



# MODULO 1

## 1. Admisioncita

**Gestión de usuarios:** en este apartado se registraron los usuarios y actualización de los mismos. La admisionista tiene la responsabilidad de registrar los datos requeridos en el sistema, como lo son: datos personales, ips afiliada y régimen.

Gestión de citas: la admisionista estará a cargo del registro de las citas programadas y la disponibilidad de las mismas, todo esto en agenda electrónica en donde indicará el tipo de cita, fecha, médico tratante, especialidad y la hora para la realización de la cita media.

Este apartado aplica para las citas en medicina externa como las de telemedicina en todas sus modalidades.

**Gestión de documentos:** Este apartado se aplica para medicina externa dando la opción de verificar de la existencia de los usuarios en el sistema, cargar documentos personales como: historias clínicas, exámenes de laboratorio y documentos personales del paciente. También permite verificar la existencia de laboratorios clínicos y el descargue de estos.

Procedimientos de costo: Este apartado es utilizado es utilizado en medicina externa con la comprobación del régimen afiliado del usuario, permitiendo que el mismo pague los copagos reglamentarios y los demás procesos que se desarrollen.

De igual manera, debe estar el paciente registrado en el sistema para generar las facturas de venta y su impresión.

**Historias Clínicas:** La admisionista tendrá el rol de visualizar e imprimir las historias clínicas de los pacientes para su posterior envío o entrega en físico.

Laboratorio: La admisionista tendrá el rol de visualizar e imprimir los laboratorios de los pacientes para su posterior envío o entrega en físico.

## 2. Personal de la salud

**Agenda de citas:** Esta actividad está enfocada a todo aquel personal que realiza las citas médicas generales especializadas, mediante la visualización de los pacientes con su programación de la cita. De igual modo, esta se podrá visualizar o ver por días, semana y mes y el estado de estas.

Para telemedicina se cuenta con el mismo acceso, pero con el redireccionamiento al apartado de telemedicina (Videollamada)

**Realización de Citas:** este apartado permite realizar o desarrollar las citas por el registro de la historia clínica por medio de un formulario definido en el sistema, para el caso de telemedicina se contará con el mismo acceso, pero incluyendo la videollamada en conjunto para el registro en la historia clínica.

**Visualización de exámenes de laboratorios:** El médico o especialista puede visualizar o imprimir los laboratorios clínicos realizados y cargados del paciente. Este apartado se listará con la información relevante como: Fecha de realización del examen, tipo de archivo, tipo de exámenes y archivo (enlace para descargar).

**Realización de citas por telemonitoreo:** Dado que este apartado se enfatiza que “telemonitoreo es la transmisión de datos clínicos” partimos que el médico especialista puede agregar los resultados de los datos clínicos transmitidos y generar en la historia clínica las actuaciones a seguir del paciente. De igual modo, si el telemonitoreo es asincrónico el encargado de realizar la transmisión de estos datos, almacenará los resultados en el apartado de exámenes de laboratorio.

**Teleorientación:** Este apartado permitirá que los médicos y personal que requieran tener una interacción con los pacientes con telemedicina no interactiva lo podrán realizar por medio de un chat interactivo que se encontrará en el sistema. De igual manera, al momento de finalizar este, se generará como resultados informes que se mandarán al paciente y a los que lo requieran (médicos, personal de salud, etc.)

**Teleapoyo:** Esta actividad se podrá realizar entre dos médicos por medio de telemedicina interactiva o por consulta externa, en el apartado de telemedicina interactiva el medico solicitante debe indicar en la historia clínica que se aplicó teleapoyo y el nombre del profesional que la aplicó. En medicina externa, en el formulario de historia clínica se indicará que el medico solicitante debe indicar en la historia clínica que se aplicó teleapoyo y el nombre del profesional que la aplicó.

**Precitas:** Este apartado consta de un formulario que diligenciará aquellas personas encargadas de actividades como: toma de presión, talla, peso, etc. Todo esto antes que el paciente ingrese a la consulta externa.

**Gestión de exámenes de laboratorio:** Este apartado estará habilitado para los profesionales del área de bacteriología o relacionadas con el fin de cargar los resultados o archivos de los laboratorios realizados por los distintos pacientes y que llevarán el nombre del archivo, tipo, resultado, fecha de realización y nombre o persona a cargo de laboratorio.

**Gestión de medicamentos y suministros:** Este apartado permitirá que se ingresen todos los medicamentos recetados para los pacientes y la disponibilidad de los mismo. Este apartado se registrarán los datos como: código del medicamento o suministro, nombre, tipo, presentación, disponibilidad en unidades.

**Gestión de informe de incapacidad:** En este apartado el médico especialista y general, en cualquiera de los servicios, ya sea ambulatorio, intrahospitalario, podrá diligenciar un certificado de incapacidad para los pacientes.

## **SECCION INTRAHOSPITALARIA (HOSPITALIZACION – URGENCIAS)**

**Historia de Ingresos:** Este apartado está enfocada para el acceso intrahospitalario en donde la enfermera, auxiliar de enfermería o médico registran los datos del paciente y demás procedimientos, esto en el área de urgencias.

**Agenda de citas para especialistas intrahospitalario:** En este apartado la enfermera o médico, puede solicitar a especialistas que se requieran, esto sin la salvedad de utilizar cualquier modalidad de servicio de salud (Telemedicina y ambulatoria).

**Notas de Evolución:** Las notas de evolución están enfocadas al comportamiento de la salud de un paciente. Estas notas las realiza el medico de turno, en donde describe el proceso de mejoramiento o deterioro del paciente, los medicamentos a proseguir, exámenes a realizarse e imágenes diagnosticas.

**Ordenes medicas:** Este apartado el medico prescribe servicios o tratamientos para los pacientes, esto con la finalidad de que las enfermeras hagan los procesos descritos por el médico.

**Notas de enfermería:** Este apartado, la enfermera describirá las observaciones del paciente tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad o causa de hospitalización, los cuidados y los procedimientos realizados por ella.

**Medicamentos:** En este apartado, las enfermeras y auxiliares o en su defecto, los médicos pueden ver, agregar y actualizar medicamentos aplicados o a aplicarse en los procedimientos para un paciente.

**Laboratorio:** En este apartado, las auxiliares, enfermeras, médicos, especialistas, podrán visualizar todos aquellos exámenes e imágenes diagnosticas realizadas al paciente.

**Notas de Egreso:** En este apartado, el médico o enfermera podrá diligenciar el estado y las observaciones para la salida de un paciente.

**Certificados de incapacidad:** En este apartado el médico especialista y general, en cualquiera de los servicios, ya sea ambulatorio o intrahospitalario, podrá diligenciar un certificado de incapacidad para los pacientes.

## MODULO 2

### 1. Paciente

El paciente en este módulo podrá visualizar las citas realizadas en todo su proceso a partir del registro en el sistema, podrá ver: estado de las citas, fechas, tipo de citas, URL si es telemedicina, médico tratante. También, el paciente podrá acceder y utilizar el chat interactivo, además, podrá descargar exámenes, historias clínicas y certificados de afiliación además poder solicitar una cita.

2. **Certificado de incapacidad:** El paciente podrá descargar los certificados de incapacidad existentes por causa del diagnóstico hecho por el servicio de salud.

## MODULO 3

En este modulo el personal administrativo realizará las facturas de todos los procesos realizados en el sistema ya sea por la prestación de servicios ambulatorio o intrahospitalario

1. **Facturación:** se podrá facturar con los estándares establecidos por el manual ISS 2001 y por el tarifario SOAT
2. **Apartado de glosas:** se podrá identificar todas aquellas glosas presentadas por las EPS para su posterior respuesta y proceso de verificación
3. **generación de Rips:** En este apartado se generan archivos .txt con la información estandarizada de los Rips a nivel nacional

### tablas para la BD

1. **Profesional Salud:** Contendrá toda la información de las personas que tendrán acceso al sistema y sus roles y permisos.
2. **Calendario de citas:** en este se almacenará las citas programadas, fechas, tipos, médicos y enlaces a jitsi
3. **Documentos pacientes:** En este se alojarán los documentos que cargaran los admisionista como lo son documento de identidad, historias clínicas, exámenes, órdenes en formato pdf todo lo anterior.
4. **Paciente:** se almacenará la información de los pacientes registrados en el sistema, como lo son datos personales, información EPS, régimen al que pertenece, e-mails.
5. **Historias clínicas completas:** Esta tabla se almacenará toda la información de las citas realizadas por telemedicinas y por consulta externa
6. **Laboratorios:** Esta tabla contendrá toda la información de los exámenes de laboratorio realizados por los distintos pacientes
7. **Chat:** Se almacenará todo lo hablado entre el personal de salud y el paciente que se interactuó por chat.
8. **Dispensario de medicamentos:** Se almacenará todos los medicamentos disponibles y su disposición.
9. **Factura de venta:** Esta tabla contendrá el detalle de venta por concepto de régimen que pertenece cada paciente, por ejemplo, se canceló un copago.
10. **Calendario\_Especialista:** Esta tabla nos permitirá almacenar las solicitudes y disponibilidades de los especialistas requeridos para el área intrahospitalario (hospitalización y urgencias)
11. **Historia clínica intrahospitalaria:** En esta se almacenará la información del paciente ingresado desde su llegada al área de urgencias.
12. **Notas de enfermería:** Se registrarán todos aquellos procesos realizados por la enfermera en el área intrahospitalaria

13. **Ordenes médicas:** esta tabla permitirá registrar los procesos a seguir estipulados por le médico tratante en el área intrahospitalaria.
14. **Notas de evolución:** Esta tabla almacenará toda la información del estado de salud del paciente, en su proceso de hospitalización o urgencias. Esto será realizado por el médico tratante
15. **Tabla de incapacidad:** En esta tabla se almacenará información relevante como: fecha de inicio y finalización de la incapacidad, datos personales del paciente y observaciones relevantes que expliquen la incapacidad. Esta tabla sin importar el tipo de servicios que se esté prestando al paciente.
16. **Notas de egreso:** En esta tabla se almacenará la información personal del paciente, observación del médico y el estado (alta o defunción) para la salida del paciente.



