
 <div>Hospital El Pino Servicio de Salud Metropolitano Sur <</div>
--

PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN EN RED Y EVENTUAL TRASLADO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Dr. Edgardo Villavicencio Jefe Unidad Gestión de Pacientes Hospital y CRS El Pino	Claudio Gonzalez Jefe de SOME Mariluz Alfaro Unidad Calidad y Seguridad de los pacientes Hospital y CRS El Pino	Patricio Vera Mutizabal Director Hospital y CRS El Pino
Fecha: 18 de Junio del 2018	Fecha: 20 de Junio del 2018	Fecha: 22 de Junio del 2018

 <p>Hospital El Pino Servicio de Salud Metropolitano Sur Ministerio de Salud</p>	HOSPITAL Y CRS EL PINO DIRECCIÓN	Característica : No Aplica
		Código: H-64
		Fecha de Aprobación: 22 de Junio del 2018
		Fecha de Vigencia: 22 de Junio del 2023
		Revisión :00
PROTOCOLO HOSPITALIZACIÓN EN RED Y EVENTUAL TRASLADO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR		

1. Objetivo:

- Resguardar la Seguridad del paciente otorgando prestaciones necesarias para su recuperación durante la estadía en Hospital y CRS el Pino.
- Derivar oportunamente a la Red Sur u otro establecimiento a los pacientes que necesiten prestaciones que no se encuentran en la cartera de servicio del HEP.
- Informar al paciente del protocolo de traslado de la RED SSMS u otro establecimiento.


2. Alcance:

- Funcionarios de los servicios hospitalizados involucrados en el procedimiento de traslados de pacientes a la Red u otro establecimiento de salud.
- Establecimientos de la Red Sur:
 1. Hospital y CRS El Pino.
 2. Hospital San Luis de Buin
 3. Hospital Barros Luco Trudeau
 4. Hospital Exequiel González Cortés (Pediátrico)
 5. Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova
 6. Hospital Psiquiátrico El Peral
 7. Hospital Parroquial de San Bernardo
 8. U otro

3. Responsables:

Supervisión

- Unidad de Gestión de pacientes: Velar que el procedimiento se realice oportunamente.
- Jefe SOME: Velar que el procedimiento se realice al ingreso y se resguarde la información.

 <div>Hospital El Pino Servicio de Salud Metropolitano Sur Ministerio de Salud</div>	HOSPITAL Y CRS EL PINO DIRECCIÓN	Característica : No Aplica
		Código: H-64
		Fecha de Aprobación: 22 de Junio del 2018
		Fecha de Vigencia: 22 de Junio del 2023
		Revisión :00
PROTOCOLO HOSPITALIZACIÓN EN RED Y EVENTUAL TRASLADO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR		

Ejecución:

- **Funcionarios administrativos SOME :**
 1. Debe informar al paciente al ingreso de su hospitalización y obtener documentación con su firma respectiva.
 2. Debe custodiar y archivar documentos firmados en la ficha de pacientes.
- **Profesionales de la Unidad de Gestión de Pacientes:**
 1. Debe informar al paciente antes del traslado y obtener documentación con su firma respectiva.
 2. Debe remitir a SOME custodiar y archivar documentos firmados en la ficha de pacientes.

Definiciones:


NA

5. Desarrollo:

Al momento de realizar el ingreso administrativo de todos los pacientes hospitalizados, el funcionario de SOME deberá entregar el documentos **(Anexo 1)** para aceptar las condiciones de Hospitalización y eventualmente traslado a la Red si corresponde, con el propósito de comprenda la lectura y se obtenga la firma (paciente o familiar responsable). Si el paciente fuera analfabeto el funcionario debe hacer lectura de este para obtener la firma y/o huella digital, además de aclarar dudas si las tuviera.

Este documento quedará reservado en SOME para su posterior archivo en la carátula correspondiente.

El profesional de la Unidad de Gestión de pacientes entregará documento **(Anexo 2)** con el propósito de respaldar la aceptación de traslado, asegurando su lectura y obteniendo su firma (paciente o familiar responsable). Si el paciente fuera analfabeto el funcionario debe hacer lectura de este para obtener la firma y/o huella digital o aclarar dudas si las tuviera.

 <div>Hospital El Pino Servicio de Salud Metropolitano Sur <</div>
--

Este documento será reservado en la Unidad de Gestión de pacientes transitoriamente y remitido periódicamente a SOME para su posterior archivo en la carátula correspondiente junto con el documento que se firmó al ingreso del paciente.

Observación:

Este documento en ningún caso reemplaza al Consentimiento informado Quirúrgico y/o procedimientos clínicos de riesgo.

6. Documentación de Referencia:

Resolución ex. N° 1074, con fecha 11/05/2018, Departamento Asesoría Jurídica. Apruébese Consentimiento Informado Hospitalización en Red y eventual traslado del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

7. Distribución:

Digital Urgencias, CCRR Hospitalización, Gestor de camas


8. Flujograma: NA

9. Control cambio de Documento

Corrección N°	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicado en
00	22/06/2018	Edición	SISQ-CC

ANEXO 1:

Formularios

 Hospital El Pino Servicio de Salud Metropolitano Sur Ministerio de Salud	HOSPITAL Y CRS EL PINO DIRECCIÓN	Característica : No Aplica
		Código: H-64
		Fecha de Aprobación: 22 de Junio del 2018
		Fecha de Vigencia: 22 de Junio del 2023
		Revisión :00
PROTOCOLO HOSPITALIZACIÓN EN RED Y EVENTUAL TRASLADO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR		



ACEPTACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN RED Y EVENTUAL TRASLADO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

San Bernardo, ____ de ____ de 20____/

NOMBRE PACIENTE: _____ **RUN:** _____

Usted, o su familiar ha ingresado a un hospital perteneciente a la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), por lo que, si su médico lo indica, deberá permanecer hospitalizado en este establecimiento o en cualquiera de los que a continuación se señalan: Hospital el Pino, Hospital San Luis de Buin, Hospital Barros Luco Trudeau, Hospital Exequiel González Cortés (Pediátrico), Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova, Hospital Psiquiátrico El Peral, Hospital Parroquial de San Bernardo, U otro.

Frente a esta situación, es importante que usted reciba y comprenda la siguiente información:

1. La naturaleza de la enfermedad, sus eventuales complicaciones, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para tratar dicha enfermedad.
2. Que el cuadro clínico eventualmente puede evolucionar a mayor gravedad, o menor gravedad, y cambiar los requerimientos de apoyo para su recuperación, por lo que puede ser necesario trasladarlo, a otra unidad dentro de este establecimiento, a otro establecimiento hospitalario de la red del SSMS, o, inclusive, a otro establecimiento público o privado según convenios vigentes, lo cual se le informará lo antes posible.
3. De ser necesario el traslado a otro establecimiento debe saber que, tanto la derivación, así como el reingreso al hospital de origen, será responsabilidad de esta institución, de acuerdo a la complejidad de su estado de salud, asegurándole las atenciones que requiera para un traslado seguro y oportuno, el cual no incurre en ningún tipo de cobro extra para Ud.
4. Que aún el mejor estudio y tratamiento no pueden asegurar la ausencia de complicaciones y/o la recuperación integral de su salud.
5. Que usted recibirá la atención necesaria según su enfermedad y condición y convenios disponibles en el país, establecidos por normativa del Ministerio de Salud.
6. Que este establecimiento cuenta con un convenio asistencial docente, lo que implica la presencia de alumnos en formación y que pudieran participar de su atención, bajo supervisión de profesionales especializados.
7. Que esta institución tiene normas y Ud. se compromete a respetar.
8. Que existe un horario de visitas que debe respetar y que pudiese verse interrumpido transitoriamente según necesidades del equipo de salud.
9. Que, de ser necesario, se aplicarán medidas preventivas como barandas en alto, colchón antiescaras y contención física o farmacológica, con el fin de resguardar la seguridad del paciente.

Declaro comprender la información respaldada en este documento y que en cualquier momento puedo revocar mi decisión, asumiendo la responsabilidad y los riesgos que esto implica para mi salud.

Acepto Hospitalización

SI



NO



Nombre del paciente o representante

Rut

Firma

