**HISTORIA CLINICA**

Es un documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal de la salud con el usuario, todos los actos y actividades médico sanitarias realizados en él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta la muerte, y puede ser utilizada por todos las entidades de salud donde acuda el usuario.

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia, es pues el instrumento básico para una buena atención ya que se tiene una visión global y completa para prestar el servicio.

También es utilizada en:

Docencia e investigación, a partir de la historia clínica pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

El secreto medico, la confidencialidad y la intimidad son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan.

La historia clínica se caracteriza por lo siguiente:

Seguridad: consta de la identificación del paciente, y personal que interviene a lo largo del proceso asistencial

Disponibilidad: aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos. El documento debe estar disponible, en los casos legal mente contemplados.

Única: debe ser única para cada paciente

Legible: una historia clínica mal ordenada y difícilmente perceptible perjudica a todos los miembros de la salud 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.

Veracidad: debe caracterizarse por escribir solo la verdad de no cumplir tal requisito puede incurrir en un delito tipificado como falsedad en documento.

Exacta: los datos consignados deben ser precisos y concretos.

Rigor técnico de los registros: los datos deben realizarse con carácter objetivo y científico, debiendo ser respetuosa a las afirmaciones y conceptos del paciente.

La historia clínica debe realizarse de forma simultánea con la asistencia prestada al usuario.

Completa: debe contener los datos suficientes y sintéticos sobre las patologías del paciente, reflejándose todo acto clínico asistencial.

Identificación del profesional: todo el personal debe constar de identificación, con nombre y apellidos legibles y numero de tarjeta profesional.

El tema del adecuado diligenciamiento de la historia clínica, ha ganado suma importancia en nuestros días por varios motivos, uno de ellos es las demandas, un recurso que los pacientes están aprendiendo a utilizar en algunos casos de manera justificada y en otros de manera oportunista buscando un beneficio económico; otro motivo es responder adecuadamente a las medidas de control que por mandato legal realizan las IPS o EPS a sus profesionales prestadores del servicio.

La Resolución No. 1995 del 08 de julio de 1999 llega como una norma que responde en forma bastante clara muchas de las preguntas que antes nos hacíamos con respecto al diligenciamiento de la historia clínica. La norma no solamente apunta hacia el diligenciamiento, sino que también define reglas para la administración, conservación, custodia y confidencialidad.

El primer punto es la falta de información donde tenemos la tendencia a pecar por defecto, pues analizando historias de diferentes profesionales tanto del ámbito institucional como privado, donde se observa que vamos rápidamente al registro de los procedimientos realizados, dejando escasa información acerca del estado de salud del paciente. Los registros se deben hacer en forma secuencial, en el orden cronológico en que suceden las cosas, sin embargo, en la actualidad no solamente debemos registrar la fecha, sino también la hora de la atención. La norma no es clara en cuanto a qué hora se debe registrar.

Cuando la historia consta de más de un folio (hoja), éstos deben numerarse en forma consecutiva, teniendo en cuenta que también forman parte de la historia clínica los anexos como *el*  consentimiento informado, declaración de retiro voluntario y reportes de ayudas diagnósticas.

En el caso de losexámenes de laboratorio y radiografías, la Resolución nos concede potestad para delegar su custodia en el paciente mismo, siempre y cuando se escriban sus resultados en la historia. Para los "Rx," además debe dejarse constancia escrita, en la que el paciente firma al recibirlas, tras haber sido informado de la importancia de su conservación para análisis futuros.

El registro de la historia clínica no es ahora solamente una función del médico, si no de todo el equipo de salud que interviene en la atención del paciente, lo cual involucra al personal técnico y auxiliar que intervenga directamente en la atención, quienes tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas. A nivel institucional también involucra a los auditores.

El acceso a la historia clínica, por parte de terceros requiere ineludiblemente de la autorización del paciente, (se entiende por terceros las personas no pertenecientes al grupo de autorizados), que son, además del equipo de salud, las autoridades judiciales y por supuesto, el paciente mismo tiene derecho al acceso a su propia historia clínica, pues ley lo define como su propietario, pero la responsabilidad de la custodia recae totalmente sobre la institución que lo atiende, o en el profesional en el caso de la consulta particular.

Esta custodia que nos encomienda la ley, se extiende durante 20 años contados a partir de la última atención, es decir, que si una persona ha sido nuestro paciente durante 15 años y deja de asistir a control, en total debemos custodiar el documento durante 35 años.

Los registros en la historia clínica deben hacerse en forma oportuna, es decir, inmediatamente se atiende al paciente y deben ser: claros, legibles, sin tachones, enmendaduras o intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas (algo que acostumbramos mucho los profesionales de la salud). Cada anotación debe terminar con el nombre completo y firma del autor de la misma.

La numeración de la historia clínica es ahora estandarizada en todo el territorio nacional. Debe ser el mismo número de identificación de la persona, así:

http://www.coomeva.com.co/imagenes/galeria/img6730Cédula de ciudadanía, para mayores de edad.

http://www.coomeva.com.co/imagenes/galeria/img6730Tarjeta de identidad, para mayores de 7 años y menores de 18 años.

http://www.coomeva.com.co/imagenes/galeria/img6730Registro civil, para menores de 7 años.

http://www.coomeva.com.co/imagenes/galeria/img6730Número de pasaporte o cédula de extranjería, para los extranjeros.

http://www.coomeva.com.co/imagenes/galeria/img6730Número de cédula de la madre, seguido del número de orden del menor dentro del grupo familiar, para los menores sin documento. Se utiliza la cédula del padre en segunda instancia, en ausencia de la madre.

La sección de identificación del paciente, debe contener como mínimo los nombres y apellidos completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, direcciones y teléfonos, nombre de la entidad aseguradora si es del caso y tipo de vinculación. Además, deben figurar nombres y apellidos tanto del acompañante como del responsable con su parentesco. Es claro que el acompañante y el responsable o acudiente no siempre son la misma persona.

La historia clínica incluye documentos de distinto soporte como son:

1. **Papel escrito**: Tradicionalmente la historia clínica ha estado formada en mayor parte por papel escrito, sobre todo manuscrito. La historia clínica en papel tiene diversos inconvenientes como la legibilidad de la caligrafía, del volumen de espacio que ocupa, de su deterioro con el paso del tiempo y de su destrucción programada, para recuperar espacio en los archivos de los centros de salud.
2. Videos.
3. Fotografías.
4. Estudios radiológicos.
5. **Soporte informático:** En los nuevos hospitales y centros de salud las historias clínicas están informatizadas, mediante complejos programas informáticos que unifican la historia clínica. Existe un proyecto gratuito en América latina denominado Proyecto Ángel, que está desarrollando un sistema informático de gestión hospitalaria, que incluye una historia clínica con firma digital.

La historia clínica consta de:

* La **anamnesis:** Es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente.
* Exploración física o clínica.
* Pruebas o exámenes complementarios realizados por el médico.
* Juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y, finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad.
* Tratamiento instaurado.

Por tanto, los cinco componentes principales de la historia clínica son:

1. Datos subjetivos proporcionados por el paciente.
2. Datos objetivos obtenidos de la exploración física y de las exploraciones complementarias.
3. Diagnóstico.
4. Pronóstico
5. Tratamiento.

**A continuación veremos un modelo de cada hoja de la historia clìnica**

**HOJA DE INGRESO O ADMISION**

HOSPITAL XXXXX

No. HISTORIA CLINICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEGURIDAD SOCIAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IDENTIFICACION\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD\_\_\_\_\_\_\_ SEXO\_\_\_\_\_\_

NOMBRES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCION\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASIFICACION DEL TRIAGE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REMITIDO SI\_\_\_ NO\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUIRURGICOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOXICOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALERGICOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FARMACOLOGICOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

G. OBST\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OTROS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES FAMILIARES

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ORDENESMEDICAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HOJA DE EVOLUCION MEDICA**

**HOSPITAL XXXXX**

**No. HISTORIA CLINICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **HOJA DE EVOLUCION MEDICA** | |
| **FECHA/HORA** | **Toda nota de evolución debe tener la firma del medico que la escribe** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ORDENES MEDICAS**

**HOSPITAL XXXXX**

**No. HISTORIA CLINICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **ORDENES MÉDICAS** | |
| **FECHA/HORA** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**NOTAS DE ENFERMERIA**

**HOSPITAL XXXXX**

**No. HISTORIA CLINICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOTAS DE ENFERMERÍA** | |
| **FECHA/HORA** | **ACTIVIDADES DE ENFERMERIA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**HOJA DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº H.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sala:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cama:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA |  | |  | |  | |  | |  | |
| MEDICAMENTO | D | N | D | N | D | N | D | N | D | N |
| Nombre del medicamento:  Presentación:  Dosis:  Frecuencia:  Horario: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del medicamento:  Presentación:  Dosis:  Frecuencia:  Horario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del medicamento:  Presentación:  Dosis:  Frecuencia:  Horario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del medicamento:  Presentación:  Dosis:  Frecuencia:  Horario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del medicamento:  Presentación:  Dosis:  Frecuencia:  Horario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del medicamento:  Presentación:  Dosis:  Frecuencia:  Horario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del medicamento:  Presentación:  Dosis:  Frecuencia:  Horario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del medicamento:  Presentación:  Dosis:  Frecuencia:  Horario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FIRMA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HOJA DE SIGNOS VITALES

**NOTAS DE ENFERMERIA**

Para que un auxiliar pueda dar un cuidado individual que cumpla con los requisitos de calidad es indispensable conocer al paciente como persona y las implicaciones que para el tiene estar hospitalizado y lo relacionado específicamente con la patología y motivo de su hospitalización.

Por lo tanto el profesional de enfermería debe buscar las estrategias que le permitan optimizar el tiempo de su jornada laboral y responder a cada uno de los pacientes a su cargo con efectividad y eficiencia.

Por estas razones se han buscado mecanismos o herramientas que garanticen el cuidado y permitan establecer un control de las acciones realizadas y son:

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO

RONDA DE ENFERMERIA

REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA

* Notas de enfermería
* Control de líquidos
* Control de administración de medicamentos.
* Control de signos vitales.
* Control del estado neurológico.

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: es la actividad que realiza el personal de enfermería cuando llega a desarrollar su jornada laboral con el objeto de conocer la evolución de cada uno de los usuarios a su cargo, las actividades pendientes, los ingresos y en algunos casos las causas del ingreso.

La entrega de turno es la actividad que se realiza cuando termina su jornada laboral con el objeto de dar a conocer cada uno de los paciente .Los datos son:

* Nombre.
* Diagnostico medico actual ejemplo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Estado de ánimo y clínico: se reportan los signos vitales, el estado clínico, debe referirse al paciente con respeto y ética cundo este frente el paciente. No catalogar la paciente con rótulos negativos.
* Tratamientos realizados y reacciones al mismo: informar sobre la dieta, líquidos ordenados, líquidos eliminados, exámenes tomados o pendientes. hallazgos significativos al examen físico.
* Actividades pendientes como ínter consultas, traslados etc.
* cuidados específicos.

RONDA DE ENFERMERIA: es una actividad que realiza el personal de enfermería periódicamente durante un turno para dar un cuidado directo, determinar el cumplimiento de acciones y planear nuevas acciones, generalmente se realiza una hora después del recibo de turno.

REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA- NOTAS DE ENFERMERIA: es un registro claro ordenado concreto y sistemático de los hallazgos actividades y cuidados realizados al paciente, la nota se realiza durante el turno a medida que se van desarrollando las actividades.

Una buena nota debe ser corta, pero ofrecer la información completa, la letra debe ser legible, y especificar la hora exacta del registro; no deben dejarse espacios en blanco ni renglones, firmar entre las diferentes anotaciones o cuando se retira el paciente del servicio, debe firmar con el apellido completo y las iníciales del nombre de quién realiza la nota.

Debe incluir los siguientes datos:

* Día de hospitalización y postoperatorio o diagnostico.
* Estado de conciencia y lo que refiere el paciente.
* Elementos del tratamiento que el paciente tiene instaurados debe registrarse de manera céfalo caudal, en cuanto los líquidos que están perfundiendo en el momento del recibo se debe registrar cuanto falta por pasar en la bolsa o frasco y si el catéter esta permeable.
* Cuidados especiales informados en la entrega y que no estén registrados en las notas anteriores, si se adelanta la orden de cirugía etc.
* Las actividades que realiza en el paciente, o en caso que el paciente salga del servicio debe especificarse para donde va quien lo acompaña y en que condiciones sale, cambios de soluciones o cambio de catéter.
* Y el registro de la entrega de turno debe contemplar los siguientes datos.
* Posición en que deja el paciente.
* Signos vitales.
* Elementos del tratamiento instaurados.
* Actividades pendientes.

CONTROL DE LIQUIDOS

Es el registro de los líquidos administrados y eliminados por el paciente durante el turno. En las columnas de administrados es fundamental registrar únicamente lo que se le ha perfundido al paciente o lo que ha ingerido, pero nunca registre lo ordenado o iniciado puesto que por múltiples razones puede llegar a no pasarse.

CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Es el registro en la hoja correspondiente de los medicamentos que se le han administrado al paciente. En ella se especifica nombre del medicamento, dosis, vía, periodicidad y hora.

CONTROL DE SIGNOS VITALES

Es el registro de los datos cuantitativos de la valoración de los signos vitales. Los datos cualitativos se registran en las notas de enfermería o gráficamente, se han determinado universal mente colores para cada uno

CONTROL DE ESTADO NEUROLOGICO

Se refiere al registro en la llamada hoja neurológica de los datos cuantitativos de los signos vitales; el tamaño pupilar y su reacción a la luz; y los aspectos que determinan la escala de GLASLOW

PARTES DE LA HISTORIA CLINICA

1. HOJA DE ADMISION
2. EVOLUCION
3. ORDENES MEDICAS
4. EVOLUCION DE ENFERMERIA O NOTAS
5. HOJA DE SIGNOS VITALES
6. HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS
7. HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS
8. HOJA NEUROLOGICA
9. DESCRPCION QUIRURGICA
10. RESULTADOS DE EXAMENES DIGNOSTICAS O DE LABORATORIO.
11. FOTOCOPIA DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD