2. Existen varias carpetas en el mercado para conformar expedientes, la E.S.E. Solución Salud ha elegido carpetas con dos solapas que están separadas y acompañadas de gancho plástico. Usar material desacidificado.
3. Retirar el material impreso no susceptible de archivo (periódicos, fax, revistas, sobres, tarjetas de

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 78
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011		DOCUMENTO CONTROLADO

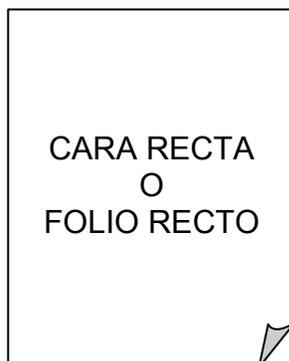
invitación entre otros) siempre y cuando no afecte la integridad del expediente.

4. Ordene los expedientes por año y secuencialmente siguiendo el código y la cronología en forma ascendente.
5. Retirar todos los ganchos de cosedora, éstos deterioran el documento.
6. Cada carpeta debe contener como máximo 200 folios.
7. Las A-Z no se envían al archivo central, se pueden utilizar en el archivo de gestión.
8. Efectuar la selección y eliminación natural de la documentación, previa verificación de la existencia de originales o dejar copias de mejor calidad; más entendido organizar físicamente la documentación y efectuar el realmacenamiento de las unidades de conservación que se consideren necesarios.
9. Foliar la documentación en orden consecutivo por cada unidad de conservación. Esta debe efectuarse diariamente en orden ascendente en atención a la cronología, correspondiendo el número uno (1) al documento más antiguo y el número mayor al documento más reciente y a lápiz, en la esquina de la parte superior derecha del documento. No confundir foliación con paginación.



10. No enmendar con cintas pegantes ni otros similares, preferiblemente se recomienda el uso de la cinta mágica o invisible para aplicarle primeros auxilios al documento.
11. Los documentos no se deben doblar ni cortar, con el tiempo en estos dobleces se almacena polvo y si existe humedad da subsistencia por supuesto a hongos, ácaros y bacterias.
12. Los documentos no se deben rayar, no hacer anotaciones, el recibido y demás sugerencias deben hacerse en la cara vuelta o folio vuelto del folio, esto con el fin de que alguna información no se pierda y así mismo darle respeto al documento público.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 79
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	



Recibido
GCA - Karla
98 - 12 - 04
10-20 a.m.

13. Al realizar escritos sobre los documentos, usar esfero negro (prueba de laboratorio) o en su defecto tinto que sequen rápido, insoluble al agua, que sean resistentes a agentes biológicos y a la luz, que sean permanentes y durables.
14. Entregar inventariada la documentación, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación, (No. de carpetas, procedencia, asunto, contenido o serie, fechas extremas y número de folios). En la solapa (vértice superior izquierdo, parte exterior de la carpeta desacidificada) consigne los siguientes datos: (Utilice lápiz de mina negra)

<p>E.S.E. Solución Salud del Meta Carpeta No. 1 – Caja _____ 320.1303 OFICINA DE PLANEAMIENTO ARCHIVÍSTICO ACTAS de Comité de Archivo 96-02-01 a 96-12-27 55 Folios</p>	
---	--

15. Al trasladar las transferencias primarias se requiere que sea en grupos no usando pitas, cabuyas o cuerdas, éstas abrasionan y causan roturas; emplee siempre cinta de faya (cinta de tela, preferiblemente sintética, de 2 cm. de ancho aproximadamente).

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 80
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

“LEY 594 DE 2000”
(julio 14)

Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.

INTRODUCCIÓN

Para recordar

La evolución histórica de los archivos refleja la inestabilidad de las estructuras sociopolíticas y en gran medida la idiosincrasia de nuestros pueblos. Por esta razón a pesar de la enorme tradición escrita heredada de España desde la época de la conquista y del interés mostrado por la corona para la protección de la documentación generada por la administración indiana a través de disposiciones desde el mismo período de conquista, fue evidente la desidia y el descuido oficial de los documentos producidos por las diferentes administraciones; el incendio del archivo Virreinal en 1786 fue el caso más notorio, y una de las pérdidas más graves e irreparables en la memoria escrita de nuestra Nación; muchos de los documentos fueron fraccionados y desmembrados en la confusión producida por las llamas.

En el período republicano los archivos no escaparon a la inestabilidad política y a las contingencias de las guerras civiles, a las asonadas y los desastres de la naturaleza. Las administraciones republicanas fueron las que sin ningún criterio archivístico iniciaron el empaste de los documentos desglosados empleando para ello a los reclusos del Panóptico Nacional.

En 1868 bajo el gobierno del General Santos Acosta se crea el Archivo Nacional, en donde se reunieron los documentos coloniales procedentes de la Real Audiencia y los generados por los organismos centrales de la administración de la República. Este proceso se inscribe en la consolidación de un Estado nacional, en él los documentos de archivo fueron vistos como elementos fundamentales del patrimonio histórico de la Nación. El nuevo Archivo tuvo enormes dificultades de tipo administrativo por la falta de recursos y la inestabilidad política.

Los problemas fueron creciendo día tras día generando resultados no esperados como entre otros el no tener acceso oportuno a la información y a la conservación de los documentos los cuales agudizaban más en la medida en que se expandió la estructura y las funciones del Estado, por ende la producción documental creció indiscriminadamente, tanto, que las unidades administrativas de archivo fueron literalmente desbordadas por la explosión documental, sin que la administración pública propiciara cambios en las adaptaciones técnicas, archivísticas y logísticas ante las nuevas realidades administrativas.

Ahora bien con la creación del Archivo General de la Nación mediante la Ley 80 de 1989 y la expedición de los Decretos 1382 de 1995 y 998 de 1997, el Gobierno Nacional inicia la reglamentación sobre las transferencias de la documentación histórica de las entidades de orden nacional del sector central de la rama ejecutiva y ordena su traslado al Archivo General de la Nación. Con la implementación de estas normas se empieza a conocer la magnitud de los problemas de hacinamiento de los archivos; las Unidades Técnicas realizan diagnósticos preliminares a los depósitos de archivo de las deferentes entidades con el fin de identificar y evaluar su situación real, el resultado permitió establecer que el fenómeno más frecuente encontrado en los Archivos Centrales de las entidades son los altos niveles de desorganización de los archivos, así como las deficientes condiciones medioambientales de los depósitos que contribuyen al deterioro físico de la documentación.

“Las reestructuraciones y los constantes cambios administrativos en las instituciones sin adelantar la debida

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO MN-ARCH-02	PÁGINA 81
	MANUAL GUÍA ARCHIVISTICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

planificación y organización han incrementado el congestionamiento excesivo y desmedido de las áreas de depósitos en inadecuadas condiciones de conservación de los documentos, conduciendo esto a la no toma de conciencia, sensibilización y la importancia que tienen los archivos desde el mismo momento de su producción hasta su disposición final, los archivos se fueron convirtiendo en verdaderos depósitos de papeles en donde se arruman grandes masas de documentos sin ningún criterio archivístico de organización y conservación, creando los denominados Fondos Acumulados.”

Ante este pequeño panorama complejo y crítico de los archivos, la Empresa Social del Estado “E.S.E. Solución Salud” del Meta ha diseñado este manual ó cartilla archivística para que todos y cada uno de los funcionarios retroalimenten entre la teoría y la práctica los conocimientos recibidos y al mismo tiempo hacerle seguimiento al ciclo vital de los documentos iniciando con el archivo de gestión, esto con el fin de prevenir los posibles problemas que se encontrarán en los diferentes archivos de la institución.

Por último como sabedores de que los archivos son la memoria de una empresa - se espera que el manual responda a las diversas inquietudes de la familia archivística “E.S.E. Solución” del Meta y contribuya al mejor posicionamiento de los archivos; así mismo se entienda la importancia del manejo documental para la gestión del conocimiento de la institución y el mejoramiento de la calidad de servicios a los ciudadanos.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO IN-ARCH-01	PÁGINA 83
	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 3	CÓDIGO IN-ARCH-01	PÁGINA 84
	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS		FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO

ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD"						
MACROPROCESO		ASISTENCIAL				
PROCESO		ARCHIVO				
PROCEDIMIENTO		DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS				
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO	Inicio	-	-	-	-
2	Identificación Usuario	identificación del usuario	Técnico o auxiliar de archivo	ingreso del paciente	Archivo de historias clínicas	documento de identificación social
3	Identificación HC	identificación de la historia clínica	Técnico o auxiliar de archivo	ingreso del paciente	Archivo de historias clínicas	comparación de documentos de identificación del usuario con datos registrados en formatos de la historia clínica
4	Foliación	foliación de la historia clínica	Técnico o auxiliar de archivo	Recibe la historia para archivo	Archivo de historias clínicas	foliar cada uno de los formatos de la historia clínica en los cuales se consignan datos del paciente
5	Organización	organización de la historia clínica	Técnico o auxiliar de archivo	Recibe la historia para archivo	Archivo de historias clínicas	organizar por orden cronológico cada uno de los formatos de la historia clínica y anexar formatos si son actividades de pyp o AIEPI si es menor de 5 años
	Registro de hora	Entrega para registro	Técnico o auxiliar de archivo	entrega la historia para atención al usuario	Archivo de historias clínicas	Diligencia formato de custodia y hace firmar a quien recibe
6	Registro de fecha	registro de fecha	medico, odontólogo, enfermera	Inicia la consulta	formato de historia clínica	registrar fecha de atención al paciente
7	Registro motivo de consulta	registro de hora	medico, odontólogo, enfermera	ingreso del paciente	formato de historia clínica	registrar hora de atención al paciente
8	Registro de evolución	registro de motivo de consulta	medico, odontólogo, enfermera	ingreso del paciente	formato de historia clínica	registrar en formatos establecidos el motivo por el cual consulta el paciente
9	Registro del Diagnostico	registro de evolución	medico, odontólogo, enfermera	durante la valoración clínica del paciente	formato de historia clínica	registrar en los formatos de historia clínica la hallazgos obtenidos durante la valoración cefalocaudal del paciente
10	Registro del tratamiento	registro de diagnostico	medico, odontólogo, enfermera	al finalizar la valoración clínica	formato de historia clínica	registrar los diagnósticos identificados durante la valoración clínica del paciente
11	Organización de anexos	registro de tratamiento	medico, odontólogo, enfermera	confirmar diagnostico	formato de historia clínica	registrar en formatos de la historia clínica el tratamiento adecuado para el paciente de acuerdo a su condición física y clínica
12	Firma y sello	firma y sello	medico, odontólogo, enfermera	al finalizar la atención medica del paciente	formato de historia clínica	al finalizar cada nota e evolución, el profesional que trata al paciente debe registrar su firma y sello en la nota de evolución correspondiente
13	FIN	Devolución de historia clínica	medico, odontólogo, enfermera	Al finalizar la consulta del día	Archivo de historias	Realiza entrega de documento y firma planilla de custodia
14		Revisión y organización de anexos	Técnico o auxiliar de archivo	Recibe la historia para archivo	Archivo de historias clínicas	ubicar en la historia clínica todos los documentos que sirven como sustento legal, técnico científico y administrativo de las acciones realizadas y archivarla según procedimiento de archivo. En caso de no diligenciamiento devolverla para si llenado al responsable.

NOTA: LA HISTORIA CLINICA DEBE DILIGENCIARSE DE FORMA CLARA, LEGIBLE, SIN TACHONES, ENMENDADURAS, INTERCALACIONES, SIN DEJAR ESPACIOS EN BLANCO Y SIN UTILIZAR SIGLAS.