

Guía de Implementación

Mensajería HL7

V 3.3

Mensajes para Cuenta Médica FONASA

Proceso Ambulatorio y Hospitalización

Intercambio de Datos Cierre del Encuentro Médico

VERSIONES

Fecha	Asunto	Responsable	Ver.
28-08-2017	Guía de Implementación de mensajería para Cierre de Encuentro Médico	<ul style="list-style-type: none">❖ César Galindo (CENS)❖ Ignacio Pineda (Salud + Desarrollo)❖ Jorge Cristi (Salud + Desarrollo)❖ Carlos Núñez (FONASA)❖ Jorge Mansilla (CENS)❖ Marcelo Cabello	3.3

CONTROL DE CAMBIOS

- 1) General
 - a. Corrección de la redacción en general.
 - b. Actualización de ejemplos
 - c. Se realiza la diferenciación entre RUN y RUT para personas naturales y empresas, respectivamente.
- 2) Se agrega definición con respecto al uso de caracteres y al tipo de codificación utilizado.
- 3) En los campos MSH-4 y MSH-6 se asociaron tablas 0301 y 0361.
- 4) Segmento PID-3, campo que hace referencia a <AA_Asignación>, se modifica el valor por defecto desde "AA_RegistroCivil" a "RegistroCivil".
- 5) Segmento PV1-2 y PV1-5 se cambió el tamaño del mensaje.
- 6) Segmento PV1-20, se agrega valor X, correspondiente a "No es un afiliado valido", en la tabla que hace referencia en ese segmento.
- 7) Segmento PR1-3 se cambia nombre de elemento.
- 8) Segmento PR1-12, se cambió el nombre del elemento y se modificó la descripción de los elementos de la tabla P78.
- 9) Segmento GP2-1, es eliminado.
- 10) Segmento PV1-36, se modificó el código asignado en la tabla 0112, anteponiéndole un 0 (cero) a cada uno de los valores.

Índice General

Versiones	2
Control de Cambios	3
1 Introducción.....	8
1.1 Estándares internacionales.....	9
1.2 Visión Global.....	10
1.2.1 Descripción del proceso de Atención Ambulatoria y PAD	10
1.2.2 Descripción del proceso de Atención Hospitalaria.....	11
2 Glosario.....	13
3 Convenciones y Organización de la Guía.....	16
3.1 Modelo Genérico de Transacción.....	16
3.2 Convención respecto al uso de caracteres	17
4 Definición del Mensaje de cierre del encuentro médico	18
4.1 Alcance.....	18
4.1.1 Versión del Estándar.....	18
4.1.2 Roles en el Caso de Uso	18
4.1.3 Diagrama de Interacciones	19
4.2 Eventos Gatilladores.....	20
4.2.1 Notificación de Cierre de Encuentro Médico.....	20
4.2.2 Evento de codificación del diagnóstico.....	22
4.2.3 Evento de notificación del cierre.....	22
4.2.4 Respuesta ACK	23
4.3 Estructura de los Segmentos	23
4.3.1 MSH – Segmento de cabecera del mensaje.....	23
4.3.2 EVN – Segmento del tipo de evento.....	27
4.3.3 PID – Segmento identificador de paciente	28
4.3.4 PV1 - Segmento origen del paciente	29
4.3.5 DG1 – Segmento de Diagnóstico	31
4.3.1 GP1- Segmento de Grupo de Prestaciones.....	33
4.3.2 PR1- Segmento de Prestaciones.....	34
4.3.3 GP2 – Segmento de Valorización	38
4.3.4 MSA – Segmento de cabecera.....	39
5 Ejemplos de Mensajes	41

5.1 Ambulatorio.....	41
5.2 Hospitalario	44
6 ANEXOS.....	50
6.1 Nomenclatura	50
6.1.1 Criterio para definir obligatoriedad en los segmentos, campos y sub- campos: 50	
6.1.2 Nomenclatura empleada en la especificación de los mensajes:	51
6.2 Tipos de Datos (DT):.....	51
6.2.1 Tipos de Datos	51
6.2.2 Datos Compuestos	51
6.2.3 Segmentos:	52
6.3 Tabla HL7 0003.....	52

Índice Imágenes

Imagen 1 "Diagrama Genérico de Transacciones"	16
Imagen 2 "Diagrama de Secuencia Genérico"	17
Imagen 3 "Roles en el Caso de Uso para Mensaje de Cierre de Cuenta Médica"	19
Imagen 4 "Diagrama de secuencia para mensajería Valoración"	19

Índice Tablas

Tabla 1 "Valores de delimitadores"	17
Tabla 2 "Transición para la validación Beneficiario – Prestador"	18
Tabla 3 "Estructura segmento BAR P10"	21
Tabla 4 "Estructura segmento BAR P12"	22
Tabla 5 "Estructura segmento BAR P06"	22
Tabla 6 "Elementos descritos en el segmento MSH"	23
Tabla 7 "Descripción caracteres delimitadores"	24
Tabla 8 "Establecimiento que envía"	24
Tabla 9 "Tabla 0301 – Tipo universal ID"	24
Tabla 10 "Tabla 0361 - Establecimiento"	25

Tabla 11 "Establecimiento que recibe"	25
Tabla 12 "Tabla 0301 – Tipo universal ID"	25
Tabla 13 "Tabla 0361 - Establecimiento"	25
Tabla 14 "Tabla 0076 – Tipo de Mensaje"	26
Tabla 15 "Tabla 0003 – Tipo de Evento"	26
Tabla 16 "Tabla 0354 – Estructura de los mensajes"	26
Tabla 17 "Tabla HL7 – ID de la Versión"	27
Tabla 18 "Tabla EVN – Elementos descritos en el segmento EVN"	27
Tabla 19 "Subconjunto de tabla 0003 de HL7"	27
Tabla 20 "Tabla PID – Elementos descritos en el segmento PID"	28
Tabla 21 "Tipo documento según tabla 0203 de HL7"	28
Tabla 22 "Tabla HL7 – Elementos descritos en el segmento PV1. "	30
Tabla 23 "Tabla 0004 – Tipo de encuentro"	30
Tabla 24 "Tabla 0064 – Tipo de paciente"	31
Tabla 25 "Tabla 0112 – Código Estado al alta"	31
Tabla 26 "Tabla DG1 – Elementos descritos en el segmento DG1"	32
Tabla 27 "Tabla 0396 - Tipo codificación"	32
Tabla 28 "Tabla 0052 – Código de Estado Diagnóstico"	32
Tabla 29 "Tabla 0359 - Tipo de diagnóstico"	33
Tabla 30 "Tabla HL7 – Elementos descritos en el segmento GP1."	33
Tabla 31 "Tabla PR1 – Elementos descritos en el segmento PR1"	34
Tabla 32 "Tabla 0088 – Código de Técnica"	35
Tabla 33 "Tabla 0396 - Tipo codificación"	35
Tabla 34 "Tabla con códigos de programa, relacionada con la modalidad de atención, Tipo de contrato y Subclasificación del tipo de contrato"	36
Tabla 35 "Tabla L78 – Labor en Pabellón"	37
Tabla 36 "Tabla P78 – Participación en cirugía"	37
Tabla 37 "Tabla GP2 – Elementos descritos en el segmento"	38
Tabla 38 "Tabla Código validación FONASA"	39
Tabla 39 "Tabla 0460 – Tabla"	39
Tabla 40 "Tabla MSA – Elementos descritos en el segmento MSA. "	39
Tabla 41 "Tabla 0008 – Acknowledge Code"	40

Tabla 42 "Tabla Código de recepción de cuenta"	40
Tabla 43 "Estructura abstracta de los mensajes"	51
Tabla 44 "Tipos de datos básicos para atención ambulatoria y hospitalización"	51
Tabla 45 "Tabla datos compuestos atención ambulatoria"	52

1 INTRODUCCIÓN

El proyecto de cuenta médica interoperable tiene como objetivo final que la información sanitaria y financiera necesaria para asegurar la continuidad del negocio entre prestadores y FONASA sea comunicada de manera interoperable y estandarizada, lo que finalmente se traducirá en un beneficio directo para los beneficiarios. El conocimiento que será posible generar permitirá caracterizar el uso de recursos, complementar y justificar la incorporación de nuevas prestaciones al arancel, así como también hacer más eficientes los procesos de comunicación entre el seguro y los prestadores.

Esta guía de implementación es resultado de una de las cuatro mesas de trabajo formadas para el cumplimiento de la Fase de Diseño. Los puntos de interoperabilidad, así como los datos asociados a cada punto fueron identificados y definidos por los participantes en cada mesa y consolidados en este documento.

La mensajería a utilizar en el piloto de cuenta médica interoperable necesaria para cumplir el objetivo planteado se delimitó basándose en los datos identificados anteriormente, razón por la cual es fundamental contar con un documento que explique y estandarice definiciones de la información a intercambiar.

Los participantes de las mesas de trabajo fueron los siguientes:

- Fondo Nacional de Salud
- Servicio de Salud Araucanía Sur
- Servicio de Salud Talcahuano
- Servicio de Salud Maule
- Clínica Indisa

- Clínica Dávila
- Megasalud
- Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS)
- Subcomité de Salud – Comité de Industrias Inteligentes (CORFO)

1.1 ESTÁNDARES INTERNACIONALES

La mensajería HL7 define el formato, estructura y contenido de la transmisión de información durante determinados procesos dentro de las Instituciones de Salud. La homologación de estos estándares en los distintos países permite generar normas específicas para cada proceso con la facilidad de adaptación para cada uno de los distintos contextos que los países presentan.

El desarrollo de estas normas presenta libertad durante la estructuración de la arquitectura de cada uno de los mensajes, esto debido a que el estándar entrega la libre elección sobre los datos contenidos para cada uno de los segmentos asociados a un determinado evento, generando el inconveniente de que se pueden generar diferencias en cada interpretación dada al estándar, aun cuando lo que se busca es la interoperabilidad entre los Sistemas Informáticos en Salud. Esto se soluciona sumando toda la información y datos contenidos en cada estándar junto con toda la información que cada país o institución requiere. Todo lo anterior queda definido, redactado y es accesible para quienes deben implementar estos estándares en las guías de implementación, las cuales describen en forma detallada toda la información necesaria para la aplicación de estos estándares junto con la estructura de cada mensaje que es homologado. Todo lo anterior, converge en la generación de Guías de Implementación de los estándares para que los sistemas puedan transmitir, almacenar y confirmar el envío de información bajo estándares definidos, que permiten generar

interoperabilidad y disminuyen en gran cantidad los posibles errores durante la interacción entre los distintos sistemas, afianzando Instituciones que trabajan en función de la innovación tecnológica, requieren de una gran gestión de sus recursos y operan con sistemas de apoyo en la toma de decisiones.

1.2 VISIÓN GLOBAL

1.2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y PAD

Los beneficiarios de FONASA, dependiendo de su tramo de beneficio, pueden acceder a la compra de un bono modalidad libre elección para ser atendidos de manera ambulatoria ya sea en la red privada de atención o en la red pública de atención.

El proceso de inicia con el envío por parte del prestador, de la información relacionada con las prestaciones a realizar, con el fin de recibir una valorización inicial de la cuenta médica por parte de FONASA utilizando un servicio interno (OIPA). Luego de esto, el beneficiario puede aceptar o rechazar la valoración.

Luego que la valorización sea aceptada por el beneficiario, se inicia el proceso de identificación y validación previsional del beneficiario.

Para efectos prácticos, el paciente podrá conocer el valor de la prestación, la bonificación por FONASA, el monto cubierto por posibles seguros complementarios y el valor final a pagar. Si hay una compra efectiva del bono, el paciente recibirá las prestaciones en el plazo establecido por el prestador, entendiendo que puede recibir prestaciones que en un comienzo no se valorizaron, dependiendo de la evolución clínica y del criterio del profesional de salud. Una vez que se cierre el encuentro médico, el prestador deberá enviar a

FONASA los datos solicitados en este punto, incluyendo información financiera y sanitaria, necesarias para el cierre de la cuenta médica.

Hospitalizaciones programadas PAD: Son atenciones de salud que ocurren cuando el paciente previamente tiene una programación de hospitalización dada por un profesional médico y se encuentra dentro de los programas PAD. Para estos efectos el proceso será el mismo que el explicado anteriormente para el proceso ambulatorio.

1.2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

El proceso de atención hospitalario tiene distintos puntos de inicio o puertas de entrada, dependiendo del área de consulta del paciente, ya que existe la posibilidad de que el beneficiario sea admitido desde el Servicio de Urgencia o que la hospitalización sea programada.

Servicio de Urgencia: El proceso se inicia al momento que el paciente ingrese al Servicio de Urgencia y requiera atención de salud. Si el paciente se encuentra en riesgo vital, sigue un proceso paralelo que no se encuentra dentro del alcance de este proyecto (Ley de Urgencia). Si no existe riesgo vital, el paciente deberá ser identificado y validado por el prestador. Para este fin, deberá enviar información a FONASA quien consultará bases internas y confirmará si la validación fue exitosa o no. De ser exitosa el prestador procederá a ofrecer atención médica al paciente, siendo decisión del médico tratante la decisión de alta clínica u orden de hospitalización. Hospitalizaciones programadas son atenciones de salud que ocurren cuando el paciente previamente tiene una programación de hospitalización dada por un profesional médico. El proceso se

inicia con la identificación y validación por parte del prestador, proceso realizado igual que en el escenario anterior. Una vez que la validación es correcta, se procede a la valorización y compra del bono para la atención. Luego de la alta clínica y administrativa del paciente, el prestador deberá enviar a FONASA los datos asociados a ese encuentro médico necesarios para realizar trazabilidad financiera y clínica de la atención del paciente.

Hospitalizaciones no programadas: La identificación y validación del beneficiario, se realiza de igual manera que en los escenarios anteriores. La valorización y cierre de cuenta médica para fines sanitarios y financieros se realiza posterior al alta administrativa del paciente.

2 GLOSARIO

ACK: Abreviatura de Acknowledge (recibido). Es un aviso de recepción de un mensaje. En el contexto de la interoperabilidad empleando el estándar HL7 este aviso puede limitarse a la recepción del mensaje a nivel de aplicación en cuyo caso se denomina ACK en modo original o informar tanto del reconocimiento a nivel de aplicación como a nivel de aceptación del mensaje en cuyo caso se denomina ACK en modo mejorado (enhanced mode). Este aviso se envía también en forma de mensaje electrónico.

Campo: Corresponden a los componentes de construcción del mensaje, se encuentran definiendo la semántica de los segmentos, por lo que conforman los datos o conjuntos de datos.

Estándar: Norma técnico-legal elaborada por fabricantes, administraciones, usuarios y consumidores, que contienen las especificaciones técnicas asociadas a una tecnología, son producto de experiencia, desarrollo y resultados de implementación.

Estandarización: Redacción y aprobación de normas que determinan una serie de garantías dependiendo del campo de aplicación.

Evento: Situación que requiere de un efector y un afectado dentro de un proceso clínico. Pueden estar orientados a pacientes, equipamiento, instalaciones, emergencias, etc.

Homologación: Equiparación o igualación de las especificaciones, normas, documentos, características, que permiten ordenar el funcionamiento de una entidad.

HL7: Health Level Seven, por su sigla en inglés, son un conjunto de estándares que facilitan el intercambio de información clínica. Utiliza modelado dado por UML y lenguaje XML.

IHE: Integrating the Healthcare Enterprise, es una iniciativa de empresas y profesionales en Salud con el objetivo de optimizar, mejorar y clarificar la comunicación entre los sistemas informáticos en Salud.

Interoperabilidad: Habilidad de dos o más sistemas para intercambiar información y utilizar entre estos mismos la información.

Mensaje: Modo en que se intercambia la información entre sistemas informáticos. Su sintaxis está dada por el estándar de mensajería HL7, en el cual se detalla el lenguaje, la estructura, la codificación, etc.

PAD: Corresponde al Programa de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), también llamado "Cuenta Conocida", es un conjunto de prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o problema de salud determinado.

Proceso: Conjunto de eventos coordinados y ordenados, que suceden bajo ciertas circunstancias, a partir de una entrada para generar una salida.

RIM: Abreviatura de Reference Information Model (Modelo de Referencia de Información). Es un modelo de clases que sirve como referencia para comprender la información resultante del registro de los eventos de salud como un todo, con el fin de mejorar la interoperabilidad semántica.

Rol: Es una de las clases principales del RIM. Es una competencia de la Entidad que se desempeña en un Acto.

Segmento: Corresponde a cada una de las líneas de un mensaje, cada segmento posee su propio sentido semántico por lo que contienen información específica.

SIDRA: Sistema de Información de las redes Asistenciales. Iniciativa impulsada por el Ministerio de Salud, que tiene como objetivo informatizar los procesos clínicos – administrativos de los Prestadores públicos en Chile.

3 CONVENCIONES Y ORGANIZACIÓN DE LA GUÍA

Esta Guía Muestra la estructura de implementación del set de mensajes relacionados con el cierre de cuenta médica. Para este fin se definirá la estructura del mensaje y la composición de los campos y subcampos que definen el intercambio de datos. Existen algunas convenciones que se deben conocer para poder conocer el mensaje que se describe.

3.1 MODELO GENÉRICO DE TRANSACCIÓN

Cada descripción de transacción, actores, los roles que juegan y las transacciones entre ellos se presentan como un caso de uso.

- Alcance: Descripción de las transacciones
- Roles: Definición de los actores y sus roles

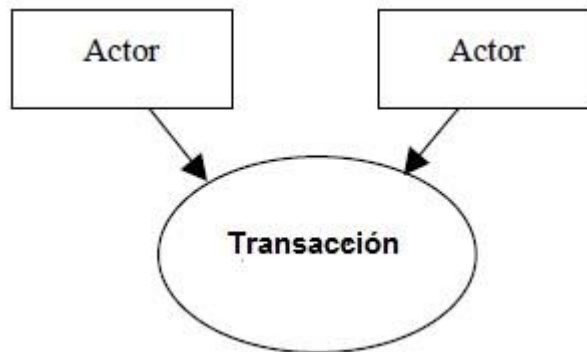


Imagen 1 "Diagrama Genérico de Transacciones"

- *Estándar de Referencia:* Especificación del estándar usado en las transacciones.
- *Diagrama de Secuencia:* Descripción gráfica de las interacciones.

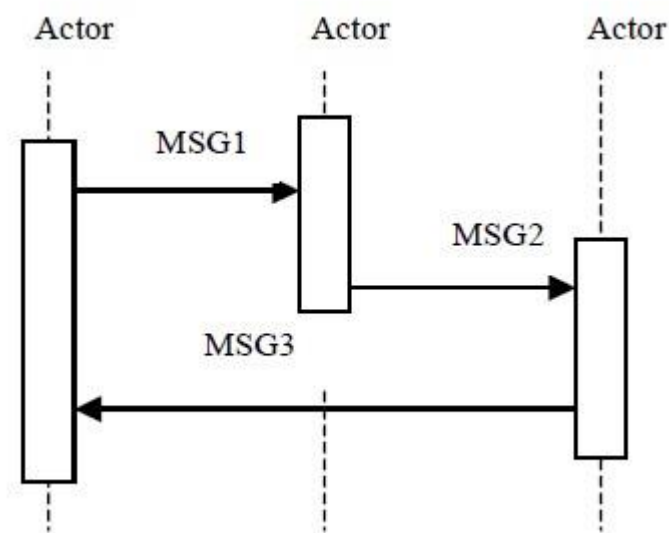


Imagen 2 "Diagrama de Secuencia Genérico"

3.2 CONVENCIÓN RESPECTO AL USO DE CARACTERES

Para estas guías se usará el juego de caracteres UTF-8.

Carácter	Descripción	Valor Hexa	ASCII
<cr>	Retorno de carro	0D	13
	Separador de campo	7C	124
^	Separador de componente	5E	94
~	Carácter de repetición	7E	126
\	Carácter de escape	5C	92
&	Separador de subcomponente	26	38
.	Separador decimal	2E	46

Tabla 1 "Valores de delimitadores"

Por efecto del uso del codificador de caracteres UTF-8, se recomienda no utilizar tildes.

4 DEFINICIÓN DEL MENSAJE DE CIERRE DEL ENCUENTRO MÉDICO

4.1 ALCANCE

Esta transacción está definida para el cierre del encuentro médico, y tiene por objeto lograr trazabilidad sanitaria y financiera de los beneficiarios.

Situación inicial	Se realiza la atención médica del beneficiario.
Acciones	1. El Beneficiario recibe las prestaciones. 2. El prestador notifica a FONASA sobre el cierre del encuentro. 3. El Prestador notifica a FONASA sobre datos financieros y clínicos del encuentro. 4. FONASA contesta con la codificación SNOMED-CT de los datos sanitarios. 5. FONASA cierra el ID de encuentro.
Resultado	Se cierra el encuentro.

Tabla 2 "Transición para la validación Beneficiario – Prestador"

4.1.1 VERSIÓN DEL ESTÁNDAR

Para el desarrollo de los mensajes de Cierre del encuentro, Atención Ambulatoria y Hospitalizado, se trabajó con el estándar sobre mensajería HL7 versión 2.5.1 y más específicamente sus capítulos 2, 3 y 6, los cuales definen los mensajes asociados a pacientes para los eventos que se gatillan.

4.1.2 ROLES EN EL CASO DE USO

A partir del proceso de Atención Ambulatoria y de Hospitalización, y según lo definido por la red asistencial, se pueden definir dos actores que interactuarán en el intercambio de datos de este mensaje.

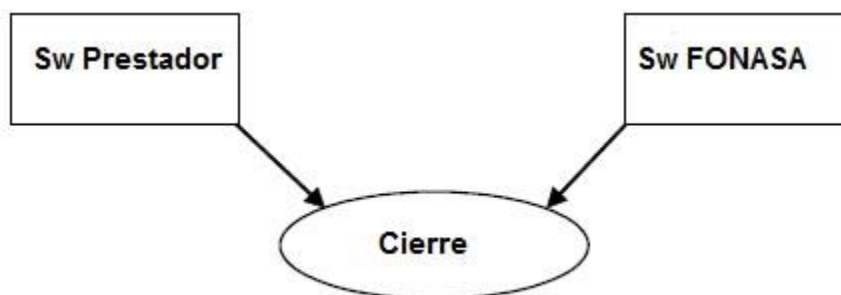


Imagen 3 "Roles en el Caso de Uso para Mensaje de Cierre de Cuenta Médica"

Prestadores (Específicamente el Front de Prestadores): Los Prestadores de Salud son personas naturales o jurídicas, tales como, consultorios, consultas, centros médicos, hospitales, o clínicas, que otorgan atenciones de salud a las personas beneficiarias. Se denomina Front de prestadores a la unidad, dentro del organismo, encargada de realizar el envío de datos a FONASA.

FONASA (Específicamente End Point de FONASA): El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el organismo público que administra los fondos estatales destinados a salud en Chile, para dar cobertura a sus beneficiarios. Se denomina End Point de FONASA a la unidad, dentro del organismo, encargada de recibir el envío de datos del Prestador y redirigir los mismos a la interna del FONASA.

4.1.3 DIAGRAMA DE INTERACCIONES

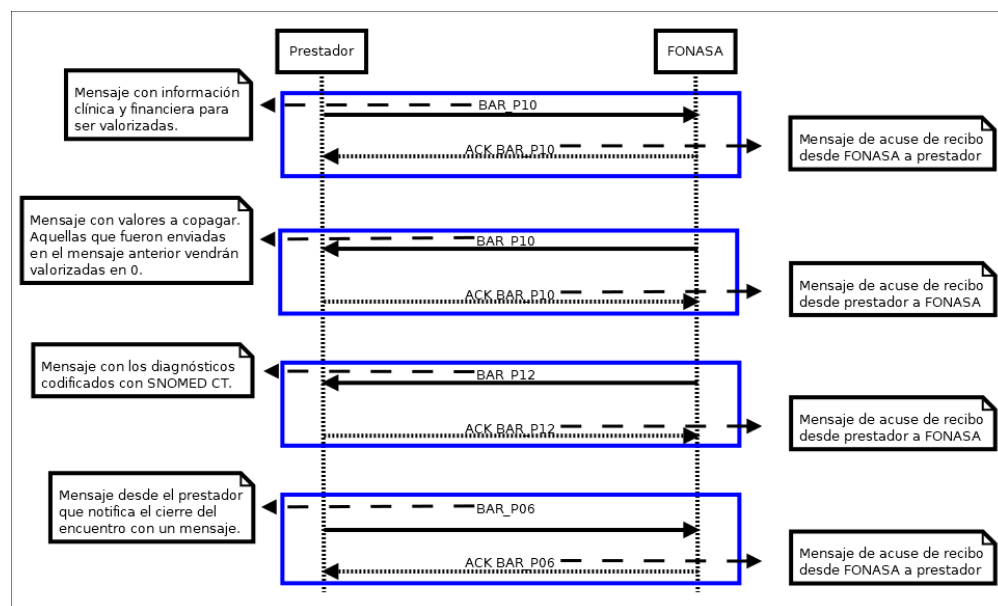


Imagen 4 "Diagrama de secuencia para mensajería Valoración"

1. El prestador envía un mensaje BAR_P10(transmit ambulatory payment classification [APC] groups) con información clínica y financiera para ser revalorizadas.
2. ACK_1 Mensaje de acuse recibo desde FONASA a Prestador
3. FONASA envía un BAR_P10 con valores a copagar. Aquellas que fueron enviadas en el mensaje anterior vendrán valorizadas en 0.
4. ACK_2 Mensaje de acuse recibo desde Prestador a FONASA.
5. Además, FONASA envía un BAR_P12(Update diagnose/procedure) con los diagnósticos codificados con SNOMED CT.
6. ACK_3 Mensaje de acuse recibo desde Prestador a FONASA.
7. Prestador notifica el cierre del encuentro con un mensaje BAR_P06(End account).
8. ACK_4 Mensaje de acuse recibo desde FONASA a Prestador.

4.2 EVENTOS GATILLADORES

4.2.1 NOTIFICACIÓN DE CIERRE DE ENCUENTRO MÉDICO

Este evento se produce al momento del cierre del encuentro médico. En este momento el Prestador notifica del término de este proceso de atención, mediante el envío de la información clínica y administrativa a FONASA, en donde se consolidan las prestaciones realizadas con los diagnósticos asociados al encuentro, con el propósito de registro y posterior proceso de pago.

Los mensajes del estándar asociados serán BAR_P10 que será utilizado tanto para enviar información del paciente ambulatorio, como hospitalizado. Para el envío desde el Prestador a FONASA de las prestaciones realizadas y los diagnósticos asociados al encuentro médico. Con la misma estructura descrita

anteriormente FONASA enviará los valores a copagar por parte del beneficiario, para aquellas prestaciones que ya fueron valorizadas en un momento anterior (copago), FONASA valorizará el copago en cero, entendiendo que estas ya fueron cobradas al beneficiario. A lo anterior, se enviará un mensaje BAR_P12 por parte de FONASA al prestador con el diagnóstico principal del beneficiario codificado por SNOMED CT. Finalmente, el prestador enviará un mensaje BAR_P06 con la notificación de cierre de la cuenta.

Estructura del BAR P10 se define a continuación:

BAR P10	BAR Message
MSH	Cabecera
EVN	Tipo de evento
PID	Identificación del paciente
PV1	Origen del paciente
DG1	Diagnóstico
GP1	Grupo de Prestaciones
PR1	Definición de Prestaciones
GP2	Cierre de las Prestaciones

Tabla 3 "Estructura segmento BAR P10"

Estructura

MSH

EVN

PID

PV1

{DG1}

GP1{

PR1

[GP2]

}

Esta estructura indica que GP1 especifica que se definirán un set de prestaciones para el beneficiario. PR1 y GP2 especifican cada uno, los datos clínico y administrativos para una única prestación. Al estar estos dos segmentos bajo llaves, se indica que para cada prestación provista al beneficiario se deben repetir. Esto implica que, para 5 prestaciones, la dupla PR1, GP2 deberá ser

repetida 5 veces. Sin embargo, GP2, queda como segmento optativo para futuro uso, dado que no se requiere intercambio de datos monetarios

4.2.2 EVENTO DE CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Este mensaje devolverá la codificación de las prestaciones bajo el estándar SNOMED CT, cuya estructura sintáctica es la siguiente.

BAR P12	BAR Message
MSH	Cabecera
EVN	Tipo de evento
PID	Identificación del paciente
PV1	Origen del paciente
DG1	Diagnóstico
PR1	Procedimiento

Tabla 4 "Estructura segmento BAR P12"

Estructura

MSH

EVN

PID

PV1

{DG1}

[{PR1}]

4.2.3 EVENTO DE NOTIFICACIÓN DEL CIERRE

Este mensaje enviará la notificación del cierre del encuentro médico desde el prestador a FONASA, siendo su estructura sintáctica la siguiente:

BAR P06	BAR Message
MSH	Cabecera
EVN	Tipo de evento
PID	Identificación del paciente
PV1	Origen del Paciente

Tabla 5 "Estructura segmento BAR P06"

Estructura

MSH

EVN

PID

PV1

Este mensaje es optativo.

4.2.4 RESPUESTA ACK

Para los cuatro mensajes la estructura del mensaje ACK es la misma.

Estructura

MSH

MSA

4.3 ESTRUCTURA DE LOS SEGMENTOS

4.3.1 MSH – SEGMENTO DE CABECERA DEL MENSAJE

Sec	Long	DT	R/O	RP (#)	Tabla Asoc.	Nombre del elemento	Obs
1	1	ST	R			Separador de Campo	
2	4	ST	R			Codificación de caracteres	
3	227	HD	O	1		Aplicación que envía	
4	227	HD	O	1	0301 0361	Establecimiento que envía	
5	227	HD	O	1		Aplicación que recibe	
6	227	HD	O	1	0301 0361	Establecimiento que recibe	
7	26	TS	R			Fecha y hora del mensaje	
9	15	MSG	R		0076 0003 0354	Tipo de Mensaje	
10	20	ST	R			ID de Control del mensaje	
11	3	PT	R			ID de Procesamiento	Valor por defecto "p"
12	60	VID	R			ID de Versión	

Tabla 6 "Elementos descritos en el segmento MSH"

Descripción de las secuencias

MSH-1 Separador de campo

<|>

MSH-2 Codificación de los caracteres

<^~\&>

Carácter	Descripción
^	Separador de componente
&	Separador de subcomponente
~	Carácter de repetición
\	Carácter de escape

Tabla 7 "Descripción caracteres delimitadores"

MSH-3 Aplicación que envía

<Nombre Aplicación Origen>

MSH-4 Establecimiento que envía

<Cod_Establecimiento_Origen^NroRUT^Tipo_universal_ID>

Cod_Establecimiento_Origen	Prestador público	Código DEIS
	FONASA	0
	Prestador privado	RUT Sucursal o RUT Jurídico en caso de ser sucursal única.
NroRUT	Prestador Publico	RUT Jurídico
	FONASA	61.603.000-0
	Prestador Privado	RUT Jurídico

Tabla 8 "Establecimiento que envía"

El valor de FONASA 0 como Cod_Establecimiento_Origen es predefinido, al igual que el RUT FONASA 61.603.000-0

Código	Glosa
RUT	Tipo de documento de identificación
DEIS	Código de establecimiento

Tabla 9 "Tabla 0301 – Tipo universal ID"

Código	Glosa

Tabla 10 "Tabla 0361 - Establecimiento"

OBS: La Tabla 10 "Tabla 0361 - Establecimiento", será disponibilizada a través del Maestro de Prestadores. Por el momento completar con RUT jurídico institucional.

MSH-5 Aplicación que recibe

<Nombre Aplicación Destino>

MSH-6 Establecimiento que recibe

<Cod_Establecimiento_Origen^NroRUT^Tipo_universal_ID>

Cod_Establecimiento_Destino	Prestador público	Código DEIS
	FONASA	0
	Prestador privado	RUT Sucursal o RUT Jurídico en caso de ser sucursal única.
NroRUT	Prestador Publico	RUT Jurídico
	FONASA	61.603.000-0
	Prestador Privado	RUT Jurídico

Tabla 11 "Establecimiento que recibe"

El valor de FONASA 0 como Cod_Establecimiento_Origen es predefinido, al igual que el RUT FONASA 61.603.000-0

Código	Glosa
RUT	Tipo de documento de identificación
DEIS	Código de establecimiento

Tabla 12 "Tabla 0301 – Tipo universal ID"

Código	Glosa

Tabla 13 "Tabla 0361 - Establecimiento"

OBS: La Tabla 10 "Tabla 0361 - Establecimiento", será disponibilizada a través del Maestro de Prestadores. Por el momento completar con RUT jurídico institucional.

MSH-7 Fecha y hora del mensaje

<Fecha (YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ) >

Corresponde a la fecha y hora de creación del mensaje.
Representa: Año (4 dígitos), mes (2 dígitos), día (2 dígitos), hora (dos dígitos), minutos (2 dígitos), segundos (2 dígitos), huso horario (signo y dos dígitos de hora más dos dígitos de minutos).
Según ISO 8601.

MSH-9 Tipo de mensaje

<ID (Tabla 0076)> ^ <Valor (Tabla 0003)> ^ <Valor (Tabla 0354)>

ID	Responsable
ACK	Mensaje de confirmación de recibo
ADT	Mensaje ADT
BAR	Mensaje de cuentas

Tabla 14 "Tabla 0076 – Tipo de Mensaje"

Valor	Descripción
A01	Notificación de admisión/visita
A11	Rechazo de admonición
P01	Apertura de cuenta
P06	Notificación cierre cuenta
P10	Notificación de cuentas
P12	Envío de diagnostico

Tabla 15 "Tabla 0003 – Tipo de Evento"

Valor	Eventos
ADT_A01	A01, A04, A08, A13
ADT_A09	A09, A10, A11
BAR_P01	P01
BAR_P06	P06
BAR_P10	P10
BAR_P12	P12

Tabla 16 "Tabla 0354 – Estructura de los mensajes"

MSH-10 ID de control de mensaje

<Número de Control>

Este es un número único que identifica al mensaje, es generado por el sistema informático local según sus reglas. El Software emisor entrega un número que se utiliza para identificar en forma univoca el mensaje. El software receptor replica este número en el MSA de la respuesta ACK.

MSH-11 ID de procesamiento

<P>

Valor predeterminado por el estándar

MSH-12 ID de versión

<ID de la versión>

ID de la versión	Descripción	Comentarios
2.5.1	Versión 2.5.1	Enero 2007

Tabla 17 "Tabla HL7 – ID de la Versión"

4.3.2 EVN – SEGMENTO DEL TIPO DE EVENTO

Sec	Long	DT	R/O	RP (#)	Tabla Asoc	Nombre del elemento	Obs
1	3	ID	O		0003	Tipo de Evento	Según tipo de mensaje a utilizar.
2	26	TS	R			Hora y Fecha del evento	

Tabla 18 "Tabla EVN – Elementos descritos en el segmento EVN"

EVN-1 Tipo de Evento

<Código> (Para tabla completa ver anexo 6.3 de esta guía.)

Mensaje	Código	Tipo de Evento
ADT	A01	Admisión, Notificación.
BAR	P01	Apertura de Cuenta
	P06	Cierre de Cuenta
	P10	Información del paciente
	P12	Codificación de Diagnostico

Tabla 19 "Subconjunto de tabla 0003 de HL7"

EVN-2 Hora y fecha del evento

<Fecha (YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ)>

Corresponde a fecha y hora de la creación del mensaje.

Representa: Año (4 dígitos), mes (2 dígitos), día (2 dígitos), hora (dos dígitos), minutos (2 dígitos), segundos (2 dígitos), huso horario (signo y dos dígitos de hora más dos dígitos de minutos).

Según ISO 8601.

4.3.3 PID – SEGMENTO IDENTIFICADOR DE PACIENTE

Sec	Long	DT	R/O	RP (#)	Tabla Asoc	Nombre del elemento	Obs
3	250	CX	R	SI	0203	Número de identificación del beneficiario	Corresponde al ID de documentación del paciente, establecimiento quien asigno el ID, Tipo de documento presentado por el paciente y país emisor del documento (valor predeterminado 152&Chile&ISO3166-1)
5	250	XP	R			Primer apellido y nombres del beneficiario	Agregar todos los nombres del paciente. En caso de que no tenga segundo nombre agregar solo Primer nombre
6	250	XP	O			Segundo apellido	Por seguridad, agregar siempre este dato. En caso de que no exista segundo apellido dejar en blanco

Tabla 20 "Tabla PID – Elementos descritos en el segmento PID"

PID-3 Número de identificación del beneficiario

<id_number>^<verificador>^<>^<AA_Asignación>^<TipoDocumento>^<>^<>^<>
>^<CodPaísEmisorDocumento&País&ISOxxxx>

Código	Tipo de documento
CZ	Tarjeta de ciudadanía
NI	Carnet de Identidad
PPN	Pasaporte
WP	Visa de Trabajo

Tabla 21 "Tipo documento según tabla 0203 de HL7"

Descripción de los componentes:

- **id_number:** Corresponde al RUN del paciente sin dígito verificador.
- **verificador:** Dígito verificador del RUN
- **AA_Asignación:** Entidad que emite el RUN. Temporalmente el valor predeterminado será string "RegistroCivil". En la medida que se obtengan las definiciones por OID, se usaran estos codificadores
- **TipoDocumento:** Documento presentado por el paciente. Basado en Tabla HL7 0203
- **CodPaísEmisorDocumento&País&NormaCodificacionPaís:**
 - CodPaísEmisorDocumento: Código de país
 - País: Glosa País
 - NormaCodificacionPaís: Norma utilizada para codificación de país.

Ejemplo para Cédula de Identidad emitida en Chile, nro 123456789-0
123456789^0^^RegistroCivil^NI^^^^152&Chile&ISO3166-1

PID-5 Primer apellido y nombres del beneficiario

<primer apellido>^<primer nombre>^<segundo nombre>

PID-6 Segundo Apellido

<segundo apellido>

4.3.4 PV1 - SEGMENTO ORIGEN DEL PACIENTE

Sec	Long	DT	R/O	RP (#)	Tabla Asoc	Nombre del elemento	Observación
2	1	IS	R		0004	Tipo del encuentro	Tipo de encuentro entre el paciente y el prestador
5	199	CX	O			Id del encuentro propio	Numero creado por los prestadores previo al envío del primer mensaje a FONASA. Podrá ser número de ficha clínica u otro.
7	15	XCN	O			RUN médico tratante y/o equipo	RUN del profesional médico que atenderá al paciente. Solo requerido para el proceso ambulatorio y en consultas médicas. Si el paciente viene por examen de laboratorio o imagenología dejar en blanco.
8	15	XCN	O			RUN Médico que refiere hospitalización	Sera solo obligatorio para procesos hospitalizados. En ambulatorio dejar en blanco.
19	199	CX	R			ID Encuentro FONASA	Este dato solo va en mensaje de respuesta de FONASA hacia los prestadores (solo necesario para BAR P01). En el primer mensaje de los prestadores hacia FONASA dejar en blanco.
20	50	FC	R		0064	Tramo Beneficiario	Este dato solo va en mensaje de respuesta de FONASA hacia los prestadores (solo necesario para BAR P01). En el primer mensaje de los prestadores hacia FONASA dejar en blanco.
36	3	IS	O		0112	Estado al alta	
44	26	TS	O			Fecha y hora alta clínica	Momento en el cual el equipo médico da de alta al paciente
45	26	TS	O			Fecha y hora cierre encuentro	Momento posterior a la auditoria interna de los prestadores. Fecha y hora del

							envío de los datos de cierre a FONASA
--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------

Tabla 22 "Tabla HL7 – Elementos descritos en el segmento PV1. "

PV1-2 Tipo del Encuentro

<Valor>

Valor	Descripción	Comentarios
1	Hospitalizado	
2	Urgencia	
3	Ambulatorio	

Tabla 23 "Tabla 0004 – Tipo de encuentro"

PV1-5 Id del Encuentro Propio

<Valor>

PV1-7 RUN médico tratante y/o equipo

<RUN_Médico_Tratante>

En el proceso ambulatorio, solamente aplica para consultas médicas y procedimientos ambulatorios. No así para exámenes de laboratorio o imágenes. En ese caso dejar este campo en blanco

En el proceso hospitalario y emergencia, no aplica.

PV1-8 RUN médico que refiere hospitalización

<RUN_Médico_Hospitalización>

Esto aplica para procesos hospitalario, RUN de médico que indica hospitalización. No aplica para proceso ambulatorio.

PV1-19 ID Encuentro FONASA

<ID Encuentro>

PV1-20 Tramo Beneficiario

<Valor>

Valor	Descripción	Comentarios
A	Tramo A de FONASA	
B	Tramo B de FONASA	
C	Tramo C de FONASA	
D	Tramo D de FONASA	

X	No es un afiliado valido	
---	--------------------------	--

Tabla 24 "Tabla 0064 – Tipo de paciente"

PV1-36 Estado de Alta

<Código>

Código	Estado	Comentarios
01	Vivo	
02	Fallecido	

Tabla 25 "Tabla 0112 – Código Estado al alta"

PV1-44 Fecha y Hora Alta Administrativa

<Fecha (YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ) >

Representa: Año (4 dígitos), mes (2 dígitos), día (2 dígitos), hora (dos dígitos), minutos (2 dígitos), segundos (2 dígitos), huso horario (signo y dos dígitos de hora más dos dígitos de minutos).

Según ISO 8601.

PV1-45 Fecha y Hora de Cierre Encuentro

<Fecha (YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ) >

Representa: Año (4 dígitos), mes (2 dígitos), día (2 dígitos), hora (dos dígitos), minutos (2 dígitos), segundos (2 dígitos), huso horario (signo y dos dígitos de hora más dos dígitos de minutos).

Según ISO 8601.

4.3.5 DG1 – SEGMENTO DE DIAGNÓSTICO

Sec.	Long	DT	R/O	RP (#)	Tabla Asoc	Nombre del elemento	Obs
1	4	SI	R			Número Correlativo	Este es un numero correlativo, el cual identifica la transacción. Para la primera ocurrencia del segmento, la secuencia debería ser 01, para la segunda 02, etc.
3	250	CE	O		0396	Código de Diagnóstico	Cualquier tipo de codificación que consuma el prestador, la cual se encuentre dentro de la tabla
5	26	TS	O			Fecha/Hora del Diagnóstico o Problema de Salud Principal	
6	2	IS	R		0052	Estado Diagnóstico o	

						Problema de Salud	
15	2	ID	O			Tipo de diagnóstico	Primario o secundario

Tabla 26 "Tabla DG1 – Elementos descritos en el segmento DG1"

DG1-1 Número Correlativo

<Valor>

DG1-3 Código de Diagnóstico

<CodigoDiagnostico> ^ <Glosa> ^ <TipoCodificacion>

Código	Clasificación
99000	Aranceles FONASA
99001	Tabla de técnica quirúrgica
L	Codiguera propia
I10	CIE-10
I9	CIE-9
LN	LOINC
NDA	NANDA
SCT	SNOMED Clinical Terms

Tabla 27 "Tabla 0396 - Tipo codificación"

DG1-5 Fecha/Hora del Diagnóstico o Problema de Salud Principal

<Fecha (YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ)>

Representa: Año (4 dígitos), mes (2 dígitos), día (2 dígitos), hora (dos dígitos), minutos (2 dígitos), segundos (2 dígitos), huso horario (signo y dos dígitos de hora más dos dígitos de minutos).

Según ISO 8601.

DG1-6 Estado Diagnóstico

<Código>

Código	Estado	Comentarios
1	Confirmado	
2	Sospecha	

Tabla 28 "Tabla 0052 – Código de Estado Diagnóstico"

DG1-15 Tipo de diagnóstico

<Código>

Código	Clasificación
01	Diagnóstico primario
02	Diagnóstico secundario

Tabla 29 "Tabla 0359 - Tipo de diagnóstico"

Este campo es repetitivo razón por la cual se podrá repetir tantas veces como diagnósticos existan asociados al beneficiario

4.3.1 GP1- SEGMENTO DE GRUPO DE PRESTACIONES

Sec.	Long	DT	R/O	RP (#)	Tabla Asoc	Item#	Nombre del elemento	Obs
1	8	IS	R				Código de Programa	Este campo se completará con un valor 0 por default para todos los casos

Tabla 30 "Tabla HL7 - Elementos descritos en el segmento GP1."

GP1-1 Valor por default

<Valor por default>

Se debe llenar con valor 0

4.3.2 PR1- SEGMENTO DE PRESTACIONES

Sec.	Long	DT	R/O	RP (#)	Tabla Asoc	Nombre del elemento	Obs
1	4	SI	R			Numero de Transacción.	Este es un valor incremental, el cual identifica la transacción. Para la primera ocurrencia del segmento, la secuencia debería ser 01, para la segunda 02, etc.
3	250	CE	R		0088, 0396	Descripción de la prestación.	El dato es similar tanto para el mensaje del prestador como para FONASA
4	40	ST	B		Tabla 34	Código de Programa	Campo correspondiente a la concatenación la Modalidad de Atención + Tipo de Contrato + Subclasificación de contrato
5	26	IS	R			Fecha y Hora del Procedimiento.	
12	250	XCN	O	Y	L78, P78	RUT equipo médico	Aplica solo procedimientos quirúrgicos. FONASA facturara a todos los Ruts presentes en este sub-campo.
16	250	CE	O		0340	Código grupo FONASA	Requerido para aquellas prestaciones que pertenecen a una canasta o PAD. En caso de prestaciones que no estén incluidas en algún paquete de prestaciones, dejar en blanco.
19	427	EI	R			RUT para facturación	RUT al cual se le facturará el procedimiento. Para aquellos participantes del equipo médico quirúrgico se facturará al Rut identificado en el segmento 12

Tabla 31 "Tabla PR1 – Elementos descritos en el segmento PR1"

PR1-1 Número de Transacción

<valor>

PR1-3 Descripción de la prestación.

En este campo se deben detallar todas las prestaciones, incluyendo la propia prestación PAD/Canasta/Prestación. La estructura será la siguiente:

<CódigoPAD/Canasta/Prestacion>^<Glosa>^<TipoCodificacion>^<CódigoTécnica>^<GlosaTécnica>^<TipoCodificacion>.

- **CódigoPAD/Canasta/Prestacion:** Corresponde al código otorgado por FONASA para prestaciones PAD/Canasta/Prestación.
- **Glosa:** Glosa CódigoPAD/Canasta/Prestación
- **TipoCodificacion:** Tipo de codificación utilizada, según Tabla 33
- **CódigoTécnica:** Código de la técnica utilizada, según Tabla 32
- **GlosaTécnica:** Descripción de la técnica
- **TipoCodificacion:** Tipo de codificación utilizada, según Tabla 33

Valor	Descripción	Comentarios
0	No aplica	
1	Convencional	
2	Endovascular	
3	Videolaparoscópica	
4	Endoscópica	
5	Percutánea	
6	Otras Técnicas	
7	Microquirúrgica	

Tabla 32 "Tabla 0088 – Código de Técnica"

Código	Clasificación
99000	Aranceles FONASA
99001	Tabla de técnica quirúrgica
L	Codiguera propia
I10	CIE-10
I9	CIE-9
LN	LOINC
NDA	NANDA
SCT	SNOMED Clinical Terms

Tabla 33 "Tabla 0396 - Tipo codificación"

Observación: en caso de estar valorando un PAD/Canasta el código de esta debe ir en el primer segmento PR1 descrito.

PR1-4 Código de programa

<Código de Programa>

Modalidad de atención	Tipo de contrato	Subclasificación de tipo de contrato	Código de programa
MAI	ACUERDOS DE SERVICIO DE SALUD	PPV GES PROG.	01010101
		PPV GES NO PROG.	01010102
		PPV NO GES PROG.	01010103
		PPV NO GES NO PROG.	01010104
		PPI	01010105
		PPI EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA	01010106
		APS GES	01010107
		APS NO GES	01010108
		APS EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA	01010109
		DFL 36	01010110
		OTROS	01010199
	CONVENIO MARCO	DIALISIS	01020201
		OTROS	01020299
	LICITACION PUBLICA	SERVICIOS DE PRESTACIONES DE SALUD GES (2° PRESTADOR)	01030301
		RESOLUCION INTEGRAL PACIENTE AGUDO Y AGUDIZADO GES (CAMA CRITICA POR GRD) GES	01030302
		RESOLUCION INTEGRAL PACIENTE AGUDO Y AGUDIZADO NO GES (CAMA CRITICA POR GRD) NO GES	01030303
		CONVENIO AUGE (Radioterapia, Lista de Espera)	01030304
		CONVENIO NO AUGE (ELEM)	01030305
		OTROS	01030399
	TRATO DIRECTO	DIALISIS	01040401
		CONVENIO AUGE (SIDA PUC HCUCH, Radioterapia)	01040402
		CONVENIO NO AUGE (Hogar de Cristo, C. La Familia, Fund. Las Rosas, IDIMI, CAPREDENA)	01040403
		OTROS	01040499
	ACUERDOS DE COLABORACIÓN	ACUERDOS CON MUNICIPALIDADES DIALISIS	01050501
		OTROS ACUERDOS DE COLABORACIÓN	01050599
	MANDATADO POR LEY	LEY RICARTE SOTO	01060601
		LEY DE URGENCIA GES (POST ESTABILIZACIÓN)	01060602
		LEY DE URGENCIA NO GES (POST ESTABILIZACIÓN)	01060603
		OTRAS LEYES	01060699
MLE	MANDATADO POR LEY	LEY DE URGENCIA (ESTABILIZACIÓN) GES	02070701
		LEY DE URGENCIA (ESTABILIZACIÓN) NO GES	02070702
	MLE	MLE (PPP)	02080801
		PAD	02080802

Tabla 34 "Tabla con códigos de programa, relacionada con la modalidad de atención, Tipo de contrato y Subclasificación del tipo de contrato"

Ejemplo

Para un paciente con una Modalidad de atención "MAI", con tipo de contrato "Licitación Pública" y Subclasificación de tipo de contrato "Convenio No AUGE (ELEAM)" le corresponde el código **01030305** según la Tabla 34 de este documento.

PR1-5 Fecha y Hora del Procedimiento

<Fecha (YYYYMMDDhhmmss±ZZZZ)>

Representa: Año (4 dígitos), mes (2 dígitos), día (2 dígitos), hora (dos dígitos), minutos (2 dígitos), segundos (2 dígitos), huso horario (signo y dos dígitos de hora más dos dígitos de minutos).

Según ISO 8601.

PR1-12 RUT equipo médico

<RUN_Médico>^<>^<>^<RUT/RUN_de_facturacion>^<>^<>^<Labor>^<>^<>^<>^<>^<>^<>^<>^<CodigoParticipación>~....(más_profesionales_medicos)

- **RUN_Médico:** Número de identificación del profesional
- **RUT/RUN_de_facturacion:** Número de identificación del facturador
- **Labor:** Labor Efectuada por el profesional, según Tabla 35
- **CodigoDeCobro:** Código para ver si cobra o no el profesional

El RUT de facturación corresponde en el caso de que algún profesional que cumpla una labor en el acto quirúrgico facture con RUT diferente.

Valor	Descripción	Obs
1	Primer Cirujano	
2	Anestesista (Mismo 1er Cirujano)	
3	Anestesista (otro Profesional)	
4	Segundo Cirujano	
5	Tercer Cirujano	
6	Cuarto Cirujano	
7	Quinto Cirujano	
8	Pabellón	

Tabla 35 "Tabla L78 – Labor en Pabellón"

Valor	Descripción	Obs
1	Cobra	
2	No Cobra	

Tabla 36 "Tabla P78 – Participación en cirugía"

Este campo es repetitivo, lo que implica que pueden expresarse tantas veces como médicos intervinieron en el equipo de trabajo

PR1-16 Código PAD/Canasta/Prestacion

<Código_PAD/Canasta/Prestacion>

Guía de Implementación Cierre ViError! Nombre desconocido de propiedad de documento.3.3

En el caso de estar valorizando una prestación la cual está incluida en un PAD o Canasta se debe agregar el Codigo_PAD/Canasta/Prestacion del arancel FONASA en este campo. En caso de que no sea una prestación PAD o Canasta este campo queda vacío.

Observación: en caso de estar describiendo un PAD/Canasta como prestación, en este campo debe ir el código de esta. En caso contrario debe quedar en blanco

PR1-19 RUT para Facturación

<RUT facturación>

Este RUT es para que FONASA facture la prestación identificada en vez de utilizar el RUT del Prestador.

4.3.3 GP2 – SEGMENTO DE VALORIZACIÓN

Sec	Long	DT	R/O	RP/#	Tabla Asoc	Nombre elemento del	Obs
2	7	NM	O			Contador de Prestaciones	Frecuencia de cada prestación otorgada o a otorgar.
3	12	CP	O	1		Valor prestación	Corresponde al valor total (Valor prestación x contador)
5	1	IS	O	1	0460	Prestación aceptada o denegada	Aplicable a Mensaje Enviado por FONASA
13	12	CP	O	1		Copago Prestación	Aplicable a Mensaje Enviado por FONASA

Tabla 37 "Tabla GP2 – Elementos descritos en el segmento"

GP2-2 Contador de Prestaciones

<Cantidad>

GP2-3 Valor Prestación

Use una de las siguientes sintaxis:

Desde el prestador a FONASA: <Monto particular>^^^<Numero_Folio>

Desde FONASA al Prestador:

<Monto>^^<Bonificación>^<Seguros_complementarios>^<Numero_Folio>&
&&<Código_validacion_Folio>&<Glosa>

- **Monto:** Si es prestador, valor particular por institución y si es FONASA, valor arancelado.
- **Bonificación:** Monto bonificado por FONASA para prestaciones reportadas.

Guía de Implementación Cierre ViError! Nombre desconocido de propiedad de documento.3.3

- **Seguros complementarios:** Monto cubierto por seguros complementarios.
- **Numero folio:** Número de serie del documento que acredita el pago de la atención (Solamente requerido en proceso ambulatorio y hospitalizado PAD).
- **Código validación folio:** Código generado por FONASA, según Tabla 38, el cual hace referencia a la validez o invalidez del folio (Solamente requerido en proceso ambulatorio y hospitalizado PAD).
- **Glosa:** Descripción referente al Código de Validación (Solamente requerido en proceso ambulatorio y hospitalizado PAD).

El valor de copago es el resultado del monto menos la bonificación y menos los seguros complementarios.

Código	Glosa
0	Invalido
1	Valido

Tabla 38 "Tabla Código validación FONASA"

GP2-5 Prestación aceptada o denegada

<Código>

Código	Comentarios
0	Aceptada
1	NO arancelada

Tabla 39 "Tabla 0460 – Tabla"

GP2-13 Copago Prestación

<Monto>

4.3.4 MSA – SEGMENTO DE CABECERA

Sec.	Long	DT	R/O	RP (#)	Tabla Asoc	Item#	Nombre del elemento	Obs
1	Variable	ID	R		0008	00018	Código ACK	
2	199	ST	R				Código ID mensaje	
3	2	ST	R				Recepción de cuenta	Solamente aplica para cierre de cuenta P06

Tabla 40 "Tabla MSA – Elementos descritos en el segmento MSA. "

MSA-1 Código ACK

<Código>

Código	Descripción	Comentarios
--------	-------------	-------------

AA	Modo original: Aplicación Aceptar - Modo mejorado: Reconocimiento de la aplicación: Aceptar	Usar este si mensaje es recibido sin daño
AE	Modo original: Error de aplicación - Modo mejorado: Reconocimiento de la aplicación: Error	
AR	Modo original: Rechazo de la aplicación - Modo mejorado: Reconocimiento de la aplicación: Rechazar	
CA	Modo mejorado: Aceptar confirmación: Confirmar Aceptar	
CE	Modo mejorado: Aceptar confirmación: Confirmar error	
CR	Modo mejorado: Aceptar confirmación: Cometer rechazo	

Tabla 41 "Tabla 0008 – Acknowledge Code"

MSA-2 Código ID mensaje

<Código Control ID>

MSA-3 Código de recepción de cuenta

<Código Control ID>

Código Control ID	Tipo de recepción
1	Aceptada
2	Rechazada
3	Pendiente

Tabla 42 "Tabla Código de recepción de cuenta"

5 EJEMPLOS DE MENSAJES

5.1 AMBULATORIO

Rigoberto Pérez González, ID de identificación 13.453.567-K, nacionalidad chilena, presenta Carnet de Identidad emitido en Chile como documento identificador, emitido por el Registro Civil de Chile. Se presenta el día 23 de noviembre del 2017 a las 16:45 para ser atendido por un doctor con RUN 9.904.867-5 y se le asocia una ficha clínica en el establecimiento con el número 346482 y se registra en el sistema de registro administrativo de la Clínica Sonrisa, RUT Prestador Jurídico 56.867.986-0, código de sucursal 304Y5. El tipo de atención es ambulatoria y se le asigna un ID encuentro propio 45RX2. La atención del paciente no cae dentro de algún tipo de ley previsional y el paciente refiere pertenecer a FONASA. Además, el paciente se presenta con un bono válidamente emitido por una entidad externa al prestador, con número de folio 098653728963487.

Los datos son enviados por el prestador a FONASA. Con este proceso, FONASA identifica al beneficiario en su base de datos, identificando a Don Rigoberto Pérez González como beneficiario de FONASA tramo B. FONASA le otorga el código 342RT como ID de encuentro de FONASA para la atención médica.

El paciente viene para una consulta médica con el Dr. Juan Pereira Gómez. El valor particular de la Clínica Sonrisa para la consulta médica por especialista es de 45.000 pesos. El valor arancel FONASA para la misma prestación es de 35.000 pesos. La valorización de la cuenta final se realizó a las 16:49. La modalidad de atención de la prestación es MLE y tipo de contrato y subcontrato MLE (código programa FONASA 02080801).

El valor es recibido por FONASA, quien revisa si el paciente tiene o no seguros complementarios. Don Rigoberto no tiene ninguno vigente. Por lo tanto, FONASA envía la valorización de la cuenta médica:

- Prestación 1: Consulta por especialista 35.000 pesos, bonificación FONASA 15.000 pesos, monto seguro complementarios 0 pesos
- Monto total a pagar por encuentro: 20.000 pesos a facturar a RUT 56.867.986-0.

El paciente acepta la cuenta médica y realiza el pago, por lo que recibe la prestación antes indicada. La consulta médica se realizó a las 17:01.

Al final del encuentro médico, Don Rigoberto es diagnosticado con sospecha de hipertensión arterial (Código propio 42558) como problema de salud principal y dislipidemia (Código propio 25541) como problema de salud secundario confirmada. El diagnóstico se hizo a las 17:15. El paciente abandona la clínica vivo a las 17:51. FONASA recibe la información. Ya que el prestador envió codificación propia, FONASA deberá enviar codificación SNOMED-CT

Evento Notificación Cierre de Encuentro Clínico Ambulatorio

Mensaje BAR P10 (Prestador a FONASA)

```
MSH|^~\&|SanatorioPineda|544813254^568679860^RUT|SW_FONASA|0^61603000  
0^RUT|20171123175100-0400||BAR^P10^BAR_P10|343FF|P|2.5.1  
EVN|P10|20171123175100-0400  
PID|||13453567^K^^RegistroCivil^NI^^^152&Chile&ISO3166-  
1||Perez^Rigoberto^Ignacio|Gonzalez  
PV1||3||346482||99048675|||||||342RT|B|||||||01|||||20171123175  
100-0400|20171123175100-0400  
DG1|01||42558^Hipertension_Arterial^L||20171123171500-0400|2|||||||01  
DG1|02||25541^dislipidemia^L||20171123171500-0400|1|||||||02  
GP1|0  
PR1|01||0101300^Consulta_Especialista^99000^0^No_aplica^99001|02080801|201  
71123170100-0400|||||||568679860  
GP2||1|45000^^^098653728963487
```

ACK Mensaje BAR P10 (FONASA a Prestador)

MSH|^~\&|SW_FONASA|0^616030000^RUT|SanatorioPineda|544813254^568679860^RUT|20170724113447||ACK|343FF|P|2.5.1
MSA|AA|343FF

Mensaje BAR P10 (FONASA a Prestador)

MSH|^~\&|SW_FONASA|0^616030000|SanatorioPineda|544813254^568679860^RUT|20171123175500-0400||BAR^P10^BAR_P10|TR454|P|2.5.1
EVN|P10|20171123175500-0400
PID|||13453567^K^^RegistroCivil^NI^^^152&Chile&ISO3166-1||Perez^Rigoberto^Ignacio|Gonzalez
PV1||3||346482||99048675|||||||||342RT|B|||||||||01|||||20171123175100-0400|20171123175100-0400
GP1|0
PR1|01||0101300^Consulta_Especialista^99000^0^No_Aplica^99001|02080801|20171123164900-0400|||||||||568679860
GP2||1|35000^^15000^0^098653728963487&&&1&valido ||0|||||0

ACK Mensaje BAR P10 Prestador a FONASA)

MSH|^~\&|SanatorioPineda|544813254^568679860^RUT|SW_FONASA|0^616030000|20170724113938||ACK|TR454|P|2.5.1
MSA|AA|TR454

Mensaje BAR P12 (FONASA A Prestador)

MSH|^~\&|SW_FONASA|0^616030000|SanatorioPineda|544813254^568679860^RUT|20171123180100-0400||BAR^P12^BAR_P12|RTI34|P|2.5.1
EVN|P12|20171123180100-0400
PID|||13453567^K^^RegistroCivil^NI^^^152&Chile&ISO3166-1||Perez^Rigoberto^Ignacio|Gonzalez
PV1||3||346482||99048675|||||||||342RT|B|||||||||01|||||20171123175100-0400|20171123175100-0400
DG1|01||417312002^Sospecha_de_Hipertension^SCT||20171123171500-0400|2|||||01
DG1|02||370992007^Dislipidemia^SCT||20171123171500-0400|1|||||02

ACK Mensaje BAR P12 (Prestador a FONASA)

MSH|^~\&|SanatorioPineda|544813254^568679860^RUT|SW_FONASA|0^616030000|20170724114140||ACK|RTI34|P|2.5.1
MSA|AA|RTI34

Mensaje BAR P06 (Prestador A FONASA)

MSH|^~\&|SanatorioPineda|544813254^568679860^RUT|SW_FONASA|0^616030000^RUT|20171123181000-0400||BAR^P06^BAR_P06|58633|P|2.5.1
EVN|P06|20171123181000-0400
PID|||13453567^K^^RegistroCivil^NI^^^152&Chile&ISO3166-1||Perez^Rigoberto^Ignacio|Gonzalez
PV1||3||346482||99048675|||||||||342RT|B|||||||||01|||||20171123175100-0400|20171123175100-0400

ACK Mensaje BAR P06 (FONASA a Prestador)

MSH|^~\&|SW_FONASA|0^616030000|SanatorioPineda|544813254^568679860^RU
T|20170724114337||ACK|58633|P|2.5.1
MSA|AA|58633

5.2 HOSPITALARIO

La paciente Clara Pérez Gómez se presenta en el servicio de urgencia de la Clínica Mejor por un cuadro de dolor abdominal agudo. Presenta su Carnet de Identidad emitido por el Registro Civil en Chile en admisión, RUN 14.563.928-3.

La Clínica es una institución privada, RUT jurídico 88.745.453-3, RUT sucursal 98.345.765-8. El ingreso al servicio de urgencia se realiza el día 12 de enero del 2017 a las 09:12 y se le asigna el número 12323 como ficha clínica, con ID encuentro propio 67TY9. La atención no cae dentro de alguna ley provisional y la paciente refiere pertenecer a FONASA. El medico 8.987.345-6 indica la hospitalización de la paciente, para resolución quirúrgica.

El prestador envía los datos a FONASA para la realización de la validación y verificación del beneficiario. FONASA verifica que la paciente es beneficiaria del seguro, tramo C y se le otorga el ID FONASA 234R4.

La atiende la Dra. Ximena Arce Pérez, RUN 10.293.345-4. Luego de una ecografía abdominal se establece

el diagnóstico de apendicitis aguda. La Dra. Arce indica la hospitalización del paciente para resolución quirúrgica vía laparoscópica.

La paciente estuvo hospitalizada 3 días, período durante el cual se realizó la cirugía (apendicetomía), el día 13 de enero del 2017 a las 18:22. El valor de

derecho de pabellón va incluido en el precio de la cirugía, y se facturo contra el RUT del prestador institucional.

La cirugía la realizó el siguiente equipo médico:

Primer cirujano: Dra. Juana Pérez, RUN 12.343.234-4, participación con cobro.

Segundo cirujano: Dr. Víctor Pinilla, RUN 12.453.333-7, participación con cobro.

Anestesista: Dr. Sebastián Guerra, RUN 9.343.254-4, participación con cobro.

Además, la paciente recibió un curso de antibióticos debido a una infección del tracto urinario.

Los precios de las prestaciones fueron los siguientes:

- 1) Día cama (x3) = 35.000 pesos, total = 105.000 pesos
- 2) Apendicetomía (vía laparoscopia) (x 1) = 800.000 pesos, total = 800.000 pesos
- 3) Antibióticos (x 3) = 10.000 pesos, total = 30.000 pesos

El día cama esta arancelado por FONASA (Código 0202105), al igual que la cirugía (Código 1802053). El tratamiento antibiótico para la infección urinaria no lo está (Código Propio 123321). La modalidad de atención fue MLE, contrato y subcontrato MLE (se atendió en clínica privada). La fecha y hora de la valorización de la cuenta fue el 15 de enero a las 16:43.

FONASA recibe los datos y envía los siguientes valores al prestador para ser presentados a la paciente:

- 1) Día cama (x 3) = Valor día cama particular (35.000pesos /día=105.000pesos). Valor arancel FONASA (25.000pesos/día=75.000pesos). Valor Bonificación FONASA

45.000 pesos, Monto Seguros Complementarios = 10.000 pesos,
Monto total a pagar = 20.000 pesos.

2) Apendicetomía (x 1) = Valor cirugía particular 800.000 pesos. Valor Arancel 600.000 pesos, Valor Bonificación FONASA 250.000 pesos, Monto Seguros Complementarios = 100.000 pesos, Monto Total a pagar = 250.000 pesos.

3) Ciprofloxacino (x 3) = Valor Particular 30.000 pesos, Valor Bonificación FONASA 0 pesos, Monto Seguros Complementarios 2.500 pesos, Monto total a pagar = 27.500 pesos.

Total a pagar cuenta médica = 297.500 pesos. El anestesista pertenece a una sociedad profesional que factura bajo RUT 99.322.111-K

La fecha de alta administrativa de la paciente fue el 15 de enero del 2017 a las 23:23:12. La epicrisis fue firmada por la Dr. Juana Pérez, RUN 12.343.234-4. El diagnóstico principal fue apendicitis aguda (Código propio TG456G), confirmado por biopsia, con los siguientes diagnósticos secundarios (ambos confirmados): infección del tracto urinario (Código propio YH76J) y cefalea (Código propio PJ89B). El diagnóstico principal y secundario se hizo el día 13 de enero del 2017 a las 15:55.

La cirugía se realizó a el día 13 de enero del 2017 a las 15:01, los antibióticos se administraron a partir del 12 de enero del 2017 a las 10:12. El primer día cama fue el 12 de enero del 2017 a las 22:00. Post auditoria interna del prestador, el encuentro medico se cerró el día 02 de febrero del 2017 a las 10:23.

Guía de Implementación Cierre ViError! Nombre desconocido de propiedad de documento.3.3

La paciente fue dada de alta, viva, con indicaciones de control en el servicio de cirugía en 5 días.

FONASA recibe los datos enviados por el prestador. FONASA debe enviar codificación SNOMED CT, ya que el prestador envió codificación propia.

PRESTADOR ENVÍA:

Mensaje BAR P10

MSH|^~\&|SW_RegistroAdministrativo_ClinicaMejor|983457658^887454533^RUT|SW_FONASA|0^616030000^RUT|20170113182200-0400||BAR^P10^BAR_P10|MS0001|P|2.5.1
EVN|P10|20170113182200-0400
PID|||14563928^3^^RegistroCivil^NI^^^152&Chile&ISO3166-1||Perez^Clara|Gomez
PV1||01||67TY9||102933454|89873456|||||||234R4|C|||||||1|||||20170115232300-0400|20170215102300-0400
DG1|0001||TG456G^Apendicitis_Aguda^L||20170115155500-0400|1|||||||01
DG1|0002||YH76J^infección_del_tracto_urinario^L||20170115155500-0400|1|||||||01
DG1|0003||PJ89B ^cefalea^L||20170115155500-0400|1|||||||01
GP1|0
PR1|000P1||0202105^Dia_Cama^99000^0^No_aplica^0|02080801|20170113182200-0400|||||||887454533
GP2||3|105000
PR1|000P2||1802053^Apendicectomia^99000^3^Videolaparoscopica^99001|02080801|20170113182200-0400||||||123432344^^^887454533^^^01^^^^^^01&124533337^^^887454533^^^04^^^^^^01&93432544^^^887454533^^^03^^^^^^01|||||887454533
GP2||1|800000
PR1|0003||123321^Antibioticos^L^0^No_aplica^0|02080801|20170113182200-0400|||||||887454533
GP2||3|30000

ACK BAR P10

MSH|^~\&|SW_FONASA|0^616030000^RUT|SW_RegistroAdministrativo|983457658^887454533^RUT|20170113209100-0400||BAR^P10^BAR_P10|MS0001|P|2.5.1
MSA|AA|MS0001

FONASA ENVÍA

Mensaje BAR P10

MSH|^~\&|SW_FONASA|0^616030000^RUT|SW_RegistroAdministrativo_ClinicaMejor|983457658^887454533^RUT|20170115216400-0400||
BAR^P10^BAR_P10|FON0001|P|2.5.1
EVN|P10|20170115216400-0400
PID|||14563928^3^^RegistroCivil^NI^^^^152&Chile&ISO3166-1||Perez^Clara|Gomez
PV1||01|||67TY9||102933454|89873456|||||||234R4|C
GP1|0
PR1|0001||0202105^Dia_Cama^99000^0^No_aplica^0||20170113182200-0400|||||||887454533
GP2||3|75000^^45000^10000||0|||||||20000
PR1|0002||1802053^Apendicectomy^99000^3^Videolaparoscopica^99001|02080801|20170113182200-0400|||||||123432344^^^887454533^^^1^^^^^^1&124533337^^^887454533^^^4^^^^^^1&93432544^^^887454533^^^3^^^^^^1||||||887454533
GP2||1|600000^^250000^100000||0|||||||250000
PR1|0003||123321^Antibioticos^L^0^No_aplica^0|02080801|20170113182200-0400|||||||887454533
GP2||3|0^0^2500||1|||||||27500

ACK BAR P10

MSH|^~\&|SW_RegistroAdministrativo_ClinicaMejor|983457658^887454533^RUT|SW_FONASA|0^616030000^RUT|20170115216400-0400||
BAR^P10^BAR_P10|FON0001|P|2.5.1
MSA|AA|FON001

Mensaje BAR P12

MSH|^~\&|SW_FONASA|0^616030000^RUT|SW_RegistroAdministrativo_ClinicaMejor|983457658^887454533^RUT|20170115216400-0400||
BAR^P12^BAR_P12|DG0001|P|2.5.1
EVN|P12|20170115216400-0400
PID|||14563928^3^^RegistroCivil^NI^^^^152&Chile&ISO3166-1||Perez^Clara|Gomez
PV1||01|||67TY9||102933454|89873456|||||||234R4|C
DG1|0001||85189001^Apendicitis_Aguda^SCT||20170115155500-0400|1|||||||01
DG1|0002||431309003^infección_del_tracto_urinario^SCT||20170115155500-0400|1|||||||01
DG1|0003||25064002^cefalea^SCT||20170115155500-0400|1|||||||01
PR1|0002||80146002^Apendicectomy^SCT^73632009^laparoscopia^SCT||20170113182200-0400|||||||123432344^^^887454533^^^1^^^^^^1&124533337^^^887454533^^^4^^^^^^1&93432544^^^887454533^^^3^^^^^^1||||||887454533
PR1|0003||7577004^Ciprofloxacino^SCT^0^No_aplica^0|02080801|20170113182200-0400|||||||887454533

CIERRE DE CUENTA PARA FONASA

BAR P06

MSH|^~\&|SW_RegistroAdministrativo_ClínicaMejor|983457658^887454533^RUT|SW_FONASA|0^616030000^RUT|20170113182200-0400||BAR^P06^BAR_P06|MS0001|P|2.5.1
EVN|P06|20170113182200-0400
PID|||14563928^3^^RegistroCivil^NI^^^152&Chile&ISO3166-1||Perez^Clara|Gomez
PV1||01|||67TY9||102933454|89873456|||||||234R4|C|||||||1|||||20170115232300-0400|20170215102300-0400

ACK BAR P06

MSH|^~\&|SW_FONASA|0^616030000^RUT|SW_RegistroAdministrativo|983457658^887454533^RUT|20170113209100-0400||BAR^P06^BAR_P06|MS0001|P|2.5.1
MSA|1|MS0001

6 ANEXOS

6.1 NOMENCLATURA

6.1.1 CRITERIO PARA DEFINIR OBLIGATORIEDAD EN LOS SEGMENTOS, CAMPOS Y SUB-CAMPOS:

En la presenta guía la definición del estándar HL7 International debe ser respetada, razón por la cual los campos obligatorios por cada segmento de mensaje seleccionado deben ser mantenidos. Este criterio será mantenido en todos los mensajes seleccionados. A parte de éstos, del CMD aparecerán elementos Requeridos adicionales o nuevos campos requeridos para la realidad de los eventos a implementar. Finalmente se puedan estipular los campos Optativos. Una vez concluido esto se determinarán las necesidades de sub-campos por cada campo determinado.

Valor	Explicación
R	Elemento es requerido en la semántica del segmento
O	Elemento es opcional en la semántica del segmento

En el caso de la columna que define repetitividad (RPT/#), si contiene el carácter "**Y**", entonces el elemento puede repetirse infinitamente.

En la columna "**Tabla Asoc**" se define si existe una tabla asociada al elemento junto con el número que la identifica.

6.1.2 NOMENCLATURA EMPLEADA EN LA ESPECIFICACIÓN DE LOS MENSAJES:

En el caso de los mensajes la estructura abstracta definida presenta los siguientes

Valor	Explicación
SEG	Segmento es obligatorio
[SEG]	Segmento puede o no aparecer una única vez.
{SEG}	Segmento obligatorio que puede repetirse
[{SEG}]	Segmento puede o no aparecer repetidas veces.

Tabla 43 "Estructura abstracta de los mensajes"

6.2 TIPOS DE DATOS (DT):

6.2.1 TIPOS DE DATOS

En la siguiente tabla se definen los datos básicos empleados en esta guía de implementación HL7 para Atención Ambulatoria y Hospitalizada.

Sigla	Explicación	Longitud
DT	Fecha	8
CE	Elemento codificado	483
TS	Sello de Tiempo	26
CX	ID compuesto ampliado con dígito de verificación	1913
ID	Identificador	Variable
IS	Identificador definido por una tabla.	20
XPN	Nombre extendido de la persona	1103
ST	Cadena de caracteres.	199
XAD	Dirección extendida	631
XCN	Número de identificación compuesto y nombre extendido	3002
MSG	Tipo de mensaje	15
FC	Categoría financiera	20
VID	Identificador de versión	5
NM	Numérico	Variable

Tabla 44 "Tipos de datos básicos para atención ambulatoria y hospitalización"

6.2.2 DATOS COMPUESTOS

En la siguiente tabla se definen los datos básicos empleados en esta guía de implementación HL7 para Atención Ambulatoria.

Sigla	Explicación
DTM	Fecha/Hora
ST	Variable Glosa
FN	Apellido
ID	Valores codificados para tablas HL7
HD	Designador jerárquico
SAD	Dirección

Tabla 45 "Tabla datos compuestos atención ambulatoria"

6.2.3 SEGMENTOS:

Los segmentos que se trabajaran al dar estructura al mensaje en la presente Guía de Implementación son los siguientes:

MSH: El cuál es el segmento cabecero, en el cual se incluyen datos relativos a la mensajería.

EVN: Segmento en el cual se incluyen datos relativos al evento propiamente tal.

PID: Segmento que incluye información relativa al paciente.

PV1: Segmento que incluye información sobre el origen del paciente.

MSA: Segmento que contiene información enviada mientras se reconoce otro mensaje.

6.3 TABLA HL7 0003

Value	Description
A01	ADT/ACK - Admit/visit notification
A02	ADT/ACK - Transfer a patient
A03	ADT/ACK - Discharge/end visit
A04	ADT/ACK - Register a patient
A05	ADT/ACK - Pre-admit a patient
A06	ADT/ACK - Change an outpatient to an inpatient
A07	ADT/ACK - Change an inpatient to an outpatient
A08	ADT/ACK - Update patient information
A09	ADT/ACK - Patient departing - tracking
A10	ADT/ACK - Patient arriving - tracking
A11	ADT/ACK - Cancel admit/visit notification
A12	ADT/ACK - Cancel transfer
A13	ADT/ACK - Cancel discharge/end visit
A14	ADT/ACK - Pending admit
A15	ADT/ACK - Pending transfer
A16	ADT/ACK - Pending discharge

A17	ADT/ACK - Swap patients
A18	ADT/ACK - Merge patient information (for backward compatibility only)
A19	QRY/ADR - Patient query
A20	ADT/ACK - Bed status update
A21	ADT/ACK - Patient goes on a "leave of absence"
A22	ADT/ACK - Patient returns from a "leave of absence"
A23	ADT/ACK - Delete a patient record
A24	ADT/ACK - Link patient information
A25	ADT/ACK - Cancel pending discharge
A26	ADT/ACK - Cancel pending transfer
A27	ADT/ACK - Cancel pending admit
A28	ADT/ACK - Add person information
A29	ADT/ACK - Delete person information
A30	ADT/ACK - Merge person information (for backward compatibility only)
A31	ADT/ACK - Update person information
A32	ADT/ACK - Cancel patient arriving - tracking
A33	ADT/ACK - Cancel patient departing - tracking
A34	ADT/ACK - Merge patient information - patient ID only (for backward compatibility only)
A35	ADT/ACK - Merge patient information - account number only (for backward compatibility only)
A36	ADT/ACK - Merge patient information - patient ID and account number (for backward compatibility only)
A37	ADT/ACK - Unlink patient information
A38	ADT/ACK - Cancel pre-admit
A39	ADT/ACK - Merge person - patient ID (for backward compatibility only)
A40	ADT/ACK - Merge patient - patient identifier list
A41	ADT/ACK - Merge account - patient account number
A42	ADT/ACK - Merge visit - visit number
A43	ADT/ACK - Move patient information - patient identifier list
A44	ADT/ACK - Move account information - patient account number
A45	ADT/ACK - Move visit information - visit number
A46	ADT/ACK - Change patient ID (for backward compatibility only)
A47	ADT/ACK - Change patient identifier list
A48	ADT/ACK - Change alternate patient ID (for backward compatibility only)
A49	ADT/ACK - Change patient account number
A50	ADT/ACK - Change visit number
A51	ADT/ACK - Change alternate visit ID
A52	ADT/ACK - Cancel leave of absence for a patient
A53	ADT/ACK - Cancel patient returns from a leave of absence
A54	ADT/ACK - Change attending doctor
A55	ADT/ACK - Cancel change attending doctor
A60	ADT/ACK - Update allergy information
A61	ADT/ACK - Change consulting doctor
A62	ADT/ACK - Cancel change consulting doctor
B01	PMU/ACK - Add personnel record
B02	PMU/ACK - Update personnel record
B03	PMU/ACK - Delete personnel re cord
B04	PMU/ACK - Active practicing person
B05	PMU/ACK - Deactivate practicing person
B06	PMU/ACK - Terminate practicing person
B07	PMU/ACK - Grant Certificate/Permission
B08	PMU/ACK - Revoke Certificate/Permission
C01	CRM - Register a patient on a clinical trial
C02	CRM - Cancel a patient registration on clinical trial (for clerical mistakes only)

C03	CRM - Correct/update registration information
C04	CRM - Patient has gone off a clinical trial
C05	CRM - Patient enters phase of clinical trial
C06	CRM - Cancel patient entering a phase (clerical mistake)
C07	CRM - Correct/update phase information
C08	CRM - Patient has gone off phase of clinical trial
C09	CSU - Automated time intervals for reporting, like monthly
C10	CSU - Patient completes the clinical trial
C11	CSU - Patient completes a phase of the clinical trial
C12	CSU - Update/correction of patient order/result information
CNQ	Cancel Query
I01	RQI/RPI - Request for insurance information
I02	RQI/RPL - Request/receipt of patient selection display list
I03	RQI/RPR - Request/receipt of patient selection list
I04	RQD/RPI - Request for patient demographic data
I05	RQC/RCI - Request for patient clinical information
I06	RQC/RCL - Request/receipt of clinical data listing
I07	PIN/ACK - Unsolicited insurance information
I08	RQA/RPA - Request for treatment authorization information
I09	RQA/RPA - Request for modification to an authorization
I10	RQA/RPA - Request for resubmission of an authorization
I11	RQA/RPA - Request for cancellation of an authorization
I12	REF/RRI - Patient referral
I13	REF/RRI - Modify patient referral
I14	REF/RRI - Cancel patient referral
I15	REF/RRI - Request patient referral status
J01	QCN/ACK - Cancel query/acknowledge message
J02	QSN/ACK - Cancel subscription/acknowledge message
K11	RSP - Segment pattern response in response to QBP^Q11
K13	RTB - Tabular response in response to QBP^Q13
K15	RDY - Display response in response to QBP^Q15
K21	RSP - Get person demographics response
K22	RSP - Find candidates response
K23	RSP - Get corresponding identifiers response
K24	RSP - Allocate identifiers response
K25	RSP - Personnel Information by Segment Response
K31	RSP - Dispense History
M01	MFN/MFK - Master file not otherwise specified (for backward compatibility only)
M02	MFN/MFK - Master file - staff practitioner
M03	MFN/MFK - Master file - test/observation (for backward compatibility only)
M04	MFN/MFK - Master files charge description
M05	MFN/MFK - Patient location master file
M06	MFN/MFK - Clinical study with phases and schedules master file
M07	MFN/MFK - Clinical study without phases but with schedules master file
M08	MFN/MFK - Test/observation (numeric) master file
M09	MFN/MFK - Test/observation (categorical) master file
M10	MFN/MFK - Test /observation batteries master file
M11	MFN/MFK - Test/calculated observations master file
M12	MFN/MFK - Master file notification message
M13	MFN/MFK - Master file notification - general
M14	MFN/MFK - Master file notification - site defined
M15	MFN/MFK - Inventory item master file notification
N01	NMQ/NMR - Application management query message
N02	NMD/ACK - Application management data message (unsolicited)
O01	ORM - Order message (also RDE, RDS, RGV, RAS)

O02	ORR - Order response (also RRE, RRD, RRG, RRA)
O03	OMD - Diet order
O04	ORD - Diet order acknowledgment
O05	OMS - Stock requisition order
O06	ORS - Stock requisition acknowledgment
O07	OMN - Non-stock requisition order
O08	ORN - Non-stock requisition acknowledgment
O09	OMP - Pharmacy/treatment order
O10	ORP - Pharmacy/treatment order acknowledgment
O11	RDE - Pharmacy/treatment encoded order
O12	RRE - Pharmacy/treatment encoded order acknowledgment
O13	RDS - Pharmacy/treatment dispense
O14	RRD - Pharmacy/treatment dispense acknowledgment
O15	RGV - Pharmacy/treatment give
O16	RRG - Pharmacy/treatment give acknowledgment
O17	RAS - Pharmacy/treatment administration
O18	RRA - Pharmacy/treatment administration acknowledgment
O19	OMG - General clinical order
O20	ORG/ORL - General clinical order response
O21	OML - Laboratory order
O22	ORL - General laboratory order response message to any OML
O23	OMI - Imaging order
O24	ORI - Imaging order response message to any OMI
O25	RDE - Pharmacy/treatment refill authorization request
O26	RRE - Pharmacy/Treatment Refill Authorization Acknowledgement
O27	OMB - Blood product order
O28	ORB - Blood product order acknowledgment
O29	BPS - Blood product dispense status
O30	BRP - Blood product dispense status acknowledgment
O31	BTS - Blood product transfusion/disposition
O32	BRT - Blood product transfusion/disposition acknowledgment
O33	OML - Laboratory order for multiple orders related to a single specimen
O34	ORL - Laboratory order response message to a multiple order related to single specimen OML
O35	OML - Laboratory order for multiple orders related to a single container of a specimen
O36	ORL - Laboratory order response message to a single container of a specimen OML
P01	BAR/ACK - Add patient accounts
P02	BAR/ACK - Purge patient accounts
P03	DFT/ACK - Post detail financial transaction
P04	QRY/DSP - Generate bill and A/R statements
P05	BAR/ACK - Update account
P06	BAR/ACK - End account
P07	PEX - Unsolicited initial individual product experience report
P08	PEX - Unsolicited update individual product experience report
P09	SUR - Summary product experience report
P10	BAR/ACK -Transmit Ambulatory Payment Classification(APC)
P11	DFT/ACK - Post Detail Financial Transactions - New
P12	BAR/ACK - Update Diagnosis/Procedure
PC1	PPR - PC/ problem add
PC2	PPR - PC/ problem update
PC3	PPR - PC/ problem delete
PC4	QRY - PC/ problem query
PC5	PRR - PC/ problem response
PC6	PGL - PC/ goal add
PC7	PGL - PC/ goal update

PC8	PGL - PC/ goal delete
PC9	QRY - PC/ goal query
PCA	PPV - PC/ goal response
PCB	PPP - PC/ pathway (problem-oriented) add
PCC	PPP - PC/ pathway (problem-oriented) update
PCD	PPP - PC/ pathway (problem-oriented) delete
PCE	QRY - PC/ pathway (problem-oriented) query
PCF	PTR - PC/ pathway (problem-oriented) query response
PCG	PPG - PC/ pathway (goal-oriented) add
PCH	PPG - PC/ pathway (goal-oriented) update
PCJ	PPG - PC/ pathway (goal-oriented) delete
PCK	QRY - PC/ pathway (goal-oriented) query
PCL	PPT - PC/ pathway (goal-oriented) query response
Q01	QRY/DSR - Query sent for immediate response
Q02	QRY/QCK - Query sent for deferred response
Q03	DSR/ACK - Deferred response to a query
Q04	EQQ - Embedded query language query
Q05	UDM/ACK - Unsolicited display update message
Q06	OSQ/OSR - Query for order status
Q07	VQQ - Virtual table query
Q08	SPQ - Stored procedure request
Q09	RQQ - event replay query
Q11	QBP - Query by parameter requesting an RSP segment pattern response
Q13	QBP - Query by parameter requesting an RTB - tabular response
Q15	QBP - Query by parameter requesting an RDY display response
Q16	QSB - Create subscription
Q17	QVR - Query for previous events
Q21	QBP - Get person demographics
Q22	QBP - Find candidates
Q23	QBP - Get corresponding identifiers
Q24	QBP - Allocate identifiers
Q25	QBP - Personnel Information by Segment Query
Q26	ROR - Pharmacy/treatment order response
Q27	RAR - Pharmacy/treatment administration information
Q28	RDR - Pharmacy/treatment dispense information
Q29	RER - Pharmacy/treatment encoded order information
Q30	RGR - Pharmacy/treatment dose information
Q31	QBP - Dispense History
R01	ORU/ACK - Unsolicited transmission of an observation message
R02	QRY - Query for results of observation
R03	QRY/DSR Display-oriented results, query/unsol. update (for backward compatibility only) (Replaced by Q05)
R04	ORF - Response to query; transmission of requested observation
ROR	ROR - Pharmacy prescription order query response
R07	EDR - Enhanced Display Response
R08	TBR - Tabular Data Response
R09	ERP - Event Replay Response
R21	OUL - Unsolicited laboratory observation
R22	OUL - Unsolicited Specimen Oriented Observation Message
R23	OUL - Unsolicited Specimen Container Oriented Observation Message
R24	OUL - Unsolicited Order Oriented Observation Message
R30	ORU - Unsolicited Point-Of-Care Observation Message Without Existing Order - Place An Order
R31	ORU - Unsolicited New Point-Of-Care Observation Message - Search For An Order
R32	ORU - Unsolicited Pre-Ordered Point-Of-Care Observation

S01	SRM/SRR - Request new appointment booking
S02	SRM/SRR - Request appointment rescheduling
S03	SRM/SRR - Request appointment modification
S04	SRM/SRR - Request appointment cancellation
S05	SRM/SRR - Request appointment discontinuation
S06	SRM/SRR - Request appointment deletion
S07	SRM/SRR - Request addition of service/resource on appointment
S08	SRM/SRR - Request modification of service/resource on appointment
S09	SRM/SRR - Request cancellation of service/resource on appointment
S10	SRM/SRR - Request discontinuation of service/resource on appointment
S11	SRM/SRR - Request deletion of service/resource on appointment
S12	SIU/ACK - Notification of new appointment booking
S13	SIU/ACK - Notification of appointment rescheduling
S14	SIU/ACK - Notification of appointment modification
S15	SIU/ACK - Notification of appointment cancellation
S16	SIU/ACK - Notification of appointment discontinuation
S17	SIU/ACK - Notification of appointment deletion
S18	SIU/ACK - Notification of addition of service/resource on appointment
S19	SIU/ACK - Notification of modification of service/resource on appointment
S20	SIU/ACK - Notification of cancellation of service/resource on appointment
S21	SIU/ACK - Notification of discontinuation of service/resource on appointment
S22	SIU/ACK - Notification of deletion of service/resource on appointment
S23	SIU/ACK - Notification of blocked schedule time slot(s)
S24	SIU/ACK - Notification of opened ("unblocked") schedule time slot(s)
S25	SQM/SQR - Schedule query message and response
S26	SIU/ACK Notification that patient did not show up for schedule appointment
T01	MDM/ACK - Original document notification
T02	MDM/ACK - Original document notification and content
T03	MDM/ACK - Document status change notification
T04	MDM/ACK - Document status change notification and content
T05	MDM/ACK - Document addendum notification
T06	MDM/ACK - Document addendum notification and content
T07	MDM/ACK - Document edit notification
T08	MDM/ACK - Document edit notification and content
T09	MDM/ACK - Document replacement notification
T10	MDM/ACK - Document replacement notification and content
T11	MDM/ACK - Document cancel notification
T12	QRY/DOC - Document query
U01	ESU/ACK - Automated equipment status update
U02	ESR/ACK - Automated equipment status request
U03	SSU/ACK - Specimen status update
U04	SSR/ACK - specimen status request
U05	INU/ACK - Automated equipment inventory update
U06	INR/ACK - Automated equipment inventory request
U07	EAC/ACK - Automated equipment command
U08	EAR/ACK - Automated equipment response
U09	EAN/ACK - Automated equipment notification
U10	TCU/ACK - Automated equipment test code settings update
U11	TCR/ACK - Automated equipment test code settings request
U12	LSU/ACK - Automated equipment log/service update
U13	LSR/ACK - Automated equipment log/service request
V01	VXQ - Query for vaccination record
V02	VXX - Response to vaccination query returning multiple PID matches
V03	VXR - Vaccination record response
V04	VXU - Unsolicited vaccination record update

Guía de Implementación Cierre ViError! Nombre desconocido de propiedad de documento.3.3

Varies	MFQ/MFR - Master files query (use event same as asking for e.g., M05 - location)
W01	ORU - Waveform result, unsolicited transmission of requested information
W02	QRF - Waveform result, response to query