

UD 4: DOCUMENTACIÓN SANITARIA Y NO SANITARIA

I. GENERALIDADES DE LOS DOCUMENTOS.....	2
II. TIPOS DE DOCUMENTOS.....	3
A. DOCUMENTACIÓN NO SANITARIA.....	4
1. CARTAS COMERCIALES.....	4
2. AGENDA DE CITAS:.....	6
B. DOCUMENTACIÓN SANITARIA NO CLÍNICA.....	8
1. CLASIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SANITARIOS NO CLÍNICOS:.....	8
C. DOCUMENTACIÓN SANITARIA CLÍNICA.....	17
1. HISTORIA CLÍNICA:	18
2. LA HC HOSPITALARIA	20
3. LA HC DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	24
4. LA HC ELECTRÓNICA.....	24
5. LA HC DIGITAL.....	25
6. ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	25

UD 4: DOCUMENTACIÓN SANITARIA Y NO SANITARIA

I. GENERALIDADES DE LOS DOCUMENTOS

a) ¿Qué es un documento?

Documento es la **información registrada sobre un soporte**. Se considera también documento una radiografía, una ecografía etc.

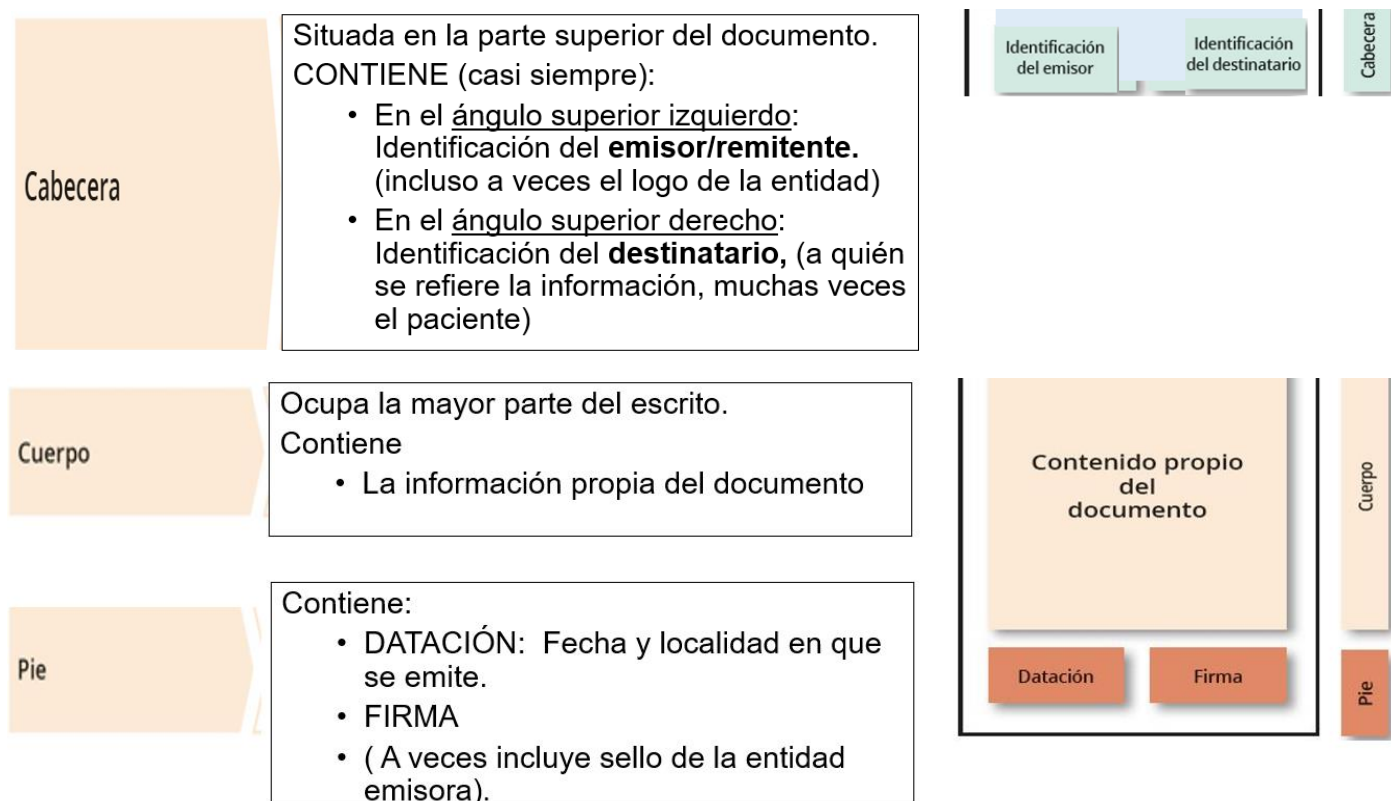
Documento es:

Lo que se cuenta
(información)

+

El medio en el que se registra
dicha información
(papel, soporte informático).

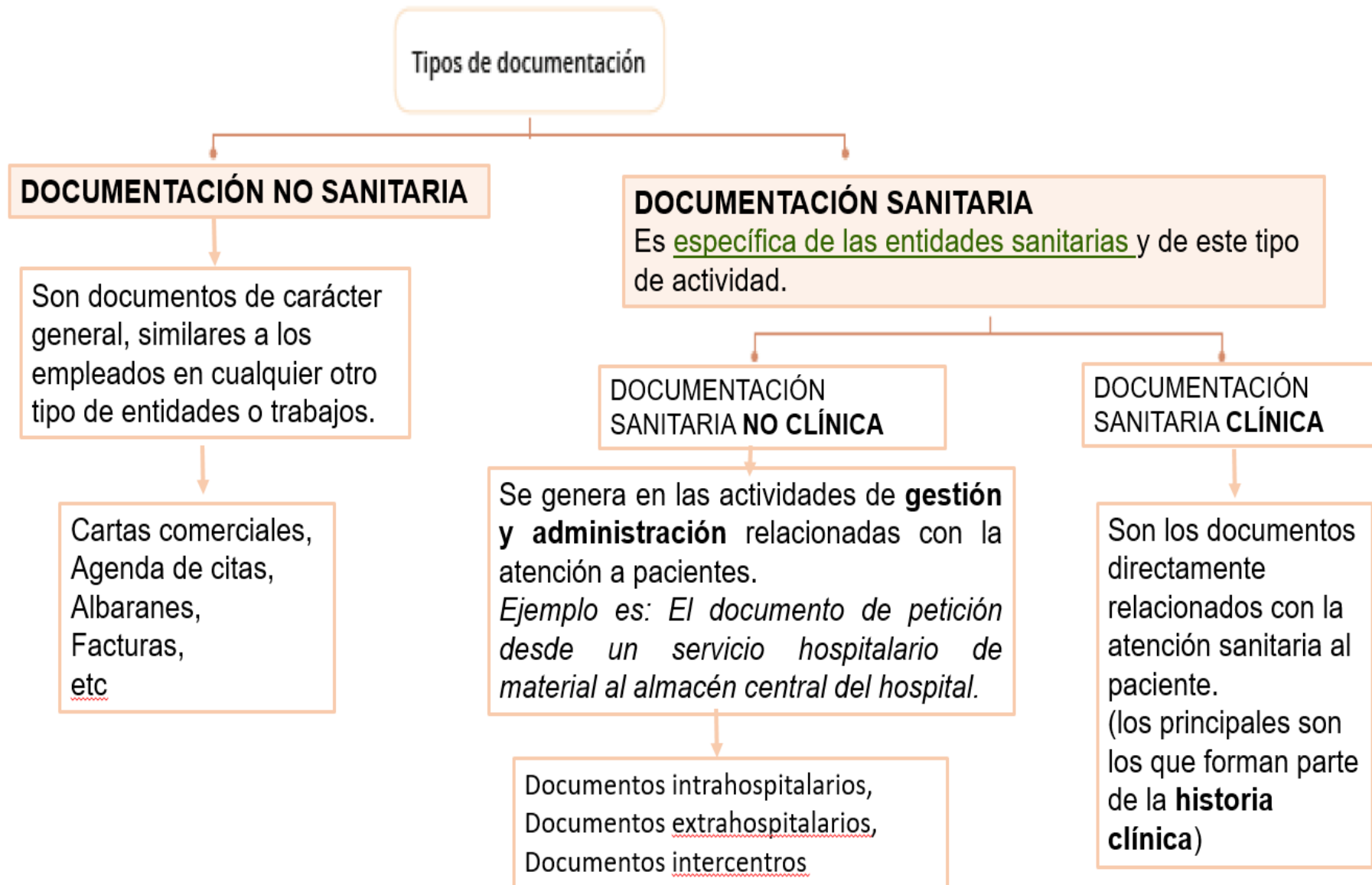
b) Estructura de los documentos



En la estructura del documento además se puede incluir:

- **Nombre propio del documento** (gestión de citas, historia clínica etc.)
- **Un código** (que facilita su identificación y manejo rápido).

II. TIPOS DE DOCUMENTOS



A. DOCUMENTACIÓN NO SANITARIA

1. CARTAS COMERCIALES (leer)

Para el buen funcionamiento de una consulta sanitaria es necesaria una **comunicación fluida** entre el profesional y las empresas o individuos con los que se relaciona (proveedores y pacientes/clientes).

Se hace en muchas **ocasiones verbalmente**, otras veces por medios electrónicos y en algunos casos a **través de cartas comerciales**.

- ¿A QUIÉN SE ENVIÁN? Y ¿PARA QUE SE ENVÍAN LAS CARTAS COMERCIALES?

¿A quién se envían?	¿Para qué se envían?
Proveedores	- Solicitar información sobre productos (características, precio, etc.). - Hacer pedidos de compra. - Realizar reclamaciones.
Pacientes	- Informar a nuestros clientes (citas, ofertas, nuevos servicios, etc.). - Proporcionar presupuestos. - Solicitar datos. - Reclamar pagos.

- ESTRUCTURA DE LAS CARTAS COMERCIALES:

Cabecera

Situada en la parte superior del documento.

1. MEMBRETE

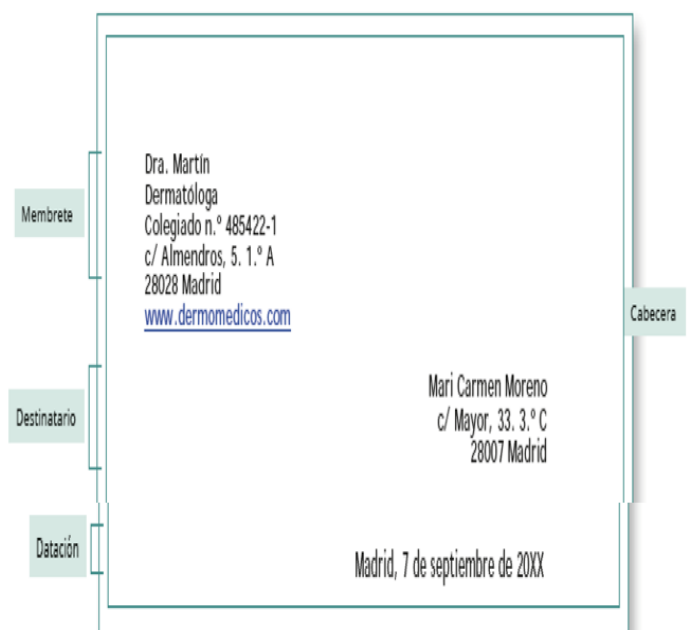
- En el **ángulo superior izquierdo**: Identificación del **emisor/remitente**.
- Los profesionales incluyen el logo de la entidad dirección de correo electrónico o dirección web.

2. DESTINATARIO

- Se sitúa mas abajo y a la derecha del membrete
- Contiene nombre y dirección de la persona a la que se le envía la carta.

3. DATACIÓN (puede aparecer al final del documento)

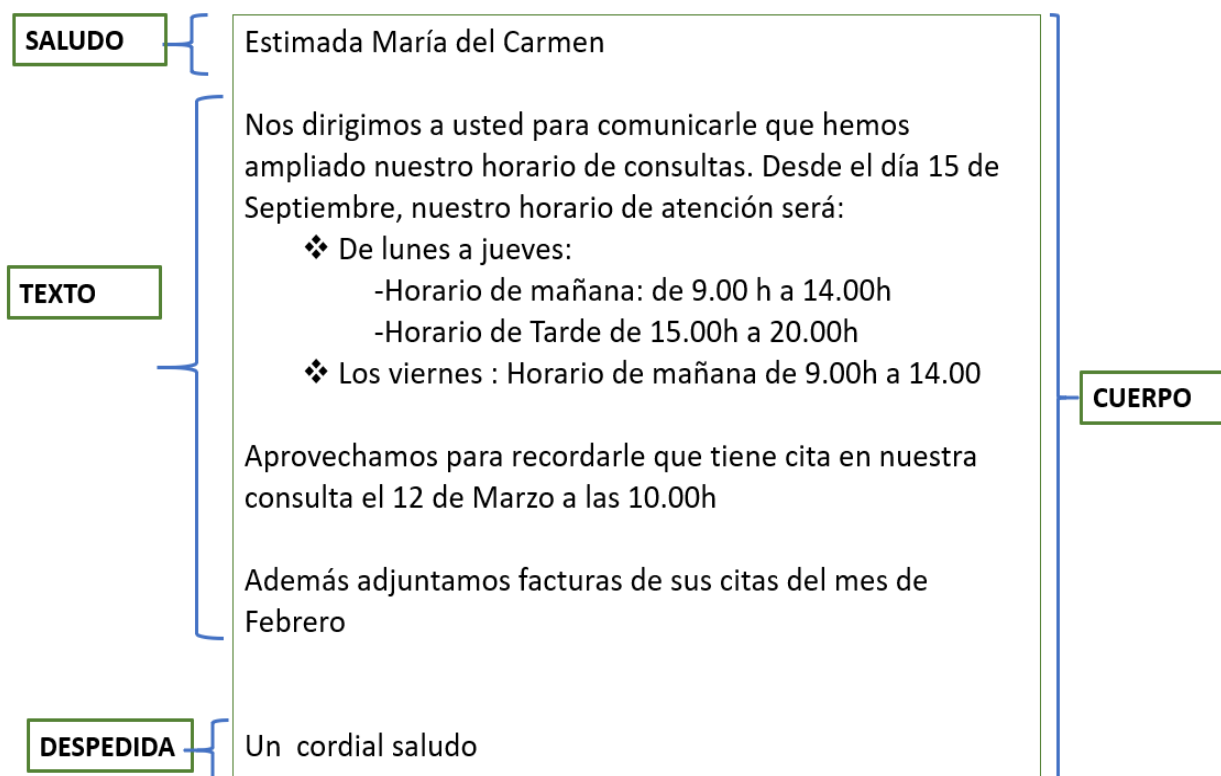
- Localidad
- Fecha en que se escribe la carta.
- Suele situarse un poco mas abajo del destinatario.



Cuerpo:

Ocupa la mayor parte del escrito.
Contiene

- **Un saludo formal o de cortesía**, (Señor, Estimada señora etc)
- **Texto**: En el que se trata con respeto al destinatario, (usted), expone con brevedad la información que se quiere transmitir, se emplean frases cortas y claras.
- **Despedida**: Se emplean frases de cortesía, como “Atentamente se despide..”, “Reciba un cordial saludo..”



Pié

Contiene:

- **FIRMA**
 - Nombre del que firma y cargo.
 - Si firma otra persona se añade PO "Por orden de...", PA (por autorización de..)
- **ANEXO**: (Cuando se envía otro documento con la carta, se menciona al final de la carta)



2. AGENDA DE CITAS: (leer)

En centros en los que prestan servicios varios profesionales, cada uno dispondrá de una agenda diferente.

Normalmente es una tarea que realiza el personal administrativo. Pero en las clínicas pequeñas (privadas), estas tareas puede realizarlas el auxiliar de enfermería.

Se hace manualmente en papel o en soporte informático.

- **AGENDA DE CITAS es importante encontrar un equilibrio entre los tiempos muertos del profesional y el tiempo de espera de los pacientes.**

1 No interesa que existan tiempos muertos en el trabajo del facultativo con el que colaboramos.

2 No es apropiado que los pacientes tengan que estar esperando en la consulta más tiempo de lo necesario para ser atendidos.

- **ORGANIZACIÓN DE UNA AGENDA DE CITAS EN AGENDAS MANUALES:**

1 HOJA POR DÍA

(En ella deben estar **bien definidos** los **días de consulta** y los **bloques horarios**)

Las visitas se ordenan por orden cronológico.

- **DATOS QUE SE DEBEN RECOGER EN UNA AGENDA DE CITAS EN AGENDAS MANUALES:**

- a) Nombre y apellidos del paciente.
- b) Nº de teléfono del paciente, (importante para anulaciones, cambios, recordar la cita que se programó etc.)
- c) Motivo de consulta, (sirve para prever el tiempo que reservamos para la consulta, que no será igual para todos los casos, no es igual el tiempo estimado de consulta, si va hacer una revisión completa de ginecología, que una revisión de embarazo).
- d) Entidad de seguro médico al que pertenece/ o si acude de forma privada sin seguro.

- **¿QUÉ OTRAS COSAS DEBEMOS DE TENER EN CUENTA A LA HORA DE PLANIFICAR LA AGENDA DE CITAS?**
 - a) **Otras cosas como:** visitas de representantes de laboratorios, reuniones, asistencia a congresos etc.
 - b) **Descansos del profesional.**
 - c) **Tiempo para preparar el material** para cada consulta/preparación de la consulta.
 - d) **Si hay que dejar tiempo para visitas urgentes o de última hora.**
- **Para el facultativo es útil preparar un listado de visitas:**

Este listado de visitas debe contener:

 - a. Nombre del paciente.
 - b. Horario de entrada del paciente.
 - c. Motivo de consulta.
- **Cosas a verificar: y que hay que registrar**
 - Si la cita ha transcurrido con normalidad.
 - Si hubo incidencias como: Anulación de cita, cambio de cita a otro día.

Pag 85 del libro de Macmillan, ver el ejemplo de agenda de citas.

Otro Ejemplo de citas

<i>Ditora: Sandra Fuenzalida</i>					
<i>Martes 18-02.2025</i>					
<i>Hora</i>	<i>9.00-10.00</i>	<i>11.00-12.00</i>	<i>12.30-13.30</i>	<i>13.30-14.00</i>	<i>14.00-14.30</i>
<i>Paciente</i>	<i>Marta Ortega Pérez</i>	<i>Carolina Fernández Rodríguez</i>	<i>Luisa Sánchez Lima</i>	<i>Antonia Carmona Pérez</i>	<i>Laura González Pena</i>
<i>Tef</i>	<i>334 25 6712</i>	<i>5671234 57</i>	<i>334 25 6712</i>	<i>5671234 57</i>	<i>66677711</i>
<i>Motivo</i>	<i>1º Consulta</i>	<i>1º Consulta</i>	<i>1º Consulta</i>	<i>Revisión</i>	<i>Revisión</i>
<i>Seguro/No</i>	<i>Sanitas</i>	<i>Privado</i>	<i>Adeslas</i>	<i>Privado</i>	<i>Adeslas</i>

Ejemplo de listado para el facultativo:

Ditora: Sandra Fuenzalida		
Martes 18-02.2025		
Hora de entrada	Paciente	Motivo de consulta
9.00 horas	Marta Ortega Pérez	1ª C
11.00 horas	Carolina Fernández Rodríguez	1ªC
12.30 horas	Luisa Sánchez Lima	1ºC
13.30 horas	Antonia Carmona Pérez	REV
14.00 horas	Laura González Pena	REV

B. DOCUMENTACIÓN SANITARIA NO CLÍNICA

Forman parte de la **documentación sanitaria no clínica** los documentos que se emplean en los **centros sanitarios** para las **actividades de gestión y administración** relacionadas con la atención a los pacientes.

Finalidad la documentación sanitaria no clínica

La **finalidad** de estos documentos **es la de dejar constancia** (escrita o electrónica) **de las gestiones** y para que puedan llevarse a cabo de **forma ordenada y sin errores**.

1. CLASIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SANITARIOS NO CLÍNICOS:

A. DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS

B. DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

C. DOCUMENTOS INTERHOSPITALARIOS

1.-DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS



2.-DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS



3.-DOCUMENTOS INTERHOSPITALARIOS



A. DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS:

Se usan para la gestión cotidiana.

Sirven para la **comunicación** entre los **profesionales de diferentes servicios** del **mismo hospital**.

Entre estos documentos se encuentran los siguientes:

- Documentos de petición:
 - a) De material almacén
 - b) De material al servicio de esterilización
 - c) De medicamentos al servicio de farmacia
 - d) De ropa al servicio de lavandería
- Documentos de recepción
 - a) De material
 - b) De medicamentos
- Documentos de envío de material al servicio de esterilización
- Planillas
 - a) de turnos y
 - b) de dietas)
- Guía de acogida

a) Documentos de petición y recepción de material al almacén.

- **Petición:** Se emplea para **pedir** material necesario para atención al paciente desde el servicio/unidad correspondiente **al almacén**.
- **Recepción:** Material que habíamos pedido que llega al servicio, necesita comprobación

¿Quién solicita este material? **El supervisor**

¿Qué hace el TCAE?

Cuando llega el pedido comprueba el material que llegó con la lista de material que se solicitó y ordena el material.

b) Documentos de envío o de petición de material al servicio de esterilización.

- **Documento de envío:** Se hace un listado del material que se envía a esterilización, y
- **Documento de pedido:** También se hace un listado del que se pide a dicha unidad de esterilización desde el servicio correspondiente y se comprueba la entrega.

○

- *Ejemplo entregado en clase, documento en un lado del documento está el envío y entrega de material a la central de esterilización, en el que entre otras cosas debe figurar quien lo recoge en la central y que servicio lo entregó. Es una hoja por semana y recoge en el turno que se envió. En el reverso se recogerían las incidencias sobre el material..*
- El documento puede incluir ambos (envío y petición/e)

a) Petición de ropa al servicio de lavandería.

El TCAE se encargará de la entrega de ropa sucia y/o contaminada a este servicio y de la solicitud de la misma, una vez limpia, para abastecer a los pacientes y a la unidad. *(ejemplo pag 89 libro de Macmillan)*



b) Documento de petición y recepción de medicamentos.

- El servicio de farmacia pertenece a los servicios centrales del hospital.

- La **dispensación de medicamentos** del servicio de farmacia hospitalaria es de **dos tipos**:
 - **Dispensación intrahospitalaria**: Es una dispensación para los pacientes ingresados en el hospital (según órdenes médicas). Esta dispensación se hace de dos maneras:
 - Reposición de stocks de planta (para casos de urgencia: sueros, medicación de carro de parada)
 - Dispensación en sistemas de unidosis o dosis/día individualizada. (petición individualizada para cada paciente) *(ejemplo pag 88 libro de Macmillan)*
 - **Dispensación extrahospitalaria/ambulatoria**. Una dispensación para pacientes que ya no están ingresados, pero que precisan medicamentos que solo pueden prescribir especialistas adscritos al hospital, y dispensados exclusivamente por el servicio de farmacia hospitalario.

c) Planilla de dietas

Cada dieta lleva un código.

Cuando sean recibidas en el servicio, el TCAE deberá comprobar que la pegatina con el código que lleva la bandeja coincida con el paciente a quien va dirigida la dieta. *(ejemplo pag 89 libro de Macmillan)*



d) Planilla de turnos.

Es función del **supervisor de la unidad** el control y la planificación de los turnos, que deben conocer con antelación los profesionales sanitarios, entre ellos el TCAE. *(ejemplo pag 90 libro de Macmillan)*

e) Guías de acogida al paciente.

Es el documento que se **entrega al paciente** y acompañantes cuando **ingresa en el hospital**, en ellas se encuentran normas, indicaciones del centro como horario de visitas, derechos y deberes de los usuarios.

B. DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS:

Facilitan el registro administrativo generado tras las consultas y los ingresos hospitalarios.

Entre estos documentos podemos citar:

1. **Notificación de citas.** Mediante el cual el centro sanitario comunica al paciente, lugar, fecha y hora de una consulta/prueba.
2. **Justificante de asistencia.**
3. **Tarjeta sanitaria.** (se trata más adelante)
4. **Receta médica.** (se trata más adelante)
5. **Impreso de quejas, reclamaciones y sugerencias.** Estos documentos se dirigen normalmente **al servicio de atención al paciente** y deben de ir **por escrito**.
6. **Impreso de enfermedades de declaración obligatoria.** Estos documentos sirven para el control de enfermedades transmisibles.
7. **Parte de incapacidad temporal (IT).** Documento mediante el cual el médico de la SS acredita que un trabajador no puede acudir a trabajar durante un tiempo por un problema de salud, (enfermedad común. Enfermedad profesional, etc.)
8. **Certificado médico de defunción.**
 - Este documento acredita el fallecimiento de una persona.
 - Es necesario para inscribir la defunción en el Registro Civil.
 - Lo expide el médico especialista, o médico de atención primaria o forense.
 - La expedición es gratuita.

(mediante el cual el centro sanitario comunica al paciente, lugar, fecha y hora de una consulta/prueba)

SERGAS INFORMA: Vostede (DNI44567123F)
ten una cita de vacinación da gripe para o
martes 25/02/2025.....



- **2.-Justificante de asistencia.**

Servicio Galego de Saúde
C.S. Concepción Arenal
Servizo/Servicio: Medicina Interna.



El Paciente: **Paciente Alberto García** ha permanecido en la consulta de medicina interna, el día 25/02/2025 desde las 10.00 horas hasta las 11.00 horas

Vigo.25-de Febrero 2025

3.-Tarjeta sanitaria



- 4.-Receta médica.

ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN/COMPONENTE	CONTENIDOS	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESCRIPCIÓN Enfoque o medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración, días por utilizar (en horas) <i>Paracetamol 500 mg 400 mg</i>	Dosis en gramos Pasajes minutos días N° de envases Fecha próxima dispensación	Paciente Datos generales, edad, sexo, nombre y número de identificación
CUPON RECIBIDO CANCELADO	Información al farmacéutico y, en su caso Motivos de la sustitución - Signos - Diagnóstico - Placeo de referencia Firma del farmacéutico	Prescriptor (datos de identificación) y Fecha de prescripción ____/____/____
CUPON RECIBIDO CANCELADO	Fecha de la sustitución - Signos - Diagnóstico - Placeo de referencia Firma del farmacéutico	Fecha de prescripción ____/____/____ Firma del prescriptor ____/____/____
La información de este módulo es válida si los datos relativos al fármaco prescrito corresponden a los de la ficha técnica de la medicina humana y si el medicamento prescrito es el que aparece en el listado de medicamentos autorizados para su comercialización en el país.	COPIADO DE RECETA	Se considerará el art. 16 de la Ley Orgánica de Salud, en el caso de que los datos aquí consignados se difieran de los que aparezcan en la prescripción farmacológica, según corresponda. - Fecha que aparece en la receta: medicamento, cantidad y unidades (mg, g, etc.)

- **5.-Impreso de quejas, reclamaciones y sugerencias,** Estos documentos se dirigen normalmente **al servicio de atención al paciente** y deben de ir **por escrito**.

- **6.-Impreso** de enfermedades de declaración obligatoria.

- Estos documentos sirven para el control de enfermedades transmisibles.

[illegible]

Table 3

Lista de enfermedades de declaración obligatoria*

1. Botulismo	23. Gripa / Gripe humana por un nuevo subtipo de virus	41. Peste
2. Brucelosis	24. Hepatitis A	42. Poliomielitis / par: en menores de 15 años
3. Campilobacteriosis	25. Hepatitis B	43. Rabia
4. Carbunco	26. Hepatitis C	44. Rubéola
5. Cólera	27. Herpes zóster	45. Rubéola congénita
6. Criptosporidiosis	28. Histiocitosis	46. Salmonelosis
7. Dengue	29. Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> (incluye el <i>Chlamydia venéreo</i>)	47. Sarampión
8. Difteria	30. Infección por cepas de <i>Escherichia coli</i> productoras de toxina de Shiga o Vero	48. SARS (en español SRAS, síndrome respiratorio agudo grave)
9. Encefalitis por garrapata	31. Infección gonocócica	49. Shigelosis
10. Encefalitis meningoencefálica transmitibles humanas (incluye vEEG)	32. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/ SIDA)	50. Sifilis
11. Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	33. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/ SIDA)	51. Sifilis congénita
12. Enfermedad neurológica	34. Leishmaniasis	52. Sífilis / Tétanos neonatal
13. Enfermedad neurológica invasora	35. Lepra	53. Toxifera
14. Enfermedad por virus chikungunya	36. Leptospirosis	54. Toxoplasmosis congénita
15. Fiebre amarilla	37. Linfogranuloma venéreo	55. Triquinosis
16. Fiebre del Nilo	38. Litoreisis	56. Tuberculosis
17. Fiebre exantemática mediterránea	39. Malaria	57. Tularemia
18. Fiebre Q	40. Paratuberculosis	58. Varicela
19. Fiebre recurrente por garrapatas	41. Paratuberculosis	59. Viruela
20. Fiebre tifoidal / Fiebre paratífoidal	42. Peritonitis	60. Yersiniosis
21. Fiebre tifoidea	43. Peritonitis	61. COVID-19 (año 2020)
22. Fiebre hemorrágica virus (Ebola, Marburg y Sars entre otras)	44. Peritonitis	
23. Giardiasis	45. Peritonitis	



Documento mediante el cual el **médico de la SS acredita que un trabajador no puede acudir a trabajar durante un tiempo** por un problema de salud, (enfermedad común. Enfermedad profesional, etc.)

[illegible]

- Este documento acredita el fallecimiento de una persona.
- Es necesario para inscribir la defunción en el Registro Civil.
- Lo expide el médico especialista, o médico de atención primaria o forense.
- La expedición es gratuita.

[illegible]

- Documento que facilita el acceso de forma ordenada a los servicios sanitarios, con independencia de que sean públicos o privados.
- Las **entidades de seguros privados** disponen de sus **propias tarjetas sanitarias**.
- El acceso de los ciudadanos a las prestaciones de atención sanitaria del SNS se hará a través de la tarjeta sanitaria individual.
- Es emitida y gestionada por cada CC. AA. y válida en todo el territorio nacional.

a) Hasta septiembre de 2014.
b) A partir de septiembre de 2014

UD 4 DOCUMENTACIÓN SANITARIA Y NO SANITARIA

MODELOS DE TARJETAS SANITARIAS GALLEGAS EN VIGOR

•Modelo de tarjeta sanitaria emitida **hasta septiembre de 2014**

5.-CIP: código de identificación personal en el Sistema de Información de Tarjeta Sanitaria.

6.-Tipo de farmacia (activo/pensionista): **desde enero de 2013 no se imprime el tipo de farmacia** en la tarjeta sanitaria gallega..



7.-Número de afiliación a la Seguridad Social de asistencia sanitaria : número de afiliación, emitido por la Seguridad Social, a través del que se recibe la asistencia sanitaria. En el caso de beneficiarios este número coincide que el del titular del derecho.

REVERSO



ANVERSO

DNI/NIE: número del documento nacional de identidad o de identificación de extranjero. **ES un dato opcional.**

Código SNS: código de identificación personal único para todo el Sistema Nacional de Salud.

DNI/NIE ←

Código SNS ←



→ Código de barras

→ CIP

→ Número Seguridade Social propio

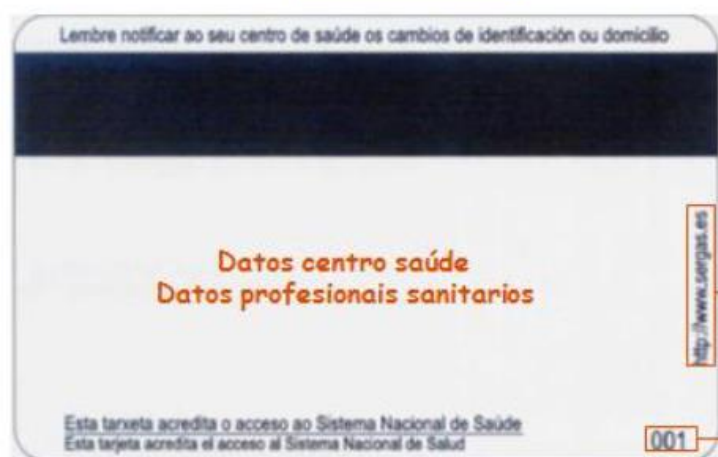
→ Nome e apelidos

→ CITE

TSI Braille

Leyenda 'TSI' en Braille: en casos específicos, se grabarán en Braille los caracteres de las iniciales de Tarjeta Sanitaria Individual.

REVERSO



→ Páxina web Sergas

www.sergas.es

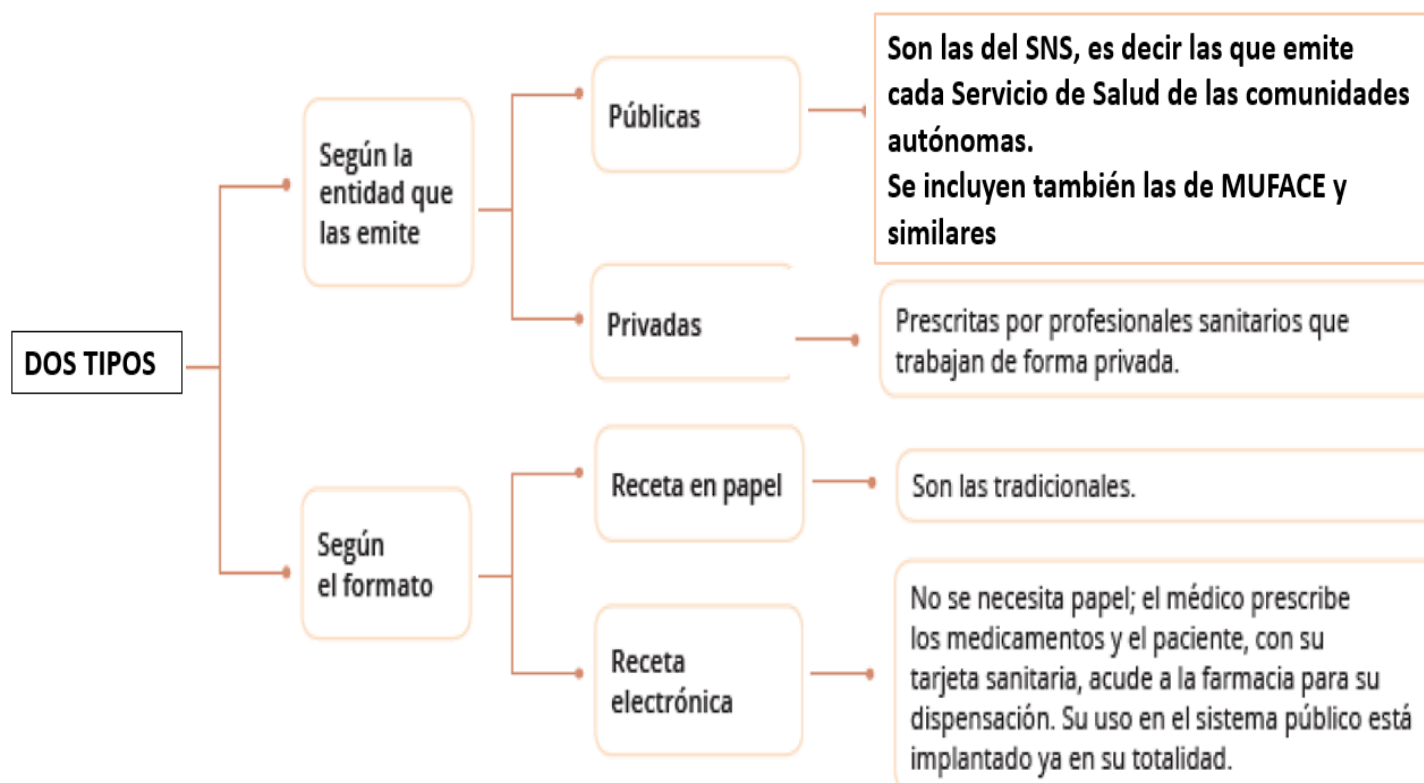
→ Núm. emisión

Receta médica*

- **Real decreto 1718/2010** define la receta médica como:
- “Documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio, mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica, para su dispensación por un farmacéutico o bajo su supervisión.”

Clasificación de la receta médica

- a) Según la entidad que la emite
- b) según el formato



C. DOCUMENTOS INTERHOSPITALARIOS:

Sirven para la **relación entre dos centros sanitarios**.

Entre estos documentos **podemos citar**

1. Documentos de **derivación o solicitud para consulta especializada**.

Se genera cuando un médico especialista de un hospital solicita que el paciente sea visto por un especialista de otro hospital. También se incluye la petición de un médico de atención primaria sea derivado a atención hospitalaria/especializada.

2. **Solicitud de transporte sanitario**.

Esta solicitud se genera a partir de dos tipos de transporte:

- a) **Transporte interhospitalario** (de un centro hospitalario a otro)
- b) **Transporte intrahospitalario** (de un edificio del hospital a otro edificio del mismo hospital, ocurre por ejemplo en los complejos hospitalarios).

2. DOCUMENTACIÓN SANITARIA CLÍNICA

La documentación sanitaria clínica Hace referencia a la documentación que se genera en la atención sanitaria del paciente y en la gestión relacionada con esa atención.

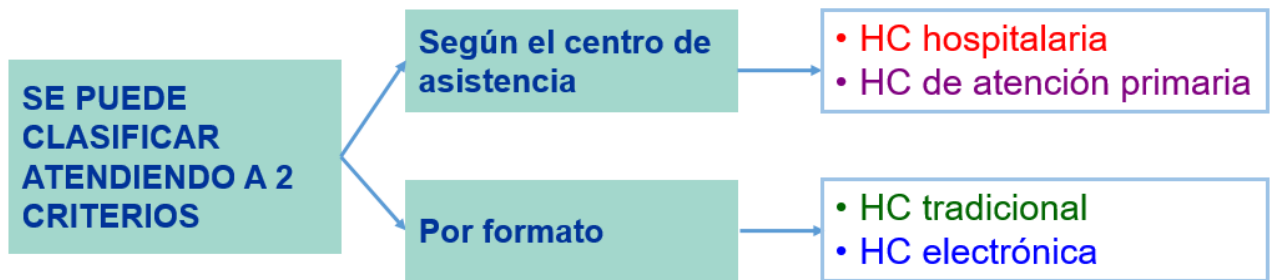
Dentro de la documentación clínica destacamos la “**Historia Clínica**”

A. HISTORIA CLÍNICA:

- **DEFINICIÓN:**

La **historia clínica** es el **conjunto de documentos** que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole, sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

- **TIPOS DE HISTORIA CLÍNICA:**



- **FUNCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA:**

1. **Asistencial:** (contiene los datos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente, sirve para transmitir información entre los diferentes profesionales sanitarios.)
2. **Docente:** Facilita la formación de los profesionales sanitarios.
3. **Investigación.**
4. **Gestión sanitaria:** Evalúa la calidad de la atención y sirve para planificar recursos.
5. **Jurídico-legal:** Muestra cómo se desarrolló la atención sanitaria y si esta ha sido adecuada.

- **REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA:**

1. **Única, integrada y acumulativa:**

La información que se genera en un centro sanitario en la atención a un paciente, se acumula e integra en un único expediente. Es única porque solo puede existir **un nº** de historia clínica por paciente, integrada por que **incluye todos los documentos** pertenecientes al paciente y es acumulativa porque **cada vez** que el paciente genera un **proceso asistencial** este **se suma** a su historia clínica actualizándola.

Ejemplo **ÚNICA** pegatinas identificativas del paciente

NHC : 1111111111
GARCÍA SANCHEZ
ALBERTO
Nac: 05/02/2000. Home
CIP:000205GSIO10
NASI: 1212121212-CHUVI



Ejemplo de **INTEGRADA y ACUMULATIVA**

Rx 03-12-2020



Anamnesis, Motivo
contracciones involuntarias
05-12-2021

HISTORIA CLÍNICA

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre: Rocío Yessenia Quipe Tancara
Edad: 27 años
Fecha de Nacimiento: 14 de Diciembre del 2019
Residencia: Ciudad de La Paz, Zona Los pinos / Calle 25
Teléfono: 62451544 (Ex esposa Juan Chambl)
Sexo: Femenino
Lugar de Nacimiento: Provincia Murillo, La Paz
Estado Civil: Divorciada
Escala: Concluyó el Bachillerato
Ocupación: Cuidadora de ancianos
Religión: Cristiana
HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSITARIO.
Servicio: Neurología.
Sala: Mujeres.
Cama: N°3
Fuente de Información: Paciente y Familiar.
Fecha de Información: 15 de Mayo del 2019.
Fecha de Historia Clínica: 21 de Mayo del 2019.
Confidencial: Aceptable.
II. MOTIVO DE INTERVENCIÓN:
• Movimientos involuntarios tónico-clónicos.
• Pérdida de conciencia.

2. **Identificada:**

Cada HC tiene un **identificador** que se genera cuando se abre la **historia clínica**, este identificador aparece en todos los documentos que componen la HC, con esto se evitan duplicidades y confusiones. Suele ser un **nº secuencial** que genera el sistema informático del centro sanitario. A veces este nº coincide con el nº de la tarjeta sanitaria, o el DNI o fecha de nacimiento e iniciales del nombre y apellidos.

Ejemplo **IDENTIFICADA** pegatinas identificativas del paciente

NHC : 1111111111
GARCÍA SANCHEZ
ALBERTO
Nac: 05/02/2000. Home
CIP:000205GSIO10
NASI: 1212121212-CHUVI



3. **Normalizada**, (tiene un contenido mínimo obligatorio y un formato)

Ejemplo de un formulario de historia clínica en la presentación de clase.

4. **Ordenada y secuencial** (los documentos que forman la HC se ordenan según orden establecido, y también se ordenan los episodios asistenciales de manera cronológica).

Ejemplo de un formulario de historia clínica en la presentación de clase.

5. **Conservable y recuperable**

6. **Identificación del personal sanitario** (quedan identificados todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial).

- **LA HC ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y CONFIDENCIAL.**

La confidencialidad es un derecho del paciente y una obligatoriedad del profesional sanitario.

B. LA HC HOSPITALARIA

La historia clínica hospitalaria (HCH) es la más compleja, pues debe recoger la gran cantidad de información que se genera en la atención especializada que recibe el paciente, en ella participan diferentes profesionales sanitarios y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se usan son múltiples y más complejos que los empleados en atención primaria.

C. CONTENIDO MÍNIMO DE UNA HC HOSPITALARIA (DOCUMENTOS MÍNIMOS)

Contenido mínimo de la HCH (Ley 41/2002)

1 Documentación relativa a la hoja clínico-estadística.	9 Consentimiento informado*.
2 Autorización de ingreso*.	10 Informe de anestesia*.
3 Informe de urgencia*.	11 Informe de quirófano o de registro de parto*.
4 Anamnesis y exploración física.	12 Informe de anatomía patológica*.
5 Evolución.	13 Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
6 Órdenes médicas.	14 Aplicación terapéutica de enfermería.
7 Hoja de interconsulta.	15 Gráfico de constantes*.
8 Informes de exploraciones complementarias.	16 Informe clínico de alta*.

*Si hay hospitalización o cuando así se disponga.

La HC hospitalaria puede variar un poco de centro hospitalario a otro en el diseño, en el orden que sigue la HC.

FORMATO DE LA HC HOSPITALARIA:

1.-IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO O UNIDAD	 Hospital Universitario Ramón y Cajal Comunidad de Madrid UCI	3.-IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
2.-NOMBRE/ CÓDIGO DEL DOCUMENTO	VALORACIÓN ENFERMERA AL INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS	
4.-IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
5.-CONTENIDO ESPECÍFICO	PROCEDENCIA DIAGN. INTERVENCIÓN: ENFERMERA/O FECHA: HORA:	
3.-FECHA Y HORA DEL REGISTRO	RESPIRACIÓN / CIRCULACIÓN RESPIRACIÓN: ESPONTÁNEA ☐ TIPO: UMK ☐ GAFAS ☐ O ₂ T ☐ FIO ₂ lx MECÁNICA ☐ TIPO: TNT ☐ TOT ☐ CÁNULA ☐ Nº: SaO ₂ SECRECIONES: CANTIDAD: TIPO: TA: FC: TP: ARRITMIAS: MARCAPASOS ☐ FLUO ☐ DEMANDA ☐ PULSOS PERIFÉRICOS: CONSERVADOS ☐ CATÉTERES: CENTRALES ☐ LOCALIZACIÓN: Nº: PERIFÉRICOS ☐ LOCALIZACIÓN: Nº: ARTERIALES ☐ LOCALIZACIÓN: Nº: COLOR PIEL: CIANOSIS ☐ PALIDEZ ☐ NORMAL ☐ ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN NUTRICIÓN: PARENTERAL ☐ ENTERAL ☐ ORAL ☐ DIETA:	

D. DOCUMENTOS DE LA HC HOSPITALARIA

Los documentos que la componen se clasifican en 2 grupos.

❖ **Documentos médicos** (Los más habituales y los que son específicos del tratamiento del paciente, otros importantes)

Relacionados con la atención médica y son cumplimentados por los facultativos que atienden al paciente.

❖ **Documentos de enfermería.**

❖ **Documentos médicos**

Documentos médicos más habituales:

1. HOJA CLÍNICO-ESTADÍSTICA (resumen de los datos **administrativos y clínicos**, contiene la información del conjunto mínimo básico de datos, **CMBD, al alta hospitalaria**)
2. SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE INGRESO (Documento **necesario** para el **ingreso hospitalario** de un paciente, lo solicita un médico, que autoriza medidas terapéuticas y diagnósticas que no precisan consentimiento informado del paciente).
3. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA
4. EVOLUCIÓN (Contiene la evolución del paciente y en se reflejan entre otras cosas: Cambios en su situación, modificaciones en el tratamiento y por qué etc.)
5. ÓRDENES MÉDICAS (Prescripción médica, con dosis, dietas, frecuencia, fecha, etc.)

6. INFORMES DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

Otros documentos médicos que son específicos del tratamiento del paciente

1. HOJA DE INTERCONSULTA (Es un documento en el que se pide una consulta a otro servicio diferente del que está ingresado.)
2. INFORME DE ANESTESIA
3. INFORME QUIRÚRGICO (Es un documento en que se relata el protocolo que se siguió en la operación del paciente, con sus incidencias y nombre de los profesionales que intervinieron.)
4. INFORME DE URGENCIAS (Se emplea en casos en que el paciente ha sido atendido en urgencias.)

Otros documentos médicos importantes

1. EL INFORME MÉDICO DE ALTA (Es emitido por el médico responsable al finalizar cada episodio asistencial de un paciente. Resume la atención sanitaria recibida)
2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.)

Verbal o escrito

- **En mayoría de los casos puede ser verbal**, pero en procedimientos quirúrgicos procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en tratamientos que supongan riesgo o inconvenientes notorios para la salud del paciente debe ser por escrito. No es así en caso de urgencia vital.
- El médico debe informar de los riesgos de forma clara, comprensible y concreta.
- Será firmado por el paciente o su representante legal.
- Si el paciente lo desea puede cambiar de opinión y revocar este consentimiento.

El paciente puede negarse a firmar el consentimiento informado (por escrito).

- El paciente puede negarse a dar el consentimiento (por escrito) siempre y cuando haya recibido toda la información debiéndose respetar su decisión.

- Si el paciente no autoriza una intervención debe informársele de procedimientos alternativos y serle ofertados, aunque sean de carácter paliativo. Si no existieran o los rechazase se le propondrá que firme el alta voluntaria.

Los representantes legales niegan el consentimiento

- Cuando los representantes legales niegan el consentimiento **debe constar en la HC los motivos** por si fuera necesario solicitar autorización judicial.
- **Si urgencia vital**, los **profesionales sanitarios** serán los que **actuarán en defensa del menor o incapaz.**
- **En caso de no necesitar actuación inmediata pero el problema ponga en peligro la su vida**, se notificará a la fiscalía.

3. EL ALTA VOLUNTARIA

Documento mediante el cual el **paciente asume la responsabilidad** de los problemas que pudieran surgir al abandonar voluntariamente el hospital.

Características de la alta voluntaria:

- Debe estar **firmado por el paciente o su representante**, con el **“enterado”** del médico.
- **Será propuesto cuando no existan procedimientos alternativos o si rechazara todos ellos.** En este caso **si se le propone el alta voluntaria, el paciente puede negarse a firmarlo** siendo la dirección del centro, a propuesta del médico responsable, la que disponga el **alta forzosa** en las condiciones reguladas por la Ley.
- **Además, si el paciente no acepta el alta**, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente, y **si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez** para que confirme o revoque la decisión

❖ Documentos de enfermería:

- Valoración de enfermería (datos sobre necesidades/patrones funcionales de salud.)
- Planificación de los cuidados de enfermería y evolución
- Aplicación terapéutica de enfermería (Registro de administración de medicamentos, o tratamiento (dosis, fecha y hora), incidencia. Identidad del enfermero que lo realiza.)
- Gráfica de enfermería.
- Informe de alta.

E. LA HC DE ATENCIÓN PRIMARIA

- a) Está orientada por problemas de salud
- b) Debe reflejar la atención continuada, (la hospitalaria refleja los episodios de hospitalización)
- c) Muy importantes son las actividades de prevención y promoción de la salud.

F. LA HC ELECTRÓNICA

El uso de medios informáticos es cada vez más común en nuestro país.

Los programas informáticos integran la HC, tareas de gestión y organización del trabajo de los profesionales en los centros de salud.

La informatización no se está llevando a cabo de forma homogénea en nuestro país, ya que cada comunidad autónoma tiene su propio programa.

El requisito mas importante es la seguridad:

La seguridad contiene tres aspectos:

1. DISPONIBILIDAD (Tiene que estar disponible siempre para aquella persona que precise consultarla y esté autorizada.)
2. INTEGRIDAD, (los datos deben ser veraces y deben estar protegidos de accidentes, ataques externos etc.<9
3. CONFIDENCIALIDAD (solo tendrán acceso las personas autorizadas), siempre se sabe quién accede con fecha y hora de acceso.

Características de la hc electrónica:

1. Accesibilidad y disponibilidad

- Es inmediata, permite consultarla en cualquier momento y lugar por los profesionales autorizados.
- Pueden acceder a ella múltiples usuarios facilitando la comunicación entre los profesionales.

2. Integridad y continuidad asistencial

Permite combinar datos de diferentes ámbitos (centro de atención primaria, atención hospitalaria) y de diferentes centros sanitarios.

3. Temporalidad y secuencialidad

Se registra con fecha y hora y posee una ordenación automática.

4. Durabilidad: No se altera con el tiempo

5. **Seguridad en la información** (Se evita que se pierda información)
6. **Inviolabilidad** (No puede ser adulterado, se registra con firma digital, fecha y hora)
7. **Legibilidad:** (Menor nº de errores en los datos, que son más claros, al leerlos).

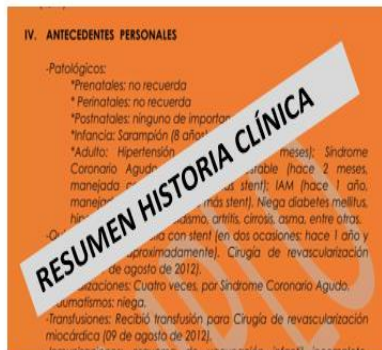
G. LA HC DIGITAL

¿Qué es?

Es una HC que extrae datos de la HC electrónica, permite acceder a datos relevantes de la HC del paciente a los ciudadanos autorizados y a los profesionales sanitarios autorizados de diferentes comunidades autónomas.

Documentos que la componen

1. HISTORÍA CLÍNICA RESUMIDA (es importante tanto para el paciente como para el profesional sanitario que lo atiende por primera vez, recoge problemas actuales, tratamientos. etc)
2. INFORME DE ATENCIÓN PRIMARIA.
3. INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS
4. INFORME CLÍNICO DE ALTA
5. INFORME CLÍNICO DE CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES
6. INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
7. INFORME DE RESULTADOS (Pruebas de laboratorio, pruebas de imagen etc)



1. ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

En la HC electrónica el archivo de las historias clínicas es mucho más sencillo que el archivo de las HC en papel, ya que el sistema informático lo hace de forma automática.

En los hospitales el archivo de las HC es responsabilidad de una unidad dependiente del servicio de administración y documentación clínica.

Normalmente existe un único archivo centralizado.

En los centros de salud y en consultas privadas también hay un archivo donde se guardan HC y de donde se pueden extraer.