

SOLUCIÓN CUESTIONARIO 3 DE LA UD 4 “DOCUMENTACIÓN SANITARIA Y NO SANITARIA”

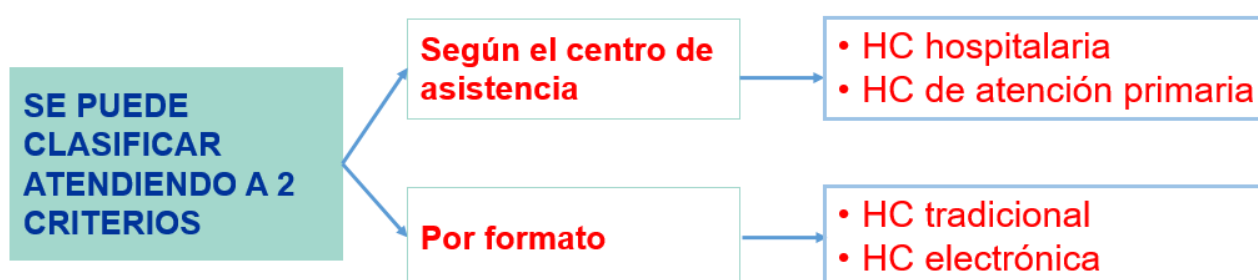
1. Define historia clínica.

La historia clínica es el conjunto de documentos que contiene información sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

2. Nombra las funciones de la historia clínica.

1. *Asistencial:*
2. *Docente:*
3. *Investigación.*
4. *Gestión sanitaria.*
5. *Jurídico-legal.*

3. Completa el siguiente cuadro con los tipos de HC.



4. Indica la opción incorrecta de la historia clínica

- a) Los documentos que la componen la HC hospitalaria se clasifican en 2 grupos: Documentos de enfermería y médicos y documentos de exploraciones complementarias.
- b) Los dos criterios por los que clasificamos la historia clínica en esta unidad son: Según el centro asistencial y según el formato.
- c) Una de las características de la Historia Clínica es que es “identificada”.
- d) Entre los documentos habituales de la HC se encuentra la hoja clínico estadística.

Respuesta a. es incorrecta ya que Los documentos que componen la historia clínica hospitalaria se clasifican en 2 grupos: Documentos de médicos y Documentos de enfermería.

5. ¿Quién cumplimenta los documentos médicos de la HC?

El facultativo

6. De entre las características que se nombran a continuación, faltan alguna/s.

Nómbra/s: “Identificada, Normalizada, Conservable y recuperable”

- a. Única, integrada y acumulativa
- b. Ordenada y secuencial
- c. Identificación del personal sanitario

7. ¿Qué significa que la HC sea acumulativa?

- a) Que la HC incluye todos los documentos pertenecientes al paciente.
- b) Que solo puede existir un nº de historia clínica por paciente.
- c) Que la HC permite ordenar los procesos asistenciales del paciente por orden cronológico.
- d) Que tiene un contenido mínimo obligatorio.
- e) Todas son correctas
- f) **Ninguna es correcta.**

Ninguna respuesta es correcta. porque que la HC es acumulativa significa que cada vez que el paciente genera un proceso asistencial este se suma a su historia clínica actualizándola.

8. ¿Qué significa que la HC sea identificada? Indica la opción correcta.

- a) Cada HC tiene un identificador.
- b) Este identificador aparece en todos los documentos que componen la HC,
- c) Este identificador suele ser un nº secuencial que genera el sistema informático del centro sanitario.
- d) Este identificador a veces coincide con el nº de la tarjeta sanitaria, o el DNI o fecha de nacimiento e iniciales del nombre y apellidos.
- e) **Todas son correctas.**

9. ¿Con qué puede coincidir el nº identificador de la HC? indica la opción incorrecta

- a) DNI
- b) Nº de la tarjeta sanitaria,
- c) Fecha de nacimiento e iniciales del nombre y apellidos.
- d) **Nº de nacimiento en registro civil.**

10. ¿Qué significa que la HC sea integrada?

- a) **Que la HC incluye todos los documentos pertenecientes al paciente.**
- b) Que solo puede existir un nº de historia clínica por paciente.
- c) Que la HC permite ordenar los procesos asistenciales del paciente por orden cronológico.
- d) Que tiene un contenido mínimo obligatorio.
- e) Todas son correctas
- f) Ninguna es correcta.

11. Indica la opción incorrecta sobre la HC

- a) La HC es ordenada (se ordenan los documentos y hay un orden en los episodios)
- b) La HC tiene un contenido mínimo.
- c) La HC permite identificar a los profesionales que intervienen en ella
- d) La HC no es recuperable
- e) La HC es conservable.

12. ¿Por qué se dice que la historia clínica es única?

Porque solo puede existir una historia clínica por paciente

13. ¿Qué historia clínica es más compleja, la historia clínica hospitalaria o la historia clínica de atención primaria?... historia clínica hospitalaria

14. Nombra tres documentos médicos habituales de la HC hospitalaria: (consultar en el tema 4)

- a) Hoja clínico-estadística
- b) Solicitud y autorización de ingreso
- c) Anamnesis y exploración física
- d) Evolución
- e) Órdenes médicas
- f) Informes de exploraciones complementarias.

15. Indica la opción correcta sobre la HCH (historia clínica hospitalaria), (consultar en el tema 4)

- a) la ley 41/2002 establece el contenido mínimo de la HC.
- b) Entre el contenido mínimo que debe tener una HC se encuentran “Hoja clínico estadística”, “Anamnesis y Exploración física”.
- c) Entre el contenido mínimo que debe tener una HC se encuentran: la “Hoja de evolución”, “Hoja de órdenes médicas” y “Hoja de interconsultas”.
- d) Entre el contenido mínimo que debe tener una HC se encuentran el informe de exploraciones complementarias.
- e) Todas son correctas.

16. Entre el contenido mínimo de la HCH (historia clínica hospitalaria) hay tres documentos que debe cumplimentar enfermería/TCAE. Nómbralos.

Gráfica de constantes.

La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

La aplicación terapéutica de enfermería.

17. La solicitud y autorización de ingreso de un paciente en el hospital, ¿quién lo solicita o autoriza?..... **Un médico**

18. ¿Qué es una hoja de interconsulta? (*consulta en el tema 4*)

Es un documento en el que se pide una consulta a otro servicio diferente del que está ingresado.

19. Relaciona estos documentos de la HC hospitalaria, con el tipo de documento (médico habitual, enfermería,). Pon una X donde corresponda

	Documento médico habitual	Documento de enfermería
a) Solicitud y autorización de ingreso	X	
b) La aplicación terapéutica de enfermería		X
c) Gráfica de constantes		X
d) Anamnesis y exploración física	X	
e) Hoja clínico-estadística	X	
f) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.		X
g) Informes de exploraciones complementarias.	X	

20. “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”. ¿que es? (*consúltalo en el tema 4*)

Un informe quirúrgico, está comprendido en los documentos médicos de la HC hospitalaria específicos del tratamiento del paciente

21. ¿Cuál de estos no es un documento de enfermería? (*consúltalo en el tema 4*)

- a) Valoración de enfermería.
- b) Gráfica de enfermería.
- c) Hoja de exploración complementaria de enfermería.
- d) Informe de alta de enfermería.
- e) C y d no son documentos de enfermería.

22. ¿Cuál de estos no es un documento de enfermería? (consúltalo en el tema 4)

- a) Hoja o informe de evolución de enfermería.
- b) Hoja de aplicación terapéutica de enfermería.
- c) Hoja clínico estadística de enfermería
- d) Hoja de interconsulta de enfermería
- e) C y d no son documentos de enfermería.

23. Los datos sobre necesidades y patrones de salud, ¿en qué documento de enfermería se encuentran registrados? **Hoja de valoración de enfermería.**

24. En la hoja de aplicación terapéutica de enfermería, ¿qué se registra?

La administración de medicación o su tratamiento:

- Nombre del medicamento y Vía de administración, (oral etc)
- Dosis
- Fecha
- Hora
- Incidencias

25. ¿Qué tipo de historia clínica está orientada por problemas?

Historia clínica de atención primaria

26. Que la historia clínica de atención primaria esté orientada por problemas. Indica la opción correcta

- a) **Identificación de Problemas** (no es un registro lineal de todos los eventos médicos o visitas) se *identifican y documentan problemas de salud específicos* que el paciente presenta.
- b) ***Enfoque en el Paciente****: Este enfoque *se centra en las necesidades y preocupaciones del paciente*, permitiendo que la atención se adapte mejor a su situación particular. Esto puede ayudar a **priorizar los problemas más relevantes y urgentes para el paciente.**
- c) Una historia clínica orientada por problemas **facilita la comunicación** entre los diferentes **miembros del equipo de atención médica**. **Todos los miembros del equipo que tengan acceso a la HC de atención primaria** pueden ver fácilmente qué problemas están siendo tratados y qué intervenciones se han implementado.
- d) ***Planificación del Tratamiento****: Cada problema identificado puede tener un plan de tratamiento o manejo específico asociado.
- e) Todas son correctas