

RESOLUCION DEPARTAMENTAL N° 1106
Santa Cruz de la Sierra, de 24 de mayo de 2021

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Estado, en su artículo 272, dispone expresamente que la Autonomía implica la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos; la administración de sus recursos económicos y el ejercicio de las facultades legislativa, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva, por sus órganos del Gobierno Autónomo en el ámbito de su jurisdicción, competencias y atribuciones.

Que, de conformidad a los artículos 277 y 279 del mismo texto Constitucional, el Gobierno Autónomo Departamental está constituido por una Asamblea Departamental, con facultad deliberativa, fiscalizadora y legislativa departamental en el ámbito de sus competencias y por un Órgano Ejecutivo dirigido por la Gobernadora o el Gobernador, en condición de Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE).

Que, el inciso 5) del artículo 9 del mismo cuerpo legal señala: como funciones esenciales del Estado el de garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo. Concordante con el párrafo I del artículo 35 “el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”.

Que, el numeral 2) del párrafo II del artículo 299, de la misma normativa, establece como competencia concurrente la Gestión del sistema de salud, la misma que debe ser ejercida por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas.

Que, la Ley N° 031 Marco de Autonomía y Descentralización, en su artículo 6, define a la Autonomía como la cualidad gubernativa que adquiere una entidad territorial de acuerdo a las condiciones y procedimientos establecidos en la Constitución Política del Estado y la citada Ley, que implica la igualdad jerárquica o de rango constitucional entre entidades territoriales autónomas, la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y ciudadanos, la administración de sus recursos económicos y el ejercicio de las facultades legislativa, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva por sus órganos de gobierno autónomo, en el ámbito de su jurisdicción territorial y de las competencias y atribuciones establecidas por la Constitución Política del Estado y la Ley.

CONSIDERANDO:

Que, el Estatuto Autonómico del Departamento de Santa Cruz, por su parte, prevé en su artículo 1, párrafo IV, que las normas del Gobierno Autónomo Departamental, son aplicables en la jurisdicción del Departamento, en el marco de sus competencias. Establece también en el Parágrafo I de su artículo 18, que la Gobernación ejercerá las funciones administrativas, ejecutivas y técnicas, y la facultad reglamentaria del Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, además de las atribuciones que le confiere el presente Estatuto.

Que, el Parágrafo II del artículo 39, de la norma departamental precedentemente citada, señala que en virtud de su autonomía política, el Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, tiene constitucionalmente atribuidas las facultades legislativas, deliberativas, fiscalizadoras, ejecutivas y reglamentarias en el ámbito de su jurisdicción y competencia.

Que, el numeral 2 del artículo 5 del mismo cuerpo legal, señala el Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, en el ámbito de sus competencias y atribuciones, adoptará las medidas y acciones necesarias para hacer efectiva la salud, tanto en su dimensión preventiva como prestacional. Asimismo, velará por el buen funcionamiento de los servicios de salud y garantizará la igualdad de todos y todas en el acceso a los mismos. Para la mejor prestación y coordinación de estos servicios el nivel central del Estado, podrá delegar o transferir al Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz las facultades reglamentarias y de ejecución en materia de políticas del sistema de salud.

Que, los parágrafos I, II y III del artículo 47 de la misma normativa indica, el Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, formulará el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional, debiendo ser aprobado por ley departamental. También definirá la Política Departamental de la Gestión de Salud e impulsará los planes, programas y proyectos que fueren necesarios para mejorar las prestaciones del Sistema de Salud en el Departamento, aumentar su calidad y atender a las necesidades de la ciudadanía; corresponde al GAD la administración, monitoreo, supervisión y evaluación de desempeño del personal del sistema público de salud en el Departamento de Santa Cruz.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 1178 de 20 de julio de 1990, de Administración y Control Gubernamentales, vigente de acuerdo a la Disposición Transitoria Décima Segunda de la Ley N° 031 “Ley Marco de Autonomías y Descentralización”, establece en su artículo 27, que cada entidad del Sector Público elaborará en el marco de las normas básicas dictadas por los órganos rectores, los reglamentos específicos para el funcionamiento de los sistemas de Administración y Control Interno regulados por la presente Ley. Corresponde a la máxima autoridad de la entidad la responsabilidad de su implantación. Sin perjuicio de aprobar sus Reglamentos Internos o de funcionamiento respetando los parámetros instituidos en las Normas Básicas de cada uno de los subsistemas de la Ley N°1178.

Que, el Decreto Supremo N° 23215 del 16 de marzo del 2001 - Reglamento para el Ejercicio de las Atribuciones de la Contraloría General de la República, (actual Contraloría General del Estado), en lo que respecta a la aprobación de Reglamentos y Manuales de las entidades públicas, establece en su artículo 21 que la normatividad secundaria de control gubernamental interno, estará integrada en los sistemas de administración y se desarrollará en reglamentos, manuales, instructivos o guías emitidos por los ejecutivos y aplicados por las propias entidades.

Que, la Ley N° 3131 del 8 de agosto del 2005 del Ejercicio Profesional Médico, establece en su artículo 1 como objeto regular el Ejercicio Profesional Médico en Bolivia. Estableciendo en su artículo 2 la presente Ley se aplicará en el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores: Público; Seguridad Social; Privado sin fines de lucro y Privado con fines de lucro, legalmente autorizados.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Departamental N° 203, de 26 de febrero de 2021, define la Estructuración de Cargos y Escala Salarial del Órgano Ejecutivo Departamental de Santa Cruz, quedando establecida la estructura de cargos y escala salarial detallada en los Anexos que forman parte integrante de la misma ley. Contemplándose en el Anexo 1, la Estructura Organica 2021 del Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz dentro de la cual se encuentra la Secretaría de Salud y Políticas Sociales y la Dirección de Gestión Hospitalaria y en línea de la nombrada Dirección se establecen a los Hospitales de Tercer Nivel de Atención, dentro de los cuales se halla el Hospital de Niños.

Que, la Ley Departamental N° 212 de Organización del Ejecutivo Departamental del 26 de marzo 2021, señala en su artículo 1, como objeto: a) establecer los principios rectores que rigen la actividad del Ejecutivo Departamental; b) determinar su jerarquía normativa; 3) definir su composición y estructura; 4) regular las principales atribuciones de sus diferentes instancias.

Que, en su artículo 9 de la misma normativa establece que son atribuciones del Gobernador del Departamento, entre otras: “1) Promover, ejecutar y dirigir las políticas y acciones del Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz; 2) Dirigir al Ejecutivo Departamental en el ejercicio de sus funciones administrativas, ejecutivas y técnicas; (...) 4) Dictar Decretos Departamentales, Resoluciones y cualquier otro tipo de actos administrativos que correspondan para el cumplimiento de sus atribuciones y funciones (...)”. Finalmente, en lo que respecta al instrumento legal idóneo para la aprobación del presente Reglamento interno para el Manejo de Expediente Clínico y Archivo Clínico Estadístico “Hospital De Niños Dr. Mario Ortiz Suárez”, se tiene que el numeral 3) del artículo 5 de la misma, establece que, la Resoluciones Departamentales serán firmadas únicamente por la Gobernadora o el Gobernador para: la

otorgación de reconocimientos, aprobación de reglamentos específicos, reglamentos internos y manuales, así como designar Asesoras o Asesores, Directoras o Directores y otros.

Que, el párrafo I del artículo 39 de la LOED, establece que la Secretaría de Salud y Políticas Sociales tiene por objeto fortalecer la atención integral de la salud con calidad y calidez, así como potenciar la gestión social en el Departamento, en un contexto de equidad, solidaridad y justicia social. Estableciendo en su estructura interna a la Dirección de Gestión Hospitalaria al Servicio Departamental de Salud y a los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención.

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto Departamental N° 204, de 05 de agosto de 2014, aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel tiene por objeto normar la organización y funcionamiento de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención del Departamento de Santa Cruz. El párrafo I y II del Artículo 4 de la mencionada norma departamental establece que: Los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención, son instancias desconcentradas del Ejecutivo Departamental, tienen autonomía de gestión técnica y administrativa, pueden ejecutar programas y proyectos, procurando la generación de recursos económicos para ser auto sostenible. Se rigen por las directrices, normas internas y procedimientos del Ejecutivo Departamental. Se encuentran bajo dependencia directa de la Secretaría Departamental de Salud y Políticas Sociales y dentro de esta Secretaría, dependerá funcionalmente en el área médica del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y en el área administrativa de la Dirección de Gestión Hospitalaria.

Que, en cumplimiento a la normativa citada anteriormente la Dirección de Planificación del GAD en coordinación con el Departamento de Planificación del Hospital de Niños, han elaborado el proyecto “Reglamento Interno para el manejo de expediente clínico y archivo clínico estadísticos del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”, el cual tiene por objeto consolidar las disposiciones y normas existentes al interior del Hospital de niños, constituyéndose en una herramienta que permite regular el uso y la administración de la información Clínica-Estadística, a ser aplicada por todos los servidores públicos que hacen uso del mismo.

Que, remitido el proyecto de Reglamento descrito anteriormente, a control de legalidad, previo análisis la Dirección de Desarrollo Autónomo emite el Informe Legal IL SG DDA 2021 017 MECG, el cual concluye, el proyecto tiene su base normativa su base normativa en el Estatuto Autónomo del Departamento, la Ley de Estructuración de cargo y escala salarial, la Ley de Organización del Ejecutivo Departamental, y el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Establecimientos de Salud de Tercer Nivel, por lo que recomienda la aprobación del Reglamento mediante Resolución Departamental.

Que, en mérito a lo anterior corresponde la aprobación del Reglamento Interno para el manejo de expediente clínico y archivo clínico estadísticos del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”, para su efectiva aplicación.

POR TANTO:

El Gobernador del Departamento de Santa Cruz en uso de sus específicas atribuciones conferidas por el Estatuto Autónomo del Departamento de Santa Cruz, Ley Departamental 212 de Organización del Ejecutivo Departamental y demás disposiciones legales:

RESUELVE:

ARTÍCULO 1 (APROBACIÓN).- Se aprueba el “Reglamento Interno para el manejo de expediente clínico y archivo clínico estadísticos del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”, que forma parte integrante e indivisible de la presente Resolución, y que se encuentra compuesto por treinta y nueve (39) artículos, y ocho (VIII) capítulos.

ARTÍCULO 2 (CUMPLIMIENTO).- Queda encargado del cumplimiento de la presente Resolución, la Dirección Médica y la Gerencia del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”.

ARTÍCULO 3 (VIGENCIA).- El “Reglamento Interno para el manejo de expediente clínico y archivo clínico estadísticos del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”, aprobado por la presente Resolución, entrará en vigencia a partir de la presente fecha.

ARTÍCULO 4 (ABROGATORIAS Y DEROGATORIAS).- Se abrogan y derogan las disposiciones contrarias a la presente Resolución.

Es dado por el Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, en su Casa de Gobierno de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, a los veinticuatro días del mes de mayo del año dos mil veintiuno.

FDO. LUÍS FERNANDO CAMACHO VACA

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	



REGLAMENTO INTERNO PARA EL MANEJO DE EXPEDIENTE CLÍNICO Y ARCHIVO CLÍNICO ESTADÍSTICO HOSPITAL DE NIÑOS “DR. MARIO ORTIZ SUÁREZ”

**Aprobado con Resolución Departamental N° 1106,
de fecha 24 de mayo de 2021**

	Fecha de aprobación: Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código Código: HNMOS/EST-RIECACE-005	Revisión:	Versión: 01	Fecha de elaboración: 19/10/2020	 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz
--	---	---	------------------	-----------------------	--	--

Elaborado por:

Dra. Cecilia Del Carmen Recacochea Díez.

Jefe de Planificación Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”

Revisado por:

Abog. Johnny Mauricio Caballero Poppe

Abogado Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”

Sr. Víctor Rioja Céspedes.

Encargado de Estadística Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

INDICE

CAPITULO I	9
DISPOSICIONES GENERALES	9
Artículo 1.- Objeto	9
Artículo 2.- Finalidades.....	9
Artículo 3.- Base Legal	9
Artículo 4.- Ámbito de aplicación.....	10
Artículo 5. Revisión, actualización y/o modificación y difusión	10
Artículo 6. Incumplimiento	10
Artículo 7. Aprobación y vigencia.....	10
CAPITULO II	10
DE LA DEFINICIONES, CONDICIONES Y FINALIDADES.....	10
Artículo 8.- Definiciones	10
Artículo 9.- Condiciones básicas del Expediente Clínico (EC).....	12
Artículo 10.- Finalidades del Expediente Clínico (EC).....	13
CAPITULO III	14
TIPOS DE EXPEDIENTES CLÍNICOS	14
Artículo 11.- Expediente clínico de hospitalización	14
Artículo 12.- Expediente clínico de consulta externa	15
Artículo 13.- Expediente clínico de emergencia	15
CAPITULO IV	16
CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	16
Artículo 14.- Contenido general	16
Artículo 15.- Contenido específico	17
Artículo 16.- Contenido adicional	22
CAPITULO V	24
DEL MANEJO ASISTENCIAL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	24
Artículo 17.- Ordenamiento y paginación.....	24
Artículo 18.- Claridad y pulcritud	25
Artículo 19.- Precisión en la descripción	25
Artículo 20.- Apoyo gráfico	25
Artículo 21.- Identificación.....	25
Artículo 22.- Registros.....	25
Artículo 23.- Prescripciones	25
Artículo 24.- Asignación de responsables y confidencialidad	26
Artículo 25.- Expediente clínico para docencia.....	26
CAPITULO VI	26
DE LOS REQUERIMIENTOS Y ACCESO AL EXPEDIENTE CLÍNICO	26
Artículo 26. -Acceso del paciente a su Expediente Clínico.....	26
Artículo 27.- Requerimiento del EC por causas legales, auditoría médica externa o peritaje	27
CAPITULO VII	27
DE LA EMISIÓN DE CERTIFICADOS E INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.....	27
Artículo 28.- Recaudos a cumplir	27
Artículo 29.- De la información o certificación solicitada por los pacientes.....	28
Artículo 30.- De la información solicitada por los terceros.....	28

	Fecha de aprobación: Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005	Revisión:	Versión: 01	Fecha de elaboración: 19/10/2020	 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz
--	---	--	------------------	-----------------------	--	--

CAPITULO VIII	30
ARCHIVO Y MANEJO ADMINISTRATIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	30
Artículo 31.- Cierre y entrega oportuna.....	30
Artículo 32.- Tiempo de permanencia del Expediente Clínico en las distintas áreas	30
Artículo 33.- Archivo del Expediente Clínico.....	30
Artículo 34.- Conservación del expediente clínico.....	30
Artículo 35.- Daños irreparables del Expediente Clínico.....	31
Artículo 36.- Archivo especial.....	31
Artículo 37.- Expediente Clínico retenido	32
Artículo 38.- Expediente Clínico extraviado	32
Artículo 39.- Control del registro estadístico del Expediente Clínico	32

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMMOS/EST-RIECACE-005			01	

**REGLAMENTO INTERNO PARA EL MANEJO DE EXPEDIENTE CLÍNICO Y ARCHIVO CLÍNICO ESTADÍSTICO
“HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUÁREZ”**

**CAPITULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 1. (OBJETO).- El presente reglamento tiene por objeto consolidar las disposiciones y normas existentes al interior del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”, para regular el uso y administración de la información Clínica-Estadística, a ser aplicada por todos los servidores públicos que hacen uso del mismo.

ARTÍCULO 2. (FINALIDADES).- Las finalidades del presente reglamento son:

- a) Establecer la elaboración obligatoria del Expediente Clínico (EC) con sus respectivos componentes documentales, en todos los servicios de salud del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”.
- b) Estandarizar el manejo habitual de EC.
- c) Sistematizar la conservación y archivo del EC.
- d) Promover la cultura de la calidad en el Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez” a través del manejo adecuado del EC.

ARTÍCULO 3. (BASE LEGAL).-

- a) Constitución Política del Estado , de 07 de enero del 2009
- b) Estatuto Autonómico del Departamento de Santa Cruz, de 30 de enero de 2018
- c) Ley N° 031, del 19 de julio de 2010 , Marco de Autonomías y Descentralización “ Andrés Ibáñez”
- d) Ley N° 1178 - SAFCO, Administración y Control Gubernamental, de 20 de julio de 1990
- e) Ley N° 2027, del 27 de octubre de 1999, del Estatuto del Funcionario Público.
- f) Ley N° 004, de 31 de marzo de 2010, Marcelo Quiroga Santa Cruz y sus respectivas derivaciones para el manejo y administración adecuada de bienes y servicios en el sector público.
- g) Ley N° 3131, Ley del Ejercicio Profesional Médico del 8 de agosto del 2005.
- h) Ley N° 548, Código Niño, Niña y Adolescente del 17 de Julio del 2014.
- i) Ley Departamental N° 212, de Organización del Ejecutivo Departamental, de 26 de marzo del 2021.
- j) Decreto Departamental N° 204 de Organización de Establecimientos de Tercer Nivel de Salud de fecha 05 de agosto de 2014.
- k) Decreto Supremo 23318-A Reglamento de la Responsabilidad de la Función Pública, de fecha 03 de noviembre de 1992.
- l) Decreto Supremo N° 26237, de 29 de junio de 2001 de Modificaciones al Reglamento de Responsabilidad por la Función Pública.
- m) Resolución Ministerial N° 0090, Manual de auditoria y Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico del 26 de febrero 2008.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

ARTÍCULO 4. (ÁMBITO DE APLICACIÓN).- El presente Reglamento es de aplicación obligatoria para todos los servidores públicos que prestan sus servicios al Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez” y cualquier persona vinculada con esta Institución que necesite usar el SICE y/ o acceder al Expediente Clínico (EC).

ARTÍCULO 5. (REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN Y DIFUSIÓN).-

- I. El Departamento de Planificación del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”, en coordinación con el Departamento de Calidad, Enseñanza e Investigación tienen la responsabilidad de revisar y actualizar el presente Reglamento Interno toda vez que se produzcan cambios en la forma de operar o cuando se emitan nuevas disposiciones legales que demanden modificaciones o actualizaciones a la presente normativa.
- II. Las modificaciones y/o actualizaciones al reglamento, deberán ser elevadas para consideración y aprobación de la Máxima Autoridad Ejecutiva del Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz.
- III. Una vez aprobado el presente Reglamento, el Departamento de Planificación del Hospital de Niños “Dr. Mario Ortiz Suárez”, deberá proceder a la difusión en todas sus unidades, para su aplicación y cumplimiento.

ARTÍCULO 6. (INCUMPLIMIENTO).- El incumplimiento a lo establecido en el presente Reglamento, generará la aplicación de responsabilidad por la Función Pública, según lo establecido en la Ley N° 1178 (SAFCO) y su Decreto Reglamentario. Además de estar basado en la Norma técnica para Manejo del Expediente Clínico, en tal sentido su incumplimiento es pasible de sanciones.

ARTÍCULO 7. (APROBACIÓN Y VIGENCIA).- El presente Reglamento entrará en vigencia a partir de su aprobación mediante Resolución Departamental suscrita por el Gobernador (a) del Departamento.

CAPITULO II DE LAS DEFINICIONES, CONDICIONES Y FINALIDADES

ARTÍCULO 8. (DEFINICIONES).- Para efectos de una correcta interpretación y aplicación del presente reglamento, se establecen las siguientes definiciones:

- a) **Expediente Clínico:** El Expediente Clínico (EC), es el conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque en él se encuentran todos los datos que nos permiten encarar de la mejor manera el estado de salud - enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento.
- b) **Médico Tratante:** Es aquel profesional médico, claramente identificado y asignado por el paciente o en caso de menores de edad e impedimento mental por el familiar más inmediato o tutor jurídicamente responsable, que se encuentre directamente a cargo de la atención de dicho paciente, ejecutando actos y/o procedimientos individuales o mancomunados con otros miembros del equipo humano de salud, ya sea del propio establecimiento o de otro de menor o mayor complejidad, cuyos servicios pudiesen ser requeridos.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMMOS/EST-RIECAE-005			01	

- c) **Junta Médica:** Es el acto que reúne al médico tratante con uno o más médicos e integrantes del equipo de salud, para considerar y tomar decisiones respecto al estado clínico del paciente. Analiza cuidadosamente los antecedentes retrospectivos y actuales relacionados con la enfermedad del paciente, así como las previsiones necesarias que se deban adoptar para una evolución más adecuada.
- d) **Consentimiento Informado:** Es la potestad que tiene el paciente de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo algún procedimiento clínico, laboratorio, imagenológico o instrumental, previa explicación clara de quien lo tenga que practicar, con el fin de que el paciente sepa y comprenda como será realizado, y cuáles son sus beneficios y eventuales riesgos y perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas e inquietudes.
- e) **Referencia:** Es el envío de un usuario de consulta externa, hospitalización o emergencias, a otro establecimiento de salud de mayor complejidad resolutoria, sin que esto signifique que quien o quienes atendieron inicialmente al paciente, deslinden sus responsabilidades por dicha atención.
- f) **Contrarreferencia (retorno):** Es el envío de un usuario que recibió atención en un establecimiento de mayor capacidad resolutoria, al establecimiento de menor complejidad de donde fue referido inicialmente, para su respectivo seguimiento y cumplimiento de las medidas de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación que pudiese precisar, sin que esto signifique deslindar responsabilidades de quienes lo contrarrefirieron.
- g) **Transferencia:** Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional, equipo de salud o institución, sin que esto signifique que quien o quienes hubiesen atendido inicialmente al paciente deslinden responsabilidades. Que son compartidas con quienes lo atienden una vez cumplida la transferencia.
- h) **Interconsulta:** Es la solicitud de atención que el médico tratante envía a otros profesionales, cuyo concurso pueda ser necesario para la atención del paciente.
- i) **Calidad:** "Condición de la organización sanitaria que, de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos". **Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría - MSD.**
- j) **Acto Médico:** Es toda atención profesional del médico, respaldada por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.
- k) **Atención en Salud:** Es toda acción que queda respaldada por normas y protocolos, que realiza el personal que se desempeña en los establecimientos de salud.
- l) **Institución Prestadora de Servicios de Salud:** Es todo aquel organismo, institución o establecimiento, ya sea del sector público estatal, municipal, seguridad social, o sector privado con y sin fines de lucro, que, habilitado y autorizado de acuerdo al marco legal vigente, ofrece y brinda servicios de salud a la población.
- m) **Servicio de Salud:** Es todo aquel servicio que brinda a la población la Institución Prestadora de Servicios de Salud antes definida.
- n) **Usuario Externo:** Es toda persona natural o jurídica que demanda atención profesional médica o atención de salud.
- o) **Usuario Interno:** Es toda persona natural o jurídica que demanda servicios del establecimiento de salud donde se desempeña, para el cumplimiento de sus funciones habituales.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMMOS/EST-RIECACE-005			01	

- p) **Lex Artis Medicae:** Es la ciencia y el arte que, de acuerdo con los avances técnicos y científicos de la medicina, reconocidos y validos por la comunidad médica internacional, aplica y ejerce el profesional médico después de un proceso formal de capacitación superior universitaria.
- q) **Sistema Nacional de Salud:** El Sistema Nacional de Salud (SNS), encabezado y regulado por el Ministerio de Salud, es el conjunto coordinado de instituciones y establecimientos que prestan servicios de salud a la población, en los sectores públicos, seguridad social de corto plazo, privado no lucrativo y privado lucrativo, incorporándose además la medicina tradicional y la medicina alternativa.
- r) **Establecimiento de Salud:** El establecimiento de salud es la unidad funcional destinada al cuidado y a la atención de la salud del paciente, familia y comunidad, de manera integral, intercultural y con equidad de género y generacional, a través de la educación, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que cuenta con infraestructura física, equipamiento, recursos humanos e insumos de acuerdo de nivel de atención, grado de complejidad y prestación de servicios que cumple.
- s) **Documento iconográfico:** Es todo aquel documento del EC que muestra una imagen, dígame gráfica, dibujo, fotografía, radiografía, tomografía, ecografía, gammagrafía o lamina histopatológica.
- t) **Documento escrito:** Es todo aquel documento escrito del EC, ya sea manualmente o mediante cualquier recurso técnico.
- u) **Personal autorizado:** Es toda persona que por su carácter laboral está legalmente autorizado para atender pacientes de acuerdo a la normativa vigente, ya sea de manera independiente, o institucionalmente cuando el paciente se encuentra ingresado en la institución donde dicha persona se desempeña como funcionario de planta. En el caso de estudiantes, profesionales o técnicos en salud que se encuentran en proceso de capacitación o en la residencia de una especialidad, sus actividades con el paciente deben ser supervisadas por los profesionales o técnicos de planta que, de acuerdo a sus funciones y responsabilidades institucionales, se encuentran a cargo de dicho paciente.
- v) **Prescripción** Término referido a las indicaciones que los profesionales o técnicos a cargo del paciente, anotan en el EC para su correspondiente tratamiento, ya sea con fines diagnósticos o de terapéutica. Es extensivo a las indicaciones que pueden anotarse en la epicrisis del EC, certificados médicos, informes o recetas, debiendo, en estos casos, ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento.
- w) **Proscripción** Término referido a las prohibiciones o contraindicaciones que establecen los profesionales o técnicos a cargo del paciente, durante su atención o tratamiento. Al igual que la prescripción, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal acatamiento.

ARTÍCULO 9. (CONDICIONES BÁSICAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (EC).- Para lograr que el EC, sea un instrumento de interpretación y uso confiable, debe cumplir las siguientes condiciones básicas:

- a) **Veracidad:** Consiste en la descripción fidedigna de todo lo referente al estado de salud-enfermedad del paciente y los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- b) **Carácter científico:** Consiste en el apego estricto a la Lex Artis Medicae.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIEACE-005			01	

- c) **Integridad:** Consiste en la presencia de datos clínicos suficientes sobre el estado de salud - enfermedad del paciente, complementados por métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, junto a notas de evolución, tratamientos, consentimiento informado y documentos administrativos destacables de los procesos cumplidos durante la atención del paciente, refrendados todos con nombre, firma y sello o identificación escrita de las personas responsables.
- d) **Sujeción a la norma:** Consiste en el estricto cumplimiento de la norma existente para la elaboración y manejo del Expediente Clínico, así como de la utilización de formularios u otros documentos expresamente diseñados para tales propósitos.
- e) **Secuencialidad:** Está referida a los registros de la atención, consignados en secuencia cronológica.
- f) **Disponibilidad:** Es el acceso al EC en el momento en que se lo necesite, con las limitaciones que impone la norma.
- g) **Exclusividad:** Se refiere a la existencia de un EC exclusivo y específico para cada paciente en el establecimiento donde es atendido. Puede tener carácter acumulativo, dependiendo de las veces que el paciente acuda a la consulta o sea internado, ya sea por causas de una misma enfermedad u otras.
- h) **Unicidad:** Esta referida a la existencia de formatos únicos y generales de EC para todo el Sistema de Salud, adecuados a los respectivos niveles de atención y las características propias de cada una de las especialidades existentes.
- i) **Codificación:** Se refiere a la asignación de un número de identificación al EC, que deberá ser único y el mismo para todos los documentos que lo constituyen y con el que figure en el archivo estadístico.

ARTÍCULO 10. (FINALIDADES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (EC)).- Para efectos de una correcta aplicación y múltiples usos del EC, se establecen las siguientes finalidades:

- a) **Asistencial:** Que permite el registro y monitoreo del proceso de atención y los procedimientos aplicados.
- b) **Docencia:** Por constituirse en un instrumento de enseñanza para la capacitación de RRHH en Salud.
- c) **Investigación:** Por contener información que proporciona datos para la programación, control y evaluación epidemiológica de enfermedades prevalentes, o para el estudio e información de condiciones patológicas especiales o infrecuentes.
- d) **Gestión y planificación de recursos:** por constituirse en el registro único de las actividades asistenciales realizadas por los miembros del equipo de salud que participan en la prestación de servicios a los pacientes y los recursos que emplean.
- e) **Información:** Porque proporciona datos para la aplicación y cumplimiento de las múltiples finalidades que tiene, a más de ser parte sustancial del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y del sistema de referencia, resolución y contrarreferencia dentro del funcionamiento de las redes de servicio.
- f) **Administración:** Porque aporta datos imprescindibles para el manejo administrativo financiero y no financiero de las instituciones, los subsectores prestadores de servicios y el propio Sistema de Salud.

	Fecha de aprobación:	Código:	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

- g) Jurídica legal:** Por constituirse en un documento de evidencia primaria sobre lo acontecido con el paciente y las actuaciones y responsabilidades del establecimiento y el personal que tomo parte en su atención.
- h) Control de calidad asistencial:** Porque a través del EC se puede verificar el cumplimiento a normas y protocolos que se enmarcan en la calidad de atención.
- i) Comunicación:** Porque a través de los registros que contiene, se logra un intercambio comunicacional de opiniones y experiencias del personal de salud que participa en la atención del paciente.

CAPITULO III TIPOS DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

ARTÍCULO 11. (EXPEDIENTE CLÍNICO DE HOSPITALIZACIÓN).- Es aquel que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa y hospitalización, al cual se agregan los documentos del alta, una vez que se cumple la misma. Conformado por:

1. Historia Clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.
2. Formularios de Consentimiento Informado.
3. Ordenes médicas.
4. Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.
5. Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
6. Elementos quirúrgicos:
 - Nota pre-quirúrgica (preoperatorio)
 - Protocolos quirúrgicos
 - Nota post-quirúrgica
7. Elementos de anestesia:
 - Nota pre-anestésica
 - Protocolo de procedimiento anestésico (hoja de registro anestésico)
 - Nota de recuperación
8. Elementos de enfermería:
 - Notas de tratamiento y medicamentos administrados
 - Hoja de informe de enfermería
 - Kardex de enfermería (en los expedientes clínicos de archivo)
 - Hoja de control de líquidos administrados y eliminados
9. Epicrisis.
10. Documentos administrativos:
 - Nota de ingreso o admisión
 - Nota de egreso o nota de alta (Alta solicitada, Transferencia)
 - Nota de referencia y contrarreferencia
 - Informe de emergencias
 - Formularios del Seguro
11. Adicionales (cuando corresponda):
 - Certificado de defunción (copia)

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMMOS/EST-RIECAE-005			01	

- Informes de auditoría médica especial o inducida
- Recetas
- Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ITS/VIH SIDA, Vigilancia epidemiológica, desnutrición, Antecedentes perinatales, otros)
- Formularios de solicitud de interconsultas.

ARTÍCULO 12. (EXPEDIENTE CLÍNICO DE CONSULTA EXTERNA).- Es aquel que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa realizado en el Hospital, con o sin hospitalización. En el caso de derivación de otro establecimiento, para que se cumpla la consulta o consultas, contará con la respectiva documentación de referencia, y de darse el caso, copias de la documentación de resolución y contrarreferencia remitida al establecimiento de origen. Conformado por:

1. Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.
2. Formulario de Consentimiento Informado.
3. Ordenes médicas (recetas, solicitud de estudios)
4. Notas de evolución, interconsulta.
5. Informes de exámenes de laboratorio, gabinete, patología.
6. Elementos de enfermería (carnet de vacunas)
7. Notas de tratamiento y medicamentos prescritos
8. Hoja de evolución de enfermería.
9. Resumen de atención, orientación y prescripción del paciente.
10. Documentos administrativos: nota de referencia y contrarreferencia.
11. Adicionales (cuando corresponda):
 - Informe de auditoría médica interna especial o inducida
 - Certificado médico (copia)
 - Recetas
 - Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ITS/VIH SIDA, Vigilancia epidemiológica, desnutrición, Antecedentes perinatales, otros).

ARTÍCULO 13. (EXPEDIENTE CLÍNICO DE EMERGENCIA).- Es aquel que incluye todos los documentos relacionados con la atención y hospitalización del paciente, por el tiempo que permaneció internado en el Servicio o Unidad de Emergencias del hospital. Incorpora también la documentación referida al alta, referencia a otro servicio de internación (ya sea del propio establecimiento o de otro) y el certificado de defunción en caso de fallecimiento del paciente. Conformado por:

1. Hoja de Ingreso.
2. Historia Clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.
3. Formularios de Consentimiento Informado.
4. Ordenes médicas (recetas, solicitudes de estudios).
5. Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.
6. Hojas de indicaciones médicas.
7. Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
8. Elementos de Enfermería:

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	 Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMMOS/EST-RIECACE-005			01	

- Notas de tratamiento y medicamentos administrados
 - Hoja de informe de enfermería
 - Kardex de enfermería (en los expedientes clínicos de archivo)
 - Hoja de control de líquidos administrados y eliminados
9. Resumen de atención, orientación y prescripción al paciente.
10. Documentos administrativos:
- Nota de ingreso o admisión
 - Nota de egreso o nota de alta (Alta solicitada, Transferencia)
 - Nota de referencia y Contrarreferencia
 - Informe de emergencias
11. Adicionales (cuando corresponda):
- Informes de auditoría médica interna especial o inducida
 - Recetas
 - Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ITS/VIH SIDA, desnutrición, Historia clínica perinatal, formularios del seguro y otros).

CAPITULO IV CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

ARTÍCULO 14. (CONTENIDO GENERAL).- El contenido general del expediente clínico se encuentra integrado por dos partes: Asistencial y Administrativa.

- a) El contenido asistencial, incluye todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad de la persona, durante la consulta, hospitalización y seguimiento ambulatorio, avalados por quienes participan en su atención y que debe ser de carácter integral.
- b) El contenido administrativo, proporciona datos generales que permiten identificar en forma sencilla a cada paciente. Estos datos son:
- Número del EC
 - Fecha de ingreso
 - Hora
 - Nombre completo
 - Edad
 - Fecha y lugar de nacimiento
 - Sexo
 - Lugar de procedencia
 - Domicilio
 - Ocupación
 - Número de teléfono (fijo o móvil)
 - Datos de los padres, familiar o persona responsable
 - Antecedentes perinatales
 - Servicio o unidad de hospitalización y número de cama ocupada
 - Además, incorpora documentos (formularios) administrativos.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

ARTÍCULO 15. (CONTENIDO ESPECÍFICO).- El contenido específico del EC se desagrega en documentos individuales, lo que otorga a cada uno de ellos, importancia y significación propia. Estos documentos son:

- a) **Papeleta de internación (hoja de admisión).**- Es aquel formulario o papeleta que sirve para la hospitalización del paciente, consignando sus datos generales de nombre completo, sexo y edad, a más del diagnóstico y fecha de ingreso, número o código de EC que ha sido asignado, nombre, sello y firma del profesional que indica la internación, y si la misma se la hizo a través de consultorio externo o emergencia, que son los dos únicos lugares del establecimiento autorizados para la hospitalización del paciente y el manejo controlado de papeletas numeradas de internación, una de cuyas copias queda en el nivel administrativo para fines correspondientes.
- b) **Nota de Internación.** - Denominada también nota de ingreso o nota de admisión. Es un documento breve que se aplica provisionalmente cuando no se dispone del tiempo necesario para realizar directamente la Historia Clínica del paciente, consigan los datos señalados en el artículo 13, y su llenado con nombre, firma y sello visible, es responsabilidad del médico de planta o médico que hospitalizó al paciente, dentro de las dos (2) horas de transcurrida la hospitalización. En los Hospitales de enseñanza, la nota de internación puede ser elaborada por el residente o estudiante del último año que se encuentra cumpliendo su internado rotatorio, bajo la supervisión del médico de planta, quien necesariamente deberá avalarla con su nombre, sello y firma.
- c) **Gráfica de Registro de Signos Vitales.** - Está diseñada en un formulario específico con los datos de identificación del paciente, que permite el registro gráfico de los signos vitales, pudiendo contener, además, casillas para anotar datos adicionales como balance hidroelectrolítico, cuantificación de orina, número de evacuaciones, control de sondas y vías colocadas, vómitos y otros. Su control y llenado es responsabilidad de enfermería en sus respectivos turnos.
- d) **Historia Clínica.** - Es el documento central del EC que, a más de señalar los datos generales del paciente y sus antecedentes personales, familiares, no patológicos, patológicos y ginecológicos en el caso de la mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud- enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento. El responsable para su elaboración, dentro de las ocho (8) horas de transcurrida la hospitalización, es el médico tratante. En los hospitales de enseñanza, la Historia Clínica puede ser elaborada por la delegación del médico tratante al médico residente de la unidad o servicio donde se hospitalizo al paciente, o por el estudiante de último año que se encuentra cumpliendo su Internado Rotatorio, bajo la supervisión y revisión del médico de planta, quien necesariamente dará su conformidad, estampando su nombre, sello y firma al pie del documento.
- e) **Consentimiento Informado.**- Es la potestad que tiene el paciente de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo procedimientos clínicos, laboratoriales, imagenológicos, instrumentales o quirúrgicos, previa explicación de quien o quienes tengan que practicarlos, con el fin de que el paciente sepa y comprenda como serán realizados y cuales sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas o inquietudes. En la práctica, el Consentimiento Informado se lo obtiene con la firma del paciente, a través de formularios de diseños variables

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECAE-005			01	

de acuerdo a los procedimientos que se tengan que realizar, consignándose en la norma correspondiente, modelos básicos de orientación general.

- f) Informes de Exámenes Complementarios.** - Son todos aquellos formularios o documentos del EC que contiene la información de los exámenes o procedimientos complementarios de diagnóstico y tratamiento que hubiesen sido realizados en el paciente. Necesariamente deben consignar el nombre, firma y sello de los responsables de su ejecución y estar plasmados en formularios expresamente diseñados para responder cabalmente a los requerimientos e investigación de quienes los solicitan.
- g) Notas de Evolución.** - Son aquellas notas escritas por diversos métodos, que describen cronológicamente el recurso de la evolución del estado de salud-enfermedad del paciente durante su hospitalización o durante sus controles por consulta externa. Deben registrar los estados estacionarios o cambios que se presentan en el paciente, ya sea por la evolución clínica misma, por los resultados de la aplicación del tratamiento y procedimiento empleados, o por cualquier otra causa. En ella se debe reportar:
- Evolución diaria, plan, con fecha, hora, firma y sello del médico responsable.
 - Comentario de visita con firma y sello del médico responsable
 - Informe al familiar, con firma del familiar
 - Reporte de Laboratorios, valoración y conducta a seguir según los resultados
 - Reporte de curaciones diarias en pacientes quirúrgicos.
- Son responsables de su elaboración u omisión, el médico tratante y quienes coadyuvan en el tratamiento de su paciente.
- h) Interconsultas.** - Son las valoraciones clínicas o procedimentales que hacen otros profesionales autorizados a solicitud del médico tratante, o de quienes coadyuvan con él en el tratamiento o atención de su paciente. Se registran en la hoja de evolución o en formularios expresamente diseñados para el efecto, especialmente para interconsultas interinstitucionales, siendo responsables de su ejecución y registro oportunos, el o los profesionales que atendieron la respectiva interconsulta, consignando su nombre, firma y sello.
- i) Notas de Informe Profesional.** - Son los informes clínicos o de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, escritos por los profesionales que estuvieron a cargo del paciente, antes, durante o después de su internación, en relación a su estado de salud-enfermedad, actual o pasado. Pueden remitirse de manera individual o como efecto de una junta médica y necesariamente deben consignar nombre, sello y firma de los profesionales que lo realicen. La petición de informe médico puede estar vinculada a motivos de interés particular como de origen legal o público. Por tanto, el valor de prueba y de garantía que el ordenamiento jurídico y la sociedad confieren a los informes médicos, obliga a extremar el rigor de su contenido, evitando incluir en ellos términos ambiguos o informaciones insuficientes o excesivas que pueden confundir al destinatario. Entre los informes médicos se encuentra el informe de alta médica, que es el documento emitido por el médico responsable al finalizar cada proceso asistencial de un paciente en un centro sanitario, y en el que se incluye, además de un breve resumen de la historia clínica, los datos más relevantes de la actividad asistencial prestada, y las correspondientes recomendaciones terapéuticas.
- j) Documentos Quirúrgicos.** - Son aquellos relacionados con la intervención quirúrgica practicada en el paciente y los antecedentes del pre, intra y postoperatorio que hubiesen sido registrados en formularios o informes específicos.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

k) Protocolo Quirúrgico. - Es el documento que relata la intervención o procedimientos quirúrgicos realizados en el paciente, con el sello y firma del cirujano principal que realiza la intervención quirúrgica, en conformidad con todo su contenido. Independientemente del diseño de formulario que tenga la institución, debe consignar la siguiente información:

- Datos del paciente (nombre completo, edad, sexo (mayor o menor de 5 años)).
- Servicio o Unidad de Hospitalización.
- Nº o código del EC.
- Fecha de cirugía
- Tipo de cirugía (mayor, mediana, menor, mínima)
- Tipo de quirófano (séptico, aséptico)
- Tipo de anestesia (local, general, otras)
- Diagnóstico postoperatorio.
- Descripción de la intervención quirúrgica (incluyendo diéresis, acto quirúrgico propiamente dicho y síntesis).
- Detalle operatorio (Descripción de pasos de la intervención quirúrgica, de los hallazgos quirúrgicos y las incidencias, dificultades o complicaciones que pudiesen haberse presentado en relación con la intervención quirúrgica, ya sea antes, durante o después de la realización de la misma).
- Conformidad con el recuento de instrumental, materiales gasas y compresas utilizados durante la intervención quirúrgica.
- Envío de biopsias, piezas quirúrgicas, o muestras a servicios de anatomía patológica o laboratorio (si o no)
- Duración de la intervención quirúrgica. (hora inicio y hora final)
- Condiciones del paciente a la conclusión de la intervención quirúrgica.
- Nombres y funciones de quienes integran el equipo quirúrgico (cirujanos, anestesista, instrumentadora, personal de apoyo).
- Nombre, firma y sello de los responsables del acto quirúrgico.

l) Registro Quirúrgico. - Cuando se considera necesario contar con registros quirúrgicos, ya sea como notas o en formularios expresamente diseñados para el efecto, se llenan de acuerdo con el contenido de las fichas técnicas de pre, intra y postoperatorio que figuran en los anexos de esta norma, debiendo consignar nombre, sello y firma de quien los elabore.

m) Documentos de Anestesiología.- Están referidos a nota pre-anestesia, protocolo anestésico y nota de recuperación post-anestésica.

n) Nota Pre-anestésica. - Es el documento de valoración que el médico anestesiólogo de planta realiza en el paciente, antes de la administración anestésica. Su contenido comprende:

- Datos de identificación del paciente (nombre y apellidos, número de historia clínica, edad, otros)
- Antecedentes familiares y antecedentes personales no patológicos y patológicos (alergias medicamentosas y pos-transfusionales, otros).
- Cirugías anteriores
- Exámenes complementarios.
- Alergias
- Diagnóstico
- Fecha y hora.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

- Nombre, firma, sello del médico anesthesiologo que realiza el informe.

o) Protocolo del Procedimiento de Anestesia. - Obedece a un formulario expresamente diseñado en original y copia que el médico anesthesiologo llena en el transcurso de la administración.

- Datos personales y de identificación del paciente (nombre, edad, servicio, cama, N° HC
- Premeditación
- Operación propuesta
- Estado físico
- Cirujano, ayudante, anesthesiologo
- Diagnostico Preoperatorio
- Inducción
- Grafica secuencial donde se indiquen: medicación administrada, dosis, vía, frecuencia de administración, hora de administración, variaciones de constantes, aportes y pérdidas de líquidos
- Métodos
- Intubación bloqueo agente anestésico
- Tubo
- Complicaciones anestésicas
- Anotaciones
- Diagnostico post operatorio
- Operación practicada
- Perdida sanguínea aproximada, total de líquidos aplicados
- Duración de la operación
- Duración de anestesia
- Drenes
- Estado final del paciente
- Firma del anesthesiologo
- Fecha.

p) Nota de Recuperación Anestésica. - Se mantendrá este informe para todos los pacientes que ingresan a la Sala de Recuperación. La parte médica incluye un control detallado de todos los líquidos administrados y eliminados, así como una gráfica de la temperatura, pulso, respiración y presión arterial, a más de una evaluación del estado del paciente al ingresar y egresar de la sala. Tanto el médico y a la enfermera que reciben al paciente, como aquellos que lo dan de alta, firman y sellan la nota cuyo contenido es el siguiente:

- Datos del paciente (nombre y apellido, número HC, edad)
- Servicio o sala
- Intervención realizada y diagnóstico postoperatorio
- Tipo de anestesia y respuesta del enfermo
- Tipo de intervención (cirugía mayor y mediana)
- Gráfica de signos o constantes vitales
- Prescripciones de rutina
- Lugar de envío del paciente
- Estado y condiciones del paciente al egreso de la sala de recuperación
- Destino del paciente

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

- Tiempo de permanencia en recuperación
- Responsable del traslado
- Firma y sello del anestesista
- Firma y sello de enfermera responsable
- Fecha y hora de salida.

q) Notas de Indicaciones Médicas. - Son aquellas notas agrupadas en una misma sección del EC, que contienen las indicaciones o prescripciones médicas, con descripción del medicamento en nombre genérico, dosis, concentración, frecuencia, vía de administración y cuidados de la misma. Son responsables de su elaboración u omisión, el médico tratante, o por delegación los profesionales médicos de planta o médicos residentes que lo colaboran para el manejo del paciente, siendo la Licenciada en enfermería la responsable de su cumplimiento y/ o administración de la medicación, verificando la fecha de caducidad, principio activo, concentración y tolerancia y tiempo de administración, debiendo registrar en las hojas de informe de enfermería. De igual manera deberán registrarse días de inicio de antibiótico (previa justificación informada en hojas de evolución), cuidados de manejo de catéteres (fecha de colocación) las modificaciones o correcciones del tratamiento posterior a la visita diaria deberá ser supervisada, firmada y sellada por medico de turno.

r) Documentos de Enfermería. - Están conformados por las notas de informe de enfermería y el registro de tratamientos.

s) Informe de Enfermería. - Son las notas que escribe enfermería con relación al estado del paciente, su evolución y las constataciones que haga respecto a las interurrencias o complicaciones que pudiesen presentarse. La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones del paciente y las indicaciones del médico, la admisión y egreso del paciente, tomando en cuenta fecha y hora, condición de ingreso o egreso, tolerancia de medicación e incidentes durante el turno y la persona o personas que lo acompañaron. Estas notas deben estar cuidadosamente elaboradas y llevar firma y sello de la Licenciada responsable de su elaboración. El cual debe contener:

- Notas de Registro de Tratamientos de Enfermería: medicación (presentación, dosis, frecuencia, concentración, dilución, tiempo de administración), vía, hora y observaciones (reportara fecha de caducidad, principio activo, tolerancia e incidentes)
- Catéteres: sonda Foley, sonda para alimentación enteral, vía central, vía periférica, tubos de tórax, cánulas de traqueostomía (fecha de colocación y días e incidentes)
- Curva térmica, signos vitales (gráficos), balance hídrico
- Uso de equipos.

Las emite la Licenciada en enfermería en cumplimiento a las prescripciones u órdenes médicas, y en estricta observación de lo contemplado en las notas de Indicaciones Médicas. Las notas de registro de tratamiento de enfermería, revisten especial importancia, porque constituyen la constancia del cumplimiento de las prescripciones, tal cual fueron escritas y firmadas por el médico.

t) Epicrisis. - Constituye el resumen de todo el contenido del EC, debe ser llenada en formularios expresamente diseñados bajo el siguiente ordenamiento:

- Datos generales (nombre, edad, sexo, procedencia, contrarreferencia, referencia)
- Fecha y hora de ingreso y de alta hospitalaria
- Días de estadía

	Fecha de aprobación:	Código:	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMMOS/EST-RIECACE-005			01	

- Diagnóstico de ingreso
- Enfermedad actual y examen físico
- Breve resumen del examen de la evolución en caso de complicaciones o grandes modificaciones
- Lo positivo de exámenes auxiliares (ordenados por fechas)
- Drogas usadas para el tratamiento médico
- Intervención o intervenciones quirúrgicas realizadas
- Resumen de los hallazgos laboratoriales o de exámenes de gabinete
- Diagnóstico final
- Tipo de alta
- Estado del paciente al ser dado de alta e indicaciones que debe cumplir (condiciones del alta)
- Plan de manejo y tratamiento
- Certificado Único de defunción en caso de fallecimiento (copia)
- Firma y sello del residente del servicio
- Visto bueno del médico jefe de sala
- Fecha y hora

La epicrisis es un documento de suma utilidad, no solo por razones estadísticas sino para fines de estudio e investigación, porque permite un análisis rápido de un caso en particular o de un crecido número de casos, siempre y cuando se conserven archivos de copias de epicrisis ordenadas por patologías, en los respectivos servicios donde son atendidas. Asimismo, tiene carácter de informe resumido, motivo por el cual el médico tratante debe entregar una copia al paciente en el momento del alta, con énfasis en las indicaciones y/o recomendaciones que creyendo convenientes y que el paciente deba cumplir.

- u) Informe de Emergencias.** - El médico de turno del servicio de Emergencia llena el informe respectivo, cuando el paciente, después de su recepción y atención en emergencias, es referido a otro servicio del mismo establecimiento u otro. Su contenido es el mismo que ha sido referido en el inciso de Epicrisis, con especial énfasis en el pronóstico, médico de resolución y/o estabilización y las condiciones del paciente al ser dado de alta o transferido de emergencias.

ARTÍCULO 16. (CONTENIDO ADICIONAL).- También incorpora otros documentos adicionales que pueden o no existir de acuerdo a circunstancias propias de cada caso. Dichos documentos son:

- a) Nota de Referencia, Resolución y Contrarreferencia.** - En caso de pacientes que proceden o se tengan que derivar a otros establecimientos. Las notas de derivación por referencia o contra referencia se elaboran en dos copias: una que queda como constancia en el EC y otra que se envía al establecimiento donde se refiere o contrarrefiere al paciente. Es sellada y firmada por el médico tratante y contiene lo siguiente:
- Datos generales del paciente
 - Diagnóstico de ingreso
 - Diagnóstico de egreso en el momento de la transferencia (referencia o contra referencia o contrarreferencia)
 - Evolución

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNAMOS/EST-RIECACE-005			01	

- Resumen de los informes de exámenes y procedimientos de diagnóstico o tratamiento que hubiesen sido realizados
 - Resumen del tratamiento efectuado, señalando duración precisa de los fármacos utilizados
 - Tratamiento con el que persiste el paciente en el momento de la transferencia
 - Recomendaciones
 - Contenido adicional
 - Se adicionará la hoja de monitoreo durante el traslado que deberá ser entregada al establecimiento que recibe al paciente.
- b) **Certificado de Defunción.** - Es un documento obligatorio que extiende el médico tratante del paciente, cuando este fallece al interior del Hospital. Obedece a un formulario expreso cuya copia queda en el EC y muy excepcionalmente podría ser extendido por otro médico distinto al tratante, siempre que le conste el fallecimiento del paciente o que lo hubiese atendido en sus últimos momentos. En caso de muerte sin asistencia médica, muerte domiciliaria, muerte sospechosa de delito y muerte por violencia, el certificado médico solamente puede ser extendido y firmado por médico forense, después de cumplir procedimientos especiales establecidos por Ley.
- c) **Informe de Auditoría Médica.** - En caso de haberse realizado auditoría, ya sea durante la internación del paciente o después de su alta. Necesariamente se consignará en el EC una copia de las respectivas actas o informes, debidamente firmados y en los formularios que se registran en el Manual de Auditoría.
- d) **Nota de Egreso Voluntario.** - Documento mediante el cual el paciente, su familiar más cercano o tutor responsable, solicita el alta o egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiese ocasionar. El original firmado por el solicitante quedará en el EC, junto a la epicrisis, cuya copia deberá ser entregada al paciente.
- e) **Formularios o Fichas de Programas Específicos.** - Deben ser incorporados en el EC cuando el paciente hospitalizado es pasible de tratamiento o seguimiento por un programa específico, dígame tuberculosis, enfermedad de Chagas, control de ITS-VIH SIDA, o cualquier otro que se cumpla en grupos específicos, como ser niños menores de 5 años, etc.
- f) **Ficha de Trabajo Social.** - Elaborada por la responsable de Trabajo Social encargada de realizar la entrevista al paciente, quien la firma y sella. Los datos que consigna son: Identificación del paciente, servicio en el que es atendido, descripción de la valoración social, sello de la categoría social, diagnóstico y fecha de la entrevista.
- g) **Hoja de resumen de laboratorios.** - Hoja elaborada con la finalidad de reportar los resultados de los estudios de laboratorios realizados al paciente durante su internación.
- h) **Recetas.** - La receta o prescripción médica constituye el documento legal que avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y le emite el médico tratante o interconsultado, en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado en letra claramente legible, consignando los siguientes datos:
- Nombre completo del paciente, número HC, Fecha de Nacimiento, edad, sexo, dirección, servicio, programa, diagnóstico, fecha de receta, sello del servicio, visto bueno de farmacia
 - Nombre genérico del medicamento prescrito
 - Vía y cuidados especiales para la administración
 - Concentración y dosificación
 - Frecuencia de administración en veinticuatro (24) horas

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

- Duración del tratamiento
- Indicaciones especiales para el paciente
- Datos de identificación del prescriptor (nombre completo, firma, matrícula profesional).

CAPITULO V DEL MANEJO ASISTENCIAL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

ARTÍCULO 17. (ORDENAMIENTO Y PAGINACIÓN).- Al ser el EC un conjunto de documentos distintos, es necesario ordenarlos en secciones fácilmente identificables y de rápida consulta. Preferiblemente los documentos del EC serán de color diferente (blanco: hoja de internación e Historia clínica; celeste: hojas de evolución; rosado: hoja de indicaciones; amarillo: nota de enfermería) y estarán especialmente diseñados para sus respectivos propósitos, consignando en alguno de los ángulos de cada página o carilla, un pequeño recuadro para el registro correlativo del número de página por sección.

1. **Primera sección:** Incluye todos los documentos considerados básicos. Estos son: papeleta de internación, cuadro de registro de signos vitales, nota de ingreso o admisión, epicrisis, historia clínica propiamente dicha y formularios de consentimiento informado, colocados en orden cronológico.
2. **Segunda sección:** Conformada por el conjunto de informes de los exámenes complementarios al diagnóstico (laboratoriales, imagenológico, endoscopios, anatomopatológicos, de valoración funcional, etc.) que deben ser ordenados por grupos de afinidad y de acuerdo a fechas, colocando los exámenes últimos o más actualizados en primer plano.
3. **Tercera sección:** Corresponde a las notas de evolución e interconsultas, informes, certificados médicos y resultados de juntas médicas, igualmente ordenadas de acuerdo a fechas, colocando en primer plano aquellas que hubiesen sido realizadas últimamente.
4. **Cuarta sección:** Contiene los protocolos de procedimientos invasivos que hubieran sido efectuados, como ser protocolos quirúrgicos, anestesiólogos y otros, junto a documentos referidos a copias de informes médicos requeridos por el paciente o por el propio médico tratante, así como aquellos de informes médicos requeridos por el paciente o por el propio médico tratante, así como aquellos que correspondan a la referencia (transferencia) de otros establecimientos.
5. **Quinta sección:** Que incluye las hojas de indicaciones médicas y tratamiento, ordenadas cronológicamente, colocando las más actualizadas en primer plano.
6. **Sexta sección:** propia de enfermería, con las notas de reporte que pudiesen corresponder, junto a las notas de registro de medicamentos y tratamientos cumplidos, que por su importancia deben estar agrupadas en un mismo conjunto y no mezclarse con las notas de reporte.
7. **Séptima sección:** Agrupa la epicrisis, los documentos administrativos de egreso y otros eventuales como ser protocolo de autopsia, copia del certificado de defunción, etc.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIEACE-005			01	

ARTÍCULO 18. (CLARIDAD Y PULCRITUD).- El manejo del EC debe ser cuidadoso, con anotaciones en letra completamente legible y de fácil comprensión. La letra ilegible, tachaduras, correcciones o añadidos - sobrepuestos o aledaños a la propia escritura, son inaceptables dado el carácter documental médico-legal que tiene el EC. Si fuese necesario hacer alguna modificación o aclaración, debe ser hecha en nota o indicación aparte, debidamente refrendada con el nombre, firma y sello de quien la realice, a más de consignar fecha y hora en el lugar que corresponda.

ARTÍCULO 19. (PRECISIÓN EN LA DESCRIPCIÓN).- Tanto la historia clínica, como las notas de evolución y demás documentos del EC que requieran descripción, deben ser escritos en forma concisa y precisa, evitando reiteraciones y relatos prolongados, sin que por ello se deje de registrar lo que sea pertinente y necesario.

ARTÍCULO 20. (APOYO GRÁFICO).- Cuando corresponda y sea necesario, las descripciones escritas deben ir acompañadas de gráficos explicativos, como es el caso de lesiones que requieren identificación precisa, la descripción de un procedimiento quirúrgico, o las explicaciones graficas del consentimiento informado.

ARTÍCULO 21. (IDENTIFICACIÓN).- Toda persona que realice cualquier anotación o grafica en el EC, sea por relato de evolución, prescripción o cualquier otro motivo, tiene el deber de identificarse mediante firma, nombre completo y condición laboral, ya sea en forma claramente escrita o mediante sello.

ARTÍCULO 22. (REGISTROS).-

- I. El encabezamiento de todas las hojas y formularios que conforman la documentación del EC debe estar impreso con líneas o casillas que permitan anotar el nombre completo del paciente, servicio donde se encuentra internado, número de cama y número (código) del EC.
- II. Asimismo, la constancia de los hechos solo se puede dar cuando han sido oportuna y debidamente registrados, por tanto: todo lo que significa evolución, prescripción de tratamientos, interconsultas, recepción de exámenes, informes, protocolos, notas de enfermería, notas de referencia, epicrisis, documentos administrativos, u otros acontecimientos relacionados con el paciente, debe estar debidamente registrado con fecha y hora en el lugar que corresponda.
- III. Además, debe contar con la identificación de la persona autorizada que realiza el registro, es decir, servidores públicos de planta u otros profesionales que hubiesen sido expresamente requeridos por el médico tratante para su interconsulta, valoración o realización de un procedimiento específico en el paciente, y médicos residentes del Hospital que estuviesen coadyuvando al médico tratante en la atención de dicho paciente, como ha sido mencionado anteriormente.

ARTÍCULO 23. (PRESCRIPCIONES).-

- I. Las prescripciones o indicaciones deben ser precisas y seguir un ordenamiento lógico, anotando primero las medidas de orden general (dieta, control de signos vitales, posición del paciente,

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

ejercicios respiratorios, colocación de sondas, enemas, medidas de rehabilitación, etc.), seguidas del uso de soluciones y medicamentos para la respectiva acción terapéutica, tan bien ordenados de acuerdo a su importancia con relación al cuadro clínico.

- II. Previa verificación de la fecha de vigencia de los fármacos a ser administrados por Enfermería, la prescripción de dichos medicamentos debe señalar necesariamente: nombre genérico del producto, forma de presentación, dosis, vía de administración, forma de administración o recaudos especiales para la mismo, frecuencia y periodicidad en el tiempo y medidas de prevención ante aquellos fármacos que pudieran provocar reacciones alérgicas u otras formas de intolerancia o complicación, que estuviesen conocidas y advertidas por la literatura científica internacional.
- III. Es deber de Enfermería velar por el estricto cumplimiento de este artículo, para dar cumplimiento a las indicaciones y administración de medicamentos; caso contrario deberá hacer el reclamo oportuno, requiriendo las aclaraciones o modificaciones que sean necesarias.

ARTÍCULO 24. (ASIGNACIÓN DE RESPONSABLES Y CONFIDENCIALIDAD).-

- I. A la significación documental médico-legal que tiene el EC, se agrega su carácter confidencial dentro de los alcances éticos y de respeto a los derechos de los pacientes. Por tal razón su manejo es restringido al grupo de personas que tienen la responsabilidad directa del paciente y que deben estar claramente identificados; es decir, el médico tratante y colaboradores más inmediatos encargados de seguir evoluciones y prescripciones (médicos residentes e internos), a más de la enfermera que tiene la misión de cumplirlas.
- II. Se evitará entonces que el EC quede suelto, sobre los mesones, mesas de alimentación u otras, preservándolo preferentemente en un mueble especial para el efecto, alejado de personas ajenas al servicio, en lo posible con un sistema de seguridad cuya acceso únicamente lo tendrán las enfermeras jefas de cada turno para el respectivo servicio, responsable a la que se acudirá las veces que el expediente sea requerido, tanto cuando se deban anotar evoluciones y prescripciones, o en los momentos de interconsultas y visitas médicas de sala.

ARTÍCULO 25. (EXPEDIENTE CLÍNICO PARA DOCENCIA).- Los respectivos responsables de docencia deberán elaborar modelos o prototipos especiales de expediente clínico por patologías, instruyendo y habituando al estudiante a su correcto manejo, sin afectación o perjuicio de las labores asistenciales del establecimiento, de la presente norma, ni del derecho a la privacidad, reposo y confidencialidad que tienen los pacientes.

CAPITULO VI DE LOS REQUERIMIENTOS Y ACCESO AL EXPEDIENTE CLÍNICO

ARTÍCULO 26. (ACCESO DEL PACIENTE A SU EXPEDIENTE CLÍNICO).-

- I. Todo paciente tiene derecho al acceso a su EC las veces que lo requiera, ya sea por solicitud directa o por intermedio de su tutor jurídicamente responsable si este se encuentra internado, o a través de solicitud escrita dirigida al Director Médico del Hospital.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIEACE-005			01	

- II. Ante este requerimiento el Director Médico accederá a la solicitud, disponiendo la entrega - según posibilidades de la institución - de una copia magnética o de una fotocopia del EC del paciente, debidamente firmada y sellada en cada uno de sus folios, cotejados con los originales en presencia del paciente o su representante legal. Todo este procedimiento constará en el levantamiento de un acta de entrega, que será firmada por el paciente o su representante legal y por el Director Médico del Hospital, en copias para ambas partes.

ARTÍCULO 27. (REQUERIMIENTO DEL EC POR CAUSAS LEGALES, AUDITORÍA MÉDICA EXTERNA O PERITAJE).- En los casos de requerir el EC por causas legales, auditoría médica externa o peritaje el requerimiento exige la entrega del EC original, motivo por el cual se cumplirán los siguientes procedimientos:

- a) **Requerimiento por causa legal:** El Director Médico del Hospital dará curso al requerimiento, siempre y cuando provenga de autoridad Judicial o Fiscal competente, con levantamiento de un Acta de Entrega - Recepción, que será firmada tanto por la parte solicitante como por el Director Médico y con el único recaudo de sacar una copia magnética o fotocopia del EC para el Hospital, hasta que el original sea devuelto mediante llenado de un Acta de Devolución.
- b) **Requerimiento por Auditoría Médica Externa:** El Director Médico del Hospital dará curso al requerimiento, de acuerdo a los recaudos contemplados en los artículos 54 y 55 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica para su Realización.
- c) **Requerimiento para auditorías operativas:** Se dará curso mediante solicitud escrita, debiendo ser revisadas dentro del Hospital, no pudiendo sacar copias, fotografías del documento procurando resguardar la intimidad del paciente menor de edad protegido por Ley N° 548.
- d) **Requerimiento por Peritaje:** Se cumplirá el mismo procedimiento al establecido en requerimiento por causas legales.
- e) **Otros requerimientos:** En caso de requerir el expediente clínico para actividades de tipo administrativo, docente asistencial o investigaciones, este deberá ser solicitado mediante comunicación interna dirigida al Director Médico, quien autorizará dando el visto bueno o denegará la solicitud; en caso de ser autorizado el retiro del EC, deberá retornar el original en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas a partir de los datos del acta de entrega.

CAPITULO VII DE LA EMISIÓN DE CERTIFICADOS E INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

ARTÍCULO 28. (RECAUDOS A CUMPLIR).- Un buen manejo del EC requiere cumplir recaudos que permitan la emisión de información o certificación, de manera oportuna, ética, transparente y veraz. Estos recaudos son:

- a) Todo informe o certificación de lo contenido en el EC, requiere para su emisión, de solicitud escrita dirigida al Director Médico del Hospital.
- b) La certificación o informe extendido por quien hubiese estado a cargo de la atención del paciente, nunca certificará sobre lo no observado o no registrado en el EC y cuando deba hacerse alusión a percepciones o apreciaciones del paciente, así como opiniones propias de quien extiende la certificación, es necesario mencionar expresamente tales circunstancias.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

- c) Las descripciones de la certificación o informes deben ser precisas, prudentes y libres de comentarios personales subjetivos, salvo el caso de deducciones clínicas cuando se establecen diagnósticos o tratamientos.
- d) El uso de terminología técnica debe ser evitada y si esto no fuese posible debe contener aclaraciones para hacerla comprensible en lenguaje común.
- e) Los informes o certificados médicos no deben incluir valoraciones deontológicas o jurídicas, resultando completamente reprochable el uso de expresiones o inducciones que pudiesen culpabilizar y/o perjudicar a terceros.
- f) En el EC se debe tener presente que todo informe o certificado emitido puede ser usado de diversas maneras, surtiendo efectos distintos para los que presuntamente fue solicitado. Por ello resulta inadmisibles la emisión de informes o certificados médicos de complacencia.
- g) Las solicitudes de informe o certificación de lo contenido en el EC, deberán ser registradas y resguardadas en el área de Archivo Clínico Estadístico del Hospital como constancia.

ARTÍCULO 29. (DE LA INFORMACIÓN O CERTIFICACIÓN SOLICITADA POR LOS PACIENTES).- La solicitud de informes o certificados por parte de los pacientes, o sus representantes legales, deben considerar lo siguiente:

- a) Las solicitudes de información clínica por parte del paciente, sus familiares o representantes legales debidamente autorizados, deberán cursarse por escrito a la Dirección Médica del Hospital, adjuntando fotocopia de la cedula de identidad del solicitante y documento legal que acredite su personería respecto al paciente.
- b) En caso de tratarse de un usuario que actué por delegación, el Hospital se reserva el derecho de comprobar la veracidad de la solicitud con los medios que estimé oportunos.
- c) De ser necesario, se adjuntará a los informes o certificados copias de la iconografía, de las pruebas complementarias y de los informes técnicos de procedimientos que pudiesen haberse practicado. En caso de que el EC no disponga de tales informes, serán solicitados por el área de Archivo Clínico Estadístico al Servicio correspondiente, que deberá emitirlos en un plazo máximo de siete (7) días hábiles.
- d) Cualquier otro tipo de documentación solicitada, precisará la autorización y/o supervisión del facultativo que atendió al paciente.
- e) Excepto lo consignado en el artículo 25 de este Reglamento, en ningún otro caso, se entregarán documentos originales, que deberán permanecer en poder del Hospital.
- f) En ningún caso se entregará información alguna sin el visto bueno del Director Médico del Hospital, quien la pasará a área de Archivo Clínico Estadístico para su entrega al interesado.
- g) El interesado previa constatación de su identidad, firmará la recepción en la copia del informe o certificado que recibe, el que como constancia será incorporado EC, ya sea si permanece internado o si fue dado de alta.

ARTÍCULO 30. (DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR LOS TERCEROS).- De forma genérica, la información que solicitan terceros sobre el proceso asistencial es de dos tipos:

- a) **Información sobre la ubicación del paciente.**- Este tipo de información es facilitada por los servidores públicos que se encargan de Recepción y/o Admisión de pacientes, siempre y cuando

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

se trate de datos meramente administrativos y salvo que exista constancia del deseo del paciente para permanecer en el anonimato, no existen inconveniente en facilitar estos datos a terceros.

b) Información sobre el proceso asistencial. – Al tratarse de información sobre el proceso asistencial se deberá considerar lo siguiente:

- Durante el proceso asistencial, cualquier solicitud de información clínica, se canalizará a través del médico que atiende al paciente, quien decidirá qué información puede difundirse y a quien.
- La información solicitada, precisa imprescindiblemente y en forma previa, la autorización escrita del paciente o su representante legal.
- Para evitar desvíos no deseados de datos, todos los listados de información al público sobre pacientes ingresados, eliminarán el diagnóstico.
- En cualquier caso, se debe tomar en cuenta el deber del secreto profesional del personal que atiende al paciente.
- Solicitudes de información después del alta, se harán mediante solicitud escrita, dirigida a la Dirección Médica, la que previa consulta con los órganos del Departamento Jurídico, determinará la pertinencia o no de facilitar la información solicitada, centralizando la gestión en el área de Archivo Clínico Estadístico.
- Se suministra exclusivamente aquella información específicamente solicitada. Si se precisara otro tipo de información distinta, se requerirá la autorización expresa de la Unidad o Servicio que atendió al paciente y/o la Dirección Médica.
- La otorgación de información en casos de administración de justicia, precisa que exista con carácter previo un requerimiento judicial formal.
- En caso de menores, incapacitados o fallecidos, otorgar la información requiere la autorización del familiar más directo o el representante legal.
- En docencia e investigación, la consulta de la información se realizará exclusivamente en las dependencias del Archivo Clínico Estadístico. Para las reproducciones de documentación e iconografía por motivo de investigación, se requerirá solicitar por escrito la correspondiente autorización, con visto bueno del Director Médico del Hospital y garantizar en todos los casos el anonimato y la imposibilidad de establecer la identidad del paciente, salvo que éste lo autorice expresamente.
- En caso de requerir el expediente clínico de internaciones anteriores de un determinado paciente durante su actual internación, el médico tratante hará la solicitud, firmando en el cuaderno de registro y control del Archivo Clínico Estadístico, con el compromiso de devolución en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas. Para préstamos que superen las veinticuatro (24) horas deberá realizarse la solicitud por escrito con el visto bueno del Director Médico.
- Para fines de cumplimiento del presente reglamento, se implementa el certificado de No deudor para médicos que estuviesen concluyendo su residencia médica, médicos pregrado que estén terminando su internado rotatorio, médicos que estén terminando su Servicio Social Rural Obligatorio SSRO (provincia), médicos ASSO y médicos que se estén retirando del Hospital ya sea por jubilación, destitución y/o renuncia, el cual será extendido y firmado por el Encargado del Sector de Estadística, previa verificación en el registro de préstamos.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

CAPITULO VIII ARCHIVO Y MANEJO ADMINISTRATIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

ARTÍCULO 31. (CIERRE Y ENTREGA OPORTUNA).- Siendo el EC la fuente principal que nutre el Sistema de Información en Salud, su registro estadístico debe ser oportuno, resultando inaceptable su retención y cierre tardío. Para evitar esto último, es obligación del médico tratante cumplir las labores administrativas que le competen, haciendo el cierre del EC de manera inmediata al alta del paciente para que el personal asignado según funcionalidad de cada servicio, cumpla su correspondiente envío al Sector de Estadística, dentro del plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas.

ARTÍCULO 32. (TIEMPO DE PERMANENCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN LAS DISTINTAS ÁREAS).-

- I. Mientras dure el episodio de asistencia en consulta u hospitalización, el EC permanecerá en las distintas unidades o servicios y será responsabilidad de los mismos su custodia. Una vez concluida dicha asistencia, el EC será reintegrado al área de Archivo Clínico Estadístico en los siguientes plazos:
 - EC procedentes del servicio de Emergencias en veinticuatro (24) horas.
 - EC procedentes de altas de Hospitalización en cuarenta y ocho (48) horas.
 - EC procedentes de consulta externa en veinticuatro (24) horas.
 - EC procedentes de Quirófano (ambulatorios) veinticuatro (24) horas.
- II. Para cualquier otra eventualidad que pudiese presentarse debidamente justificada, el plazo de devolución nunca superará las setenta y dos (72) horas.

ARTÍCULO 33. (ARCHIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO).-

- I. Los EC son custodiados por el área de Archivo Clínico Estadístico en un único archivo central con dos grandes divisiones: Activo y Pasivo. Se define archivo pasivo al que contiene los EC de las defunciones y archivo activo el que contiene los EC en secciones que corresponden a las unidades o servicios de hospitalización, colocados en orden alfabético según el primer apellido del paciente y manteniendo el mismo código o número que se asignó al EC del paciente, en la primera consulta o internación realizada en el Hospital.
- II. Cuando el paciente es dado de alta y el EC llega al área de Archivo Clínico Estadístico, será colocado en la sección de archivo activo que corresponda a la última unidad o servicio de hospitalización de donde fue dado de alta.

ARTÍCULO 34. (CONSERVACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO).- El área de Archivo Clínico Estadístico requiere ciertas condiciones logísticas, procedimentales, medioambientales y materiales para asegurar la correcta conservación de los EC. Los requisitos generales para el correcto funcionamiento del Archivo Clínico Estadístico son:

- a) **Dimensiones:** El ambiente para archivo del expediente clínico estará determinado por el volumen de documentación existente y del índice de crecimiento previsible, debiendo añadirse espacio para las placas radiográficas que acompañan a este documento médico-legal. Este índice se basa en dos variables: número de Expedientes Clínicos nuevos generados anualmente y el grosor medio del conjunto de los Expedientes

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental N° 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIEACE-005			01	

Clínicos que suele variar entre 1 y 1.5 cm de grosor para EC con antigüedad no mayor a cinco (5) años, tomando en consideración que el Expediente Clínico deberá ser custodiado por veintiún (21) años, este grosor podrá verse afectado.

- b) **Ubicación:** Por tratarse de un servicio central, debe tenerse en cuenta el grado de proximidad a los distintos servicios y unidades de Hospitalización y consulta externa, debiendo evitarse lugares que dificulten la labor de reparto y recogida de estos documentos, para facilitar la consulta de los distintos profesionales. Es conveniente la ubicación en zonas alejadas de ruidos molestos y vibraciones nocivas, considerando por ello excluyente áreas próximas a instalaciones eléctricas y/o motores de equipos ya que suponen riesgo de incendios por cortos circuitos, así como también deben evitarse áreas como subsuelos o de niveles bajos que permitan el ingreso de agua, insectos y roedores que pudiesen dañar los expedientes.
- c) **Medidas de protección:** Debe tener protección contra incendios, contra inundaciones y humedad, robos, roedores e insectos, sistema de seguridad con control de ingreso.
- d) **Medidas ambientales:** Se debe tomar en consideración que la temperatura para el ambiente de archivo oscile entre los 15 y 21 °C, humedad relativa entre los 45% y 65% ya que la falta de humedad también puede causar resquebrajamiento, debiendo asegurarse esta condición de manera continua.
- e) **Iluminación:** Se debe evitar que el expediente este ubicado próximo a ventanas con incidencia de luz solar, por el efecto de los rayos U.V. que causa reacciones químicas y de oxidación en el papel, por lo que 50 lux por día es la cantidad indicada para la conservación, para ello se deberá disponer de luz artificial fluorescente, para evitar que esta incremente la temperatura.
- f) **Daño por agua:** Cuando los EC fueran dañados por agua, servidores públicos del área de Archivo Clínico Estadístico deben, en primer lugar, detener el daño y cuando sea posible repararlo, posterior a ello informar del hecho al inmediato superior, para analizar las acciones a seguir. Se deben seguir ciertas medidas preventivas y/o correctivas, como ser:
 - Inspeccionar los desagües con regularidad, reparar o reemplazar cuando sea necesario.
 - Limpiar con frecuencia tejados y drenajes.
 - No ubicar los EC bajo tuberías de agua, lavamanos, equipos de aire acondicionado.
 - Evitar el almacenamiento en áreas donde el peligro de inundación sea importante.

ARTÍCULO 35. (DAÑOS IRREPARABLES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO).- En los casos en los que se evidencie daño irreparable del Expediente Clínico o cualquiera de sus componentes producto de la inobservancia a la presente normativa, se realizarán las respectivas averiguaciones y se procederá a realizar las gestiones necesarias para la reparación del daño y los correspondientes procesos por responsabilidad administrativa de acuerdo a normativa vigente.

ARTÍCULO 36. ARCHIVO ESPECIAL.- Algunos Expedientes Clínicos que requieren mayor custodia, se archivarán en sección especial, en los siguientes casos:

- a) EC solicitados por Tribunales de Justicia.
- b) EC sujetos a Auditoría Médica Externa.
- c) EC sujetos a peritaje.
- d) EC sujetos a procesos administrativos.
- e) EC que a juicio del médico tratante, y con autorización del Director Médico del establecimiento, requieran esta medida.

	Fecha de aprobación:	Código	Revisión:	Versión:	Fecha de elaboración:	
	Resolución Departamental Nº 1106 de 24/05/2021	Código: HNMOS/EST-RIECACE-005			01	

ARTÍCULO 37. EXPEDIENTE CLÍNICO RETENIDO.- Si pasados los plazos y condiciones establecidas en el artículo 30 y 32 de este Reglamento, no hay constancia de la entrega o devolución del EC de un paciente que de acuerdo a registros hubiese sido hospitalizado o atendido en consulta externa, será considerado como EC retenido, debiendo informarse al Director Médico para que se proceda a la investigación que el caso amerita, la localización del EC y el establecimiento de sanciones de acuerdo a norma.

ARTÍCULO 38. EXPEDIENTE CLÍNICO EXTRAVIADO.-

- I. Es aquel EC que no figura en el área de Archivo Clínico Estadístico, pese a la constancia de su entrada y colocación en la división y sección correspondiente, según los propios registros del archivo. En este caso, se agotaran todas las medidas operativas para encontrar el documento, de persistir el extravío pese a las investigaciones que fuesen realizadas, se notificará a la Dirección Médica del Hospital, con una copia que quedará como constancia en una carpeta específica de la documentación administrativa del archivo.
- II. Si el extravío fuese consecuencia de inobservancia a lo establecido en el presente Reglamento se procederá de acuerdo a normativa vigente.
- III. El extravío del EC en cualquier unidad de atención médica del Hospital, que no cuente con registro de su ingreso en el Archivo Clínico Estadístico, será de total responsabilidad del área responsable de su manejo. Si el extravío es consecuencia de la inobservancia de la presente normativa se procederá conforme a lo establecido.

ARTÍCULO 39. CONTROL DEL REGISTRO ESTADÍSTICO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.-

- I. El área de Archivo Clínico Estadístico cotejará diariamente el listado de los pacientes egresados con los EC recibidos para su correspondiente archivo, lo cual le permitirá identificar aquellos EC que estuviesen retenidos en los servicios de consulta externa y hospitalización.
- II. En caso de identificar retención del EC, elevará el reclamo inmediato al jefe de unidad, de consulta externa u hospitalización donde se esté dando la retención, quien en los plazos establecidos hará efectivo el envío del EC retenido. Si pese a esta medida el EC no fuese devuelto, se debe notificar esta situación a la Dirección Médica, la que a más de lograr la entrega del EC retenido e identificar responsables por este hecho, deberá adoptar las medidas correctivas.