
	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 1 de 19

# MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA

**ESE HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERÍA**

**2018**

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	Manual de Procesos y Procedimientos	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 2 de 19

## TABLA DE CONTENIDO

### **CAPITULO I MARCO LEGAL**

### **CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL.**

#### **1. DEFINICION.**

#### **2. OBJETIVOS.**

##### 2.1. GENERALES.

##### 2.2. ESPECIFICOS.

#### **3. PROPOSITOS DE LA HISTORIA CLINICA.**

#### **4. CARACTERISTICAS.**

#### **5. ALCANCE.**

#### **6. COMPONENTES.**

##### 6.1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

##### 6.2. REGISTROS ESPECÍFICOS.

##### 6.3. ANEXOS.

### **CAPITULO III. PROCEDIMIENTOS DE LA HISTORIA CLINICA.**

#### **1. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

#### **2. DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA**

#### **3. INGRESO DE DOCUMENTOS AL ARCHIVO.**

#### **4. ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA**

##### 4.1. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

##### 4.2. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

#### **5. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

##### 5.1. CONSULTA DE DOCUMENTOS.


##### 5.2. PRÉSTAMO DE HISTORIA CLÍNICA.

##### 5.3. ENTREGA DE DOCUMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

### **CAPITULO IV COMITÉ DE ARCHIVO.**

### **CAPITULO V. ORDENAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA**

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018


	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 3 de 19

## CAPITULO I

### MARCO LEGAL

- Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Artículos Nos. 33, 34, 35. Regula archivos de las historias clínicas.
- Ley 10 de 1990, art 8, corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.
- Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.
- Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoria, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.
- Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de la historia clínica.
- Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.
- Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicione y los generalmente aceptados en la practica de las disciplinas del área de la salud.
- Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación .
- Acuerdo 011 de 1996, por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”.
- Acuerdo No. 049 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo de “Conservación de Documentos” del Reglamento General de Archivos sobre “condiciones de edificios y locales destinados a archivos”.
- Acuerdo N° 050 de 2000, por el cual se desarrolla del artículo 64 del título VII “ Conservación de Documentos”, del Reglamento General de Archivos sobre “Prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo”.
- Acuerdo N° 056 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo 45, “Requisitos para la Consulta “del capítulo V, “ACCESO A LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO”, DEL REGLAMENTO GENERAL DE ARCHIVOS.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 4 de 19

- Acuerdo N° 042 de 2002, por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan los artículo 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000.
- Resolución 1715 de 2005, por el cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 art 13 y 15, en lo referente a los tiempos de retención y conservación de registros clínicos.
- Resolución 0058 del 15 de enero de 2007, por la cual se deroga la resolución 1715 de 2005.

## CAPITULO II

### MARCO CONCEPTUAL

#### 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 clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

La ESE establece que cada uno de los registros específicos que conforman la HC deben estar diseñados en hoja tamaño carta, para mayor manejo y orden de la misma.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 5 de 19

### 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).

## 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 Archivo, de calidad y de auditoría médica.


## 3. 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.

## 4. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 6 de 19

- **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:** Para los efectos de la presente resolución, 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.

## 5. ALCANCE.

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.


## 6. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

### 6.1 IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

Los contenidos mínimos para la identificación del usuario corresponden a los siguientes:

- Datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos.
- Tipo y N° documento de identidad.
- Fecha de nacimiento.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 7 de 19

- Edad.
- Sexo.
- Dirección.
- Teléfono del domicilio.
- Lugar de residencia.
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario.
- Aseguradora.
- Tipo de vinculación.

Ver formato Hoja de Admisión ESE Hospital San Jerónimo de Montería – Dinámica Gerencial.

## 6.2 REGISTROS ESPECÍFICOS.

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención.

## 6.3 ANEXOS.

Los documentos anexos a la historia clínica que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención.

## CAPITULO III.

### PROCEDIMIENTOS DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA


#### 1. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La atención por primera vez a un usuario debe cumplir con la realización del procedimiento de apertura de historia clínica, que incluye la captura de información de datos de identificación contemplados anteriormente.

La identificación de la historia clínica corresponde a:

- Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
- Número de la tarjeta de identidad para los menores de edad, mayores de siete años.
- Número del registro civil para los menores de siete años.
- Numero del NUIP dado por la registraduría civil para recién nacidos y menores de edad.
- Número de pasaporte o cédula de extranjería para población extranjera.
- Número de cédula de ciudadanía de la madre, o del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar, en el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 8 de 19

Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

## 2. DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Las normas de diligenciamiento de historia clínica trascienden a los registros clínicos y anexos a la historia.

Desde el área de Sistemas de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería, se crearan y asignaran los respectivos usuarios y los permisos necesarios a los diferentes módulos, con el fin de garantizar la oportunidad en la atención. En caso de retiro de personal médico y asistencial de la ESE HSJM, el área de Sistemas bloqueara automáticamente el acceso del respectivo usuario al software institucional a fin de garantizar la confidencialidad de la información.

El diligenciamiento de la historia, implica que a todo paciente al cual se le efectúe ingreso hospitalario, se le realice la respectiva NOTA DE INGRESO A PISO.

## 3. INGRESO DE DOCUMENTOS AL ARCHIVO.

El ingreso de toda historia, registro clínico o documento anexo a la misma se realizará a través de una transferencia.

El funcionario del archivo quien recibe, debe verificar contra relación y físico de entrega de historia clínica, N° historia, Nombre a quien pertenece la historia, N° Folios de la historia.


Se debe revisar la cantidad de folios que componen la historia clínica, la cual debió ser numerada en forma consecutiva, por el responsable del diligenciamiento de la misma (Art. 7, Resolución 1995 de 1999), lo cual significa, que todo aquel que realiza la primera anotación de cada hoja, debe identificarla en forma correcta y clara, con los datos de identificación del paciente y N° de historia clínica respectivo y así mismo, efectuar el registro del número de folio respectivo en la parte inferior derecha de la misma, por cada una de las páginas que contempla cada hoja.

Los tipos de Transferencia que se deben dar son los siguientes:

1. Transferencia de Piso a Facturador. En esta etapa la Jefe del Servicio y el Auditor Médico deben verificar que la HC tenga todos los soportes y firmas de las diferentes

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018



	Manual de Procesos y Procedimientos	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 9 de 19

atenciones realizadas al paciente y verificar el diagnóstico de egreso con el fin de evitar futuras glosas. Esta transferencia se hace a través de una lista de chequeo, de la cual se anexa una copia en la HC, para que el facturador quien debe tener un formato de transferencia de HC en medio magnético, diligencie el total de folios de la misma en él y poder seguir con la transferencia.

2. **Transferencia Facturación- Facturación Central: En esta etapa del proceso, cada facturador hace entrega de su paquete de HC a la oficina de archivo central, dejando constancia de recibido y entregado por ambas partes en el formato de Control de entrega de HC.**
3. **Transferencia Facturación- Archivo Central: La oficina de facturación central envía paquetes de HC, dejando constancia de recibido y entregado por ambas partes en el formato de Control de entrega de HC. Las HC deben llegar organizadas al área de archivo central de acuerdo a lo establecido en la resolución 1995 de 1999. Para el caso de HC de nacimiento o defunción estas deben verificarse en la página del Ministerio de protección social RUAFA (Ver Manual de Estadísticas Vitales). El tiempo máximo de entrega de la HC desde las oficinas de facturación al área de archivo es de 72 horas una vez se le haya dado el egreso al paciente.**

Cuando la HC es enviada para archivar, inicialmente se verifica si esta tiene carpeta antigua, en dicho caso se anexa el último ingreso a esta carpeta, teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 594 de 2000 y Acuerdo 042 de 2002, donde se establece que el máximo de folio en una carpeta debe ser 200 y que al abrir el documento debe ir de la fecha más antigua de producción a la fecha más reciente, todo esto teniendo en cuenta que hay pacientes que han hecho cambio de documento de TI o RC a cédula de ciudadanía, lo cual debe tenerlo en cuenta el Admisionista – facturador al momento del ingreso.

Para el caso que la HC no tenga carpeta antigua, se procede a marcarle la carpeta y a archivar.

En caso de historias provenientes de consulta, se debe verificar si es HC de primera vez o antigua y realizar el proceso antes mencionado.


**El formato de transferencias de historias clínicas facturación – archivo central llevara consignado el orden en que se debe archivar la HC.**

#### **4. ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA.**

La institución dispone de un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico de la siguiente forma:

**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 años siguientes a la última atención.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 10 de 19

**Archivo Central:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no han vuelto a usar los servicios de atención en salud del prestador, en los últimos 5 años y se conservará en el mismo hasta 20 años después de la última atención.

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

#### **4.1. 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 Hospital son:

- **Ubicación.**

- Está ubicado en terreno que ofrece estabilidad sin riesgos de inundación.
- 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 ignifugas, y tener el tiempo de secado necesario evitando el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.

#### **4.2. MEDIOS FISICOS Y TECNOLOGICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

La historia clínica es archivada en carpetas tamaño carta que contienen la siguiente rotulación.

**Sección:**

**Subseccion:**


**Serie:**

**No. De Historia Clínica:**

**No. De Folios:**

**Volumen: de**

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 11 de 19

La ESE Hospital San Jerónimo de Montería, se encuentra implementado la historia clínica sistematizada a través del software dinámica gerencial, para esto se establece el proceso de digitalización de la historia clínica para almacenamiento de la información en un backup especial para este tipo de registros electrónicos garantizando la custodia y manejo de la información.

#### **4.3. 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.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, mediante levantamiento de acta que relacione las Historias clínicas destruidas con la fecha de la última atención (Art. 15, Resolución 1995 de 1999).

La ESE Hospital San Jerónimo de Montería, a través de este manual establece que una vez la historia cumple veinte años en el archivo se procede a verificar si se encuentra en el almacenamiento de HC digitalizadas, en caso que no se evidencia su digitalización se procede a ejecutar este procedimiento y a su posterior destrucción.

Todo lo anterior deberá quedar registrado en acta que debe ser firmada por los integrantes del comité de archivo de historias clínicas y el coordinador de control interno. Dicho documento debe ser remitido a la Secretaria Departamental de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.

#### **5. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

La custodia de la historia clínica es responsabilidad del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo.


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

**El acceso a la historia clínica,** se realiza en los términos previstos en la Ley:

1. El usuario.
2. El Equipo de Salud. (Acorde a su profesión y los módulos del software institucional).
3. Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
4. Las demás personas determinadas en la ley.

##### **5.1. Consulta de documentos.**

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 12 de 19

La consulta de documentos en los archivos de gestión, por parte de otras dependencias o de los ciudadanos, se realiza permitiendo el acceso a los documentos cualquiera que sea su soporte.

El acceso a la consulta de documentos se efectúa previa verificación del documento de identidad y el establecimiento de los fines de consulta.

Si el interesado desea que se le expidan copias o fotocopias, éstas deberán ser autorizadas por el jefe de la oficina o el funcionario en quien se haya delegado esa facultad y sólo se permitirá cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la Constitución o a las Leyes.

## 5.2. Préstamo de documentos para trámites internos.

En el evento que se requiera trasladar una historia clínica a otra dependencia en calidad de préstamo, el área solicitante diligenciará el **Formato de Solicitud de historias clínicas**, radicando en el área de recepción del archivo y registrando firma de recibido, fecha y hora.

Los eventos considerados en éste ítem, corresponden a:

- Contestación de demandas, tutelas, requeridos por la Gerencia, Subdirección Científica o área jurídica.
- Contestación de objeciones o glosas, requeridos por el área de auditoría de cuentas médicas.
- Proceso de atención en el servicio de consulta externa, urgencias y de hospitalización.


La solicitud se tramitará al interior del archivo, se efectúa el procedimiento de alistamiento de historias clínicas.

Se procederá a efectuar entrega de la solicitud, verificando identificación completa de la historia clínica, número total de folios, nombre y cargo de quien retira la historia, fecha de préstamo y **término perentorio para su devolución máximo 72 horas cuando son más de tres historias clínicas. En caso de solicitudes de una sola historia se debe entregar dentro de las próximas 24 horas siguientes a su préstamo. Para el caso de auditorías de cuentas se prestara en un lapso no superior a 5 días.**

**Vencido el plazo, el responsable del archivo clínico deberá hacer exigible su devolución inmediata. En caso de que este evento sea repetitivo se deberá informar a la oficina de calidad y control interno para la verificación del cumplimiento del procedimiento establecido.**

En caso de solicitud para atención de pacientes hospitalizados o de urgencias, el archivo efectuará el trámite de búsqueda y entregara copia de la historia clínica en forma inmediata.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 13 de 19

**Para historias clínicas solicitadas por consulta externa se entregaran en un plazo máximo de 12 horas previas a la consulta y estas deben ser devueltas al archivo en un plazo máximo de 6 horas posterior a la consulta. En los casos de pacientes que se les presta atención por consulta externa para cubrir cupos disponibles por cancelación de pacientes y estos no han sido planillados la Coordinadora de Consulta Externa debe solicitar la historia clínica al archivo central la cual será ubicada y entregada de manera inmediata.**

Para historias clínicas de paciente de cirugía electiva, el archivo central entregara las historias clínicas con tres (3) días máximo de anticipación al procedimiento quirúrgico.

TODO préstamo de la historia clínica debe quedar registrado en el Formato de Préstamo de HC.

En el caso de devolución de la historia clínica, se debe recibir en el área de recepción del archivo verificando una a una las historias clínicas, sus folios y proceder a hacer el descargue y su respectiva archivada.

### **5.3. Solicitud Copia de la Historia Clínica Cliente Externo**

En los casos en que el usuario requiere copias de documentos de la historia clínica, debe dirigirse al área de recepción del archivo y diligenciar el Formato de solicitud de historia clínica externo.


El funcionario encargado debe verificar si la persona que solicita la historia tiene acceso a ella, según Resolución 1995/1999, en caso contrario, informe y oriente trámite que debe seguir el usuario para poder acceder a copia de historia clínica.

**Solicite diligenciamiento en letra clara y legible e informe trámite de entrega de copia de historia clínica a las 48 horas post solicitud en horario de 8 am a 5 pm en el archivo clínico.**

El procedimiento de entrega de documentos debe efectuarse mediante verificación del documento de identidad de quien reclama la historia y la que figura en la solicitud o que corresponda efectivamente al paciente, la revisión de la copia del recibo verificando que el N° total de copias sea igual al N° Folios y entregar copia de la historia, registrando en libro de entrega de documentos N° Historia clínica, Nombre del paciente, Documento solicitado, Total de Folios y solicita firma en letra legible y clara con fecha y hora de recibido.

Para solicitud de entidades legales o judiciales establecidas en la norma, se debe requerir la carta de solicitud formal dirigida a la institución especificando el motivo del requerimiento y verificar la fecha de la misma. En caso de paciente hospitalizado, se debe tramitar a través

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 14 de 19

de la jefe de enfermería del servicio, previa verificación de la solicitud del ente judicial; luego de la autorización de la Subdirección científica de la ESE.

En el caso de autorización a terceros para reclamar copia de la historia clínica, se debe solicitar carta de autorización firmada por el paciente, copia del documento de identidad del mismo y de quien reclama la historia.

Para pacientes menores de edad se les entregará únicamente a los padres y/o responsables presentando los documentos que los acrediten.

En caso de que sea fallecido solamente se podrá solicitar por medio de la Superintendencia Nacional de Salud, juzgados, fiscalías y por asegurados adjuntando póliza en donde el paciente firma el derecho que tiene la aseguradora a ver la historia clínica.

## **CAPITULO IV**

### **COMITÉ DE ARCHIVO**

Defínase el Comité de Archivo como el grupo asesor de la Alta Dirección, responsable de definir políticas, los programas de trabajo y de la toma de decisiones en los procesos administrativos y técnicos de los archivos.


El Comité de Archivo de la ESE estará integrado por las personas que ocupen los siguientes cargos:

- Subdirector Administrativo, o su delegado quien lo presidirá
- Subdirector Científico, o su delegado
- Un abogado de la oficina Jurídica
- Profesional de la oficina de Planeación
- El profesional especializado asignado al área de Recursos Humanos
- Técnico asignado al archivo, quien actuara como secretario
- Profesional de Control Interno
- Profesional de Gestión de la Calidad

## **CAPITULO V**

### **ORDENAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS**


Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 15 de 19

## 1. ORDENAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.

- ✓ Hojas de control.
  - Hoja de signos vitales.
  - Hoja de control de líquidos.
  - Hoja de consumo de oxígeno.
  - Hoja de Irrigación.
  - Hoja de glucometría.
  - Hoja de medicación.
  - Hoja de control de cirugía.
  - Hoja de control neurológico.
- ✓ Exámenes Diagnósticos.
- ✓ Informe de Terapias Físicas y Respiratorias.
- ✓ Ordenes Médicas.
- ✓ Evoluciones.
- ✓ Formato de Interconsulta.
- ✓ Notas de Enfermería.
- ✓ Notas de enfermería clínica de heridas.
- ✓ Triage.
- ✓ Historia Clínica de Urgencias.
- ✓ Descripción Quirúrgica.
- ✓ Relación de gastos de materiales.
- ✓ Valoración Pre anestésica.
- ✓ Informe de Anestesia.
- ✓ Remisión.
- ✓ Anexos.
  - Consentimientos.
  - Declaración de retiro voluntario.
  - Documentación del paciente.
  - Valoración de recién nacido.
  - Autorizaciones (Anexo 3).
  - Autorización de procedimientos quirúrgicos.
  - Autorización para necropsia.
  - Tabla de Valoración de quemados.
  - Notas de recién nacido.
  - Listado de Seguridad Quirúrgica.
  - Atención del parto y post parto.
  - Registro de Huella Recién Nacido.
  - Historia Clínica Neonatal.
  - Solicitud de Turno para cirugía.
  - Cambio de posición del paciente.
  - Registro Individual de procedimientos.
  - Certificación Víctimas MAP/MUSE.
  - Formato de Auditoría.
  - Estudio Socioeconómico.
  - Formato de referencia y contrareferencia.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 16 de 19


- Formato de identificación de paciente con riesgo de caídas.
- Formato de conciliación de medicamentos.
- Formato de Alergias a Medicamentos.
- Certificado de Gastos.
- Certificado de Atención Medica.
- FUSOAT01
- Denuncia del accidente.
- Póliza SOAT.
- Formato de transferencia de HC.
- Notas de Cargo.

## 2. ORDENAMIENTO DE HISTORIA CLINICA FACTURACION.

- ✓ Hoja de Admisión.
- ✓ Epicrisis.
- ✓ Triage.
- ✓ Historia Clínica de Urgencias.
- ✓ Remisión.
- ✓ Descripción Quirúrgica.
- ✓ Exámenes Diagnósticos.
- ✓ Informe de Terapias Físicas y Respiratorias.
- ✓ Ordenes Médicas.
- ✓ Evoluciones.
- ✓ Formato de Interconsulta.
- ✓ Hojas de Control.
  - Hoja de signos vitales.
  - Hoja de control de líquidos.
  - Hoja de consumo de oxígeno.
  - Hoja de Irrigación.
  - Hoja de glucometría.
  - Hoja de medicación.
  - Hoja de control de cirugía.
  - Hoja de control neurológico.
- ✓ Notas de Enfermería.
- ✓ Anexos.
  - Consentimientos.
  - Declaración de retiro voluntario.
  - Documentación del paciente.
  - Autorizaciones (Anexo 3).
  - Autorización de procedimientos quirúrgicos.
  - Autorización para necropsia.
  - Tabla de Valoración de quemados.
  - Listado de Seguridad Quirúrgica.
  - Solicitud de Turno para cirugía.
  - Cambio de posición del paciente.
  - Registro Individual de procedimientos.
  - Certificación Víctimas MAP/MUSE.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018



	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 17 de 19


- Formato de Auditoria.
- Estudio Socioeconómico.
- Formato de referencia y contrareferencia.
- Formato de identificación de paciente con riesgo de caídas.
- Formato de conciliación de medicamentos.
- Formato de Alergias a Medicamentos.
- Certificado de Gastos.
- Certificado de Atención Medica.
- FUSOAT01
- Denuncia del accidente.
- Póliza SOAT.
- Formato de transferencia de HC.
- Notas de Cargo.

**Nota:** Este no es el orden estricto en el que deben ir ordenados los anexos, es solo una guía que formatos pueden ser anexos de la Historia Clínica.

### 3. ORDENAMIENTO DE HISTORIA CLINICA ARCHIVO CENTRAL.

- ✓ Hoja de Admisión.
- ✓ Epicrisis.
- ✓ Triage.
- ✓ Historia Clínica de Urgencias.
- ✓ Remisión.
- ✓ Descripción Quirúrgica.
- ✓ Exámenes Diagnósticos.
- ✓ Informe de Terapias Físicas y Respiratorias.
- ✓ Ordenes Médicas.
- ✓ Evoluciones.
- ✓ Formato de Interconsulta.
- ✓ Hojas de Control.
  - Hoja de signos vitales.
  - Hoja de control de líquidos.
  - Hoja de consumo de oxígeno.
  - Hoja de Irrigación.
  - Hoja de glucometria.
  - Hoja de medicación.
  - Hoja de control de cirugía.
  - Hoja de control neurológico.
- ✓ Notas de Enfermería.
- ✓ Anexos.
  - Consentimientos.
  - Declaración de retiro voluntario.
  - Documentación del paciente.
  - Autorizaciones (Anexo 3).
  - Autorización de procedimientos quirúrgicos.
  - Autorización para necropsia.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 18 de 19

- Tabla de Valoración de quemados.
- Listado de Seguridad Quirúrgica.
- Solicitud de Turno para cirugía.
- Cambio de posición del paciente.
- Registro Individual de procedimientos.
- Certificación Víctimas MAP/MUSE.
- Formato de Auditoría.
- Estudio Socioeconómico.
- Formato de referencia y contrareferencia.
- Formato de identificación de paciente con riesgo de caídas.
- Formato de conciliación de medicamentos.
- Formato de Alergias a Medicamentos.
- Certificado de Gastos.
- Certificado de Atención Médica.
- FUSOAT01
- Denuncia del accidente.
- Póliza SOAT.
- Formato de transferencia de HC.
- Notas de Cargo.

**Nota:** Este no es el orden estricto en el que deben ir ordenados los anexos, es solo una guía que formatos pueden ser anexos de la Historia Clínica.

Para el caso de historias clínicas maternas después de la hoja de remisión se deben colocar los siguientes documentos:


- Ingreso de maternas.
- Valoración de recién nacido.
- Notas de recién nacido.
- Atención del parto y post parto.
- Registro de Huella Recién Nacido.
- Historia Clínica Neonatal.

## CAPITULO VI

### FORMATOS UTILIZADOS EN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

1. Solicitud de copia de Historia Clínica para cliente interno y externo.
2. Formato Préstamo de Historias Clínicas Interno y Externo.
3. Formato de transferencia de Historias Clínicas Facturación – Archivo.
4. Formato de transferencia de Historias Clínicas Enfermería – Facturación.

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018

	<b>Manual de Procesos y Procedimientos</b>	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Código C.8.MA.001
	<b>MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA</b>		Página 19 de 19

### CUADRO DE REVISIONES

Versión	Elaboró	Revisó	Aprobó
1	Coordinación de Calidad	Subdirección Administrativa y Financiera/Subdirección Científico	Gerente
2	Coordinación de Calidad	Subdirección Científico	Gerente

### CONTROL DE COPIAS

Versión	Tipo de Copia	Área o Sección	Firma Elaboración	Fecha Revisión
1		Archivo y Correspondencia	2014	2015
2		Archivo y Correspondencia	Septiembre 2018	Septiembre 2020

Versión	Descripción del Cambio
1	Diseño del Manual
2	Actualización del Manual

Revisado: Subdirector Científico	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 14 de Sep de 2018