
 MEDIPOHDS <i>Servimos con Calidad</i>	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016



	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

PROTOCOLO DE APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS

MEDIPOHDS

SINCELEJO



	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

TABLA DE CONTENIDO

- 1. OBJETIVO.**
- 2. ALCANCE.**
- 3. NORMATIVIDAD.**
- 4. DEFINICIONES/ABREVIATURAS.**
- 5. CONTENIDO DEL PROTOCOLO.**
 - 5.1.** PRINCIPIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.
 - 5.2.** OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA.
 - 5.3.** SECRETO PROFESIONAL.
 - 5.4.** CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.
 - 5.5.** CONTENIDOS MÍNIMOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.
 - 5.6.** RECOMENDACIONES EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA.
 - 5.7.** PROCESO DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA, ENTREGA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE O A TERCEROS.
 - 5.8.** RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.
 - 5.9.** TIPOS DE HISTORIAS Y ORGANIZACIÓN DENTRO DE LA CARPETA.
 - 5.10.** CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.
 - 5.11.** DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.
- 6. ABREVIATURAS AUTORIZADAS A UTILIZAR EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN MEDIPOHDS.**
- 7. COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS**
 - 7.1.** FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS
- 8. REGISTROS Y ANEXOS.**

	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

1. OBJETIVO.

Realizar el diligenciamiento de apertura y custodia de la Historia Clínica, su trazabilidad en la información sanitaria de los pacientes y el adecuado archivo según las normas vigentes, de los usuarios que son atendidos en **MEDIPOHDS**.

2. ALCANCE.

Aplica a todos los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, quienes tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas.

3. NORMATIVIDAD VIGENTE.

La normatividad vigente aplicada al proceso de apertura y manejo de la historia clínica es la Resolución No. 1995 de 1999 expedida por Ministerio de Salud, *"por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica"*, norma que sustenta, reglamenta y define los parámetros de los contenidos mínimos requeridos de la HC, así mismo, no se limita solo a esa norma sino a las que adicionen, modifiquen y que sean pertinentes y de utilidad para la atención en salud.

4. DEFINICIONES / ABREVIATURAS.


Anexos de la historia clínica: Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), notas de procedimientos, incapacidades y demás documentos que sean considerados importantes.

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.

Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco (5) años desde la última atención y hasta veinte (20) años después.

Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Historia Clínica (HC): 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.

	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016


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:

- **Privacidad de la Historia Clínica:** La Historia Clínica es un documento privado, en la medida que corresponde a la vida privada o íntima del paciente.
- **Obligatoriedad de la Historia Clínica:** La Historia Clínica es un documento obligatorio, por cuanto, tiene trascendencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas.
- **Sometimiento a Reserva de la Historia Clínica:** La Historia Clínica es un documento que 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.
- **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).

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

Equipo de Salud: Son los profesionales, técnicos, auxiliares y usuarios en proceso de formación del área de la salud que realizan la atención directa del paciente y los Auditores Médicos de Aseguradoras

	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

en los casos pertinentes y prestadores responsables 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 su salud.


Registros específicos: Son los documentos en los que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención y varía según el servicio que se presta.

Secreto profesional: Entiéndase por secreto profesional aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El profesional de salud 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.

5. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

5.1. PRINCIPIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

- **Integralidad:** La HC de un paciente 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.
- **Racionalidad científica:** Debe existir concordancia entre los criterios científicos y las acciones en salud brindadas a un paciente, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del mismo; debe existir un diagnóstico o concepto del profesional de salud así como un plan de manejo.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la HC en el momento en que se necesita.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la HC, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

5.2. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA.

Los profesionales que intervienen directamente en la atención a un paciente, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas por la ley y que son indispensables para el diligenciamiento de la HC.

Todo el personal que participa en la atención de un paciente es responsable por la integridad, exactitud y salvaguarda de la historia clínica. Los profesionales deben registrar sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, y en algunos casos deben revisar los aportes de otras disciplinas de la salud y realizar los comentarios sobre ellos, especialmente si los resultados no son los esperados por el profesional tratante.

5.3. SECRETO PROFESIONAL.


Toda persona que tenga acceso a la historia clínica o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la HC a personas no autorizadas será sancionada. El Código Penal Colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

La revelación del secreto profesional se podrá hacer en los siguientes casos:

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

5.4. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

- En **MEDIPOHDS**, se realizará el proceso de apertura de historia clínica a todos los usuarios que asistan a cualquier tipo de consulta y/o procedimiento.
- El servicio cuenta con una historia clínica integral, la cual está ubicada en el archivo de Historias Clínicas y cumple con los tiempos de retención fijados por la ley.
- Como medida de protección y preservación de los documentos, la carpeta de la historia clínica integral no será requerida previamente en las consultas. De ser requerida la historia clínica por algún profesional, se registrará en el formato Control Archivo Historia Clínica. Este es el

	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

mecanismo de control que permite saber en todo momento, en qué lugar se encuentra la historia clínica, a quién y en qué fecha fue retirada del archivo de HC.


- La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras ni intercalaciones; sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas no autorizadas por el Comité de Historias Clínicas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en que se realiza, con el nombre completo, firma del autor de la misma y sello.
- La identificación de la historia se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad y el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad.
- Los componentes de la Historia Clínica son los registros específicos, los anexos y los demás considerados pertinentes.
- Todos los folios que hacen parte de la HC deben numerarse en forma consecutiva, iniciando desde la última hoja.
- Los reportes de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas podrán ser entregados al paciente, pero el resultado debe ser registrado en la historia clínica, explicándole al paciente la importancia de conservarlos para futuros análisis. Los reportes de exámenes que no hayan sido entregados al paciente, se archivarán en la carpeta de la historia clínica. También se pueden guardar copias de autorizaciones documentos y demás que considere necesario **MEDIPOHDS** para temas administrativos y asistenciales

5.5. CONTENIDOS MÍNIMOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La HC debe ser completa, para **MEDIPOHDS** solo aplica la siguiente información:

- Identificación del paciente.
- Entidad, fecha nacimiento, edad, Sexo, Religión, Dirección, Acompañante
- Antecedentes, Examen físico.
- Motivo de consulta (MC).
- Enfermedad actual (EA).
- Plan(es) de tratamiento.
- Evolución

5.6. RECOMENDACIONES EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA


	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

- La apertura de la Historia Clínica inicia con la solicitud de citas, donde se efectúa la inscripción del paciente, solicitando sus datos personales.
- La Historia Clínica debe ser diligenciada en el momento de ingreso del paciente a la IPS.
- Los formatos Registro de la Consulta Médica y Registro de Consulta profesional, deberán diligenciarse en caso de fallas del fluido eléctrico o del sistema.
- Toda anotación diaria debe llevar la fecha y hora de atención, así como la firma y sello de quien realiza la misma.
- Todas las notas deben llevar un concepto o diagnóstico del profesional tratante así como un plan de manejo, el cual no puede estar expresado como "igual manejo, iguales órdenes médicas, seguir igual tratamiento".
- Se debe incluir un resumen breve de las explicaciones o información dada al paciente acerca de su enfermedad y de los procedimientos a que va a ser sometido.
- Cuando se realice un control de seguimiento por un procedimiento se podrá realizar una nota de evolución en la cual se describirá brevemente el motivo por el cual acude a la consulta, como ha sido la evolución del paciente, los hallazgos al examen físico o interrogatorio, el análisis del profesional, el diagnóstico y el plan o recomendaciones de manejo.
- Si existen errores en la historia clínica se corregirán pasando una sola línea sobre el error y anotando la fecha y firma de la persona. El dato correcto se anotará lo más cercano posible o en el lugar que corresponda.
- Todos los formularios incorporados en la historia clínica deben estar identificados con el nombre completo y número de historia clínica del paciente.


5.7. PROCESO DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA, ENTREGA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE O A TERCEROS

El responsable final de la entrega de información sobre la historia clínica de un paciente será el coordinador médico, quien tendrá en cuenta las siguientes disposiciones:

1. El funcionario encargado debe verificar si la persona que solicita la historia tiene acceso a ella, según Resolución 1995 de 1999, en caso contrario, informe y oriente trámite que debe seguir el usuario para poder acceder a copia de la historia clínica.
2. Nunca se debe entregar el original de la historia clínica al paciente o familiares.
3. Policía Judicial: se entiende la función que cumplen las entidades del Estado para apoyar la investigación penal y en ejercicio de las mismas dependen funcionalmente del Fiscal General de la Nación y sus delegados.

	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

4. Demás personas autorizadas por ley (auditores), dentro de la institución: Cuerpo técnico de Investigación de la Fiscalía General de la Nación CTI, Departamento Administrativo de Seguridad DAS.
5. Entidades que ejercen función de policía judicial dentro del proceso penal y en el ámbito de su competencia: Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, autoridades de tránsito, entidades públicas que ejerzan funciones de vigilancia y control, directores nacional y regional del INPEC, directores de los establecimientos de reclusión y el personal de custodia y vigilancia, conforme con lo señalado en el Código Penitenciario y Carcelario, Alcaldes, Inspectores de Policía.
6. La información que se entrega al paciente o terceros autorizados, se limitará a aquella necesaria para satisfacer el propósito por el cual se solicitó. En el caso de que una escuela solicite copia de una historia ésta debe realizarse con el consentimiento del paciente o se puede realizar un resumen que sólo debe llevar la información pertinente, omitiendo información de carácter vital que pueda perjudicar el nombre del paciente. Vale decir, que no se divulgará información con más detalle de lo necesario o que abarque periodos que no fueron incluidos en la solicitud. Esto con el fin de mantener la confidencialidad del registro y el secreto profesional.
7. Cuando la solicitud provenga directamente del paciente, ésta debe constar por escrito, estar debidamente firmada y registrar el número de identificación. Así mismo debe llevar anexa fotocopia de su carné. Al recibir la solicitud por parte del paciente, se debe solicitarle el documento de identificación y verificar la información contenida en la solicitud.
8. La solicitud presentada por el paciente deberá contener la siguiente información:
 - Nombres y apellidos completos.
 - Número de documento de identificación.
 - Propósito para el cual se solicita la información.
 - La información que se solicita y el período correspondiente.
 - Firma del paciente o persona responsable y documento de identificación.
9. Si la solicitud es tramitada por un tercero, esta persona debe presentar una autorización por escrito emitida por el paciente, la cual debe reunir los requisitos de los anteriores numerales y debe llevar adjunta la fotocopia del documento de identidad del paciente y del tercero.
10. En el evento de encontrarse el paciente con incapacidad mental o en estado de inconsciencia (coma) no se podrá dar información a la familia y a terceros interesados sobre la HC, estos deberán iniciar una gestión judicial ante las autoridades competentes para levantar la reserva de la historia clínica, *excepto si el paciente antes de su estado de incapacidad mental o deterioro neurológico levantó la reserva y/o si para los familiares del paciente la revelación de la HC sea útil al tratamiento*, ya que pelagra su vida.
11. La expedición de una incapacidad es responsabilidad del profesional de salud tratante.
12. Se autorizará la revisión de historias clínicas por personal no institucional, solo para fines estadísticos o archivísticos de ser necesario.
13. Se prohíbe comunicar nombres de pacientes a terceros que desean esta información para fines de lucro. El empleado que entregue información confidencial a personas no autorizadas a recibirla, será sancionado de acuerdo con lo estipulado por la normatividad.

	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

14. Se podrá entregar copia de la historia clínica de usuarios fallecidos si él mismo en vida levantó la reserva de su HC por escrito, de lo contrario se expedirá una certificación con la normatividad legal vigente que regula la materia.
15. Estas disposiciones son de estricto cumplimiento para todos los profesionales, técnicos, usuarios en práctica, auxiliares del servicio que intervengan en el manejo, diligenciamiento y archivo de las historias clínicas por lo que su incumplimiento puede ser considerado como una falta disciplinaria.

5.8. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. De esta manera, debe permanecer como mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Cumplido este tiempo se eliminarán mediante incineración, de la cual se levantará acta en conjunto con la Dirección de Certificación y Gestión Documental.

En caso de liquidación o cierre definitivo del servicio, la HC se deberá entregar al paciente o a su representante legal. Ante la imposibilidad de entrega inmediata al paciente o a su representante legal, se designará a cargo de quien estará la custodia de la Historia Clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente.

Si ya ha transcurrido el término de conservación, la historia clínica del paciente podrá destruirse de acuerdo con lo estipulado por la Universidad y acorde con la reglamentación vigente.


5.9. TIPOS DE HISTORIAS Y ORGANIZACIÓN DENTRO DE LA CARPETA

Los tipos de historias clínicas que se manejan en el servicio son los siguientes:

1. Historia de Primera Vez.
2. Historia de Control o Evolución.
3. Historia o Reporte de Aspirado de Medula Ósea (AMO).
7. Historia o reporte de Estudio Patológico.

Las historias llevadas a cabo por las demás especialidades cumplirán con lo dispuesto en las normas vigentes para cada especialidad tomando en cuenta que los principios de la historia clínica se deben mantener (ver numeral 4.1), al igual que las características de diligenciamiento y archivo.

La HC se llevará de forma integral en una carpeta única constituida por cada una de las historias mencionadas anteriormente según demanda del paciente, teniendo en cuenta que el orden debe ser

	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

cronológico ascendente por fecha de atención, por lo que el último registro de atención debe figurar como último al abrir la historia.

5.10. 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, según 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.

La HC se conservará en un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. El servicio es responsable por la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

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

MEDIPOHDS utilizará medios físicos y técnicos, como computadoras, para el registro de la historia, atendiendo lo establecido en la Circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación: "Los documentos emitidos o reproducidos por los citados medios gozarán de la validez y eficacia de un documentos original, siempre que quede garantizada su autenticidad, integridad, inalterabilidad, perpetuidad y el cumplimiento de los requisitos exigidos por las leyes procesales."; en los casos en que no exista fluido eléctrico o haya falla del sistema se llevará de forma manual.


Los programas automatizados diseñados por el servicio para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estarán provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos, y el acceso de personal no autorizado, con lo cual se garantiza la protección y reserva de la historia clínica.

La historia magnética utilizada en el servicio llevará siempre el nombre del profesional que realiza el registro, la hora y fecha de atención, y a cada profesional o paciente en práctica se le adjudicará una clave única de acceso a las historias, para evitar el registro accidental con el nombre de otro profesional diferente.

Para el caso de los usuarios en proceso de formación estas claves quedarán inactivas una vez hayan terminado su rotación por el servicio.

6. ABREVIATURAS AUTORIZADAS A UTILIZAR EN EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS EN MEDIPOHDS.

- Dx: Diagnostico
- AMO: Aspirado de Medula Ósea
- HTA: Hipertensión Arterial

	PROTOCOLO	COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 01
		09/09/2016

- VIH: Virus de inmunodeficiencia humana
- Cx: Cirugía
- Tto: Tratamiento
- V.O: Vía Oral
- I. V.: Intravenoso
- I.M.: Intra Muscular
- Bx: Biopsia

7. COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

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

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


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

7.1 FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

- a. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c. Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

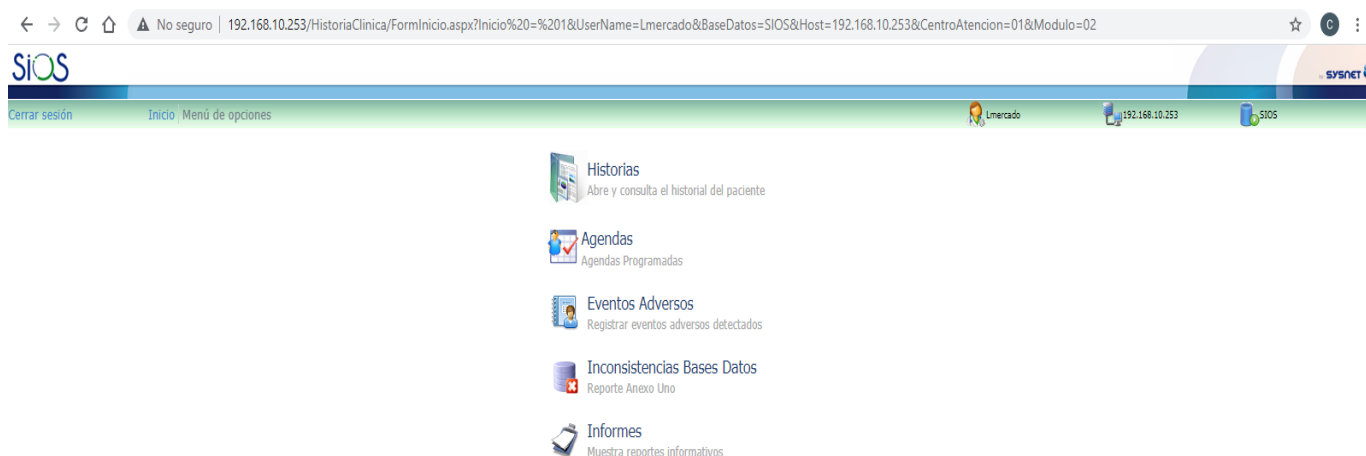
8. REGISTROS Y ANEXOS.


1. Formato Para Solicitud De Copia De Historia Clínica

	PROTOCOLO		COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS		VERSION: 01
			09/09/2016

ANEXOS:

Ingreso al Software SIOS



	PROTOCOLO		COD: P-020
	APERTURA Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS		VERSION: 01
			09/09/2016

FORMATO PARA SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Ciudad: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Datos del Paciente

Nombres y Apellidos: _____

N° Identificación: _____ Teléfono de contacto: _____

Motivo de Solicitud: _____

(Marque con una equis (x) que por cual tipo de servicio fue atendido)

Tipo de ingreso: Consulta Externa___ Cirugía___ Apoyo diagnostico___ Apoyo terapéutico___

Fecha de la Atención: _____

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

Datos del Solicitante:

Nombres y Apellidos: _____ N° Identificación: _____ Parentesco (si es un familiar o apoderado): _____ Teléfono: _____

***Solicito y autorizo que la historia clínica, me sea enviada a través de la siguiente dirección de correo electrónico. Por favor Diligenciar de manera legible y completa la dirección de correo electrónico.**

E-mail: _____@_____

Certifico que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica a través de dicho canal electrónico.

Firma del solicitante: _____

***Recuerde adjuntar la fotocopia del documento de identidad /paciente y solicitante**

Negación

Le informamos que la Historia Clínica solicitada por usted no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes. Marque con una equis (X)

- a. ___ No la solicita el paciente.
- b. ___ No la solicita el responsable del menor de edad o paciente incapaz.
- c. ___ No presenta autorización del paciente o titular.

Otro: _____

Recibí Conforme: _____ Documento: _____ Número de Historias entregadas: _____
Folios _____ Fecha y Hora: _____

“Usted ha recibido fiel copia de la Historia Clínica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud. NO PODRÁ SER PÚBLICA Sentencia T-338 2009”. “La Historia Clínica es un documento legal, por lo tanto, solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999)”. En caso que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se entregara quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (espos(a) o compañero(a) permanente). “La entrega de historia clínica a un familiar o tercero, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella.

