
	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

CONTROL DE VERSIONES

VERSION	FECHA	OBSERVACIONES
ORIGINAL	06/05/2020	
1	03/01/2024	Se incluye información de archivo de Historia clínica, control de préstamos, comité de Historia clínica.



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14



	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

TABLA DE CONTENIDO

1. [DEFINICION](#)
2. [OBJETIVO](#)
3. [ALCANCE](#)
4. [POBLACION OBJETO](#)
5. [DEFINICION/ABREVIATURAS](#)
6. [MARCO LEGAL](#)
7. [PRINCIPIOS DE LA HISTORIA CLINICA](#)
8. [OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO](#)
9. [RESPONSABILIDAD EQUIPO TECNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLINICA.](#)
10. [SECRETO PROFESIONAL](#)
11. [ORDEN DE LA HISTORIA CLINICA](#)
12. [DETALLE DE LA HISTORIA CLINICA](#)
13. [OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLINICO](#)
14. [CUSTODIA DE LA HISTORIA CLINICA](#)
15. [RETENCION Y TIEMPO DE CONSERVACION](#)
16. [SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS](#)
17. [CONDICIONES FISICAS DE CONSERVACION HISTORIA CLINICA](#)
18. [PROCEDIMIENTO ENTREGA DE INFORMACION AL USUARIO O TERCEROS](#)

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

1. DEFINICION

La historia clínica es un documento legal, privado intransferible, único para cada usuario. Las historias clínicas son responsabilidad de la empresa SALVAR 24 H; los usuarios del servicio de hospitalización en casa tienen una historia diaria la cual es tramitada por los auxiliares que allí laboran, médicos tratantes y jefe de enfermería coordinadora de PHD.

SALVAR 24 H S.A.S cuenta con historia una clínica para cada paciente que ingresa al servicio de hospitalización en casa ya sea por medicamentos, curación, hospitalización, domiciliaría, con auxiliar de enfermería, curaciones, consultas medicas, etc.

2. OBJETIVO

Definir los lineamientos para el manejo de las historias clínicas de SALVAR 24 H SAS y cumplir con lo dispuesto en la normatividad pertinente

3. ALCANCE

Inicia desde el momento en que se ingresa al usuario para la prestación de los servicios de la IPS y termina reposando en el archivo central de la IPS hasta por cinco años.


4. POBLACIÓN OBJETO

- Médicos y personal asistencial
- Coordinador de servicios de SALVAR 24 H S.A.S
- Familia del usuario.
- Enfermeras
- Médicos.

5. DEFINICIONES / ABREVIATURAS

ANEXOS DE LA HISTORIA CLÍNICA: Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

realizadas al estudiante en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), notas de procedimientos, incapacidades, trámites académico-administrativos.

ARCHIVO DE GESTIÓN: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco (5) años siguientes a la última atención.

ARCHIVO CENTRAL: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco (5) años desde la última atención.

ARCHIVO HISTÓRICO. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.


HISTORIA CLÍNICA (HC): Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

HISTORIA CLÍNICA PARA EFECTOS ARCHIVÍSTICOS: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

EQUIPO DE SALUD: Son los profesionales, técnicos, auxiliares y estudiantes en proceso de formación del área de la salud que realizan la atención directa del estudiante y los Auditores Médicos de Aseguradoras en los casos pertinentes y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

ESTADO DE SALUD: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en su salud.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

REGISTROS ESPECÍFICOS: Son los documentos en los que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención y varía según el servicio que se presta.

SECRETO PROFESIONAL: Entiéndase por secreto profesional aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El profesional de salud está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

6. MARCO LEGAL

- ✓ Resolución 1995 de 1999 – Normas para el Manejo de la Historia Clínica
- ✓ Ley 23 de 1981 – Código de ética

7. PRINCIPIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA


INTEGRALIDAD: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

SECUENCIALIDAD: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

RACIONALIDAD CIENTÍFICA: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del usuario, diagnóstico y plan de manejo.

DISPONIBILIDAD: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

OPORTUNIDAD: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

8. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

9. RESPONSABILIDAD EQUIPO TÉCNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLINICA


Todo el personal que participa en la atención de un usuario es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la HISTORIA CLINICA y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos especialmente si los resultados son inesperados.

10. SECRETO PROFESIONAL

Toda persona que tenga acceso a la HISTORIA CLINICA o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada. El código penal Colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico o personal paramédico, está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales. Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

- ✓ Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- ✓ A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
- ✓ A los responsables del usuario, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- ✓ A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos pro la Ley.
- ✓ A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

El profesional velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional Este debe cobijar igualmente a todas aquellas personas que por su estado y profesión, reciben o tienen acceso a esta información confidencial. El Código Penal Colombiano establece las sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.


11. ORDEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

En SALVAR 24 H SAS Cada historia clínica cuenta con un orden de formatos, en las cuales se llevan los registros día a día de todas las actividades realizadas con el usuario,

En cada tipo de historia clínica el ordenamiento es cronológico ascendente por fecha de atención; se lee como un libro, en el siguiente orden:

1. Consentimiento informado
2. Deberes y derechos del usuario
3. Control de servicios domiciliarios
4. Plan de atención de enfermería
5. Atención domiciliario.
6. Control de signos vitales
7. Hoja de tratamiento
8. Hoja de signos vitales
9. Hoja de insumos
10. Notas de enfermería
11. Evolución médica
12. Evolución de terapias.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001


13. Se debe anexar las ordenes de los servicios requeridos en el mes a facturar
14. Anexar los consumos que el usuario ha utilizado en el mes
15. Hoja de auditoria
16. Hoja de apertura de historia clínica

Para las historias clínicas de atención domiciliarias serán archivadas por meses según (en cada mes el orden establecido de los formatos)

11. POLITICAS GENERALES DE LA IPS:

- SALVAR 24 HORAS cuenta con un archivo con llave donde se almacenan los registros por consecutivo del documento de identidad del paciente y cronológicamente
- Es un documento individual de un usuario privado
- Se debe tener reserva profesional de lo que allí se escriba
- Al ingresar un usuario nuevo se debe de organizar una historia clínica nueva, en el siguiente orden.
- Consentimiento informado, deberes y derechos del usuario, control de Servicios domiciliarios, plan de atención de enfermería, control de signos vitales, hoja de tratamiento, hoja de insumos si los hay, notas de enfermería, evolución medica si las hay. Se debe anexar para facturarla las órdenes de los servicios requeridos del usuario en el periodo a facturar. Anexar los consumos que el usuario ha gastado.
- Para que la familia de la usuaria tenga acceso a la historia clínica esta la debe solicitar por escrito a la empresa y allí se le expedirá copia de la historia clínica.
- Está prohibido tomar notas o copias de la historia clínica sin autorización de SALVAR 24 horas SAS.
- Los únicos que están autorizados a escribir en la historia clínica son los auxiliares de enfermería, el medico la jefe de coordinación del programa de Atención Domiciliaria. (la familia no debe escribir en la Historia Clínica) si tiene sugerencias y/o quejas pasarlas por escrito a la gerencia.
- Las notas que se realicen en la historia clínica deben ser veraces, oportunas, y pertinentes.
- Se debe escribir con letra clara sin tachones ni enmendaduras, ni corrector, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14


	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

- Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.
- Si se comete una equivocación se traza una línea y se coloca en paréntesis (error) se avisa al jefe inmediato.
- No se deben de dejar espacios entre una nota y la otra se debe firmar al terminar las notas con nombre apellido y cargo
- Al ingresar el usuario se deben de llenar todos los encabezados de las hojas de la historia clínica. con los datos del usuario
- Letra clara en todos los registros
- Historia clínica en el orden establecido
- Hoja de signos vitales correctamente diligenciado
- Notas de enfermería con correcto diligenciamiento
- Hoja de tratamientos correctamente diligenciado
- Historia clínica debidamente foliada
- El comité de historias clínicas debe velar por el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la gestión de los registros clínicos y el buen funcionamiento
- Al realizar préstamo de las Historias clínicas dentro de la IPS a las áreas como calidad, Gerencia o facturación, con el fin de garantizar su custodia el responsable del archivo realizara registro en el formato de control de préstamos de Historias clínicas.

Se relaciona a continuación formato para control de préstamos de las Historias Clínicas:

FECHA DE SOLICITUD	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LA SOLICITA	NOMBRE Y FIRMA DE FUNCIONARIO QUE ENTREGA	FECHA DE DEVOLUCION DE LA HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y FIRMA DE FUNCIONARIO QUE DEVUELVE LA H.C	NOMBRE Y FIRMA DE FUNCIONARIO QUE RECIBE LA H.C

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

Formato para Registro de Entrada de Historias Clínicas Nuevas al Archivo:

NUMERO DE HISTORIA CLINICA	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	FECHA DE INGRESO DE LA HISTORIA CLINICA AL ARCHIVO	FUNCIONARIO QUE RECIBE	FUNCIONARIO QUE ENTREGA

Formato de Registro de Solicitud y entrega de Copia de Historias Clínicas:

FECHA DE SOLICITUD	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	FECHA DE ENTREGA DE COPIA A SOLICITANTE	NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE	FIRMA DE QUIEN RECIBE	FIRMA DE QUIENE ENTREGA


12.DETALLE DE LA HISTORIA CLINICA

La historia clínica cuenta con:

APERTURA DE HISTORIA CLINICA: Documento donde se registra el acto médico inicial, en la parte superior hay un recuadro con los datos de identificación del paciente como es Nombre, Documento, sexo, Edad, Fecha de nacimiento, Dirección, Teléfono, Entidad responsable.

EVOLUCIÓN MÉDICA: Documento donde se plasma la evolución, ordenes médicas, respuesta al tratamiento análisis de reportes de laboratorios, y el plan de manejo a realizar con el usuario.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Documento utilizado, para que el paciente autorice realizar servicios de salud y procedimientos para atención domiciliaria. Es este documento el usuario firma el consentimiento para que le realicemos los procedimientos pertinentes y también se le informa de manera clara y precisa los efectos riesgos y consecuencias del procedimiento, actividades medicas, el plan de manejo en casa de los cuales algunos eventos son de difícil previsión y por tal motivo no es nuestra responsabilidad.

DEBERES Y DERECHOS DEL USUARIO: es una hoja en donde se le da a conocer al usuario los deberes y derechos de este que tienen.

CONTROL DE SERVICIOS DOMICILIARIO: Planilla en donde se registra la asistencia de los auxiliares y/o profesionales para la realización de cualquier actividad de salud. Allí se registran los nombres del prestador del servicio, el cargo, la fecha, la hora inicial, la hora final, tipo de servicio, cantidad del servicio, valor del servicio particular, valor del copago y firma de usuario que recibe el servicio.


PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA: Documento en el cual la jefe de enfermeria encargada del servicio hace un diagnostico basada en una valoración realizada con anterioridad al usuario y realiza un plan de actividades para que sea llevado a cabo por las auxiliares que cuidan al usuario con el objetivo de mejorar los patrones alterados, se realiza cada mes y según necesidad, se reevalúa al usuario para dar de nuevo un plan.

FORMULARIO DE EVALUACION DEL PROGRAMA PARA PACIENTES DE CUIDADO EN CASA: Documento en la cual se valora al domicilio del usuario, los servicios públicos, la vía de accesibilidad y el entorno familiar más el tiempo con el que cuentan el familiar y/o cuidador para atender al usuario.

CONTROL DE SIGNOS VITALES: Es la hoja en la cual se registra los signos vitales en los turnos diarios del usuario y firmas del personal responsable.

CONTROL DE MEDICAMENTOS: Allí se registran los medicamentos que el usuario se le administran el día y las firmas responsables de el procedimiento.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

NOTAS DE ENFERMERIA: Documento donde se registra todos los eventos que le suceden al usuario en el día y los procedimientos que se le realizan así como su estado neurológico y físico, también su entorno familiar y social debe firmar con nombre y cargo respectivo de la persona responsable del turno.

EVOLUCIÓN MEDICA: Documento donde se plasma la consulta realizada por el medico y el plan de manejo a realizar con el usuario


Consulta médica : Es aquella que se le realiza a un paciente que presenta una patología con síntomas que inician de manera súbita y requieren una valoración médica en el menor tiempo posible con el fin de recomendar un tratamiento o una conducta a seguir la cual no da espera y tiene como finalidad resolver una situación aguda. Por lo anterior no es necesario tener disponible la historia clínica, ya que el fin del acto médico es el de controlar una situación aguda que se puede presentar a cualquier hora y en horarios donde no es posible acceder a la custodia de las mismas.

Consulta médica de control: Es aquella que se realiza a un paciente con patología crónica, que requiere reformulación de su tratamiento periódicamente, o a quien se le está realizando un seguimiento diagnóstico, supervisión de un tratamiento y por lo cual se debe tener disponible la historia clínica de su manejo previo.

CONTENIDOS MINIMOS Se entiende por HISTORIA CLINICA completa aquella que incluye la siguiente información.

- ✓ Datos generales del usuario.
- ✓ Motivo de consulta.
- ✓ Enfermedad actual.
- ✓ Revisión por sistemas.
- ✓ Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.
- ✓ Examen físico completo el cual incluye siempre: signos vitales aparatos y sistemas.
- ✓ Concepto medico.
- ✓ Diagnóstico (s) tentativo (s) o definitivo (s)
- ✓ Finalidad y causa.
- ✓ Conductas: orden de medicamento. orden de laboratorio, orden de imagenología, interconsultas, remisiones.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

- ✓ Evoluciones o controles.
- ✓ Epicrisis o resumen de egreso.
- ✓ Consentimientos.

13.OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLINICO

En SALVAR 24 H SAS se cuenta con un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico (pasivo), el cual está organizado y presta los servicios pertinentes

14.CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA


La custodia de la historia clínica está a cargo de la IPS, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de salud, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes.

La IPS puede entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes y cumpliendo con las normas internas establecidas para la entrega de esta información. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

En caso de liquidación de la IPS la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal, para lo cual publicará como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional con un intervalo de ocho (8) días, en el cual se indicará el plazo y las condiciones para que los usuarios retiren sus historias clínicas, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses, contado, a partir de la publicación del último aviso. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

15.RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión, y mínimo 15 años en el archivo central o pasivo, según lo establecido en la resolución 1995 de 1999 o necesidades empresariales. Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, dejando acta que legalice su destrucción. Esta normatividad se aplicará al archivo digital, estableciendo los mecanismos para crear en el sistema una base de datos para cada uno de los archivos definidos por la norma.

16.SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Las historias clínicas son archivadas en un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, conservándolas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

La IPS es responsable de la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado. Se tiene documentado procedimiento de respaldo de la información, el cual garantiza la minimización del riesgo de pérdida de información (ver Manual SIIS)

17.CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN HISTORIA CLÍNICA


El archivo de historias clínicas debe conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

18.PROCEDIMIENTO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL USUARIO O TERCEROS:

Copias y resúmenes de historias clínicas El responsable final de la entrega de información es el archivo clínico, que se rige por las siguientes normas:

a) Por ningún motivo se debe entregar el original de la historia clínica al usuario o familiares.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

b) De conformidad con la Ley, la autoridad competente podrá solicitar copia de la historia clínica previa solicitud por escrito y autorización del Gerente de SALVAR 24 H SAS.

c) Así mismo, la Ley 906 de 2.004 faculta a la Policía Judicial para solicitar copia y/o el original de la historia clínica. Dicha solicitud también debe ser formalizada por escrito y se le deberá anexar fotocopia del carnet que identifique al funcionario que realiza el requerimiento.

d) Quienes tienen acceso a la historia clínica:

El Usuario El equipo de Salud Tribunales de Ética Médica Autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley, como: La Superintendencia Nacional de Salud, Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, Tribunales, Juzgados, entre otros. Policía Judicial: Por Policía Judicial se entiende la función que cumplen las entidades del Estado para apoyar la investigación penal y, en ejercicio de las mismas dependen funcionalmente del Fiscal General de la Nación y sus delegados.

19.SEGUIMIENTO Y CONTROL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS DEFINICION

Conjunto de personas que se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica y la gestión del archivo clínico.


- El comité está integrado por: Gerente de la Institución o su delegado
- Coordinador Administrativo
- Coordinadora de servicio
- Auxiliar de Archivo
- Médico
- Jefe de Enfermería

De las reuniones, se levantan actas, dejando evidencia de las auditorías realizadas y las acciones correctivas o de mejora propuestas.

FUNCIONES GENERALES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS:

- Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

- c) Elevar a la Dirección, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

20. GESTIÓN DEL ARCHIVO CLÍNICO

El encargado del área de archivo, es el funcionario responsable de velar por el cumplimiento de los conceptos y directrices dadas por este manual:

- ✓ Garantizando pleno conocimiento de la ubicación de las historias, estableciendo control sobre la pérdida de las mismas.
- ✓ Velando por el buen uso y manejo de la historia, realizando sensibilización, capacitación y seguimiento a la gestión realizada a los registros clínicos por parte del personal de salud.

FUNCIONES GENERALES DEL AUXILIAR EN SALUD – ARCHIVO CLÍNICO;


- ✓ Entregar historias clínicas a las diferentes dependencias
- ✓ Archivar las historias clínicas recibidas de las diferentes dependencias
- ✓ Revisar periódicamente para confirmar que no haya historias por fuera del archivo clínico por mucho tiempo.
- ✓ Organizar las historias para la consulta del día siguiente
- ✓ Incluir en las historias clínicas la papelería requerida, de acuerdo a la atención se brindará al usuario.
- ✓ Realizar depuración del archivo clínico
- ✓ Facilitar fotocopias de las historias clínicas a los usuarios
- ✓ Cuidar de la historia clínica como documento sometido a reserva
- ✓ Rendir en forma oportuna y adecuada informes al comité de historias
- ✓ Mantener actualizado el manual de gestión de registros clínicos

21. GESTIÓN DEL RIESGO

Pérdida de Historias Definición: Historia Clínica cuya ubicación no se establece
Control del Riesgo

- ✓ Elaboración de Procedimiento y manual de gestión de registros clínicos
- ✓ Acceso restringido al Archivo Clínico

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14


	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

- ✓ Capacitación permanente sobre el manejo del archivo clínico al auxiliar en salud – archivo clínico y al personal de enfermería
- ✓ Registro de cada historia clínica prestada, por parte del auxiliar en salud – archivo clínico y el personal de enfermería
- ✓ Confirmar con la planilla de agenda el regreso de las historias prestadas a los consultorios
- ✓ Revisión periódica del control de salida de H.C
- ✓ Confirmar con el funcionario responsable del préstamo, el motivo por el cual no ha devuelto la historia
- ✓ Seguimiento al procedimiento de respaldo por parte del comité de historias Seguimiento al Riesgo
- ✓ Informar al Comité de Historias la pérdida de una historia y asentarla en el formato correspondiente, identificando el último funcionario que la solicitó y la fecha de préstamo.
- ✓ Presentación de informe de fallas e inconsistencias presentadas en el procedimiento de respaldo de información por parte del asesor de sistemas al comité de historias

22.ANEXOS


- a. Formato para control de Prestamos de Historias clínicas
- b. Formatos de la Historia Clínicas

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001

FECHA DE SOLICITUD	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LA SOLICITA	NOMBRE Y FIRMA DE FUNCIONARIO QUE ENTREGA	FECHA DE DEVOLUCION DE LA HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y FIRMA DE FUNCIONARIO QUE DEVUELVE LA H.C	NOMBRE Y FIRMA DE FUNCIONARIO QUE RECIBE LA H.C

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS		Código: COORD.002
	Fecha de elaboración: 06/05/20	Fecha de Actualización: 03/01/2024	Versión: 001



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Aprobación
Asesora de Calidad	Coordinador Administrativo	Gerente	10/05/14