	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	1 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

**NORMA GENERAL DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO**  
**FICHAJE/RESERVA DE FICHA PARA ATENCION MÉDICA**


## INTRODUCCION

La presente Norma, tiene por objeto reglamentar el funcionamiento de la Unidad de Fichaje del Seguro Social Universitario desde la perspectiva de su funcionamiento en relación a los principales procesos que realiza:

- a) Apertura de Historias Clínicas para Usuarios del Seguro Social Universitario.
- b) Reparto de fichas y Programación de citas para los Usuarios a través de :
  - Atención por Ventanilla Fichaje Asegurados – Beneficiarios.
  - Atención por Ventanilla Fichaje Estudiantes.
  - Línea de Reserva Telefónica Asegurados/Beneficiarios.
  - Línea de Reserva Telefónica Estudiantes.
- c) Entrega y Recojo de Historias Clínicas.
- d) Recojo, Clasificación e Inclusión de Resultados/Exámenes de Laboratorio/Imagenología/Electrocardiograma/Endoscopia/Ecografía/Eco Cardigrama.
- e) Archivo de las Historias Clínicas (vigentes).
- f) Almacenamiento de las Historias Clínicas (fuera de uso).

La presente norma ha sido desarrollada tomando como base referencial los siguientes documentos:

- Ley, Normas, Reglamentos para el Ejercicio Profesional Médico (La Paz, Marzo 2006), emitida por el INASES.
- Gestión de Calidad y Auditoria Medica (Cochabamba, Septiembre 2003), elaborado por el Ministerio de Salud y Deportes, Secretaria Departamental de Salud, Colegio Médico de Bolivia, INASES, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS - México).
- Ética, Calidad Total y Auditoria Medica – ISO 9000-2000 (Santa Cruz, 2002).
- Estatuto Orgánico del Colegio Médico de Bolivia.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	2 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

## **1. FINALIDAD Y OBJETIVO GENERAL DE LA UNIDAD DE FICHAJE**

La Unidad de Fichaje del Seguro Social Universitario tiene como finalidad brindar un apoyo a todas las Unidades internas y externas a fin de que estas puedan contar con la Historia Clínica de manera oportuna para el registro de cualquier procedimiento Médico o la obtención de información de la misma.

El objetivo general de la Unidad es asegurar la satisfacción de la demanda de atención mediante una adecuada programación en la entrega de fichas, en forma directa, vía telefónica o mediante cita previa, así como el funcionamiento armónico de cada uno de los procesos que la Unidad realiza.

## **2. DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE FICHAJE**

La Unidad de Fichaje es la responsable de la programación, entrega de fichas de atención, entrega y recojo de las Historias Clínicas a las distintas Unidades, recojo, clasificación e inclusión de Resultados/Exámenes, Archivo y Almacenamiento de las Historias Clínicas.

## **3. ALCANCE DE LA NORMA GENERAL DE OPERACION**


El alcance de la presente Norma, involucra la cobertura de seis etapas básicas en el Proceso de Atención al Usuario y las Unidades Internas/Externas: a) Apertura de Historias Clínicas para Asegurados y Estudiantes, b) Reparto de Fichas y programación de citas para los Usuarios del Seguro Social Universitario, c) Entrega y Recojo de las Historias Clínicas, d) Recojo, Clasificación e inclusión de Resultados/Exámenes en las Historias Clínicas, e) Archivo de las Historias Clínicas (vigentes), g) Almacenamiento de sobres familiares dados de baja e Historias Clínicas con bajas de 19 años.

La Norma se orienta a los aspectos de operación y funcionamiento, acompañada del diseño e implementación de procedimientos administrativos como parte importante de la infraestructura organizacional y la gestión de calidad.

## **3.1 NORMATIVA Y DESCRIPCION DE LA HISTORIA CLINICA**

### **3.1.1. Historia Clínica**

La Historia Clínica es un documento técnico, científico, legal, administrativo y confidencial, en el que se registran los datos en orden cronológico, concernientes al proceso salud -enfermedad, los procedimientos diagnósticos y las terapias instituidas por parte del Médico, el odontólogo y del personal paramédico, desde el momento del primer encuentro entre el paciente y la institución y en todos los subsiguientes contactos con este, durante todo su ciclo vital hasta su salida.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	3 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

### 3.1.2. Funciones de la Historia Clínica

#### Función Informativa

- Registrar y monitorear la evolución del proceso salud-enfermedad y los procedimientos aplicados en la atención al paciente y contribuir para que esta sea continua.
- Servir como registro único de las actividades del equipo de salud responsable de la atención del Usuario.
- Proporcionar un medio de comunicación entre el Médico y otro personal de salud que contribuya a la atención del paciente así como la recuperación de información para la toma de una decisión médica.

#### Función Probatoria

- La Historia Clínica es el único documento que acredita o exterioriza la existencia de la relación institucional del Médico y del paciente, pudiendo constituirse en una prueba para establecer las responsabilidades determinadas por ley.

#### Función Estadística


- Es un elemento base del sistema de Información de la institución para la toma de decisiones gerenciales.

#### Función Evaluadora

- Servir como instrumento para la evaluación del desempeño de cada uno de los miembros del equipo de salud responsable de la atención del Usuario.
- Servir para determinar la calidad con que se está otorgando la atención médica.
- Servir como un documento de análisis con fines de evaluación a través de los Comités Médicos.

#### Función de Enseñanza e Investigación

- Servir para la realización de actividades de educación e investigación.
- Servir como instrumento de información para la investigación epidemiológica y científico metodológica proporcionando datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, de área, regional, nacional.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	4 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

### 3.1.3. Requisitos de la Historia Clínica

- a) **Veracidad.** La Historia Clínica debe caracterizarse por ser un documento que contenga una descripción veraz en lo referente al estado de salud del paciente y a los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- b) **Científico.** Los datos que contiene deben estar en el marco del método clínico y los procedimientos aceptados en la práctica médica.
- c) **Simultáneo.** La información que debe registrarse en la Historia Clínica deberá realizarse de forma simultánea al acto o procedimientos médicos efectuados.
- d) **Completo.** Debe contener datos suficientes sobre el estado de salud del paciente, debiendo reflejarse en ella todas las fases del método clínico incluyendo los procedimientos auxiliares de diagnóstico, tratamiento y los aspectos administrativos, refrendados con el nombre, firma y sello de quien lo elabora.

### 3.1.4. Características de la Historia Clínica

Toda Historia Clínica debe cumplir con las siguientes características:

Es única por persona para todo el proceso de atención médica.

Es acumulativa, porque toda la información de salud generada sobre el Usuario durante los procedimientos asistenciales, se incorporara en una sola carpeta.

Es integrada, por contener toda la documentación de los procesos de salud efectuados en diferentes servicios.


Es confidencial, porque la información que contiene no es pública y forma parte del secreto profesional.

Contiene información disponible para el personal de salud autorizado, en función al requerimiento o necesidad.

Debe ser completa, continua, legible, sin abreviaturas, sin enmiendas ni tachaduras, ordenada, foliada, conservarse en buen estado y realizada en los Formularios diseñados para la respectiva función.

- g) Los médicos tratantes del hospital son los únicos responsables de llenar los expedientes clínicos y deben consignar su firma y sello según lo establecido en las siguientes normativas:

- Art.23, Cáp. III Régimen Disciplinario, Reglamento Interno de Responsabilidad de la Función Pública.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	<b>DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS</b>	5 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Decreto Supremo No. 23318 Reglamento de Responsabilidad por la Función Pública de la Ley No.1178 SAFCO.
- Decreto Supremo No. 26237 Modificaciones al Reglamento de Responsabilidad por la Función Pública de la Ley No. 1178 SAFCO.

### 3.1.5. Organización y Presentación de la Historia Clínica

La Historia Clínica en Organización y Presentación debe considerar los siguientes Aspectos:

- Orden de los Formularios.
  - Pulcritud.
  - Legibilidad.
  - Encabezado de los Formularios debidamente llenados.
- Integración de los Exámenes de Laboratorio, Gabinete e Informes Paraclínicos en orden cronológico.
- Existencia y presentación de otros formatos.
  - Fecha y hora de elaboración de cada uno de los registros

La Historia Clínica en el Seguro Social Universitario según el tipo de Usuario está diferenciada por colores.

- Color Beige - Asegurados – Beneficiarios – Ampliación de Seguro (CAS).
- Color Celeste - Estudiantes.
- Color Verde - Asegurados del Interior.
- Color Rosado - Servicios a la Comunidad.

**La Historia Clínica esta compuesta por los siguientes documentos:**

#### **CONSULTA EXTERNA**

#### **EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO MÉDICO**


Es responsabilidad del Médico Tratante el Llenado de este Formulario.

Los datos que contiene este Formulario son:

**Fecha:** Día, Mes, Año.

#### **Datos del Usuario:**

- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Nombre.
- Apellido del Esposo (Si corresponde).
- Matricula Asegurado.

 <p>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA - BOLIVIA</p>	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	6 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

Matricula Beneficiario (Si corresponde).  
 Matricula Estudiante (Si corresponde).  
 Numero de Hoja.  
 Empresa a la que pertenece (Si corresponde)  
 Facultad a la que pertenece (Si corresponde)

#### **Datos de la Evolución Clínica y Tratamiento Médico:**

Fecha y hora.  
 Evolución y Tratamiento.  
 Firma y Sello del Médico Tratante.

#### **ORDENES MÉDICAS**

Este Formulario se lo utiliza para introducir las Indicaciones para la Hospitalización de un paciente. El Médico de Emergencia, Consulta Externa y el Médico de Quirófano son los encargados de llenar este Formulario.

Los datos que este Formulario contiene son:


**Fecha:** Día, Mes, Año.

#### **Datos del Usuario:**

Apellido Paterno.  
 Apellido Materno.  
 Apellido del Esposo (Si corresponde).  
 Matricula Asegurado.  
 Matricula Beneficiario (Si corresponde).  
 Matricula Estudiante (Si corresponde).  
 Numero de Hoja.

#### **Datos de las Órdenes Médicas**

- Fecha.
- Hora.
- Ordenes Médicas.
- Firma del Médico.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	7 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

## INTERNACIÓN

### INFORME ESTADÍSTICO DE ADMISIÓN Y EGRESO

Es el Formulario que contiene la información referente a la Admisión y Egreso de un paciente, es llenado por el personal de Emergencia, Internación y UTI.


El llenado de la primera parte del Formulario (datos generales del Usuario) es responsabilidad del personal de Enfermería de las Unidades antes Mencionadas.

El llenado de la segunda parte del Formulario (datos de egreso) es de responsabilidad del Médico de guardia o Médico tratante. Los datos que contiene este Formulario son:

- Fecha de Emisión: Día, Mes, Año.
- Hora.
- Matricula Asegurado.
- Matricula Beneficiario (Si corresponde).
- Matricula Estudiante (Si corresponde).

#### **Datos del Usuario:**

- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Apellido del Esposo (Si corresponde).
- Nombre.
- Fecha de Nacimiento.
- Edad.
- Estado Civil.
- Sexo.
- Dirección.
- Ciudad.
- Calle.
- Numero de Teléfono.
- Ocupación.
- Lugar de Trabajo.
- Teléfono.
- Responsable del pago de la cuenta (Si corresponde).
- Dirección (Si corresponde).
- Teléfono (Si corresponde).
- Persona a notificar en caso de Urgencia
- Dirección.
- Teléfono.
- Médico que solicita la Internación.
- Médico Tratante.
- Nombre y Firma Enfermera.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	8 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

**Datos de Egreso:**

- Diagnostico de Egreso.
- C.I.E.
- Operaciones y procedimientos.

**Datos Recién Nacidos (Si corresponde)**

**Tipo de Recién Nacido:**

- Único.
- Gemelos.
- Múltiple.

Fecha de Nacimiento.

**Sexo:**

- Femenino.
- Masculino.

**Condición al nacer:**

- Vivo.
- Muerto.

Peso

**Condición de Egreso:**

- Vivo.
- Muerto.

Fecha de Egreso.

Numero de días de Estada.


**Datos de Egreso Paciente:**

Fecha y hora de egreso

**Condición al Egresar:**

- Mejorado.



	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	<b>DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS</b>	9 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- No Mejorado.
- Muerto.

Causa de Alta.

Días de Estada.

Firma del Médico Tratante.

Nombre y firma Enfermera.

## **HISTORIA CLÍNICA**

Este Formulario es llenado por el Interno de Medicina, posteriormente el Médico de Guardia o el Médico Tratante verifican la información del mismo y firman junto con el interno el Formulario. En este Formulario se registra la Anamnesis (Motivo de Consulta, Historia de la Enfermedad Actual, Antecedentes Personales no Patológicos, Antecedentes Personales Patológicos), Examen Físico (Peso, Talla, Signos Vitales, Semiotecnia general, Semiotecnia por Sistemas), Diagnostico Presuntivo

Los datos que contiene este Formulario son:


- Numero de Matricula Asegurado.
- Numero de Matricula Beneficiario (Si corresponde).
- Numero de Matricula Estudiante (Si corresponde).
- Nombres y Apellidos.
- Fecha: Día, Mes, Año.
- Fuente de la Historia:
- Motivo de la Consulta:
- Enfermedad Actual:

### **Revisión por Sistemas**

- Sistema Nervioso Central:
- Ojos, Oídos, Nariz y Garganta:
- Sistema Cardio-vascular:
- Sistema Respiratorio:
- Sistema Gastro Intestinal:
- Sistema Genitourinario:
- Sistema Locomotor:
- Sistema Piel y Faneras:

### **Antecedentes Personales**

- No patológicos:
- Patológicos:
- Quirúrgicos:
- Ginecobstetricos:

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	10 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Alérgicos:
- Transfusionales:

### **Antecedentes Heredo Familiares**

#### **Examen Físico:**

- FC:
- PA:
- FR:
- T:
- Peso:

#### **General:**

- Cabeza, Cara y Cuello.
- Tórax:
- Abdomen:
- Genitales y Recto:
- Extremidades:
- Diagnostico:
- Nombre y Firma del Interno.
- Nombre y Firma del Médico Tratante.

### **EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO MÉDICO**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del Médico Tratante.

### **ORDENES MÉDICAS**

Este Formulario se lo utiliza para introducir las Indicaciones para la Hospitalización de un paciente. El Médico de Emergencia, Consulta Externa y el Médico de Quirófano son los responsables de llenar este Formulario.


### **NOTAS DE ENFERMERÍA**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del personal de Enfermería. En este Formulario deben estar registrados todos los procedimientos de Enfermería e información relevante del paciente. Este Formulario contiene los siguientes datos:

Numero de Hoja.

#### **Datos del Usuario:**

- Apellido Paterno.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	<b>DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS</b>	11 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Apellido Materno.
- Nombre.
- Apellido Esposo (Si corresponde).
- Actividad (Procedimiento o actividad realizada por la enfermera).
- Fecha y Hora.
- Firma de la Enfermera.


### **CONTROL TÉRMICO DE ENFERMERÍA**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del personal de Enfermería. Este Formulario tiene por objeto graficar las variaciones de los signos vitales para identificar posibles cambios y hacer un seguimiento a la evolución del paciente. Los datos que contiene este Formulario son:

- Fecha de Emisión: Día, Mes, Año.
- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Nombre.
- Servicio.
- Nº de Asegurado (Matricula).
- Nº de Beneficiario (Si corresponde).
- Fecha:
- Días Hospitalizados.
- Temperatura.
- Pulso.
- Respiración.
- Presión Arterial.
- Otros.
- Peso.
- Vómitos.
- Orina.
- Evacuaciones.
- Liq, Oral.
- Liq, Endovenoso.
- Dieta.
- Operación.
- Laboratorio.
- Rayos X.
- Otros.

### **CONTROL DE LIQUIDOS**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del personal de Enfermería. Este Formulario sirve para realizar un control de líquidos en el paciente, muestra las vías de administración de los líquidos ingeridos y las vías de eliminación de los líquidos eliminados, así

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	<b>DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS</b>	12 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

como la cantidad total de líquidos ingeridos y eliminados. Los datos que contiene este Formulario son:

- Fecha de Emisión: Día, Mes, Año.
- Pieza N°.
- Matricula Asegurado.
- Matricula Beneficiario (si corresponde).
- Matricula Estudiante (si corresponde).
- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Nombre.
- Apellido Esposo.

#### **Líquidos Ingeridos:**

- Fecha.
- Hora.
- Turno (Mañana/Tarde/Noche).
- Vía de Administración.
- Totales.


#### **Líquidos Eliminados:**

- Fecha.
- Hora.
- Turno (Mañana/Tarde/Noche).
- Vía de eliminación.
- Totales.
- Balance.
- Firma (Enfermera).

### **HOJA DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del personal de Enfermería. Este Formulario tiene la misma función que el Formulario para Control de Líquidos, con la particularidad de que este se lo utiliza para realizar el control de líquidos y signos vitales con mayor frecuencia. Los datos que contiene este Formulario son:

- Nombre.
- Fecha.
- Pieza.
- Peso.
- Grupo RH.
- N° de Hoja.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	13 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Horas.
- Presión Arterial.
- Pulso.
- Respiración.
- Temperatura.
- Glicemia.

#### **Líquidos Administrados:**

- V.O.
- E.V.
- S.N.G.
- Transfusión.
- Otros.
- Total.
- Queda.

#### **Líquidos Eliminados:**

- Orina.
- Vómito.
- Deposición.
- S.N.G.
- Otros.
- Total.
- Firma.
- Total en 24 Horas Administrado.
- Total en 24 Horas Eliminado.

#### **CONTROL PREOPERATORIO**


Este Formulario tiene por objeto respaldar las condiciones en que un paciente es enviado a Quirófano. El personal de Enfermería es el responsable del llenado de este Formulario. Los datos que contiene este Formulario son:

- Fecha.
- N° cama.
- Matricula de Asegurado.
- Matricula Beneficiario (si corresponde).
- Nombre Completo (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)).

#### **Diagnostico Preoperatorio**

##### **Datos:**

- NPO desde horas.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	<b>DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS</b>	14 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Preparación de campo operatorio.
- Baño completo y aseo bucal.
- Vejiga vacía y efecto de enema.
- Prótesis dental u otra.
- Esmalte de uñas manos y pies.
- Bata y pelo recogido.
- Alergias e Intolerancia.
- Medicación recibida en las previas 6 horas.
- Signos vitales, talla y peso.
- Venoclisis actual y N° bránula.
- Caloración Cardiológica, ECG y RX.
- Historia Clínica completa.
- Estudios específicos (Tomografía, radiografía, resonancia y laboratorios).
- Presencia de síntomas de resfrío.

**Observaciones:**

- Nombre del Responsable y Firma (Auxiliar de Enfermería).
- Nombre de la Supervisora y Firma.


**ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

Este Formulario sirve como constancia de que se han cumplido las indicaciones medicas respecto a la medicación, en horarios y concentraciones adecuadas que aseguran el correcto tratamiento, controlar la continuidad y efectividad del mismo. El llenado de este Formulario es de responsabilidad del Personal de Enfermería (Enfermera de Tratamiento).

- N° de Hoja.
- Fecha de Emisión:
- Nombre.
- Edad.
- Pieza.
- Médico.

**Administración de Medicamentos:**

- Medicamentos (Administrados).
- Dosis.
- Vía.
- Hora.
- Fecha.
- Firma (Responsable de la administración).

 <p>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA - BOLIVIA</p>	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	15 DE 35
	NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS	CODIGO

## **SOLICITUD DE OPERACIONES**

Este Formulario se lo llena previo a una operación y se deja el mismo en la Unidad de Quirófano. El llenado de este Formulario es de responsabilidad del Médico Tratante.

Los datos que contiene son:

### **Matricula Asegurado:**

- Activo.
- Pasivo.

### **Matricula Beneficiario:**

- Conyugue.
- Hijo.
- Otro.

### **Tipo de Operación:**


- Electiva.
- Urgencia.

### **Datos generales del Usuario:**

- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Nombre.
- Edad.

### **Datos Referentes a la Solicitud de Operación:**

- Servicio.
- Numero de Cama.
- Fecha de Solicitud.
- Hora.
- Diagnóstico.
- Operación Proyectada.
- Fecha Propuesta.
- Duración de la Operación.
- Instrumento Adicional.
- Cirujano.
- Primer Ayudante.
- Segundo Ayudante.
- Tercer Ayudante.
- Anestesiólogo.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	<b>DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS</b>	16 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Anestesia.
- Grupo sanguíneo.
- Transfusión de Sangre.
- Biopsia por Congelación.
- RX. Pre Operatorio.
- Firma del Médico Cirujano.
- Firma del Jefe de Departamento.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Es una declaración de voluntad efectuada por el paciente, familiares de primer grado o su representante legal, el cual luego de recibir información suficiente con respecto a su enfermedad y al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone médicamente aconsejable como la mas correcta para la solución, mitigación o rehabilitación de su problema de salud, decide dar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención. Es de responsabilidad del Médico hacer firmar oportunamente al paciente este Formulario. Los datos que contiene son:

- Nombres y Apellidos del Usuario.
- Numero de Carnet de Identidad.
- Edad.
- Domicilio.
- Matricula Asegurado.
- Matricula Beneficiario.
- Matricula Estudiante.

**I) Diagnóstico Actual.**

**II) Será intervenido quirúrgicamente de:**

**III) La cirugía consiste en:** (Explicación sencilla de la técnica, procedimiento, tratamiento que se va a realizar y de su objetivo).

**IV) Duración Aproximada.**


**V) En dicha operación es posible aunque infrecuente que se produzcan entre otras las siguientes complicaciones o efectos secundarios** (Infección de la herida quirúrgica, Hemorragia, lesión o afección de un tronco nervioso y otros).

**VI) Existencia o no procedimientos alternativos**

**VII) En caso de no someterse a cirugía los riegos serian:**

- Firma del Paciente.
- Firma del Apoderado (Si corresponde).
- Nombre, Firma y Sello del Médico Responsable de la Intervención.
- Testigo 1: Nombres, Apellidos y Número de Carnet de Identidad.
- Testigo 2: Nombres, Apellidos y Número de Carnet de Identidad.
- Lugar y Fecha.



	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	17 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

## **INFORME DE CONSUMO MENOR Y DETALLE PARA REVERSIÓN DE MEDICAMENTOS**

El llenado de este Formulario es responsabilidad del personal de Enfermería (Enfermera de Tratamiento), en el se detallan todos los medicamentos a ser revertidos a la Unidad de Farmacia una vez que el Paciente ha recibido el Alta Medica.

- Fecha de Emisión: Día, Mes, Año.
- Nombre del Paciente.
- Numero de Pieza.
- Tipo de Paciente.

### **Material Consumido:**

- Ítem.
- Unidad.
- Cantidad.
- Código.

### **Detalle de Reversión de Medicamentos:**

- Ítem.
- Unidad.
- Cantidad.
- Código

### **Medicamentos entregados al Paciente:**

- Recibí Conforme del Paciente.
- Firma Paciente.
- Firma de la Enfermera.

## **QUIRÓFANO**


### **REGISTRO DE ANESTESIA**

Este Formulario es llenado por el Anestesiólogo que participa en el acto Quirúrgico.

### **CONTROL ÁREA QUIRÚRGICA**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del personal de Enfermería una vez realizada una intervención Quirúrgica. Este Formulario contiene los siguientes datos:

- Día, Mes, Año.
- Hora.

 <p>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA - BOLIVIA</p>	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	18 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

#### **Sala Quirúrgica:**

- Quirófano.
- Sala de Partos.

#### **Tipo de paciente:**

- SSU/UMSS Cbba.
- Ampliación Seguro
- Interior
- Servicio a la Comunidad
- Bienestar Estudiantil
- Otras Empresas

#### **Datos personales:**

- Nombre y apellidos.
- Matricula asegurado.
- Matricula beneficiario.
- Matricula estudiante.

#### **Paciente:**


- Internado.
- Ambulatorio.

#### **Equipo Quirúrgico:**

Cirujano.  
 Ginecólogo.  
 Pediatra.  
 1er ayudante.  
 2do ayudante.  
 Anestesiólogo.  
 Otros especialistas.  
 Instrumentadota.  
 Circulante.

#### **Tipo de Parto**

- Parto Eutócico
- Parto Distócico.

 <p>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA - BOLIVIA</p>	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	19 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

**Datos operatorios:**

- Diagnostico Pre-operatorio.
- Cirugía Realizada.
- Diagnostico Post Operatorio.
- Tipo de Anestesia.
- Hora de Inicio.
- Hora de Egreso.
- Recuperación (tiempo).

**Recién Nacido:**

Hora.  
Sexo.  
Apgar.  
Peso.  
Talla.

**Tipo de Recién Nacido:**


- Único.
- Gemelo.
- Múltiple.

**Condición del Recién Nacido:**

- Vivo.
- Muerto.

**Materiales usados:**

- Guantes.
- Compresas.
- Gasas 4x4.
- Apositos pequeños.
- Apositos grandes.
- Gasas 2x2.
- Suturas Preparadas.
- Aplicadores.
- Bajalenguas.
- Ganchos.
- Gasa Furacinada.
- Vendas de Algodón.
- Jeringas Desechables.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	20 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Monitor.
- Electrobisturi Tiempo de uso:
- Oxígeno.
- Aspiración.

Otros.

Firma y Sello de la Supervisora.

### **CONTROL ÁREA SALA DE PARTOS**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del personal de Enfermería. Este Formulario contiene los siguientes datos:

- Fecha: Día, Mes, Año.
- Hora.

#### **Datos personales pacientes:**

- Nombre y apellidos.
- Matricula Titular.
- Matricula Beneficiario (Si corresponde).
- Matricula Estudiante (Si corresponde).

#### **Paciente:**


- Internado.
- Ambulatorio.

#### **Tipo de Paciente:**

- SSU/UMSS Cbba.
- Ampliación Seguro.
- Interior.
- Servicio a la Comunidad.
- Bienestar Estudiantil.
- Otras Empresas.

#### **Equipo Quirúrgico:**

- Cirujano.
- Ginecólogo.
- Pediatra.
- Anestesiólogo.
- 1er. Ayudante.

 <p>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA - BOLIVIA</p>	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	21 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- 2do ayudante.
- Otros especialistas.
- Instrumentadota.
- Circulante.

**Tipo de parto:**

- Parto eutocico.
- Parto distosico.

**Datos Recién Nacido(s):**

- Hora.
- Sexo.
- Apgar.
- Peso.
- Talla.

**Tipo de Recién Nacido:**

- Único.
- Gemelo.
- Múltiple.

**Condición del Recién Nacido:**

- Vivo.
- Muerto.

**Clasificación por Procedimiento:**

- Ginecológico.
- Obstétrico.


**Quirúrgico:**

- Mediano.
- Menor.

**Otros**

**Materiales Usados:**

- Guantes.
- Gasas 2x2.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	22 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Gasas 4x4.
- Apósitos pequeños.
- Apósitos Grandes.
- Gasa Furacinada.
- Vendas de Algodón.
- Jeringas desechables.
- Oxígeno.
- Aspiración.
- Otros.

Sello y firma Supervisora de Área.

### **PROTOCOLO OPERATORIO**

Es responsabilidad del Cirujano que intervino al Usuario y deberá ser elaborado al término de la cirugía. Constituye un resumen de la cirugía practicada y los datos que contiene son:

- Fecha de Emisión: Día, Mes, Año.
- Matricula Asegurado.
- Matricula Beneficiario (Si corresponde).
- Matricula Estudiante (Si corresponde).

#### **Datos generales del Usuario:**

- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Apellido del Esposo (Si corresponde).
- Nombre.
- Diagnostico preoperatorio.
- Diagnostico postoperatorio.
- Duración de la Operación.

#### **Tipo de Operación:**


- Mayor.
- Menor.
- De urgencia.
- Electiva.

Nombre técnico de la operación planeada.

Nombre técnico de la operación realizada.

#### **Riesgo de la Operación:**

- Grave.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	23 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Mediano.
- Leve.

### **Equipo Quirúrgico:**

Nombre del Cirujano.  
Nombre del Doctor 1er. Ayudante.  
Nombre del Doctor 2do. Ayudante.  
Nombre del Doctor 3er. ayudante  
Nombre del Anestesiólogo.  
Nombre del Instrumentador.  
Nombre del Circulante.

### **Tipo de anestesia:**

- General.
- Regional.
- Local.
- Otra.

### **Medicación durante la intervención:**

- Plasma.
- Suero.
- Sangre.
- Otros.


### **Procedimientos Diagnósticos Complementarios:**

- Biopsia.
- Colangiografía.
- Otros.

Descripción de la Operación (Posición operatoria, antisepsia de la piel, incisión, campos de borde, revisión de la cavidad, hallazgos operatorios, descripción detallada de la técnica, síntesis de la pared, complicaciones intraoperatorias).

### **Estado Postoperatorio Inmediato:**

- Bueno.
- Delicado.
- Grave.
- Muy Grave.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	24 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

## Descripción de la Pieza Operatoria

### Esquema de la Operación:

Nombre y firma del Cirujano

### RECORD DE RECUPERACIÓN

El llenado de este Formulario se da una vez realizada una intervención Quirúrgica, el paciente ingresa a la sala de Recuperación y es el personal de Enfermería quien tiene la responsabilidad de llenar el mismo. Los datos que contiene este Formulario son:

- Matricula del Usuario.
- Nombre.
- Médico.
- Pieza.
- Operación.

### Al Llegar a la Sala de Recuperación:

- Hora.
- Fecha.
- Estado de Conciencia.
- Drenajes (tipo y ubicación).


### Signos vitales:

- P (Pulso).
- R (Respiración).
- P/A (Presión Arterial).
- Apósitos (lugar y estado).
- Venoclisis.
- Observaciones.

### Durante el Tiempo de Observación:

- Hora.
- P/A (Presión Arterial).
- P (Pulso.)
- R (Respiración).
- T (Temperatura).
- NOTAS DE ENFERMERIA.



 <p>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA - BOLIVIA</p>	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	25 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

### **Al Salir de la Sala de Recuperación:**

Hora.

Estado de Conciencia.

### **Signos Vitales:**

- P (Pulso).
- R Respiración).
- P/A (Presión Arterial).

Venoclisis (tipo y cantidad por determinar).

Apósitos (estado).

Observaciones.

Firma y Sello de la Enfermera Encargada.

### **UNIDAD TERAPIA INTENSIVA**

#### **INFORME ESTADÍSTICO DE ADMISIÓN Y EGRESO**


Es el Formulario que contiene la información referente a la Admisión y Egreso de un paciente. El llenado de la primera parte del Formulario (datos generales del Usuario) es responsabilidad del personal de Enfermería.

El llenado de la segunda parte del Formulario (datos de egreso) es de responsabilidad del Médico Tratante.

#### **SOLICITUD DE INTERCONSULTA**

Este Formulario es llenado por el Médico que solicita una interconsulta. Los datos que contiene son:

- Numero de la Historia Clínica (Matricula).
- Médico notifica Personalmente.
- Responsable (si corresponde).
- Nombre (Paciente):
- Fecha:
- Efectuada por:
- Médico:
- Evaluación y recomendaciones solamente.
- Evaluación y tratamiento – Asistencia y manejo del paciente.
- Problemas clínicos para evaluación.
- Fecha: Día, Mes, Año.
- Firma y sello del Médico

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	26 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

### **HOJA DE FLUJO DE DATOS DE LABORATORIO**

El Médico es el que se encarga de llenar y hacer un seguimiento diario en el flujo de datos de laboratorio para ver cambios en el paciente.

### **HOJA DE CUIDADOS INTERMEDIOS/NOTAS DE ENFERMERIA**

Es responsabilidad del personal de Enfermería, este Formulario se utiliza para el registro de los Signos Vitales, Líquidos administrados, líquidos eliminados y medicamentos administrados, cada enfermera registra la información del paciente por turno, el personal de Enfermería sella y firma después de cada anotación.

Este Formulario contiene los siguientes datos:

- Nombre.
- Edad.
- Numero de Cama.
- Fecha: Día, Mes, Año.
- Diagnostico:
- Historia Clínica:
- Estadía:
- Hora.
- Signos Vitales.
- Líquidos Administrados.
- Líquidos Eliminados.
- Medicamentos Administrados.
- Balance 6 Horas.
- Balance 12 Horas.
- Balance 24 Horas.
- Notas de Enfermería.
- Firma y sello (Personal de Enfermería).


### **MEDICINA CRÍTICA – UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del personal Enfermería. Este Formulario cumple similar función que el Formulario “Hoja de Cuidados Intermedios”, con la particularidad de que se pueden introducir información adicional sobre el Paciente.

### **COSTOS UTI**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del personal de Enfermería. Este Formulario contiene el detalle de Equipos, Insumos y Materiales utilizados en el periodo que el Paciente permaneció en esta Unidad.

Este Formulario contiene:


	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	<b>DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS</b>	27 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Fecha: Día, Mes, Año.
- Matricula Asegurado.
- Matricula Beneficiario (Si corresponde).
- Matricula Estudiante (Si corresponde).
- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Nombre.
- Apellido de Casado.
- Ingreso (fecha y hora).
- Egreso (fecha y hora).
- Médico Responsable:
- Cubículo Terapia Intensiva:
- Cubículo Cuidado Intermedio:
- Ventilación Mecánica Primer día:
- Ventilación Mecánica / Día:
- Monitorización:
- Estación Central de Monitorización:
- Oxígeno:
- Uso de Bomba de Infusión:
- Cateterismo Vesical:
- Curación Simple:
- Equipo de Punción:
- Equipo de Canalización Venosa Central:
- Equipo de Irrigación:
- Toracocentesis:
- Glicemia Capilar:
- Uso de Carro Azul:
- Otros:
- Nombre de la Enfermera.
- Firma.

### **HOJA DE ALTA UTI**

El llenado de este Formulario es de responsabilidad del Médico de UTI una vez que se da el Alta Medica. Los datos que contiene este Formulario son:

- Fecha: Día, Mes, Año.
- Matricula Asegurado.
- Matricula Beneficiario (Si corresponde).
- Matricula Estudiante (Si corresponde).
- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Nombre.
- Apellido Esposo.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	28 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Edad.
- Transferido a: Sala y Cama.
- Ingreso (fecha y hora).
- Egreso (fecha y hora).
- Médico Responsable en Sala:
- Médico Residente o Interno:

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:

TRATAMIENTOS:

INTERCONSULTAS:

#### **RESULTADOS:**

- Recuperado.
- Mejorado.
- No Mejorado.
- No tratado.
- Alta Voluntaria.
- Para Diagnostico Solamente.
- Falleció.

#### **Aprobado por el Médico de UTI:**

- Nombre:
- Firma:
- Fecha: Día, Mes, Año.

#### **EMERGENCIA**

INFORME ESTADÍSTICO DE ADMISIÓN Y EGRESO.

ORDENES MÉDICAS.

NOTAS DE ENFERMERIA.


ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

#### **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO**

#### **RESULTADOS DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO**

Contiene los siguientes datos:

- Fecha de Emisión: Día, Mes, Año.
- Numero de Examen.
- Paciente: Apellidos y Nombres.
- Médico (Solicitante):

 <p>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA - BOLIVIA</p>	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	29 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

- Matricula Asegurado.
- Matricula Beneficiario (Si corresponde).
- Matricula Estudiante (Si corresponde).

**Los resultados están divididos por áreas:**

- QUIMICA SANGUINEA.
- HEMATOLOGIA.
- SEROLOGIA.
- BACTERIOLOGIA.
- ORINA.
- Sello y Firma (Responsable de Laboratorio).

**INFORME DE RAYOS X**

Contiene los siguientes datos:

- Fecha de Emisión: Día, Mes, Año.
- Numero de Examen.
- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Nombres.
- Matricula Asegurado.
- Matricula Beneficiario (Si corresponde).
- Médico (solicitante):

**Examen (detalle):**


- Firma y Sello del Médico.

**INFORME ECOGRAFICO**

Contiene los siguientes datos:

- Fecha de Emisión: Día, Mes, Año.
- Numero de Examen.
- Apellido Paterno.
- Apellido Materno.
- Nombres.
- Matricula Asegurado.
- Matricula Beneficiario (Si corresponde).
- Nombre del Médico (solicitante):

**Informe** (contiene el Informe, observaciones y resultados).  
Nombre y Firma del Médico Radiólogo.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	30 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

## **ENDOSCOPIA**

Contiene los siguientes datos:

- Numero de Registro.
- Fecha.
- Nombre Paciente.
- Sexo.
- Edad.
- Empresa.
- Procedencia.
- Cama.
- Médico Remitente.
- Numero de Matricula.
- C.B.
- Médico Encargado.
- Estudio (Tipo de estudio realizado).

### **Informe:**

- Diagnósticos.
- Nombre y Firma del Médico.

## **4. FASES O ETAPAS DE OPERACIÓN DE FICHAJE**


### **4.1. Apertura de Historias Clínicas para Usuarios del SSU.**

#### **4.1.1. Apertura de Historias Clínicas Asegurados – Beneficiarios**

La apertura de una Historia Clínica para un Asegurado - Beneficiario se la realiza en la Unidad de Fichaje, en las ventanillas de atención correspondientes. Los documentos que el futuro Asegurado debe imprescindiblemente presentar es la Cedula de Identidad, en el caso de un Beneficiario debe presentar su Cedula de beneficiario. El Responsable o Auxiliar de Fichaje es quien procede a la apertura de una Historia Clínica.

Los Datos que se registran en la Historia Clínica son:

- a) Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Apellido Esposo.
- b) Carnet de Asegurado.
- c) Carnet de Beneficiario (Si corresponde).
- d) Empresa.
- c) Código (Código de la empresa).
- d) Dirección.
- e) Teléfono.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	31 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

g) Se sella la Matricula del Asegurado en la parte lateral de la Historia Clínica, esto con el fin de que la matricula sea visible a la hora de realizar la búsqueda de la misma.

#### **4.1.2. Apertura de Historias Clínicas para Estudiantes**

La apertura de una Historia Clínica para un Estudiante se la realiza una vez que el interesado se hace presente en la Oficina de Fichaje y Habilitación ubicado en el Edificio de Consulta Externa I (bloque antiguo).

Los Documentos válidos para que se realice la habilitación de un Estudiante son:

- Cédula de Identidad.
- RUN.
- Cédula de Extranjero.

La presentación de al menos uno de los documentos arriba mencionados es imprescindible para que el Encargado de la habilitación de estudiantes pueda proceder a la Habilitación y Apertura de una Historia Clínica.

Los datos que se registran en la Historia Clínica son:


- a) Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Apellido Esposo.
- b) Carnet de Asegurado.
- c) Facultad del Estudiante.
- d) Código.
- e) Dirección.
- f) Teléfono.
- g) Se sella la Matricula del Asegurado en la parte lateral de la Historia Clínica, esto con el fin de que la matricula sea visible a la hora de realizar la búsqueda de la misma.

#### **4.1.3. Apertura de Historias Clínicas Asegurados del Interior – Ampliación de Seguro (CAS)**

La apertura de una Historia Clínica para un Asegurado del Interior se la realiza en la Unidad de Fichaje, en las ventanillas de atención correspondientes. Los documentos que el Interesado debe imprescindiblemente presentar es la Cedula de Asegurado del Interior o su Cedula de Identidad.

Para el caso de una Ampliación de Seguro (CAS) no se procede a la apertura de una nueva Historia Clínica, se mantiene su Historia Clínica anterior. El personal de Fichaje procede a la apertura de la Historia Clínica. Los Datos que se registran en la misma son:

- a) Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Apellido Esposo.
- b) Carnet de Asegurado.
- c) Empresa.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	32 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

d) Código (Código de la empresa).

e) Dirección.

f) Teléfono.

g) Se sella la Matricula del Asegurado en la parte Lateral de la Historia Clínica, esto con el fin de que la matricula sea visible a la hora de realizar la búsqueda de la misma.

## **4.2. Reparto/Entrega de Fichas a los Usuarios del Seguro Social Universitario**

### **4.2.1. Línea de Reserva Telefónica Asegurados- Beneficiarios**

El objetivo principal de la Línea de Reserva Telefónica ya sea para Asegurados o Estudiantes es el de brindar mayor comodidad, atender de manera eficiente, rápida y oportuna a los Usuarios a la hora de la obtención de una cita.

El porcentaje de fichas disponibles mediante este servicio es del 50 % del total de fichas existentes para un día de atención.

La obtención de una ficha a través de la Línea de Reserva Telefónica implica que el Usuario será atendido el día posterior o 24 horas después de su llamada, en ningún caso en el mismo día. Una característica adicional de la Línea de Reserva Telefónica es que el Usuario puede obtener una ficha haciéndose presente en la Ventanilla de Fichaje asignada a la atención de la Línea de Reserva, obteniendo de esta manera una ficha para ser atendido 24 horas después.

La hora de la cita que se le asigna al Usuario es de 10 minutos antes de la hora real de consulta, esto con el fin de que el Usuario asista en forma puntual a su cita y de esta manera se cumpla con la programación del día.

Los números de las Líneas de Reserva Telefónica para Asegurados y Beneficiarios son: el 4532292 y el 4534005.


- El Horario de Atención de la Línea de Reserva Telefónica para Asegurados - Beneficiarios (Vía telefónica) es de Lunes a Viernes de 07:00 AM a 15:00 PM
- El Horario de atención de la Línea de Reserva Telefónica Asegurados – Beneficiarios (Vía Presencial) es de lunes a viernes de 07:00 AM a 15:00 PM por Ventanilla No. 3.

### **4.2.2. Línea de Reserva Telefónica para Estudiantes**

El porcentaje de fichas disponibles mediante este servicio es del 50 % del total de fichas disponibles.

La obtención de una ficha a través de la Línea de Reserva Telefónica implica que el Usuario obtiene una ficha para ser atendido el día posterior a su llamada, nunca para el mismo día. La hora que se le asigna al Usuario es 10 minutos antes de su hora real de atención, esto con el fin de que exista continuidad en la atención.



	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	33 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

La Línea de Reserva Telefónica para Estudiantes es el 4532293

- El horario de atención de la Línea de Reserva Telefónica Estudiantes es de Lunes a Viernes de 10:00 AM a 15:00 PM.

#### **4.2.3. Atención en Ventanillas de Fichaje Asegurados-Beneficiarios**

##### **VENTANILLA 1**

El Horario de Atención es de horas 7:00 AM a 21:00 PM.

La distribución de fichas a Asegurados y beneficiarios se inicia a horas 7:00 AM para la obtención de una cita en horas de la mañana y por la tarde empieza a la 12:30 PM para la obtención de una cita en horas de la tarde.

La atención de Fichaje por Ventanilla 1 y Ventanilla 2, tiene como característica principal que el Usuario se hace presente para la obtención de una ficha / cita misma que le dará derecho a la atención en el día.

##### **VENTANILLA 2**

La función principal de esta ventanilla es la de coadyuvar en la distribución de las fichas a los Asegurados - Beneficiarios una vez que se empieza con la asignación de las mismas.

Una vez realizada la distribución de fichas esta ventanilla termina su atención.

##### **VENTANILLA 3**


El horario de atención es de 07:00 AM a 15:00 PM

La distribución de fichas a Asegurados y Beneficiarios se inicia a horas 07:00 AM hasta horas 11:30 AM para la obtención de una cita para el día siguiente.

#### **4.2.4. Atención en Ventanilla de Fichaje Estudiantes**

El Horario de Atención de la Ventanilla de Fichaje para Estudiantes es de horas 7:00 AM a 10:00 AM.

La distribución de fichas se inicia a horas 7:00 AM y concluye a horas 10:00 AM. En este periodo se entregan las fichas de atención tanto para la mañana como para la tarde.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	34 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

### **4.3. Entrega y Recojo de las Historias Clínicas**

#### **4.3.1. Consulta externa**

El personal de Fichaje es el responsable de la entrega y recojo de las Historias clínicas a la Unidad de Enfermería en Consulta externa I, Consulta Externa II y Medicina Familiar.

El personal de Fichaje hará la entrega de fichas para la atención de Consulta Externa antes de que esta comience su atención para así poder brindar el tiempo suficiente a las Enfermeras de Consulta Externa I y II de contar con las Historias Clínicas de forma oportuna, para que puedan realizar la revisión y traslado de las mismas a los Consultorios.

#### **4.3.2. Internación, Emergencias, UTI, Quirófano, Consulta Externa (fuera del SSU)**

El personal de Fichaje es el responsable de la entrega oportuna de las Historias Clínicas a las Unidades de Internación, Emergencias, UTI, Quirófano. Para la entrega de las Historias Clínicas para la Consulta Externa (fuera del SSU), es responsabilidad del personal de Fichaje entregar las mismas de manera oportuna, así mismo es responsabilidad del personal de fichaje controlar que la cantidad de Historias Clínicas que le están siendo devueltas sea igual a la cantidad de Historias Clínicas entregadas. Finalmente el personal de Fichaje es el responsable del Archivo de las Historias Clínicas en el lugar que corresponde evitando así extravíos y demoras a la hora de realizar la búsqueda de las mismas.

### **4.4. Recojo, Clasificación e Inclusión de Resultados/Exámenes en la Historia Clínica**

#### **4.4.1. Laboratorio**

El Personal de Fichaje es el responsable del recojo de los Resultados de Laboratorio en forma diaria al final de la jornada laboral.


El Personal de Fichaje recoge los Resultados originales emitidos por el Laboratorio tanto los Internos como Externos, siguiendo el procedimiento establecido para este propósito.

Posteriormente realiza el archivo de todos y cada uno de los Resultados en las respectivas Historias Clínicas.

#### **4.4.2. Imagenología**

##### **4.4.2.1. Rayos X**

El personal de Rayos X es el responsable de dejar los Exámenes en la Unidad de Fichaje, el personal de esta Unidad firma el Libro de Rayos X como constancia de la recepción de los mismos. Posteriormente el personal de Fichaje es el responsable del archivo de los Exámenes en la Historia Clínica que corresponde.

	<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	PAG. No:
	DEPARTAMENTO DE ADMISION Y REGISTROS MÉDICOS	35 DE 35
	<b>NORMA: FICHAJE Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS</b>	CODIGO

#### 4.4.2.2. Ecografías

El personal de Ecografía es el responsable de dejar los Exámenes en la Unidad de Fichaje, el personal de esta Unidad firma el Libro de Endoscopias como constancia de la recepción de los mismos. Posteriormente el personal de Fichaje es el responsable del archivo de los Exámenes en la Historia Clínica que corresponde.

#### 4.4.2.3. Endoscopias

El personal de esta Unidad es el responsable de dejar los Exámenes en la Unidad de Fichaje, el personal de esta Unidad firma el Libro de Endoscopias como constancia de la recepción de los Exámenes. Posteriormente el personal de Fichaje es el responsable del archivo de los Exámenes en la Historia Clínica que corresponde.

#### 4.4.3. Otros Exámenes

El personal de Fichaje es el responsable de la Recepción de otros Exámenes Complementarios, el registro de los mismos en el Libro de Otros Exámenes Complementarios y el archivo de los Exámenes en la Historia Clínica que corresponde.

#### 4.5. Archivo de las Historias Clínicas (vigentes)

El personal de Fichaje sella la Matricula del Asegurado en la parte Lateral de la Historia Clínica, esto con fines de codificación e identificación (la Matricula de Asegurado se genera a partir de la Fecha de Nacimiento del Usuario mas las iniciales de su Nombre., En el caso de tratarse de un Asegurado de Sexo Femenino se le suma 50 a su mes de nacimiento). Es así que las Historias Clínicas están organizadas por Año, Mes y Día.

#### 4.6. Almacenamiento de las Historias clínicas (no vigentes)

- a) Las Historias Clínicas deberán ser conservadas por toda una vida a partir del último acto médico.
- b) A partir del sexto año, la Institución podrá organizar sus archivos en depósitos, Medios magnéticos u otros que la tecnología pueda proporcionar teniendo en cuenta que se debe contar con un resumen de todas sus Historias Clínicas.
- c) El área de archivo debe ser un espacio que brinde seguridad a las Historias Clínicas con el quipo, mobiliario suficiente y tener la señalización correcta para el Manejo por la matricula.
- d) Debe contarse con un registro único y confiable (Listado de Expedientes) o con una metodología de archivo que permita identificar con facilidad la ubicación de los expedientes requeridos al momento necesario.