	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-028	
	<b>Fecha Vigente</b>	25/03/2021	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 1 de 9

## **Diligenciamiento de historia clínica de ingreso, evolución y finalización.**

### **1. DEFINICIÓN:**


La historia clínica constituye un documento privado, legal que contiene información acerca de aspectos físicos, psíquicos y sociales del paciente, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención y en ella se relaciona información personal antecedentes personales y familiares. Por regla general, dicha información no puede ser conocida por fuera del marco asistencial y de sus aseguradores sin la autorización de su titular, teniendo en cuenta la información sensible que en ella contiene y por esa razón debe contener las siguientes características.

- **Integralidad:** La historia clínica de un paciente 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.
- **Racionalidad científica:** 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 en la historia clínica, en todos los servicios prestados como son Medical Laboral, Fisiatría y todas las actividades de apoyo terapéutico se debe realizar de manera simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio, bajo ninguna circunstancia la historia clínica se debe diligenciar en días posteriores a la atención del paciente.

Teniendo en cuenta los conceptos anteriores, el presente manual describe las características del manejo de la historia clínica y los registros asistenciales, al interior del Centro médico Aficenter

### **2. OBJETIVO**

- Determinar las características de manejo de la historia clínica y los registros asistenciales en Centro médico Aficenter

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-028	
	<b>Fecha Vigente</b>	25/03/2021	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 2 de 9

- Garantizar información completa en la historia clínica de la atención prestada por los profesionales del centro médico Aficenter.

### 3. DEFINICIONES

- **Archivo Central:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.
- **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.
- **Archivo Histórico:** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.
- **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.
- **Estado de salud:** El estado de salud del paciente 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.
- **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.
- **Anexos:** Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención.


### 4. ALCANCE

El Manual incluye el diligenciamiento, custodia, conservación, seguridad y eliminación de los registros una vez hayan cumplido el tiempo establecido.

## NORMAS EN EL MANEJO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS

### Diligenciamiento de los Registros de ingreso, evolución y finalización.


- 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, Incluye los medios electrónicos.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-028	
	<b>Fecha Vigente</b>	25/03/2021	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 3 de 9

- La Historia Clínica es un documento privado, de obligatorio cumplimiento 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.
- Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario, los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación y la calidad del servicio brindado.
- El diligenciamiento de los registros de atención en la historia clínica, en todos los servicios prestados como son Medical Laboral, Fisiatría y todas las actividades de apoyo terapéutico se debe realizar de manera simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio, bajo ninguna circunstancia la historia clínica se debe diligenciar en días posteriores a la atención del paciente.

### **Información y campos de diligenciamiento obligatorio en historia clínica de los médicos Especialistas**

- Para el diligenciamiento de la historia clínica de Médico especialista, es de obligatorio cumplimiento el diligenciar la siguiente información en los campos definidos.
- Definición de la consulta si es virtual o presencial así:  
"Consulta Virtual"  
"Consulta Presencial" El campo definido es: MOTIVO DE CONSULTA  
Ejemplo: Medicina laboral "consulta virtual"  
Medicina laboral "consulta presencial"
- Siniestro: es indispensable diligenciar el número del siniestro y la fecha del siniestro, el campo definido es: MOTIVO DE CONSULTA  
Ejemplo: Siniestro: 1111111/ 16 /02/2020
- Es indispensable registrar nombre del médico que remite; fecha de la remisión y objetivo de la remisión.  
Campo definido es: ENFERMEDAD ACTUAL  
Ejemplo: Paciente remitido por el Med especialista neurología, Pepito Pérez, el día 15 de enero de 2021 para una valoración con Medicina laboral por un accidente de trabajo.
- Diagnóstico: El diagnóstico del paciente se debe diligenciar en número de acuerdo al CIE 10 y definido en letras campo definido es: DIAGNOSTICO DEL PACIENTE  
Ejemplo: I10X Hipertensión esencial primaria
- Goniometría: Es Indispensable se reporte en caracteres numéricos y no nominales  
Campo definido es: EXAMEN FÍSICO

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-028	
	<b>Fecha Vigente</b>	25/03/2021	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 4 de 9

Ejemplo: FLX: 150°  
AMA: 30°  
EXT: 80°

- Se debe registrar la descripción de la condición clínica de los segmentos adyacentes y no solo el segmento afectado.

Campo definido: EXAMEN FÍSICO


- Plan de objetivos

La prescripción de medicamentos debe ser genérica y no debe aparecer la denominación comercial con la que se homologa dentro de la historia clínica, la formulación de medicamentos debe diligenciarse en orden anexa digital y el ordenamiento debe ser unificado y no una hoja para cada ordenamiento ya sea el caso de la cada atención y de acuerdo a las ordenes enviadas.

### **Información y campos de diligenciamiento obligatorio en historia clínica en Actividades de apoyo terapéutico**

Los campos de historia clínica de obligatorio cumplimiento para los profesionales de apoyo terapéutico son:


- Definición de la consulta si es virtual o presencial así:  
"Consulta Virtual"  
"Consulta Presencial" El campo definido es: MOTIVO DE CONSULTA  
Ejemplo: Valoración, control o finalización "consulta virtual"  
Valoración, control o finalización "consulta presencial"
- Siniestro: es indispensable diligenciar el número del siniestro y la fecha del siniestro, el campo definido es: MOTIVO DE CONSULTA  
Ejemplo: Siniestro: 1111111/ 16 /02/2020
- Es indispensable registrar nombre del médico que remite; fecha de la remisión y objetivo de la remisión.  
Campo definido es: ENFERMEDAD ACTUAL  
Ejemplo: Paciente remitido por el Med especialista neurología, Pepito Pérez, el día 15 de enero de 2021 para una valoración con Medicina laboral por un accidente de trabajo.
- Diagnóstico: se debe agregar diagnóstico de apoyo terapéutico
- Goniometría: Es Indispensable se reporte en caracteres numéricos y no nominales  
Campo definido es: EXAMEN FÍSICO  
Ejemplo: FLX: 150°  
AMA: 30°  
EXT: 80°

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-028	
	<b>Fecha Vigente</b>	25/03/2021	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 5 de 9

- Se debe registrar la descripción de la condición clínica de los segmentos adyacentes y no solo el segmento afectado.  
Campo definido: EXAMEN FÍSICO
- Para los usuarios de ARL se debe llenar todos los campos requeridos sin omitir información y se realiza durante o al finalizar la atención del paciente, ya sea para historia clínica de ingreso, evolución diaria o finalización de tratamiento este proceso se debe realizar diariamente, la información se registra en el software del centro médico Aficenter en el aplicativo GCI con su respectivo usuario y contraseña y para los casos que se requiera se debe realizar en el aplicativo de la ARL de manera obligatoria (ARL Positiva, Equidad) todos los profesionales deben tener usuario y contraseña en caso de no contar con usuario, debe comunicarlo al líder asistencial al correo [liderasistencial @aficenter.com](mailto:liderasistencial@aficenter.com)
- Para usuarios ARL Colmena se debe realizar evolución de ingreso o valoración inicial y finalización.
- Para usuario de EPS cápita se debe realizar nota de ingreso o valoración inicial, evolución de tratamiento cada 5 terapias y finalización de tratamiento.
- Para usuarios EPS Plan complementario y póliza se debe Realizar nota de ingreso o valoración inicial, evolución diaria y finalización.

## 5. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- **Electrónica:** El profesional de la salud tendrá su usuario y contraseña para acceder al módulo de historia clínica de GCI, debe ser escrita en forma clara 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 digital del autor de la misma.
- **En caso de fallas en el sistema se debe hacer de manera manual**
- **La historia clínica Manual:** Se debe diligenciar manual escrita 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 ese realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.
- A todo usuario que se atiende por primera vez se le debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.
- La identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.
- Cuando se trate de personas sin documento de identidad: El tipo de documento a utilizar es AS (adulto sin identificar) o MS (menor sin identificar).

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-028	
	<b>Fecha Vigente</b>	25/03/2021	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 6 de 9

## 6. COMPONENTES

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

### Identificación del usuario

Los contenidos mínimos de la identificación del usuario en la historia son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, correo electrónico dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

### Anexos

- Los anexos de la historia son: consentimiento informado, declaración de retiro voluntario y demás documentos que sean importantes para el proceso de atención del paciente.
- Los reportes de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas son entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas que el centro médico Aficenter ha establecido en forma obligatoria para tal fin.

El centro médico Aficenter cuenta con archivo físico dentro de la sede principal para los consentimientos informados donde se guardan de manera ascendente por fecha y entidad respectiva según sea el caso.

### Acceso a la Historia Clínica

Las copias de la historia clínica se entregan al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite. Las historias clínicas se encuentran organizadas por el número de documento del usuario en orden cronológico.


Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- El usuario.
- El Equipo de Salud.
- Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- Las demás personas determinadas en la ley.

El acceso a la historia clínica, es única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

### El Proceso de solicitud de copia de historias clínicas se llevará a cabo de la siguiente manera

- Los pacientes o entidades que soliciten copia de historias clínicas deben realizarlo por medio escrito, dirigiendo una carta al centro médico Aficenter se recepciona la solicitud y en un tiempo no mayor a 48 horas realiza la entrega de la copia de

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-028	
	<b>Fecha Vigente</b>	25/03/2021	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 7 de 9

historia clínica, esta solicitud se puede hacer por medio de correo electrónico [servicioalclienteaficenter.com.co](mailto:servicioalclienteaficenter.com.co) o en Admisiones.

### **Disposición final del expediente de historia clínica**

La disposición final y la consecuente eliminación de historias clínicas, procederá a llevarse a cabo, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:


- Que se haya cumplido el tiempo de retención y conservación documental.
- Que se haya adelantado el procedimiento de publicación.
- Que se haya adelantado la valoración correspondiente, orientada a determinar si la información contenida en las historias a eliminar posee o no valor secundario (científico, histórico o cultural), en los términos establecidos por el Archivo General de la Nación, de lo cual se dejará constancia en un acta, que será firmada por la representante legal del centro médico Aficenter y por el revisor fiscal cuando a ello haya lugar, acompañada del respectivo inventario en el que se identifique la valoración realizada a cada una de aquellas.
- **Retención y tiempo de conservación**
- De acuerdo a lo establecido en la Resolución 839 de 2017, la historia clínica debe retenerse y conservarse, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención.
- Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central.
- Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán.
- Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios.
- Cumplidos dichos términos, con miras a propender por la entrega de la historia clínica al usuario, de forma previa al proceso de disposición final, se publicarán como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional, con un intervalo de ocho (8) días entre el primer aviso y el segundo, en los que indicará el plazo y las condiciones para la citada entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contados a partir de la publicación del último aviso.

### **Procedimiento de eliminación de historias clínicas**

Se Identificarán cada una de las historias clínicas que se vayan a eliminar, de lo cual levantará un acta denominada "acta de eliminación", indicando la fecha y el número de expedientes a eliminar, que será firmada por la representante legal del centro médico Aficenter, por el responsable del archivo de historias clínicas y por el revisor fiscal cuando normativamente deba tenerlo.

Dicha acta, adicionalmente deberá contener el señalamiento expreso de que se ha Cumplido con los tiempos de retención y conservación establecidos, a la cual deberá anexarse el acta que contenga el análisis sobre el valor secundario de las historias clínicas.



	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-028	
	<b>Fecha Vigente</b>	25/03/2021	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 8 de 9

Se elaborarán el inventario documental, de conformidad con el Formato Único de Inventario Documental y su instructivo, reglamentado por el Archivo General de la Nación, el cual se deberá publicar en medio de amplia difusión o en la página de internet.

La eliminación de historias clínicas deberá estar respaldada en las tablas de retención o las tablas de valoración documental. Este último instrumento archivístico se elaborará y aplicará cuando posean fondos documentales acumulados, todo acorde a la debida sustentación técnica, legal o administrativa, y consignada en conceptos técnicos emitidos por el Comité de Historias Clínicas.

### **Manejo de los registros en caso de cierre definitivo**


De acuerdo a lo establecido por la normativa vigencia, se deberán:

- Identificar cada una de las historias clínicas a eliminar, de lo cual levantarán un acta denominada "acta de eliminación", indicando la fecha y el número de expedientes a eliminar, que será firmada por el liquidador, el representante legal de la entidad que haya recibido las historias clínicas o quien éste delegue, por el mandatario o por el vocero del Patrimonio Autónomo de Remanentes, según corresponda. Dicha acta, adicionalmente deberá contener el señalamiento expreso de que se ha cumplido con los tiempos de retención y conservación establecidos, a la cual deberá anexarse el acta que contenga el análisis sobre el valor secundario de las historias clínicas.
- Elaborar el inventario documental, de conformidad con el Formato Único de Inventario Documental y su instructivo, reglamentado por el Archivo General de la Nación, que deberán publicar en medio de amplia difusión o en la página de internet.
- La eliminación de historias clínicas deberá estar respaldada en las tablas de retención documental o las tablas de valoración documental. Este último instrumento archivístico se elaborará y aplicará cuando posean fondos documentales acumulados, todo acorde a la debida sustentación técnica, legal o administrativa, consignada en los correspondientes conceptos técnicos.
- La eliminación se deberá llevar a cabo por series y subseries documentales y no por tipos documentales. Por ningún motivo se podrán eliminar documentos individuales de una historia clínica o una serie, excepto que se trate de copias idénticas o duplicados.

### **Historias clínicas de personas sin afiliación**

Cuando se presenten casos de personas sin afiliación a una Entidad Promotora de Salud, las historias clínicas serán entregadas a la entidad departamental o distrital de salud.



	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-028	
	<b>Fecha Vigente</b>	25/03/2021	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 9 de 9

La entrega se realizará mediante acta, la cual deberá ir acompañada de un inventario documental.

#### **Seguridad del archivo de historias clínicas**

Las historias clínicas son archivadas en un área restringida, con acceso limitado, autorizado solo para el personal de la IPS, conservando las historias clínicas en condiciones que garantizan la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

El archivo de historia clínica de la IPS se encuentra en el sótano de la sede principal, es custodiado por personal debidamente entrenado y capacitado.

#### **Medios Técnicos de registro y conservación de la historia clínica**

Actualmente se maneja el software para historia clínica GCI el cual cuenta con los mecanismos de seguridad necesarios, que imposibilitan la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos, Como lo determina el manual del Software.

En todo caso se protege la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y se adoptan las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada, mediante códigos, alertas y otros indicadores que permiten asegurar la información de forma que se establece con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

Los perfiles entregados a cada usuario son de acuerdo al cargo que realizaría en la institución.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Resolución 839 de 2017: Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones
- Acuerdo 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 y se regula el Inventario Único Documental.
- Resolución 1995 de 1999: Por la cual se establecen normas para el manejo de la HistoriaClínica.