

Centro educacional Fernando de Aragón.  
Enseñanza media.  
Técnico profesional.  
Atención de enfermería.

## **GUÍA SÍNTESIS PARA EL APRENDIZAJE**

Fecha: 01/03/2021 – 31/03/2021

Nombre del alumno:

Curso:

Asignatura: Sistema de Registro e Información en Salud

Objetivo de la clase: Conocer conceptos básicos sobre los diversos registros que se realizan en la atención de salud.

Objetivo de aprendizaje: Registrar información, en forma digital y manual, relativa al control de salud de las personas bajo su cuidado, y relativa a procedimientos administrativos de ingreso, permanencia y egreso de establecimientos de salud o estadía, resguardando la privacidad de las personas.

### **Ficha Clínica**

La ficha clínica es el documento más importante de un servicio hospitalario y de cualquier Centro de Salud, en el cual se registra la historia médica de una persona y su proceso de atención médica. Es un documento reservado y secreto, de utilidad para el enfermo, los médicos tratantes, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia.

El objetivo general de la ficha clínica es mantener un registro fidedigno sobre la condición de salud de un paciente el cual deberá ser de fácil acceso y debe contener diferentes tipos de informaciones en diferentes tipos de formato de acuerdo a la necesidad, prioridad y accesibilidad de salud que requiera el paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque, sin este documento es imposible que el médico pueda obtener un registro completo y global del paciente para lograr prestar asistencia oportuna.

Las fichas clínicas pueden ser solicitadas en:

- Atención de pacientes en consultorios de CRS
- Atención de pacientes en Unidad de Urgencia del Adulto y Urgencia Gineco Obstétrica.
- Atención de pacientes para tratamientos y/o procedimientos ambulatorios.
- Atención de pacientes para hospitalización
- Investigación y docencia
- Trámites para beneficios económicos o procesos judiciales

- Otros caso autorizados por la dirección de la institución
- Entre otros

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse de otros aspectos asistenciales en el cual se utiliza la historia clínica o ficha clínica:

- Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.
- Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas de salud y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad.
- Administrativa: la historia clínica es un elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- Médico legal: se trata de un documento público/semipúblico estando presente el derecho al acceso limitado. Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales.

#### Características de la Ficha Clínica

**Confidencialidad:** El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia.

**Seguridad:** Debe constar la identificación del paciente, así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

**Disponibilidad:** Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

**Única:** La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria, siendo uno de los principios reflejados en el artículo 61 de la Ley General de Sanidad.

**Legible:** Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

#### Requisitos de la Ficha Clínica

**Veracidad:** La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

Exacta

Rigor técnico de los registros: Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesional o bien hacia la institución.

Coetaneidad de registros: La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente

Completa: Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

Identificación del profesional: Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado

Otros aspectos de la Ficha Clínica

Propiedad: La naturaleza jurídica de la historia clínica ha sido una cuestión tremendamente debatida, pues de su determinación derivan su eficacia jurídica, el acceso a sus datos y el poder de disposición de éstos, las garantías de la intimidad y del secreto profesional y los límites que por razones de interés público pueden oponerse a su estricta observancia.

En la historia clínica confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos, del médico, del paciente, de la institución sanitaria e incluso públicos.

Las doctrinas sobre la propiedad de la historia clínica son muy variadas:

- Propiedad del médico
- Propiedad del paciente
- Propiedad de la institución
- Teorías integradoras

Custodia

Acceso

Almacenamiento y conservación

La Ficha Clínica del hospital, es la carpeta que contiene toda la información del paciente. Consta de varias secciones.

En la portada se identifica al paciente: nombre, número de identificación (RUT), dirección, tipo de previsión, etc. También puede ser un buen lugar para destacar aspectos específicos como la existencia de alguna alergia (por ejemplo, alergia a la penicilina).

Luego van archivadas las hospitalizaciones y consultas según fecha de ocurrencia. Si la información se refiere a una hospitalización se va a encontrar:

- El ingreso del paciente (con la historia clínica o anamnesis, antecedentes y examen físico).
- Los diagnósticos.
- Las evoluciones de cada día con sus indicaciones (a veces, las indicaciones se dejan en otra hoja que se ubica en un tablero a los pies de la cama del paciente, y que al momento del alta se deben archivar en la ficha).
- Los exámenes.
- La epicrisis (o resumen de egreso).
- Las hojas del Servicio de Estadísticas.
- Hojas de enfermería (por ejemplo, la curva de registro de temperatura y signos vitales).

Cuando el paciente se va a su casa, se efectúa la epicrisis, que es un resumen de lo más importante de la hospitalización (esto evita tener que revisar cada vez toda la información generada durante la hospitalización).

También en ese momento se completa la hoja del Servicio de Estadísticas (principalmente los diagnósticos, fecha del egreso, nombre el médico responsable).

Cuando el paciente se va a su casa, el médico debe entregarle lo siguiente:

- Las indicaciones que debe seguir (muchos hospitales tienen unas cartulinas impresas, llamadas Carné de Alta, en las que se escriben los diagnósticos y las indicaciones). En estas indicaciones se debe precisar la actividad física que el enfermo debe desarrollar, tipo de alimentación, medicamentos y otros aspectos como tratamientos kinésicos.
- Las recetas (se debe tener mucho cuidado de escribir con letra legible para evitar confusiones en el despacho en la farmacia). Algunos medicamentos requieren recetas especiales (por ejemplo, los estupefacientes).
- La licencia médica correspondiente, si es que se requiere.
- Órdenes de exámenes para efectuar en un tiempo posterior.
- Citaciones a control.

El paciente (y si es necesario, sus familiares cercanos), deben salir del hospital teniendo muy claras las indicaciones que deben seguir en la casa.

Si la información se refiere a consultas de policlínico o consultorio externo, se menciona:

- La fecha y el motivo de la consulta.
- Los principales hallazgos del examen físico.
- Los exámenes de laboratorio disponibles.
- Los diagnósticos.
- Las indicaciones.

Al paciente se le deben dar las instrucciones a seguir en forma clara, adjuntando las recetas y órdenes de examen que sean necesarias.

De esta forma se va juntando toda la información del paciente, ordenada según la fecha de ocurrencia. Debido a esto, si la información es mucha y la ficha es muy gruesa, podría convenir revisarla de atrás hacia delante, deteniéndose especialmente en las epicrisis y principales exámenes. En la historia clínica de la última hospitalización, en la sección antecedentes, deberían aparecer las enfermedades y operaciones que el paciente ha tenido (será confiable según el esmero puesto en la confección de la historia).

**Actividad**

Según el contenido de esta guía de aprendizaje responda las siguientes preguntas de acuerdo a las semanas correspondientes.

Semana 1 “08 de Marzo al 12 de Marzo”

¿Qué información del paciente debe estar registrada en la portada de la ficha clínica?

---

---

---

---

---

---

¿Cuál es la importancia de dicha información en la atención al paciente clínico?

---

---

---

---

---

---

- Semana 2 “15 de Marzo al 19 de Marzo”

Nombre ¿Qué información se encuentra dentro de la ficha de un paciente hospitalario? (documentos e información)

---

---

---

---

---

---

---

---

Según se propio análisis ¿Por qué cree usted que son importante los documentos e informaciones presentes en la Ficha clínica del paciente?

---

---

---

---

---

---

---

---

- Semana 3 “22 de Marzo al 26 de Marzo”

¿Cuál es la función de la Epicrisis en la ficha clínico del paciente?

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Qué datos se deben incorporar en la hoja de servicio de estadística al momento del alta médica?

---

---

---

---

---

---

---

---

- Semana 4 “29 de Marzo al 02 de Abril”

¿Qué instrucciones, indicaciones y documentos le debe entregar el medico al paciente que es dado de alta médica?

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Cuáles son las características que debe tener la ficha clínica del paciente?

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Dónde puede ser solicitada la ficha clínica de un paciente?

---

---

---

---

---

---

---

---

Según lo visto en esta guía ¿Por qué cree usted que es importante mantener toda la información clínica de un paciente ordenada y actualizada en la ficha clínica?

---

---

---

---

---

---

---

---