
 <div>Hospital El Pino</div> <div>Servicio de Salud Metropolitano Sur</div> <div>Ministerio de Salud</div>	<div>HOSPITAL Y CRS EL PINO</div> <div>DIRECCION HOSPITAL</div>	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

PROTOCOLO FICHA CLINICA UNICA E INDIVIDUAL

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
E.U Gabriela Chacana Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital y CRS El Pino	Sra. Nora Galvez Directora CRS Hospital Y CRS El Pino	Dr. Francisco San Miguel Director Hospital y CRS El Pino
	Sra. Maglen Aravena Jefa de CCRR CRS Hospital El Pino	
	MT Mariluz Alfaro Unidad de Calidad y Seguridad Hospital y CRS El Pino	
Fecha: 19 de Julio del 2012	Fecha: 20 de Julio del 2012	Fecha: 01 de Agosto del 2012

	HOSPITAL Y CRS EL PINO DIRECCION HOSPITAL	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

1. Objetivo:

Contar con la historia clínica del paciente en documento único, integro, accesible, que asegure la continuidad y confidencialidad de los registros clínicos y administrativos de las atenciones del paciente.

2. Alcance:

Todos los CCRR, CC del Hospital y CRS El Pino.

3. Responsables

Elaboración

- Jefe de SOME es el responsable de velar por la confección, custodia, conservación y distribución de la ficha clínica

Supervisión


- Jefe de SOME, Jefes y Supervisores de CCRR serán los encargados que este protocolo se cumpla.

Ejecución

- Todos los profesionales médicos y no médicos, que participen de la atención de Salud.
- Todos los administrativos que participen en las diferentes etapas de confección, manejo y custodia de la ficha clínica.

4. Definiciones:

Ficha Clínica (FC EN SOPORTE PAPEL): "La ficha clínica es el instrumento en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a Atención Clínica Ambulatoria en los Servicios de Especialidades, (CRS) y en los servicios de hospitalización. Y tiene como finalidad el acopio de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el acceso, la conservación y la confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella".

	HOSPITAL Y CRS EL PINO DIRECCION HOSPITAL	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

Datos sensibles: Datos personales que revelan origen racial y étnico, opiniones políticas, convicciones religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información referente a la salud o a la vida sexual.

Sigla

SIDRA: Sistema de la Información de la Red Asistencial.

(MA SS): significa Mesa de Ayuda SSMS

TIP: tarjeta de identificación del paciente

5. Desarrollo:

CARACTERISTICAS DE LA FICHAS

- **Ficha clínica única e individual**


Existe una ficha clínica por paciente, con un único número de identificación, el que se asigna al momento de ingresar el paciente por primera vez a la Institución.

La ficha clínica única, puede estar contenida en dos tipos de soporte, no obstante mantiene su número de identificación. Estos soportes son:

1. Ficha en papel con registros de datos con antecedentes del paciente en la carátula.
2. **Registros Clínico electrónico**, SIDRA que mantiene el número de ficha único del paciente.

El hospital El Pino, es uno de los primeros hospitales en la ejecución de este Sistema. Este será implementado gradualmente.

La implementación gradual se inició con el Servicio de Salud Mental, que actualmente usan el soporte en papel en forma discrecional, (a solicitud). Se debe destacar que el uso de la receta electrónica forma parte de las indicaciones médicas y será considerada parte de la evolución clínica. Esto implica que la sola emisión de la receta médica vía sistema electrónico, con recepción en farmacia para su correspondiente despacho, será considerada evolución, solo en los casos de consulta abreviada. La emisión de la receta debe considerar el nombre del paciente, asociado a Rut y N° de ficha, nombre del fármaco, posología, tiempo de despacho (7-15-30 días a seis meses). También se considerará evolución clínica la generación de una orden electrónica con

 <div>Hospital El Pino</div> <div>Servicio de Salud Metropolitano Sur</div> <div>Ministerio de Salud</div>	<div>HOSPITAL Y CRS EL PINO</div> <div>DIRECCION HOSPITAL</div>	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

la indicación de exámenes, derivados a Imagenología o laboratorio clínico, al igual que la realización de una solicitud de interconsulta considerándose, evolución clínica en el sistema electrónico.

En el ámbito del Servicio de Urgencia se ha avanzado en la elaboración del dato de urgencia maternal, DAU que no forma parte de la ficha Clínica única, sin embargo estará a disposición del equipo clínico, si se requiriera, ya que está asociado al Rut del paciente.

- **Confidencialidad de los datos contenidos en la FC EN SOPORTE PAPEL:**

La confidencialidad de la Ficha Clínica esta resguardada por el secreto Estadístico, que crea el Instituto Nacional de Estadísticas. refrendado por el Estatuto Administrativo.

Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica, como de estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible.

- **Acceso a la FC EN SOPORTE PAPEL:**

Ficha soporte en Papel:


El Archivo debe garantizar la disponibilidad y el acceso a la FC EN SOPORTE PAPEL cuando sea requerida para la atención del paciente.

Ficha y registro soporte Digital

Todos los accesos están encriptados (así viaja la información), las claves son personales, conocidas solo por los usuarios, sin intervención de terceros.

El acceso a la información está restringido por roles, que permite visualizar y realizar acciones dentro del ámbito de competencia definido para cada rol. Por ejemplo, un médico sólo puede ver la ficha de los pacientes que tiene para su atención (o por especialidad) y no cualquier otro paciente. Existe un encargado de Informática al que se le solicita acceso a las claves, a continuación se detalla el procedimiento:

1. Jefe o supervisor(a) de Servicio solicita la clave al Departamento de Informática.
2. Se registra ticket a nombre del funcionario que requiere acceso al sistema.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO DIRECCION HOSPITAL	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

3. Se envía solicitud a la Mesa de Ayuda SSMS (MA SS)
4. MA SS responde solicitud con usuario y clave inicial (clave debe ser modificada en el primer ingreso al sistema)
5. Se informa al solicitante y se finaliza el ticket

Observaciones:


Por tratarse de un Sistema Piloto, falta definir el perfil de acceso del equipo de salud a la información de los pacientes Hospitalizados, que han sido atendidos de manera ambulatoria con soporte electrónico en consultas de especialidades, durante el pilotaje se imprimirán las evoluciones. En hospitalización de Psiquiatría de Corta Estadía y salud Mental en general, se ha considerado información sensible que deberá ser solicitada al Servicio y visada por jefe de servicio.

La propiedad física y electrónica de la FC, pertenece al hospital y por lo tanto es responsabilidad institucional, la reserva de su contenido. No obstante, la titularidad de los datos contenidos en la FC es de propiedad del paciente.


“Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud del paciente no tendrán acceso a la información de la FC, incluyendo al personal de salud y administrativo del mismo prestador, que no estén vinculados a la atención de la persona”

Toda solicitud de información contenida en ellas, copias de FC u original completo o parte de ella, deberá ser solicitado por escrito a la Dirección del Hospital, a través de la SOME, quien tiene la facultad delegada del Director. Las personas y organismos que se indican, en los casos, forma y condiciones que se detallan podrán realizar dicha solicitud:

- Al titular de la ficha clínica, su representante legal o a sus herederos en caso de fallecimiento.
- A un tercero debidamente autorizado por titular, mediante poder simple.
- A los tribunales de Justicia, siempre que la solicitud se relacione con una causa.
- A los fiscales del Ministerio Público y los abogados, con la debida autorización del Juez que esté a cargo de la causa.

 <div>Hospital El Pino</div> <div>Servicio de Salud Metropolitano Sur</div> <div>Ministerio de Salud</div>	<div>HOSPITAL Y CRS EL PINO</div> <div>DIRECCION HOSPITAL</div>	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

Todas las situaciones descritas, ya sea instituciones y personas indicadas deberán adoptar y asegurar la reserva de la identidad del titular de la ficha clínica a las que accedan y que esta sea utilizada sólo para los fines para los cuales fue requerida, cumpliendo las normativas relacionado con seguridad de la información, protección de datos personales y la ley de derechos y deberes de los pacientes.(En estricto cumplimiento de la ley)

	HOSPITAL Y CRS EL PINO DIRECCION HOSPITAL	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		


Procedimiento:

CONSIDERACIONES GENERALES DE LA FICHA CLINICA:

1. Letra legible (comprensible)
2. Ordenadas por Episodio de morbilidad con el objeto de facilitar el análisis de antecedentes y la incorporación de nueva información (Ficha soporte papel).La ficha soporte Electrónico considera orden de registro.
3. Se puede considerar la presencia de los siguientes documentos dependiendo del tipo de atención:
 - Epicrisis
 - Evolución Médica y/o de otros profesionales
 - Hoja de indicaciones Médicas en pacientes hospitalizados.
 - Hoja de Ingreso Médico; en el caso de los Servicios; Maternidad, Ginecología, Urgencia y Neonatología cuentan con formato propio.
 - En los casos de intervenciones quirúrgicas (Consentimiento informado quirúrgico, Protocolo Operatorio, Evaluación de Pre Anestesia, Hoja de Anestesia, Lista de verificación Quirúrgica, Registro viraje control esterilización, Procedimiento de Pabellón, otros)
 - Informes de exámenes (Laboratorio e imágenes) (si no han sido entregados al paciente)
 - Hojas de Enfermería
 - Dato de Urgencia (eventualmente).
4. Se permite el uso de abreviaturas estándar para salud (ej: SHE, ERCP; EDA BAJA O ALTA, CESFAM, CECOF, COSAM, HTA, DM, MINSAL, PRAIS)
5. Para enmendar, se debe usar de preferencia una línea sobre lo escrito y firmar en caso que sea necesario. Se sugiere evitar el uso de corrector o el remarcar hasta evitar la legibilidad de lo escrito erróneamente. Es preferible el tachado, a objeto de evitar que se atribuya intenciones de ocultamiento frente a la ilegibilidad del antecedente erróneamente escrito. Ej. ~~error~~ : forma sugerida. ■ no recomendable.

6. Personal que puede acceder internamente a la ficha clínica

- Atención Clínica del paciente Hospitalizado en servicios o centros de responsabilidad.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO DIRECCION HOSPITAL	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

- Atención administrativa del paciente.
- Codificación GRD.
- Auditoría de procesos de atención clínica registrados en ficha clínica
- Evaluaciones del Comité de Ética
- Investigaciones clínicas autorizadas.
- Gestion de Reclamos.
- Atención Clínica en Centro Referencia de Salud El Pino, para atención ambulatoria o actividad quirúrgica ambulatoria: Tabla Quirúrgica.
- Auditoria interna y externa por materia de cumplimiento de garantías explícitas de salud
- Gestión de lista de espera Auge y NO Auge.
- Sumarios Administrativos.
- Aquellos determinados por Ley u otros organismos.
- Todos aquellos autorizados por el Director del Establecimiento que no contravengan la Legislación de Derechos y deberes del paciente.

7. Personal que puede acceder externamente a la ficha clínica

- Solicitudes de Organismos del Estado y Tribunales de Justicia u orden judicial, Fiscales jueces, abogados patrocinantes en incapacidad del paciente.
- Pacientes o familiares de paciente cuando corresponda (copia).
- Compañías de seguro, autorizadas por el paciente o familia. (copia).


CONFECCION DE LA FICHA CLÍNICA

Confección de Carátula de la FC :

El responsable del llenado de la carátula u otro medio de soporte es el personal del SOME. En caso de soporte Papel se denomina caratula y en caso del soporte digital el nombre habitual es TIP. En todo medio la el registro paciente o TIP es de carácter obligatorio.

Debe contener como datos mínimos lo siguiente:

- N° de ficha
- Nombre del Establecimiento.
- Nombre y Apellidos del paciente.(o hijo o RN de, Recién Nacido en S. de Neonatología)

	HOSPITAL Y CRS EL PINO DIRECCION HOSPITAL	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		


- Sexo.
- Fecha de admisión al establecimiento.
- Fecha nacimiento
- RUT del paciente. o RUT institucional en caso de no poder acceder al Rut verdadero. RUT institucional corresponde a un N° Único, Correlativo Y No Replicable asignado por el sistema informático (oracles).
- Domicilio del paciente.
- Previsión del paciente.
- Otros: si dispone de teléfono de contacto (propio o de recados)

Observación:

En consideración a la implementación de **sistema de rotulación y lectura de código de barras** se está adosando a la caratula una etiqueta con los mínimos datos de identificación a señalar: volumen (cuando supera la capacidad de contención de la caratula se abre el siguiente volumen del mismo documento) N° de ficha, Establecimiento, Fecha inscripción,(corresponde a la fecha de apertura ficha Clinica) Apellidos/Nombres, RUT, Fecha de nacimiento, Sexo, Código de barra.

El símil de la Carátula del soporte papel, en sistema digital, se denomina Registro Paciente, conocido también en el sistema digital previo como TIP (Tarjeta Identificación Paciente).

- N° de Registro (Datos de identificación del paciente antecedentes personales)
- N° Ficha Clínica
- Registro Médico (corresponde al buscador en la RED) arroja los antecedentes de aperturas de ficha en otros establecimientos de la red.
- Tipo de paciente si es identificable o NO
- Nacionalidad
- RUN o RUT
- Otros documentos de identificación (pasaportes)
- Apellido Paterno
- Apellido Materno
- Nombres
- Sexo
- Fecha Nacimiento
- Edad (automática).

 <div>Hospital El Pino</div> <div>Servicio de Salud Metropolitano Sur</div> <div>Ministerio de Salud</div>	<div>HOSPITAL Y CRS EL PINO</div> <div>DIRECCION HOSPITAL</div>	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

- Dirección (Otra dirección)
- Teléfono (Contacto, Celular, Recado, E-mail)
- Servicio de Salud (Establecimiento de Inscripción, Sector)
- Previsión
- Otras Observaciones.

Observaciones: La actualización de los datos se registra en Auditoría en Pantalla (Nombre usuario, Hospital fecha y hora)

Solicitud de Ficha clínica Ambulatoria para consulta médica.

Si el paciente tiene ficha confeccionada se solicita a SOME. Por listado de ingresos confeccionado por estadística o a través de un Sistema informático que permite además el seguimiento de éstas. O vía telefónica con reconocimiento de origen y destino si cuenta con código de barra. De lo contrario persiste el uso de tarjetón de reemplazo.

MANEJO DE LA FC


La FC podrá estar contenida en varios tomos, según sea su volumen o historial del paciente.

Toda FC en papel debe ser mantenida en el servicio clínico, donde el paciente esté hospitalizado.

El traslado interno de la FC sólo será realizado por personal de la institución.

Si el paciente requiere de prestaciones con las que no cuenta nuestra institución, se derivará al paciente. Para lo cual debe llevar interconsulta junto con la ficha. Esta **FC debe retornar al establecimiento**, luego de la atención, independiente del hecho, de que el paciente quedase hospitalizado en el centro de destino. El responsable del retorno de la FC, es el personal del hospital que acompaña al paciente. **(Sea personal clínico del servicio de origen o personal del servicio de movilización)**

Si el paciente tuviera indicación de traslado a otro establecimiento para hospitalización, la Ficha Clínica, **No** debe salir de la institución **Hospital El Pino**, por lo tanto en estas circunstancias el Médico Tratante o Médico de turno, **DEBE** confeccionar un resumen de traslado, al que se adjuntarán los exámenes de laboratorio y de Imagenología si se encuentran disponibles.

 <div>Hospital El Pino</div> <div>Servicio de Salud Metropolitano Sur</div> <div>Ministerio de Salud</div>	<div>HOSPITAL Y CRS EL PINO</div> <div>DIRECCION HOSPITAL</div>	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LA FC EN SOPORTE PAPEL:

La conservación de la Ficha Clínica implica su custodia, es decir, que sea preservada la información contenida en ella. La conservación no sólo significa que se guarde, sino también que se preserve la información, en el ámbito hospitalario **corresponde al S.O.M.E.** (Sección de Orientación Médica y Estadística).

La ficha clínica permanecerá en poder del prestador, por un período **de al menos quince años** desde su última atención.

6. Documentación de Referencia


- Ley N° 20584, Derechos y Deberes del Paciente, vigencia diferida, 01 octubre 2012.
- DS N° 42, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud
- DS 369 , Manual de SOME 1985

7. Distribución

- **Todos los centros de responsabilidad clínico** (Medicina, UPC Adulto, Cirugía, Maternidad, Pensionado, Pabellón, Corta Estadía, Urgencias Adulto / Pediátrica/ Maternidad, Pediatría, Neonatología.
- **CRS** (PAE, CAROP, Medicina Respiratoria Infantil, Kinesiología; Dental)

8. Flujograma

No aplica

 <div>Hospital El Pino</div> <div>Servicio de Salud Metropolitano Sur</div> <div>Ministerio de Salud</div>	<div>HOSPITAL Y CRS EL PINO</div> <div>DIRECCION HOSPITAL</div>	Característica: REG 1.1
		Código:H-02
		Fecha de Aprobación : 01 de Agosto del 2012
		Fecha de Vigencia: 01 de Agosto del 2017
		Revisión 02
PROTOCOLO FICHA CLINICA ÚNICA E INDIVIDUAL		

9. Control de Cambio del documento

Corrección Nº	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicad o en
1º	18/10/2011	Disposiciones de ley Nº 20584, regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a la atención de salud. Se incorpora contenidos mínimos de cada registro según se describe en la característica REG 1.2	SIS Q
2ª	19/07/2012	Disposiciones de ley Nº 20584, regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a la atención de salud. Se agrega observación de etiqueta en caratula de ficha. Se eliminan contenidos mínimos de cada registro según característica REG 1.2	SIS Q

10. Anexos

No aplica