



MANUAL HISTORIA CLÍNICA

MARTHA CECILIA CASTRILLÓN SUÁREZ

Gerente ESE Metrosalud

Dirección de Sistemas de Información

20/10/2022

Versión [03]



Alcaldía de Medellín
— Distrito de —
Ciencia, Tecnología e Innovación

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	2 de 48		

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVO	5
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
4. ALCANCE	5
5. POLÍTICAS RELACIONADAS	5
6. DESARROLLO DEL MANUAL:	6
6.1 MARCO NORMATIVO	6
6.2 MARCO OPERATIVO	8
6.2.1 GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA	8
6.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA	8
6.2.3 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA	9
6.2.4 MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	9
6.2.5 MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN	24
6.2.6 CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	29
6.2.7 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA	31
6.2.8 SECRETO PROFESIONAL	33
6.2.9 USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS	34
6.2.10 PLAN DE CONTINGENCIA	34
6.2.11 COMITÉ DE HISTORIA CLÍNICA	39
6.2.12 DESARROLLOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	39
6.2.13 ESTRATEGIAS IEC PARA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	40
6.2.14 EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA	40
6.2.15 SANCIONES	41
6.2.16 AUDITORÍA DE HISTORIA CLÍNICA	41
7. DEFINICIONES O CONCEPTOS	41

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	3 de 48		

8. ANEXOS.....	42
9. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA.....	44
10. DOCUMENTOS RELACIONADOS	44

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	4 de 48		

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de Historia Clínica puede entenderse como el conjunto de soportes destinados a recoger, transmitir y conservar toda la información referente al estado de salud de cualquier persona o usuario que sea atendido en una institución de salud.

Constituye la base para la correcta comunicación de los diferentes equipos asistenciales y administrativos que tienen contacto con el paciente en el ambiente hospitalario o de consulta externa. Igualmente existen otras utilidades de importancia para la información contenida en la historia clínica, como la posibilidad de su uso en investigación clínica, evaluación de la calidad asistencial, actuaciones jurídicas, estadísticas, actividades de docencia, administrativas, e históricas.

En ese sentido, la historia clínica se convierte en un registro obligatorio, privado, sometido a reserva, el cual se encuentra bajo custodia de la ESE Metrosalud y el proveedor de servicios TIGO UNE, a partir de un datacenter categoría tier III, que implica la garantía sobre el material utilizado para asegurar su redundancia.

Para tal fin, el manejo y diligenciamiento de la historia clínica estará basado en la normatividad nacional vigente y las políticas Institucionales, siempre buscando el mejoramiento continuo y la garantía de seguridad, continuidad, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad en la atención del paciente.

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 en la historia clínica electrónica del aplicativo institucional o en su defecto, en los formatos de contingencia establecidos para este fin. Lo anterior configura la historia clínica como un elemento estructural de la entidad, que soporta la atención brindada en sus diferentes modalidades de prestación de servicios.

En este sentido, la historia clínica electrónica debe ser flexible para adaptarse a los cambios que resulten de su uso, la necesidad del cliente interno y externo y el servicio donde se aplique, garantizando un desarrollo dinámico en función de los diferentes procesos de salud, mejorando la calidad de los registros e incrementando la eficiencia de la práctica clínica.

Teniendo en cuenta el protagonismo de la historia clínica en la institución, se establece un manual para orientar el registro objetivo, oportuno y confiable de la información, buscando asegurar su control y resguardo en los archivos clínicos y los medios magnéticos, como soporte para evaluar de forma integral el proceso de atención en salud y generar acciones de mejoramiento continuo.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	5 de 48		

2. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para el manejo y diligenciamiento de la historia clínica y de los registros asistenciales de las atenciones, acciones, procesos y procedimientos realizados a los usuarios en Metrosalud.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer los registros en la historia clínica, conservando los preceptos y fundamentos normativos a nivel nacional e institucional, relacionados con el diligenciamiento, administración, conservación, archivo, custodia y confidencialidad, en todos los procesos de la institución.
- Establecer los mecanismos para la obtención de la historia clínica o determinados registros incluidos en la misma, por parte de los usuarios que consultan en la institución.
- Dar a conocer el plan de contingencia institucional ante fallas de software o energía eléctrica.

4. ALCANCE

El presente manual es aplicable a todas las áreas de la ESE Metrosalud, Unidades Hospitalarias, Centros de salud, laboratorio, servicio farmacéutico, áreas administrativas, servicios de apoyo y transporte asistencial. Es de obligatorio cumplimiento para todo el personal asistencial y administrativo que participa en la prestación de servicios al paciente en las diferentes modalidades de atención que oferta la institución.

5. POLÍTICAS RELACIONADAS

PE01 PO 43 POLÍTICA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

PE01 PO 46 POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS

PE01 PO 59 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PE01 PO 21 POLÍTICA DE ATENCIÓN CENTRADA EN LOS USUARIOS

PE01 PO 56 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

PE01 PO 51 POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

PE01 PO 57 POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA 
Versión:	03	
Vigente a partir de:	20/10/2022	
Página:	6 de 48	

6. DESARROLLO DEL MANUAL:

6.1 MARCO NORMATIVO

Seguridad de la información y datos personales	
Ley 1474 de 2011	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
Decreto 4632 de 2011	Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1474 de 2011 en lo que se refiere a la comisión nacional para la moralización y la comisión nacional ciudadana para la lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.
Ley estatutaria 1581 de 2012	Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
Decreto 2693 de 2012	Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en Línea de la República de Colombia, se reglamentan parcialmente las Leyes 1341 de 2009, 1450 de 2011, y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1377 de 2013	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012.
Ley 1712 de 2014	Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2573 de 2014	Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en línea, se reglamenta parcialmente la Ley 1341 de 2009 y se dictan otras disposiciones.
Decreto 103 de 2015	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1494 de 2015	Por el cual se corrigen yerros en la Ley 1712 de 2014.
Gestión documental	
Ley 594 de 2000	Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
Atención centrada en los	
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 1091 de 2006	Por medio de la cual se reconoce al colombiano y Colombiana de Oro.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1171 de 2007	

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA 
Versión:	03	
Vigente a partir de:	20/10/2022	
Página:	7 de 48	

Ley 1251 de 2008	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto número 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Ministerio de Salud y Protección Social, noviembre de 2008.	Su propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.
Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud", Ministerio de Salud y Protección Social, 2010.	Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.
Resolución número 5095 de 2018	Por la cual se adopta el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1
Resolución 3100 de 2019	
Resolución número 2082 de 2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.
Sistema integrado de gestión	Preparación, seguimiento de la ejecución y evaluación de resultados de las políticas, planes generales, programas y proyectos del sector público, de mediano y largo plazo, para el desarrollo sostenible e incluyente del país.
Resolución 1111 de 2017	Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes.
Decreto 1499 de 2017, Departamento Administrativo de la función pública.	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015
Ley 87 de 1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.
Ley 1753 de 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".
Decreto 780 de 2016.	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Resolución 256 de 2016, Ministerio de salud y protección social	por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	8 de 48		

6.2 MARCO OPERATIVO

6.2.1 GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA

En general, la Historia Clínica 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. Así:

- **Es un documento privado**, en la medida que corresponde a la vida privada o íntima del paciente.
- **Es obligatorio**, por cuanto, tiene trascendencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas.
- **Se encuentra sometido a reserva**, ya que según lo consagrado en el artículo 15 de la Constitución Política, existe el derecho que tienen todas las personas a su intimidad personal y familiar, y a su buen nombre. El personal subalterno lo puede conocer, pero debe guardar confidencialidad.
- **Se encuentran registradas las condiciones de salud del paciente**, su estado de salud, la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- **Permite la evaluación del equipo de Salud** que brinda atención al usuario, es decir a los profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario.
- **Permite la evaluación de la calidad del servicio brindado**, por auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la atención.

6.2.2 CARACTERÍSTICAS 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: Para los efectos de la presente resolución, 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 paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	9 de 48		

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

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

6.2.3 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

En algunas situaciones, la historia clínica debe ser conocida por terceros, es decir, personas diferentes al paciente o al personal del equipo de salud que lo atiende, para lo cual en Metrosalud, solo se permitirá el acceso a:

- Las autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Art 34, Ley 23/81).
- La Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, en cumplimiento de su función pública de inspección, vigilancia y control de la calidad de la atención en salud (Art 34, Ley 23/81).
- El equipo de salud, (Art 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99).
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos, (Art 61, Ley 23/81 y Art 30 Decreto 3380/81).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Art 38, Ley 23/81).

6.2.4 MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Metrosalud cuenta con un sistema de información administrativo, financiero y clínico denominado Safix, que permite sistematizar los diferentes procesos de la red y registrar las actividades clínicas que se llevan a cabo en su interior. En este sentido, la operativización del Safix se realiza a partir de los siguientes módulos institucionales:

SISTEMA DE INFORMACIÓN SAFIX	TIPO DE REGISTRO
Activos fijos.	Otros registros
Bienes inmuebles.	
Administración del sistema.	
Cartera.	
Admisiones.	
Inventarios.	
Contabilidad.	
Costos.	
Cuadro de turnos.	
Gestión hospitalaria.	

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	10 de 48		

SISTEMA DE INFORMACIÓN SAFIX	TIPO DE REGISTRO
Maestro de historias.	
Nómina.	
Presupuesto.	
Calidad.	
Tesorería.	
Trámites.	
Laboratorio.	Registros clínicos
Referencia.	
Historias.	

CARACTERÍSTICAS DEL APLICATIVO SAFIX

Para acceder al aplicativo, el cliente interno debe cumplir las siguientes condiciones:

- Haber sido creado como un "Tercero" en el módulo "Nómina" del aplicativo Safix, por parte de la Dirección de Talento Humano de la institución.
- En el caso de personal asistencial, haber sido creado como profesional, en el módulo "Administración del sistema" y posteriormente haber sido creado como usuario en el mismo módulo, opción "XUSUARIO". En este proceso se adiciona la firma digital y se asocia al documento de identidad y al registro profesional, si procede.
- En el caso de personal administrativo, haber sido creado como usuario en el módulo "Administración del sistema", opción "XUSUARIO". La firma digital, asociada al documento de identidad, se adiciona durante la creación del "Tercero" en el módulo "Nómina".

La creación de los terceros incluye la asignación de privilegios o permisos de acuerdo con el rol que el cliente interno desempeñe al interior de la institución. Por este motivo, cada usuario tendrá acceso a diferentes módulos u opciones en el sistema de información.

El cliente interno asistencial tiene ingreso a los módulos que incluyen registros clínicos y otros de tipo administrativo que complementan el proceso de atención.

El cliente interno administrativo tiene ingreso exclusivo a los módulos administrativos y de gestión, según corresponda.

Respecto al acceso a los soportes de la atención clínica, podrán ser accedidos por el cliente interno asistencial y cliente interno administrativo del área de gestión documental y archivo. Dichos soportes podrán ser consultados en el módulo "Historias", opción "Consulta de atenciones" y "Generación de reportes HC", si se trata de un evento de abuso y violencia sexual.

APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	11 de 48		

A todo usuario que reciba atención médica en Metrosalud se le debe realizar apertura de historia clínica. Se debe verificar de forma sistemática la existencia de historia clínica antigua, consultando el sistema de información con el documento de identidad y/o los nombres y apellidos del paciente.

Cada vez que se realice una admisión para el ingreso a un servicio hospitalario o la facturación de una atención o procedimiento en el servicio de consulta externa, es obligatorio verificar y/o actualizar los datos de identificación y contacto del paciente y su acompañante.

- **Creación del usuario**

Supone la creación del paciente en el sistema de información a partir de un identificador global, que hace referencia al documento de identidad del paciente. Para crear el usuario en el aplicativo institucional es mandatorio ingresar los siguientes datos de identificación y geo referenciación del paciente:

- Centro de atención.
- Fecha, hora y número de atención.
- Nombres y apellidos completos.
- Tipo y documento de identidad del paciente:

Adultos mayores de 18 años: para los colombianos, el número de la cédula de ciudadanía (completo, con todos los dígitos que aparecen en el documento original).

Extranjeros, el número de la cédula de extranjería, del pasaporte o del permiso especial.

Menores de 18 años y mayores de 7 años, el número de la tarjeta de identidad.

Menores de 7 años o que no tengan tarjeta de identidad, el número del registro civil de nacimiento.

Recién nacidos, el número de la cédula de la madre, seguido del número de orden que ocupa el recién nacido en el grupo familiar según el orden de nacimientos (1- el primero, 2- el segundo y así sucesivamente). En caso de que la madre no tenga cédula de ciudadanía, se utilizará la cédula de ciudadanía del padre.

Para usuarios que no presentan documento de identidad o este no es válido, indigentes sin identificación, población indígena sin identificación, población menor de edad bajo protección del ICBF u otra entidad de protección, adulto mayor bajo protección del Estado, población carcelaria con documento expedido por el INPEC (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario) y extranjero irregular, se seguirán los lineamientos incluidos en la

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	12 de 48		

Circular Externa 179767 de 2008, las Resoluciones del Ministerio de Protección Social 812 de 2007, 1136 de 2012, 5512 de 2013, 2629 de 2014 y en el IN Creación de usuarios con condiciones especiales. **Ver IN Creación de usuarios con condiciones especiales.**

- Estado civil.
- Etnia.
- Fecha de nacimiento.
- Edad en años.
- Sexo.
- Dirección.
- Teléfono del domicilio.
- Número celular.
- Lugar de residencia.
- Aseguradora.
- Causa externa y finalidad de la consulta.
- Información del acompañante: Identificación, nombres y apellidos, parentesco, dirección y teléfono.

La mayoría de estos datos componen el encabezado de los diferentes reportes de historia clínica de la institución. Otros datos se visualizan a lo largo de su estructura, de acuerdo con las particularidades de la atención. Ver imagen 1.

Para la atención de pacientes extranjeros (regulares e irregulares) se seguirán los lineamientos de la Circular Externa 000029 del 16 de agosto de 2017, incluyendo la creación en el aplicativo institucional.

Para los afiliados de población especial del régimen subsidiado no identificados se seguirán los lineamientos de la Resolución 2629 de 2014, incluyendo la creación en el aplicativo institucional.

Imagen 1. Encabezado reporte de historia clínica. Metrosalud.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	13 de 48		

		Empresa Social del Estado Metrosalud Nit: 800.058.016-1 HISTORIA	
CENTRO DE ATENCIÓN: ### -----			
NOMBRE DEL PACIENTE: -----			
Documento:	-----	H.C.	-----
Fecha nacimiento:	----- Años	Sexo:	-----
Dirección:	-----	Ciudad:	-----
Entidad:	-----	Etnia:	-----
Atención:	-----	Hora:	-----
Causa externa:	-----	Finalidad:	-----

REGISTROS ESPECÍFICOS

Son los datos que resultan de un tipo determinado de atención, de conformidad con los servicios prestados por la institución y que deben dar respuesta a la Resolución 2546 de 1998, por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sentido, todas las atenciones clínicas incluyen:

- **MÓDULOS PARA CONSULTA**

Histórico de atenciones: permite consultar información sobre atenciones previas en cualquier punto de la red.

Alertas: agrupa los antecedentes personales del paciente para favorecer la caracterización del mismo.

Datos de atención: permite consultar datos administrativos respecto al paciente y la atención en curso.

Medicamentos que consume: permite registrar y consultar el régimen terapéutico del paciente, promoviendo la conciliación y recepción técnica de medicamentos, si ha lugar.

Código fucsia: permite consultar o registrar información respecto a un evento de violencia y abuso sexual, en caso de que el paciente haya sido sujeto del mismo.

- **MÓDULOS PARA REGISTRO DE ANAMNESIS (VALORACIÓN DEL PACIENTE)**

Motivo consulta/Enfermedad actual: permite el registro del motivo de consulta, la enfermedad actual y los hallazgos positivos de la revisión por sistemas. Incluye un campo para registrar los datos de contacto del acompañante y la verificación del documento de identidad, como una práctica que promueve la seguridad del paciente.

Antecedentes personales: permite el registro, actualización y consulta de los antecedentes personales del paciente. Este módulo incluye una validación por edad y

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	14 de 48		

sexo del paciente, lo que habilita o inhabilita la aparición de algunos antecedentes, para orientar el registro del profesional.

Niños de 0 a 2 años: antecedentes pediátricos.

Mujeres: antecedentes gineco-obstétricos.

Población general: antecedentes patológicos, quirúrgicos, traumáticos, vacunación, alérgicos, familiares, ocupacionales e historia personal y social.

Antecedentes alérgicos: restringe la orden de medicamentos en cualquier tipo de atención. Es decir, si un paciente refiere alergia a la Penicilina, este medicamento no podrá ser ordenado por ningún profesional, lo que busca promover la seguridad del paciente.

Es obligatorio preguntar y relacionar los antecedentes personales de todo paciente nuevo en la institución. En atenciones posteriores, si no existen cambios en los antecedentes registrados, el profesional debe registrar en el campo "Refiere Si/no": "Lo anotado", para indicar que realizó la verificación correspondiente. En caso que el paciente refiera nuevos antecedentes o corrija información previa, el profesional deberá identificar el antecedente y registrar la información según corresponda. En todo caso, los antecedentes personales deberán ser actualizados cada año.

Los campos relacionados con los antecedentes personales no deben quedar nunca en blanco o sin responder, esto indica que el profesional no indagó o verificó los mismos.

- **MÓDULO PARA REGISTRO DE EXAMEN FÍSICO**

Órganos y sistemas: permite registrar los hallazgos en el examen físico por sistemas.

Examen físico: permite registrar los signos vitales del paciente, los datos antropométricos y una nota clínica al respecto. Este módulo también permite la consulta de estos datos en atenciones anteriores, lo cual favorece la continuidad e integralidad en el proceso de salud.

- **MÓDULO PARA REGISTRO DE INTERPRETACIÓN Y REVISIÓN DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS**

Revisión de ayudas diagnósticas: mediante interoperabilidad con otros sistemas de información, permite consultar los resultados de los exámenes de laboratorio e imagenología, registrar la interpretación y la correlación clínica. Este módulo incluye alertas para los resultados críticos y permite el seguimiento de la oportunidad en su reporte y toma de conducta.

Entrega de resultados sensibles: orienta la entrega de resultados sensibles, incluye indicaciones para que el profesional lleve a cabo la atención de acuerdo con los seis pasos requeridos para la información de este tipo de resultados.

- **MÓDULO PARA REGISTRO DE LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	15 de 48		

Análisis: permite el registro del análisis clínico.

Diagnóstico: permite la selección del diagnóstico CIE-11 en lista de valores automatizada y la clasificación de la atención como impresión diagnóstica, diagnóstico nuevo o diagnóstico repetido. Este módulo permite adherirse a guías específicas de atención, construidas de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica, que incluyen un régimen terapéutico determinado, órdenes de ayudas diagnósticas definidas y unas recomendaciones para favorecer el autocuidado en el hogar.

- **MÓDULO PARA REGISTRO DE LA CONDUCTA**

Riesgos identificados en consulta: permite el registro de riesgos identificados durante la atención y las intervenciones al respecto.

Medicamentos: permite la orden de medicamentos mediante el uso de lista desplegable. La orden incluye los parámetros obligatorios para su elaboración: medicamento, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, dosis, frecuencia, tiempo de tratamiento, cantidad formulada, entre otros.

Ayudas diagnósticas: permite la orden de ayudas diagnósticas de acuerdo con la necesidad del paciente.

Imagenología: permite la orden de imágenes diagnósticas de acuerdo con la necesidad del paciente.

Órdenes No POS: permite la orden de ayudas diagnósticas, imagenología, medicamentos, productos o servicios que requieren diligenciamiento de orden No POS.

Orientación a servicios: permite registrar la orientación a servicios que se realiza con base en las características del paciente. Incluye los programas de promoción y prevención al interior de la red y programas o servicios de la oferta pública municipal.

Remisión: permite elaborar los anexos técnicos 3, 9 y 10, según corresponda. Ofrece la posibilidad de remisión electiva y urgente, según se requiera. Este módulo se comparte con el personal de Referencia y Contra referencia, que realiza la gestión de este tipo de conducta.

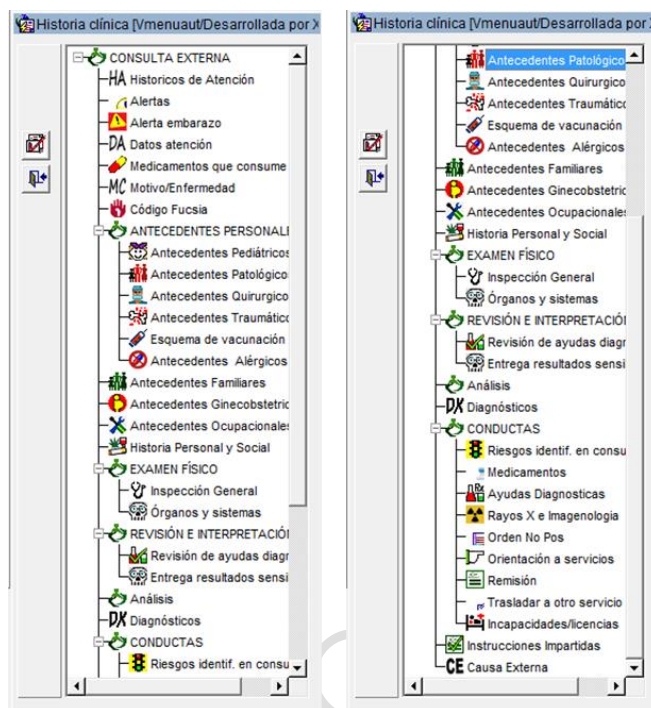
Trasladar a otro servicio: este módulo permite trasladar un usuario del servicio de consulta externa en Unidad Hospitalaria al servicio de urgencias, generando una admisión automática a este servicio.

Incapacidad: permite registrar, consultar y realizar prórrogas de incapacidades.

Instrucciones impartidas: permite registrar las recomendaciones para fortalecer las prácticas de autocuidado que el paciente debe aplicar en el hogar. Estas instrucciones tienen un reporte específico y deben ser entregadas al paciente en el área administrativa al finalizar la atención y en compañía de las órdenes médicas correspondientes.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	16 de 48		

Imagen 2. Estructura historia clínica electrónica. Metrosalud.



Ahora bien, existen atenciones que incluyen en su estructura algunos módulos específicos de acuerdo con la naturaleza de la atención, los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica o la normativa vigente.

En consulta externa y atención bajo modalidad extramural, los cambios en la estructura de la historia clínica están relacionados con:

- **Tipo de atención:** consulta médica general, atención de programas de promoción y prevención (detección temprana y protección específica) y procedimientos menores.
- **Tipo de profesional:** médico, profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, profesiones de apoyo (trabajo social, psicología, nutricionista), médicos especialistas, odontólogo, higienista oral, entre otros.

En los servicios hospitalarios, los cambios en la estructura de la historia clínica están relacionados con:

- **Tipo de atención:** urgencias, hospitalización, partos, cirugía, procedimientos, entre otros.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	17 de 48		

- **Tipo de profesional:** médico, profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, profesiones de apoyo (trabajo social, psicología, nutricionista), médicos especialistas, odontólogo, higienista oral, entre otros.

ANEXOS HISTORIA CLÍNICA

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en los procesos de atención, que son adicionales a las notas de tipo clínico (resumen de atención) y que por su naturaleza debe ser posible entregarlos en forma conjunta o independientes, según se requiera, tales como:

Consulta externa

- Orden de medicamentos.
- Orden de ayudas diagnósticas (incluye recomendaciones para la preparación del paciente).
- Orden de rayos x/imagenología.
- Orden No POS.
- Constancia de remisión.
- Formato de incapacidad.
- Instrucciones impartidas.
- Consentimiento informado (diligenciamiento manual, custodia en archivo clínico y escaneo en sistema de información).

Servicios intrahospitalarios

- Orden de medicamentos.
- Orden de ayudas diagnósticas (incluye recomendaciones para la preparación del paciente).
- Orden de rayos x/imagenología.
- Orden No POS.
- Constancia de remisión.
- Formato de incapacidad.
- Plan de egreso hospitalario.
- Consentimiento informado (diligenciamiento manual, custodia en archivo clínico y escaneo en sistema de información).
- Valoración riesgos del paciente.
- Hoja de tratamientos.
- Hoja control de líquidos.
- Hoja control signos vitales.
- Hoja registro de venopunciones.
- Hoja monitoreo fetal.
- Revisión de ayudas diagnósticas.
- Historia: atención de la gestante (incluye trabajo de parto, parto y post parto inmediato).
- Registro de anestesia.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	18 de 48		

- Informe quirúrgico.
- Solicitud de estudio patológico.
- Atención inicial de urgencias.
- Triage.

CONDICIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Criterios de calidad

No realizar la Historia Clínica implica una falta grave del profesional, no tiene excusa e impide la defensa del profesional o de la Institución en caso de demandas. Generalmente cuando la Historia es de baja calidad, refleja así mismo descuido en la atención del paciente y no es de mucha ayuda o se convierte en un arma contra el médico y la Institución. La Historia Clínica es pues, el único documento válido para demostrar el tipo de atención médica que un paciente ha recibido, es fiel reflejo de la calidad de atención brindada por el personal de salud. Por esta razón se espera que esta sea:

- **Clara:** su contenido debe ser lógico, ordenado, científico, justificado, analítico, definido y concluyente. Los hallazgos consignados tienen que ser concordantes con los diagnósticos, procedimientos, paraclínicos solicitados, planes de tratamiento y seguimiento ejecutados.
- **Sustentada:** cualquier decisión tomada en el manejo de un paciente debe estar soportada y justificada en la Historia Clínica.
- **Integral.**
- **Secuencial:** en este sentido, la historia clínica electrónica cuenta con la automatización de la hora y la fecha en que se ingresa al sistema de información. Si bien el personal de salud puede variarlas en un registro específico, la fecha y hora exacta del registro quedará guardada y permitirá su consulta. Adicionalmente, la información deberá ser registrada en los campos diseñados para un fin específico. La historia clínica electrónica cuenta con etiquetas que orientan el registro del profesional. Los formatos de historia clínica manual (contingencia), también cuentan con campos etiquetados que indican el tipo de información a ingresar.
- **Legible:** no solo se requiere que se pueda comprender la caligrafía, sino que el registro pueda ser leído, que la redacción permita hilar las ideas y que la estructura del texto sea coherente. Adicionalmente, en Metrosalud no está permitido el uso de siglas ni abreviaturas.
- **Indicaciones por tipo de historia:**

Historia clínica manual (contingencia)

Respecto a los formatos de historia clínica manual (contingencia), se deben garantizar registros sin espacios en blanco que permitan la modificación de la información. No

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	19 de 48		

debe tener tachones ni enmendaduras, en caso de error en un registro, el profesional deberá encerrar el registro entre paréntesis, tacharlo y registrar fecha, hora y responsable de esta actividad. Seguidamente y lo más cerca al registro a corregir, deberá registrar la información correcta.

Debe estar fechada y firmada, en todos los registros debe quedar claro y explícito el profesional responsable de la atención, incluyendo firma, número del registro profesional, documento de identidad y sello.

Los formatos deben estar codificados según estructura documental de la institución. No se autoriza el uso de formatos que no cumplan con esta indicación.

Debe ser diligenciada en letra imprenta, cumpliendo las normas básicas de caligrafía, ortografía, gramática y redacción.

Historia clínica electrónica

El aplicativo permite ingresar a los diferentes módulos de la historia clínica hasta tanto no se cierre la atención. Lo anterior permite corregir información en caso de requerirse. Una vez cerrada la atención y en caso de que se requiera corregir, ampliar, adicionar o eliminar alguna información, se hará uso de la historia clínica "Nota aclaratoria", que puede realizarse hasta 24 horas después de la atención inicial.

La historia clínica electrónica está configurada para generar de forma automática la firma del profesional, asociada a su documento de identidad y registro profesional.

La historia clínica electrónica debe ser diligenciada cumpliendo las normas básicas de ortografía, gramática y redacción.

Criterios para el registro

- **Atención del triage**

Una vez se realiza el registro de urgencias, que implica la creación previa del usuario o la verificación de su existencia en el aplicativo, el paciente es direccionado para el área de triage, donde se clasificará la prioridad para su atención. La historia clínica electrónica incluye campos específicos que orientan la clasificación del triage en función del criterio médico y la normatividad vigente al respecto (Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social).

- **Atención inicial de urgencias**

Una vez se realiza el triage, el paciente es direccionado al área de admisiones para la comprobación de derechos y la generación de la admisión. Posteriormente, es direccionado al consultorio de atención inicial de urgencias, donde el profesional médico definirá una conducta para la atención: observación de urgencias, hospitalización, remisión, traslado o alta con indicaciones para el hogar. Ver documento técnico para ingreso del paciente: método para la detección de riesgos y necesidades

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	20 de 48		

para la formulación de intervenciones y planes de cuidados. Esta atención se considera el registro del ingreso por medicina.

- **Estancia en el servicio de urgencias, hospitalización, partos y cirugía**

Nota de ingreso: hace referencia al registro de ingreso por personal de enfermería. Implica el diligenciamiento del módulo "Registros de ingreso" de la historia clínica electrónica de acuerdo con la frecuencia institucional definida. Ver documento técnico para ingreso del paciente: método para la detección de riesgos y necesidades para la formulación de intervenciones y planes de cuidados.

Notas de evolución: hace referencia a los registros que se realizan durante la estancia del paciente en la institución y que evidencian el proceso terapéutico y las intervenciones del equipo interdisciplinario. Condensa los conceptos emitidos por el médico tratante, las órdenes médicas, la conducta terapéutica y las actividades de cuidado implementadas. Se realizan con base en el formato SOIPE:

- **S= datos subjetivos, campo "Síntomas y análisis (subjetivo)".** Es lo expresado por el paciente, su familia y por el personal que lo asiste, incluyendo las diferentes necesidades que el usuario va manifestando durante el proceso de atención.
- **O= datos objetivos, campo "Examen físico (objetivo)".** Son los hallazgos físicos incluyendo los signos vitales, el estado general y los hallazgos por regiones o sistemas.
- **A= Análisis, campo "Síntomas y análisis (subjetivo)"+"Examen físico (objetivo)".** Es la integración y valoración de la información hasta ese momento disponible, de tal modo que permita definir los problemas y necesidades que presenta el paciente y entender las medidas que se van a tomar. Incluye las conclusiones elaboradas con base en la interpretación de las ayudas diagnósticas, que deben quedar registradas en el módulo "Revisión de ayudas diagnósticas" en la historia clínica electrónica.
- **P= Plan, campo "Plan".** Son las medidas diagnósticas, terapéuticas y/o educativas que se van a implementar con el paciente. Incluye las medidas específicas de prevención y rehabilitación si se requieren, el registro de la información brindada al paciente sobre el estado de salud, las indicaciones de aislamiento, si procede, la necesidad de interconsultas, remisión, entre otras conductas para el manejo médico.

Para el personal de enfermería, las notas de evolución incluyen el establecimiento del plan de cuidados a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Ver Guía atención de enfermería. Adicionalmente, los registros de evolución del paciente incluyen el diligenciamiento sistemático (según frecuencia institucional definida) del módulo "Valoración riesgos del paciente" de la historia clínica electrónica, donde, mediante el uso de escalas o listas de chequeo, se identifican riesgos potenciales que podrían instaurarse durante la estancia del paciente. Ver documento técnico para ingreso del paciente: método para la detección de riesgos y necesidades para la formulación de intervenciones y planes de cuidados.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA 
Versión:	03	
Vigente a partir de:	20/10/2022	
Página:	21 de 48	

Imagen 3. Módulo “Valoración riesgos del paciente”

Valoración del riesgo	¿Dónde?	¿A quién?	Frecuencia	Responsable
Riesgo de caída (Escala de Downton)	Ala Hospitalización	Todos los pacientes	Al ingreso y una vez por día.	
Riesgo de violencia dirigida a otros		Según criterios específicos	Al ingreso y si se presentan cambios en el estado de salud o en las conductas del paciente durante la estancia en el servicio.	
Riesgo de ANAS				
Riesgo de úlceras por presión (Escala de Braden)		Todos los pacientes	Al ingreso, al tercer y al séptimo día de la estancia hospitalaria. En caso de que el nivel de riesgo sea de moderado en adelante, aplicar escala una vez por día hasta el egreso del paciente.	
Escala analógica del dolor		Todo paciente con diagnóstico o manifestación de dolor	Al ingreso y si se presentan cambios en el estado de salud durante la estancia.	
Aislamiento hospitalario		Todos los pacientes	Cumple criterios: al ingreso y diariamente hasta que se levante el aislamiento. No cumple criterios: registrar “No requiere aislamiento”.	
Riesgo de suicidio (Escala de Sad persons)		Según criterios específicos	Al ingreso y si se presentan cambios en el estado de salud durante la estancia.	
Escala de Padua (paciente no quirúrgico)		Pacientes con criterio de trombo profilaxis	Al ingreso.	
Escala de Caprini (paciente quirúrgico)		Pacientes quirúrgicos	Al ingresar al servicio de cirugía.	
Riesgo de sangrado				

Nota de análisis en consulta externa: cumplen la misma estructura de la nota de evolución en los servicios intra hospitalarios. Se le adiciona el diligenciamiento de los diferentes campos contenidos en la estructura de cada historia clínica.

Procedimientos de enfermería: hace referencia a las diferentes atenciones de cuidado que provee el personal de enfermería y que generan registros anexos a las notas de atención, como toma de signos vitales, administración de medicamentos, venopunción, canalización de vena, entre otros. Cada uno de estos procedimientos tiene un módulo específico en la historia clínica electrónica.

Procedimientos médicos: hace referencia a los procedimientos realizados por personal médico y que son adicionales a la atención hospitalaria, como procedimientos quirúrgicos, atención del parto, entre otros. Cada uno de estos procedimientos tiene una historia clínica electrónica específica.

Referencia y contra referencia: hace referencia a los registros que realiza el personal de la Central de Referencia y contra referencia y que propenden por evidenciar la gestión de la remisión o el traslado, según corresponda. Ver manual de referencia y contra referencia. La historia clínica cuenta con un módulo completo para este propósito.

Nota de egreso: hace referencia al plan de egreso hospitalario, que se habilita con el alta del paciente y obliga el registro del personal médico y de enfermería. Esta

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	22 de 48		

información es entregada al paciente en conjunto con la estrategia de educación institucional "Cuidadito Pues". Ver Guía plan de egreso hospitalario.

Cada módulo está parametrizado para obligar el registro de campos priorizados por importancia clínica, normativa vigente, aporte a bases de datos nacionales de salud pública, criterios de adherencia, entre otros.

Para facilitar y orientar el registro del personal de salud, los campos son etiquetados con la información que se debe ingresar, lo cual promueve un registro intuitivo y preciso. Por lo tanto, el cliente interno asistencial se obliga a ingresar la información de acuerdo con la estructura de la historia clínica electrónica en los campos etiquetados para cada propósito.

OTROS CRITERIOS RELEVANTES PARA EL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

Lineamiento institucional	Responsable
Servicios ambulatorios	
Toda atención facturada a la que el usuario no asista, implica el registro de la no asistencia en el módulo "Causa de no atención". Esta actividad es de obligatorio cumplimiento para el cliente interno asistencial.	Cliente interno asistencial
No se autoriza el uso de siglas, abreviaturas o acrónimos en ningún tipo de registro clínico.	Cliente interno asistencial
En caso de registrar una atención posterior a la prestación del servicio, el personal debe registrar la hora real de la atención en el campo "Análisis".	Cliente interno asistencial
Todos los campos incluidos en la historia clínica responden a las diferentes Guías de Práctica Clínica o a los diferentes requerimientos de norma, por lo tanto, deberán diligenciarse completamente.	Cliente interno asistencial
La revisión, lectura e interpretación de todas las ayudas diagnósticas (laboratorio e imagenología) tienen que registrarse en el módulo "Revisión de ayudas diagnósticas" de la historia clínica electrónica.	Cliente interno asistencial
En caso de que los resultados de los exámenes no migren automáticamente al módulo "Revisión de ayudas diagnósticas", es obligatorio registrarlos manualmente en los campos pertinentes. Algunas historias generan clasificaciones en función de estos, por lo tanto el registro de los mismos es imperativo.	Cliente interno asistencial
Con el objeto de promover la gestión activa del riesgo por usuario, en toda atención ambulatoria es preciso diligenciar el módulo "Riesgos identificados en consulta". El profesional deberá seleccionar el tipo de riesgo y las acciones definidas para intervenirlo, en caso de requerirse ampliar la información, utilice	Cliente interno asistencial

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	23 de 48		

Lineamiento institucional	Responsable
el campo "Observaciones". Adicionalmente, solo deben seleccionarse aquellas condiciones que representan vulnerabilidad, no aquellas que al momento de la consulta ya se encuentren presentes.	
En cada atención ambulatoria se debe realizar la orientación a servicios en función de las características específicas de cada usuario y deberá registrarse en el módulo "Orientación a servicios" de la historia clínica electrónica.	Cliente interno asistencial
A todo paciente facturado para atención por los servicios ambulatorios se le deberá diligenciar la historia clínica antes de pasadas 24 horas. En caso de que el registro no se realice durante el tiempo permitido, se deberá anular la admisión, siendo responsabilidad del profesional solicitar que se le facture nuevamente la misma para realizar los registros de manera extemporánea, dejando claridad respecto al día exacto en que se llevó a cabo la atención.	Cliente interno asistencial
Toda atención prestada y registrada en la historia clínica por personal en entrenamiento de los convenios docencia - servicios deberá estar validada por el docente a cargo o por el (la) profesional de la Empresa	Cliente interno asistencial
Servicios de internación, cirugía y partos	
Todo paciente hospitalizado o en observación, requiere una ronda médica por día.	Médico, médico especialista
Los hallazgos de la ronda médica en el servicio de observación u hospitalización deben quedar consignados en el módulo "Evolución Médica". El registro de los seis campos incluidos en el módulo es de carácter obligatorio.	Médico, médico especialista
Toda nueva orden médica dirigida al personal de enfermería, o de medicamentos, ayudas diagnósticas, remisión, traslado o alta debe estar precedida por la nota pertinente en evolución médica.	Médico, médico especialista
En caso de realizar un procedimiento, el personal deberá registrarlo en el módulo "Registro de procedimientos" e indicar en el campo "Descripción", la descripción del procedimiento, si se presentan o no complicaciones y los insumos utilizados en este.	Cliente interno asistencial
Respecto a los procedimientos de enfermería realizados en el servicio de hospitalización, el personal deberá registrarlos en la "Nota de enfermería", pues estos están incluidos en el paquete hospitalario y no requieren una facturación adicional a través del módulo "Registro de procedimientos". Por el contrario, Todos los procedimientos realizados en el servicio de urgencias deberán ser facturados de forma individual por el módulo "Registro de	Enfermera (o)

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	24 de 48		

Lineamiento institucional	Responsable
procedimientos" puesto que no hacen parte del paquete de estancia.	
Las ayudas diagnósticas (laboratorio e imagenología) ordenadas en los servicios de urgencias y hospitalización, deben ser leídas e interpretadas antes del alta, de lo contrario, deben ser suspendidas y ordenadas de forma ambulatoria.	Médico, médico especialista
El resumen de egreso es un registro de carácter obligatorio al momento del alta.	
Respecto al alta por enfermería, a todo paciente que egresa inmediatamente del servicio, se le deberá realizar la nota "Trámite de facturación", incluyendo el registro del plan de egreso hospitalario. En caso de que el paciente, a pesar del alta médica requiera continuar en el servicio, se le deberá registrar la nota "Trámite de facturación" para promover los procesos administrativos y la "Nota de salida" una vez que salga efectivamente de la institución.	Enfermera (o)
La ronda de segundo nivel realizada por médico residente y médico general requiere aval de médico especialista a partir del módulo "Validar atenciones" de la historia clínica electrónica.	Médico especialista
La ronda realizada por estudiantes de pregrado de medicina y enfermería requiere aval del profesional del servicio a partir de la opción "Digitación supervisada" que se encuentra al interior de la historia clínica electrónica de cada paciente.	Médico, médico especialista

6.2.5 MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN

• TRANSPORTE ASISTENCIAL (PROYECTO ATENCIÓN PREHOSPITALARIA)

La plataforma CIGAS-SEM se desarrolló como un sistema de información y gestión para dar cumplimiento a la Resolución 926 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social y al decreto 0102 de 2019 de la Alcaldía de Medellín, por medio del cual se crea el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias -CRUE- para el Municipio de Medellín, se implementa el Sistema de Emergencias Médicas-SEM, se modifica el artículo 20 del Decreto Municipal 1240 de 2015 - Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres - CMGRD- y se dictan otras disposiciones.

Se trata de un aplicativo vía web que permite establecer una conexión entre las IPS, las EAPB, el CRUE y la Secretaría de Salud de Medellín, favoreciendo la atención oportuna y eficiente de las personas víctimas de accidentes de tránsito, traumatismos u otras condiciones médicas que requieran atención de urgencia en la ciudad de Medellín.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	25 de 48		

La plataforma cuenta con dos ambientes que obedecen a las actividades específicas que se desarrollan en cada uno:

- **Rol CRUE**

Sus componentes principales están relacionados con la consulta de recursos y la gestión de traslados. Incluye un módulo de georreferenciación que permite identificar las IPS de la ciudad, la ubicación y el estado de las ambulancias adscritas al proyecto. Ver instrucciones "Historia Clínica de APH rol CRUE".

- **Rol APH**

Es un ambiente para el registro de datos clínicos que se generan durante la atención de personas en la vía pública o en su domicilio. Para esta actividad, el personal de las ambulancias hace uso de un dispositivo electrónico (Tablet Galaxy Tab A 10.1 LTE), que incluye la aplicación "APH" a la cual se accede por medio de un usuario y una contraseña específica para cada servidor.

La información se registra en un formulario pre definido que además de servir como soporte de la atención, permite la generación de indicadores e información de interés para las diferentes instituciones involucradas en el proyecto. La custodia de esta información está a cargo del proveedor externo de la aplicación web. Ver instrucciones "Historia clínica de APH".

Algunas de las características más importantes de la plataforma Web CIGAS-SEM son:

- Ambos ambientes se acceden a partir de usuarios y contraseñas específicos.
- El aplicativo permite la impresión de los soportes clínicos de acuerdo con los lineamientos para acceso a la historia clínica que se encuentran documentados en este manual.

- **TRANSPORTE ASISTENCIAL**

La orden de remisión interna, externa y complementación terapéutica se realiza en la historia clínica electrónica, módulo "Remisión urgente" y actúa como proceso inicial para el traslado del paciente.

La remisión externa se gestiona en el aplicativo Safix y los registros clínicos se imprimen para servir como soporte a la IPS de destino. Así, estos son entregados al personal asistencial de la ambulancia quien los custodia hasta el momento de la entrega del paciente.

La remisión interna se gestiona en el aplicativo Safix, la plataforma web "Camas web" para la asignación de cama hospitalaria y no se requiere la impresión de registros clínicos, pues el aplicativo permite la continuidad de la atención al interior de la red.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	26 de 48		

La complementación terapéutica se gestiona en el aplicativo Safix y la impresión de registros clínicos depende de la IPS donde se vaya a realizar la ayuda diagnóstica. En caso de que el servicio vaya a ser prestado al interior de la red, no se requiere la impresión de soportes clínicos, pues el aplicativo permite dar continuidad a la atención.

La solicitud de la ambulancia se realiza y gestiona a través del aplicativo Safix. El módulo para este propósito permite generar los soportes de la solicitud, incluyendo la oportunidad en el traslado y el seguimiento de las diferentes etapas del mismo.

Durante el traslado en la ambulancia, el personal asistencial diligencia los formatos institucionales "Evolución clínica del paciente durante el traslado" y "Lista de chequeo traslado de pacientes en ambulancia". Ver FR Evolución clínica del paciente durante el traslado y FR Lista de chequeo traslado de pacientes en ambulancia.

Este personal custodia ambos formatos. Al finalizar el turno, dichos registros son entregados al personal administrativo de la Central de Referencia y Contrarreferencia de Metrosalud, quien se encarga de consolidarlos y distribuirlos al final de cada semana (día viernes) en los diferentes puntos de la red. Una vez allí, los formatos son digitalizados y además de soporte clínico, se comportan como soporte para la facturación y los procesos financieros.

• **ATENCIÓN EXTRAMURAL**

Las atenciones bajo esta modalidad se registran en la historia clínica electrónica. Para esta actividad, cada equipo de atención cuenta con dos equipos portátiles y un módem (internet móvil) previamente configurados para permitir el acceso al aplicativo Safix.

Con el objetivo de realizar una intervención integral del usuario, la historia clínica extramural, a pesar de conservar la estructura de la historia clínica de uso intramural, permite asociar las atenciones que se requieran en función del curso de vida del usuario, el sexo y la edad del mismo.

Este tipo de atenciones se reflejan en los "Históricos de atenciones" de cada usuario, lo que permite el seguimiento y la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

• **ATENCIÓN MEDIANTE TELESALUD**

Conjunto de actividades que se llevan a cabo a distancia, en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación; realizadas por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, las cuales les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población que vive en lugares remotos, aislados de las instituciones de salud o ante la necesidad de establecer estrategias de atención por problemáticas que afectan la salud colectiva e implican la prestación de servicios bajo la modalidad de contingencia.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	27 de 48		

En Metrosalud, la tele orientación es el pilar principal de la atención bajo la modalidad de atención a distancia. A diferencia de la tele medicina, la tele consulta permite el abordaje del paciente a partir de una llamada telefónica que busca establecer, mediante la aplicación juiciosa de una entrevista, el estado de salud del usuario y determinar la posibilidad de continuar un régimen terapéutico ambulatorio o la necesidad de consultar de manera presencial a los servicios de salud.

Para este propósito, el Comité de Gerencia establece el tipo de atenciones que pueden realizarse bajo esta modalidad. Una vez definidas, se incluye el módulo telesalud en la historia clínica electrónica correspondiente y se habilita para el registro por el profesional.

Asimismo, el módulo telesalud incluye:

- Motivo de consulta.
- Enfermedad Actual.
- Registro de familiar/conocido que acompaña durante la consulta.
- Antecedentes personales (para consulta y registro).
- Conciliación de medicamentos (para consulta y registro).
- Revisión e interpretación de ayudas diagnósticas.
- Descripción de la atención.
- Órdenes de medicamentos, ayudas diagnósticas e imagenología.
- Órdenes de medicamentos e insumos no incluidos en el listado institucional.
- Instrucciones impartidas.
- Incapacidades.
- Remisión.
- Orientación a servicios.

Previo autorización del paciente para este tipo de consulta, el profesional conduce la entrevista realizando preguntas orientadoras respecto a los signos, síntomas y percepciones del paciente frente a su condición de salud. Una vez finalizada la entrevista, el profesional de acuerdo con su criterio, puede realizar diferentes tipos de orden para promover la continuidad del régimen terapéutico o indicar la consulta presencial al punto de la red que considere.

Las órdenes de ayudas diagnósticas, imagenología, medicamentos, incapacidades, entre otras similares, quedan para consulta en el aplicativo. De esta manera, el usuario puede acercarse al punto de atención al que se encuentra adscrito para reclamar los medicamentos correspondientes o realizarse las ayudas diagnósticas. También es posible reclamar las incapacidades y las instrucciones impartidas, aunque estas pueden ser enviadas al correo electrónico si el usuario lo requiere.

• **REGISTROS CLÍNICOS EN EL SERVICIO DE VACUNACIÓN**

El servicio de vacunación forma parte de los procesos de protección específica y detección temprana existentes en la ESE Metrosalud donde se brinda atención directa a los usuarios y

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	28 de 48		

por ende se adhiere a la normatividad vigente en el país en cuanto a Historia Clínica se refiere.

La ESE para el 2022 cuenta con 33 servicios de vacunación habilitados donde se presta el servicio de lunes a sábado, al igual que 18 centros de salud con vacunación a través de jornadas extramurales dos veces a la semana y la vacunación extramural comunitaria.

El Manual técnico administrativo del PAI del Ministerio de Salud (2016), en el tomo 1, página 64, menciona los requisitos para el funcionamiento de un servicio de vacunación y entre esos requisitos refiere (pág. 70) en el numeral 5° lo siguiente "En historia clínica y registros: Dar cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999, que reglamenta el manejo de la historia clínica. Garantizar los registros exigidos por el PAI, que son: registro físico de la vacunación en el carné de vacunas del usuario, en el registro diario de vacunación institucional, en la historia clínica o historia de vacunación que tiene el paciente en la institución prestadora del servicio y el respectivo registro en el sistema de información nominal del PAI"

Para todas las modalidades (intramural y extramural) de vacunación, garantizar:

1. La apertura de la historia de vacunación en la IPS vacunadora. El registro en el sistema nominal de información del PAI, en toda atención, incluye primera vez y seguimiento al cumplimiento del esquema de vacunación.

2. Diligenciamiento del registro diario de vacunación y del carné en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras y sin dejar espacios en blanco.

- Información completa que contenga los datos de identificación: nombres, apellidos, fecha de nacimiento, régimen de afiliación en salud, nombre de la EAPB, sexo, etnia, condición de desplazamiento y producto biológico administrado (nombre, número de dosis, lote, fecha de vencimiento y laboratorio).

- Fechas de aplicación y de la próxima cita.

- Nombre del (la) vacunador(a).

3. Toda la información del producto biológico administrado. Se requiere para analizar las causas ante una posible falla en la atención y seguimiento a ESAVI.

Se aplica además todo lo contenido en los capítulos de gestión, sistemas de información y evaluación del presente manual.

En recurso humano: Hace referencia al perfil que debe tener el talento humano que desempeña funciones en el PAI por niveles de competencia. En este se deben considerar las modificaciones y ampliaciones según los lineamientos anuales vigentes para la gestión y administración del PAI.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	29 de 48		

En la red de Metrosalud el Registro Diario de Vacunación se diligencia de forma digital en Excel en cada servicio de vacunación por el personal vacunador, en tiempo real, llenando cada uno de los espacios descritos en MAYÚSCULA SOSTENIDA, respetando los campos que contienen fórmulas preestablecidas y evitando a toda costa el ejercicio de copiar y pegar lo cual puede generar errores en el diligenciamiento.

El formato que se utiliza es el establecido por el nivel nacional y se le realizan las actualizaciones que desde la entidad territorial consideren necesarias.

El registro diario se conserva en cada servicio y es guardado a nivel central en una carpeta de red compartida que se descarga, para posteriormente ser consolidado como registro diario general por meses y se mantiene como backup en un espacio de uno de los servidores de la ESE.

El registro en PAIWEB es a su vez realizado por el personal vacunador y en caso de requerirse, se crea el usuario como lo establecen los lineamientos del PAI, importante resaltar que el PAIWEB es de orden nacional, por lo tanto, quien lo dirige, diseña, modifica o ajusta su desarrollo y aplicabilidad es el Ministerio de Salud.

El carné de vacunación de cada usuario se diligencia al momento de efectuarse la vacunación, con calidad, sin enmendaduras y con espacios totalmente diligenciados.

Al solicitar el usuario copia de su historial de vacunación, se le imprime el pantallazo de las dosis que aparecen registradas en PAIWEB.

A través de gestión de información del PAI, se verifican la calidad del dato de los registros diarios y se hace retroalimentación en aquellas oportunidades de mejora requeridas.

6.2.6 CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La custodia de la historia clínica es responsabilidad de Metrosalud y difiere en función de su naturaleza, así:

- **Historia clínica y registros clínicos manuales**

La institución dispone de un archivo de gestión para la custodia de las historias clínicas y los registros manuales en cada uno de los puntos de la red. Adicionalmente, la entidad estableció mediante contrato con entidad externa el alquiler de un espacio físico para el almacenamiento del archivo central e histórico. Respecto a los tiempos de retención, conservación, consulta, organización y las indicaciones para la disposición final del expediente de historia clínica, se siguen los lineamientos establecidos por la Resolución 839 de 2017 y la ley 594 de 2000.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	30 de 48		

Los registros clínicos están almacenados en carpeta identificada con el documento de identidad y los nombres completos del usuario. Para el caso de los recién nacidos sin registro civil, las carpetas están identificadas con el documento de identidad de la madre más un dígito que indica el número de hijo que ocupa en la familia.

En este sentido, la entidad cuenta con un inventario digital que favorece y facilita la consulta de historias clínicas en el archivo central e histórico. Para el archivo de gestión, de acuerdo con el método de organización de archivos institucional, la búsqueda de registros se realiza mediante la identificación del cuarto dígito terminal compuesto del documento de identidad de cada usuario.

En caso de que se requiera consultar la historia clínica manual de un usuario durante la atención, el profesional la solicitará en el archivo de gestión mediante el uso de la agenda diaria, que deberá imprimirse y firmarse por el cliente interno asistencial y administrativo como soporte de la entrega para custodia. Una vez el profesional termine la atención, deberá devolver la historia clínica al personal del archivo y firmar nuevamente la agenda diaria, como soporte de la devolución. El soporte del trámite (agenda diaria) se archivará en la historia clínica del usuario sujeto de la consulta.

El archivo de historias clínicas manuales se conserva en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin. Posee estabilidad y no cuenta con riesgo de inundación o desplome. Se encuentra lejos de fábricas o industrias que pudieran llegar a producir contaminantes, humo o polvo que afecten la integridad de la documentación, cumpliendo con los lineamientos establecidos en el acuerdo 048 de 2000, Por el cual se desarrolla el artículo 59 del capítulo 7 -conservación de documentos-, del reglamento general de archivos sobre conservación preventiva, conservación y restauración documental.

- **Historia clínica y registros electrónicos**

Todos los registros que se realizan en la historia clínica electrónica se almacenan en una base de datos Oracle, en servidores del Datacenter de UNE – EPM Telecomunicaciones, que presta los servicios de conectividad, navegación, respaldo y cuenta con certificación TIER III (Ver definiciones o conceptos).

Adicionalmente, se cuenta con un plan de respaldo, una base de datos en "Stand by" que se actualiza cada hora y sirve como contingencia en caso de que la base de datos habitual falle.

Respecto a la seguridad de los registros, el aplicativo no permite su modificación una vez que la atención ha sido cerrada. En caso de errores, el profesional cuenta con una nota aclaratoria, que actúa como un registro adicional que corrige el registro previo.

Con el fin de salvaguardar la confidencialidad de los registros, los reportes de las atenciones (formatos en archivo PDF) solo pueden ser consultados por el cliente interno asistencial y el cliente interno administrativo responsable del área de archivo. Asimismo, la generación de

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	31 de 48		

este tipo de información queda registrada en la base de datos de Oracle como soporte auditable.

Para el registro de los eventos de abuso y/o violencia sexual "Código Fucsia", se genera un reporte individual en archivo PDF que solo puede ser consultado por el cliente interno asistencial responsable de la atención y seguimiento de este tipo de casos (enfermera de epidemiología, trabajador/ a social, y psicólogo/a). Lo anterior, con el fin de salvaguardar la confidencialidad del paciente y garantizar que todo registro que se realice al respecto, genere un seguimiento estricto que pueda validarse en el reporte.

Por otro lado, el aplicativo cuenta con la posibilidad de limitar el acceso a una historia clínica en caso de que se adelanten procesos de tipo penal o judicial que requieran absoluta reserva de la historia clínica. Así, una historia puede someterse a "Custodia" previa solicitud de una entidad judicial o de protección que lo solicite mediante comunicación formal.

6.2.7 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

El acceso a la historia clínica está regulado en la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999 y a las sentencias de la Corte Constitucional. Así pues, tienen acceso:

- El paciente mediante solicitud expresa.
- Persona delegada por el paciente mediante autorización escrita dirigida a Metrosalud, que incluya los nombres y el documento de identidad de la persona autorizada. Al momento de solicitar la historia clínica, la persona autorizada debe presentar dicho documento.
- El equipo de salud.
- Terceros autorizados para conocer la historia clínica: autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Artículo 34, Ley 23/81). Ver ítem "solicitud de historia clínica por terceros".
- La Superintendencia Nacional de Salud.
- Las Secretarías de Salud Distritales, Departamentales y locales, en cumplimiento de su función pública de Inspección, vigilancia y control de la calidad de la atención en salud (Art 34, Ley 23 / 81).
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos, (Art 61, Ley 23/81 y Art 30 Decreto 3380/81).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).

Para la entrega efectiva de los registros el personal del área de archivo deberá ceñirse a lo establecido en la Circular 07 el 15 de abril de 2013.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	32 de 48		

- **Solicitud de historia clínica por terceros**

La solicitud de historias clínicas por terceros se debe hacer mediante comunicación formal a la entidad y el documento debe incluir:

- Fecha de solicitud.
- Nombres y apellidos completos del usuario.
- Número de documento de identificación, si es menor de edad, el del padre o persona responsable.
- Propósito para el cual se solicita la información.
- Tipo de información solicitada y período correspondiente.
- Firma del usuario o persona responsable y documento de identificación, en casos específicos como los proyectos de investigación.
- Copias de los documentos de identidad tanto del autorizado como del dueño de la historia clínica.
- En casos específicos, como los proyectos de investigación, se debe solicitar la autorización escrita por el usuario, la cual debe reunir los requisitos de los anteriores numerales.

- **Solicitud de historias clínicas por figuras diferentes a terceros.**

Para Familiar o tercero autorizado de un mayor de edad

- Copia u original del documento de identidad del usuario titular de la historia clínica.
- Copia u original del documento de identidad de la persona autorizada para la solicitud de la historia clínica.
- Documento en donde el "dueño" de la historia autorice su entrega de la historia a familiar o tercero, firmada por el "dueño" de la historia y por el autorizado con su huella.

Para padres o representante legal de un menor de edad

- Copia u original del documento de identidad del titular de la historia clínica.
- Copia u original del documento de identidad del padre, la madre o el representante legal del menor de edad.
- Copia de la documentación que acredite al adulto como padre del menor o representante legal (Registro Civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal con fecha de expedición no mayor a 3 meses).

Para familiar de paciente fallecido

- Copia del Documento de Identificación de la persona que requiere la historia clínica.
- Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio Según sea el caso, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	33 de 48		

- Copia del certificado de defunción del titular de la historia clínica.
- Carta donde se explique en forma detallada el motivo por el cual se requiere la historia clínica.

Para familiar de paciente en situación de incapacidad o mayor de edad inconsciente, con capacidades mentales o físicas especiales

- Copia del Documento de Identificación de la persona que requiere la historia clínica.
- Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio Según sea el caso, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico y/o mental del titular de la historia clínica.
- Realizar ante entidad judicial que se levante la reserva de la historia clínica y otorgue poder amplio y suficiente para realizar trámites en su nombre, excepto si el titular de la historia clínica levantó la reserva antes de ser diagnosticado con una capacidad física o mental especial o ante un episodio donde su vida se vio comprometida.
- Carta donde se explique en forma detallada el motivo por el cual se requiere la historia clínica.

- **Solicitud de copias**

La entrega de copias o impresiones de la historia clínica solamente podrá hacerse en los archivos clínicos. Para la entrega de copias o impresiones de la historia clínica debe hacerse según lo expresado en la Circular Interna de Metrosalud, N° 7 del 15 de abril del 2013.

En caso de que el usuario solicitante tenga historia clínica manual e historia clínica electrónica, el personal del archivo donde se generó la solicitud será el responsable de consolidar los registros y garantizar la entrega de los mismos. Si es necesario, se pactará una fecha posterior para la entrega de la historia clínica.

La entrega de historia clínica electrónica podrá realizarse vía correo electrónico o en medio impreso, previa concertación con el usuario solicitante.

Se restringirá la entrega de historias clínicas que incluyan atenciones de eventos punibles o de interés legal, como tutelas, derechos de petición, demandas, entre otros; para estos casos será necesario contar con la autorización del director en las Unidades Hospitalarias y del Coordinador en los Centros de Salud.

Toda copia o impresión por cara de la hoja tendrá el valor establecido para Metrosalud y se deberá facturar con el código correspondiente.

6.2.8 SECRETO PROFESIONAL

Todo servidor que tenga acceso a la historia clínica o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	34 de 48		

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 cliente interno asistencial, 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:

- 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 por 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.

6.2.9 USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Los términos médicos se usan para introducir precisión y neutralidad emocional en el lenguaje. En su formación intervienen sobre todo raíces griegas o latinas, y se construyen combinándolas con prefijos y sufijos de la misma procedencia. Hay todo tipo de combinaciones: raíces solamente (tifus), prefijos y raíces (endocardio), raíces y sufijos (sarcomatosis), o prefijos, raíces y sufijos (hipercolesterolemia). Su significado se puede saber consultando un diccionario médico.

Con el fin de contribuir a la prevención de eventos adversos asociados con el uso de siglas, acrónimos o abreviaturas en los registros clínicos que potencialmente puedan generar confusión, y en cumplimiento con la normativa vigente al respecto: Resolución 1995 de 1999, Decreto 2200 de 2005, Resolución 2082 de 2014, Resolución 3100 de 2019, el Comité Central de Historia Clínica central definió que no se podrán utilizar siglas, abreviaturas, ni acrónimos al diligenciar la historia clínica.

6.2.10 PLAN DE CONTINGENCIA

Metrosalud cuenta con un plan de contingencia ante fallas en el diligenciamiento de historia clínica electrónica que surgió a partir de un ejercicio de identificación de los posibles riesgos a los cuales podría estar expuesta la información institucional, independientemente de los medios de almacenamiento y los recursos informáticos de la red. En ese sentido, se plantearon estrategias para reducir la posibilidad de ocurrencia de fallas y lineamientos para actuar frente a la presentación de las mismas.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	35 de 48		

- **Tipo de contingencias**

- a. **Fallas eléctricas:**

Parcial no programada: falla que afecta solo algunas sedes o servicios dentro de una misma sede.

Total No Programado: falla que afecta todas las sedes de la institución.

Parcial programado: falla que afecta solo algunas sedes o servicios dentro de una misma sede, pero se conoce con antelación el inicio y fin del evento.

Total programado: falla que afecta todas las sedes de la E.S.E, pero se conoce con antelación de inicio y fin del evento.

- b. **Fallas de la red de datos y equipos de comunicación:**

Parcial No Programado: falla que afecta solo algunas sedes o servicios dentro de una misma sede.

Total No Programado: falla que afecta todas las sedes de la E.S.E.

Parcial programado: falla que afecta solo algunas sedes o servicios dentro de una misma sede, pero se conoce con antelación de inicio y fin del evento.

Total programado: falla que afecta todas las sedes de la E.S.E, pero se conoce con antelación de inicio y fin del evento.

- c. **Fallas de software**

Parcial No Programado: falla que afecta solo algunas sedes o servicios dentro de una misma sede.

Total No Programado: falla que afecta todas las sedes de la E.S.E.

Parcial programado: falla que afecta solo algunas sedes o servicios dentro de una misma sede, pero se conoce con antelación de inicio y fin del evento.

Total programado: falla que afecta todas las sedes de la E.S.E, pero se conoce con antelación de inicio y fin del evento.

- d. **Fallas de hardware: servidores, aire acondicionado, incendios, inundaciones.**

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	36 de 48		

Falla parcial o total no programada: falla que afecta algunas o todas las sedes de la red y que en general no pueden prevenirse, pues su presentación es intempestiva.

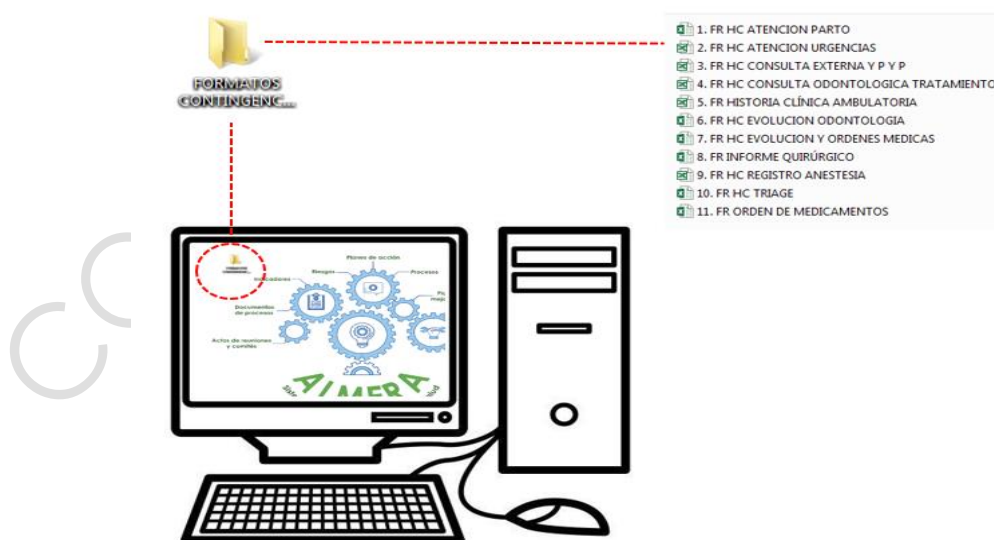
- **Activación del plan de contingencia para garantizar la continuidad en la atención del paciente**

Ante la falla de la Historia Clínica Electrónica, el líder del área afectada establece comunicación directa con la Oficina de Sistemas de Información (vía telefónica y mediante reporte vía correo electrónico a la mesa de ayuda del área), quien realiza la primera verificación de los daños notificados respecto el software.

Previo análisis de la situación, el área de sistemas de información notificará (vía telefónica y correo electrónico) la causa y el tiempo de resolución del evento. En caso de que la resolución del evento supere los 30 minutos, el Director, Coordinador asistencial y Coordinador de Centro de Salud, deberán activar la contingencia, que implica el uso de los formatos de historia clínica manual para garantizar la continuidad en la atención del paciente.

Todos los equipos de cómputo de la red hospitalaria incluyen en su escritorio la carpeta "Formatos de contingencia HCE" (ver imagen 4), donde se encuentran los once formatos institucionales para el registro de atenciones manuales en caso de contingencia. El cliente interno asistencial deberá seleccionar los formatos a diligenciar de acuerdo con el servicio y el tipo de atención que se encuentre prestando.

Imagen 4. Carpeta "Formatos de contingencia HCE".



Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	37 de 48		

La custodia de los registros manuales estará a cargo del servidor que los diligencia, hasta tanto pueda transcribirlos en la historia clínica electrónica, una vez que se resuelva el evento o la falla que generó la contingencia.

La transcripción de la información se debe finalizar en las primeras 24 horas después del evento y el personal debe concertar con el directivo de cada sede los tiempos y el momento para realizarla.

Servicios de internación: urgencias, hospitalización, cirugía y partos

El personal seleccionará los formatos a diligenciar de acuerdo con el servicio y el tipo de atención que se encuentre prestando. Para la orden de medicamentos y ayudas diagnósticas, el personal médico diligenciará los formatos FR Orden de medicamentos y FR HC evolución y órdenes médicas, los cuales serán entregados por el personal de enfermería en el servicio farmacéutico o en el laboratorio clínico, según corresponda. De esta manera se garantizará el flujo en la atención.

Una vez se recupere el acceso a la historia clínica electrónica, el personal médico deberá priorizar el ingreso de las órdenes de ayudas diagnósticas y medicamentos al aplicativo, con el fin de promover los procesos administrativos y soportar el criterio terapéutico.

En caso de que la condición de salud del paciente lo permita, el profesional debe ordenar los medicamentos y ayudas diagnósticas imprescindibles para la definición de la conducta y esperar hasta la resolución del evento para continuar la complementación terapéutica.

Debido al impacto y la relevancia de las atenciones de abuso y violencia sexual, el personal deberá activar el "Código Fucsia", garantizar su gestión y realizar el registro del evento en el módulo "Código Fucsia" de la historia clínica electrónica inmediatamente se restablezca el acceso al sistema.

En el caso de las remisiones urgentes, se deberán realizar los trámites pertinentes con la central de referencia y contra referencia vía telefónica y haciendo uso de los formatos manuales para tal caso. Las remisiones electivas se registrarán en la historia clínica electrónica una vez retorne el sistema.

Los formatos que se deben utilizar para la atención de pacientes en estos servicios están identificados por tipo de atención. Para las órdenes médicas se hará uso del formato FR orden de medicamentos, y FR HC evolución y órdenes médicas.

Servicios de ambulatorios: promoción y prevención y consulta externa

El personal seleccionará los formatos a diligenciar de acuerdo con el servicio y el tipo de atención que se encuentre prestando. Respecto a la orden de ayudas diagnósticas, se le explicará al usuario la situación y se le indicará que puede esperar hasta que el sistema se restablezca para reclamar la orden o presentarse al día siguiente en los horarios establecidos para la toma de la muestra, indicándole la preparación para los mismos, si procede.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	38 de 48		

En relación con la orden de medicamentos, se le explicará al usuario la situación y se le indicará que puede esperar hasta que el sistema se restablezca o presentarse al día siguiente para reclamar los medicamentos en el servicio farmacéutico.

Si el paciente requiere atención por los programas de riesgo cardiovascular, control prenatal o tuberculosis, será preciso modificar el horario de la consulta ya que para este tipo de atenciones se requiere acceder a la información registrada durante las consultas anteriores. Adicionalmente, para cada uno de estos programas existe una base de datos para gestión del riesgo que se actualiza de forma automática en cada atención. Por lo tanto, ante una contingencia es preciso re asignar la cita.

No será posible generar ningún tipo de remisión electiva. Se le debe explicar al paciente la situación e indicarle que superada la contingencia se realizará la misma. Para este propósito, el personal deberá solicitar la facturación de la actividad 039191, que le permitirá acceder al módulo de "Remisión electiva" y dar continuidad al proceso.

Los formatos que se deben utilizar para la atención de pacientes en estos servicios son: FR consulta externa y p y p, FR historia clínica ambulatoria y FR HC evolución odontología, según corresponda. Para las órdenes médicas se hará uso del formato FR orden de medicamentos, y FR HC evolución y órdenes médicas.

Servicios de complementación terapéutica

Si el fallo es en el servicio farmacéutico, laboratorio clínico e imagenología, las áreas solicitantes harán llegar los requerimientos en el formato institucional. En caso del laboratorio clínico los reportes de exámenes se harán llegar de manera física en los formatos institucionales a los servicios.

Respecto al servicio farmacéutico, el personal hará entrega de los medicamentos solicitados en formato manual y una vez se restablezca el sistema procederá a generar los procesos administrativos correspondientes.

Con relación a imagenología, el personal tomará las placas de acuerdo con la orden médica y una vez se restablezca el sistema procederá a generar los procesos administrativos correspondientes.

La oficina de sistemas de información de Metrosalud llevará bitácora de eventos presentados, para establecer o cualificar los planes de mejora y contingencia, buscando disminuir la frecuencia de presentación de los mismos.

Para ampliar conocimientos respecto a los procedimientos preventivos, los procedimientos de detección y la descripción específica de los procedimientos correctivos, consulte el plan de contingencia ante fallas en el diligenciamiento de la historia clínica electrónica PE01PL31.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	39 de 48		

6.2.11 COMITÉ DE HISTORIA CLÍNICA

La entidad cuenta con el Comité de Historias Clínicas creado mediante Resolución 508 de 2013, que opera como una instancia administrativa, conformada de manera interdisciplinaria, en el cual se estudiará, analizará, evaluará y formularán políticas y estrategias para prevenir, mitigar, paliar o corregir las debilidades, desviaciones o necesidades de mejora de los procesos y procedimientos misionales de la entidad relacionados con la historia clínica. Ver Resolución 508 de 2013.

• Funciones generales del Comité de historias clínica

- Proponer al Comité de Archivo estrategias de mejoramiento para la administración, custodia, preservación y confidencialidad de la historia clínica.
- Definir lineamientos para ajustar o hacer desarrollos, mejoras o cambios en la historia clínica electrónica.
- Apoyar el proceso de la implementación de la historia clínica electrónica en la Empresa en lo referente a los aspectos técnicos y tecnológicos.
- Generar estrategias para promover un adecuado diligenciamiento de la historia clínica en la Empresa.
- Velar por el cumplimiento de la normatividad vigente y del proceso de gestión de la información en lo relativo con la historia clínica electrónica y manual.
- Velar por el cumplimiento de los procedimientos de gestión de la historia clínica manual y electrónica.
- Garantizar la actualización del manual de historia clínica, como de los instructivos y/o guiones sobre el manejo de la historia clínica electrónica.
- Establecer y analizar los indicadores que permitan hacer el seguimiento y gestión de todo el proceso de historia clínica.
- Determinar acciones para que se lleve a cabo una vigilancia al cumplimiento de los instructivos o guiones para el manejo de la historia clínica electrónica.
- Generar estrategias para mejorar la adherencia a las guías de práctica clínica.
- Velar por que lo establecido en el comité de historias clínicas sea desplegado y operativizado en cada una de las sedes asistenciales.
- Elaborar un plan de trabajo anual de acuerdo con las funciones establecidas, incluyendo cronograma de reuniones
- Establecer y monitorear el cumplimiento del plan de trabajo anual del comité.
- Levantar el acta respectiva por reunión, dejando evidencia de las auditorías realizadas y las acciones correctivas o de mejora propuestas, además se establecerán las tareas y el porcentaje de cumplimiento de estas.
- Establecer el procedimiento para la entrega de fotocopias o impresiones de la historia clínica.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento de los archivos de Historias Clínicas de cada una de las sedes de la Red.

6.2.12 DESARROLLOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	40 de 48		

La solicitud de modificación o desarrollos nuevos a la historia clínica electrónica deberá solicitarse a través de correo electrónico a la mesa de ayuda de sistemas (mesadeayudasistemas@metrosalud.gov.co). El ticket que genera dicho correo electrónico será asignado al Jefe de la Oficina de Sistemas de Información, quien se apoyará en el equipo clínico de la oficina para el análisis del desarrollo. Una vez analizado y verificado su viabilidad, se solicitará el visto bueno de la Subgerencia de red de Servicios para iniciar su operativización.

6.2.13 ESTRATEGIAS IEC PARA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

- **Capsulitas HCE**

Para la diseminación de nuevas funcionalidades, modificaciones o eliminación de campos en la historia clínica electrónica, la Dirección de Sistemas de Información hace uso de "Capsulitas", archivos tipo power point donde se condensa la información puntual al respecto. Adicionalmente, estos archivos incluyen la justificación de la creación, modificación o eliminación de una funcionalidad.

En la misma línea, las capsulitas dirigidas al cliente interno asistencial incluyen las directrices emitidas por la Subgerencia de Red de Servicios en caso de que las funcionalidades apunten al registro de información para satisfacer solicitudes de norma o producto de hallazgos de una auditoría interna o externa.

- **Guiones HCE**

Con el objetivo de orientar al personal nuevo en la institución o reforzar los conocimientos del personal habitual, la Dirección de Sistemas de Información publica de forma periódica archivos en formato Word a manera de paso a paso, favoreciendo el reconocimiento de un tipo de historia específico, su estructura, los parámetros de navegación, los campos que revierten obligatoriedad y aquellos que requieren una frecuencia de actualización definida. La publicación de esta estrategia depende de la generación de nuevos tipos de historias o funcionalidades que dependan de registros en el aplicativo.

- **Video Capsulitas HCE**

Esta estrategia se utiliza cuando un tipo de historia específico requiere de un registro preciso debido a su impacto en la continuidad de la atención para el paciente. Así, se crean videos donde se explica paso a paso la dinámica del diligenciamiento y se dan recomendaciones respecto a la información que debe incluir.

También se utiliza esta estrategia para orientar al personal en el uso de una nueva herramienta, como plataformas de consulta, instrumentos de evaluación, entre otros.

6.2.14 EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	41 de 48		

El cronograma de evaluación de historias clínicas para las UPSS será realizado y divulgado por la Subgerencia de Red de Servicios. Ver manual de auditoría de historia clínica.

La adopción e implementación de las Guías de Práctica Clínica con medicina basada en la evidencia, será responsabilidad de la Subgerencia de Red de Servicios.

La actualización de los formatos para la evaluación de la Historia Clínica Electrónica tanto en su estructura como en la adherencia y pertinencia, será responsabilidad de la Subgerencia de Red de Servicios.

6.2.15 SANCIONES

El descuido en la elaboración y manejo de la historia clínica tiene consecuencias jurídicas importantes, no solo dentro de un proceso de responsabilidad profesional sino también en procesos penales relacionados con los llamados documentos privados.

La historia clínica está vigilada por el código Penal. La ley penal establece dos tipos de controles mediante los cuales se garantiza la legitimidad del documento: Uno tiene que ver con la integridad física del documento, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 224 del Código Penal que consagra el delito "Falsedad Material" (destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que puede servir como prueba) y el otro que hace relación con su contenido y corresponde al tipo penal denominado "Falsedad Ideológica" (cuando en un documento genuino y verdadero se consignan hechos o declaraciones falsas). Las contempladas en la Ley 23 de 1981.

6.2.16 AUDITORÍA DE HISTORIA CLÍNICA

Ver manual de auditoría de historia clínica.

7. DEFINICIONES O CONCEPTOS

Anexos de la historia clínica: Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), notas de procedimientos, incapacidades, trámites académico-administrativos y demás documentos que sean considerados importantes por la SSISDP.

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 y hasta quince (15) años después.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	42 de 48		

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 y los Auditores Médicos de Aseguradoras en los casos pertinentes y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

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.

Reporte: formato institucional en el que se presenta la información y los datos del paciente.

8. ANEXOS

DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO INCLUIDO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA
· Factura	Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada. Deberá ir impresa y firmadas totalmente legibles en original.
· Reportes	Hace referencia a los documentos generados por Metrosalud a manera de informe de los servicios solicitados y prestados al usuario. Documentos que se generan a partir del aplicativo institucional.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	43 de 48		

DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO INCLUIDO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA
- Informe Quirúrgico - hemodiálisis	Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo. Incluye la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.
Hoja de Anestesia	Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Incluye el informe de anestesia gráfico.
Hoja de Venopunción	Formato de registro de seguimiento de la práctica de enfermería de la canalización de una vena, en donde se evidencia la zona donde se posicionó el catéter, los días en los cuáles se hace el cambio del mismo y las causas de cambio. Adicionalmente permite el seguimiento de la zona de punción.
Hoja solicitud de Patología	Corresponde a los documentos soportes y resultados de estudios de muestras especiales patológicas. Se puede localizar en las carpetas de organización siguiendo la Ruta:
Glucometrías	Hoja de registro de exámenes diagnósticos practicados al usuario, para medición de pequeñas muestras de sangre. Registrado como procedimiento.
Transfusiones de Sangre	Registros manuales. Órdenes de paraclínicos y administración de los hemocomponentes en historia electrónica.
Laboratorios	Correspondientes a resultados de pruebas diagnósticas soportadas por orden médica para confirmar estados de salud del paciente. Incluidas en un módulo que permite el seguimiento desde el momento de la orden hasta el momento del reporte y el análisis del mismo.
Imagenología	Referente a los resultados y lecturas de los procedimientos de paraclínicos como Rayos X. La lectura del examen se entrega manual.
Oxígeno	Documentos soportes de gastos de consumo de oxígeno.
Terapias	Documento soportes de realización de procedimientos terapéuticos (respiratorios y/o Físicos),
Hoja de referencia y contrareferencia.	Documento soporte de la remisión del usuario u orden de referencia que se genera en la atención de salud, aplica de acuerdo con la conducta del paciente.
Epicrisis	Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	44 de 48		

DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO INCLUIDO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA
· Hoja de Atención del parto y el Recién Nacido.	Corresponde a la atención del parto y la valoración inicial del binomio madre e hijo. Dos horas post evento, se generará historia clínica al recién nacido, en la que se soportan sus evaluaciones e intervenciones particulares.
· Evoluciones Médicas.	Hoja de reporte de actualización del estado del paciente donde se referencia la valoración subjetiva, objetiva, diagnóstico, análisis y plan de manejo del paciente.
· Hoja de Medicamentos.	Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.
· Hojas de Insumos.	Corresponde al reporte detallado del suministro de insumos para la atención de los pacientes en servicios de internación.
· Hoja de Traslado Ambulancias.	Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente. Formato manual.

9. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA

MINISTERIO DE SALUD (COLOMBIA). 1983. Registros médicos e historia clínica; definiciones, normas y procedimientos. Colombia. Serie 1 Número 4.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1995. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS, 3 v. — (Publicación Científica; 554).

10. DOCUMENTOS RELACIONADOS

PM02 IN 217	IN CREACIÓN DE USUARIOS CON CONDICIONES ESPECIALES
PA07 FR 43	FR HISTORIA CLÍNICA ATENCIÓN PARTO
PA07 FR 44	FR HISTORIA CLÍNICA ATENCIÓN URGENCIAS
PA07 FR 45	FR HISTORIA CLÍNICA CONSULTA EXTERNA Y P Y P
PA07 FR 46	FR HISTORIA CLÍNICA CONSULTA ONCOLÓGICA TRATAMIENTO
PA07 FR 47	FR HISTORIA CLÍNICA EVOLUCIÓN ODONTOLÓGICA
PA07 FR 48	FR HISTORIA CLÍNICA EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS
PA07 FR 49	FR HISTORIA CLÍNICA REGISTRO ANESTESIA
PA07 FR 50	FR HISTORIA CLÍNICA TRIAGE
PA07 IS 04	IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA CONSULTA EXTERNA
PA07 IS 05	IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PROGRAMAS P Y P
PA07 IS 06	IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN TRIAGE
PA07 IS 07	IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA URGENCIAS HOSPITAL

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	45 de 48		

PA07 IS 08	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ATENCIÓN DEL PARTO</u>
PA07 IS 09	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA CIRUGÍA</u>
PA07 IS 10	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA OPTOMETRÍA</u>
PA07 IS 11	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA OFTALMOLOGÍA</u>
PA07 IS 12	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC POR TRASLADO PACIENTES ENTRE SEDES</u>
PA07 IS 13	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA BÚSQUEDA DE RESULTADOS DE LABORATORIO</u>
PA07 IS 14	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HCE REPETIR ORDEN DE MEDICAMENTOS EN LA RONDA</u>
PA07 IS 16	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC RECIÉN NACIDO EN SALA PARTOS</u>
PA07 IS 17	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC CORRECCIONES EN PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS</u>
PA07 IS 20	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA TRANSCRIPCIÓN ÓRDENES MÉDICAS</u>
PA07 IS 23	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC MEDICAMENTOS QUE CONSUME</u>
PA07 IS 24	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC ORDENAR OXÍGENO HOSPITALARIO</u>
PA07 IS 25	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC REGISTRO DEL MONITOREO FETAL</u>
PA07 IS 26	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC RELACIONAR EVOLUCIÓN MÉDICA</u>
PA07 IS 27	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC REGISTRO DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE</u>
PA07 IS 29	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC CANCELACIÓN CIRUGÍAS</u>
PA07 IS 30	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC ATENCIÓN PARTO VAGINAL O CESÁREA</u>
PA07 IS 32	<u>IS DILIGENCIAMIENTO DE HC CIERRE DE ATENCIÓN QUE QUEDA ABIERTA</u>
PA07 IS 33	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC DAR EL ALTA AL PACIENTE</u>
PA07 IS 34	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC INFORME QUIRÚRGICO</u>
PA07 IS 35	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC REGISTRO DE ANTECEDENTES</u>
PA07 IS 36	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC ATENCIÓN PACIENTE OBSTÉTRICA URGENTE</u>
PA07 IS 37	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC ORDENAR MEDICAMENTOS VENOSOS</u>
PA07 IS 38	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC CANCELAR LAS ÓRDENES MÉDICAS</u>
PA07 IS 39	<u>IS DILIGENCIAMIENTO DE HC ELABORAR LAS ÓRDENES MÉDICAS</u>
PA07 IS 40	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC ELABORAR HISTORIA COMPLEMENTARIA</u>
PA07 IS 42	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HC ELABORAR NOTA ACLARATORIA</u>
PM03 IS 07	<u>IS HISTORIA CLINICA APH ROL (CRUE)</u>
PM03 IS 08	<u>IS HISTORIA CLINICA APH</u>
PM05 IS 11	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA ATENCIÓN DEL PARTO</u>
PM05 IS 12	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA CIRUGÍA</u>
PM05 IS 13	<u>IS DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA RECIÉN NACIDO EN SALA PARTOS</u>

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	46 de 48		

FICHA NORMATIVA DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA	
ALCANCE	Lo definido expresamente en este documento.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Las establecidas en el presente documento.
ENFOQUE DIFERENCIAL	Ver documento PE02 DT 496 DT DOCUMENTO TÉCNICO ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL
TALENTO HUMANO	Personal de toda la red de prestación de servicios de salud de la ESE Metrosalud, incluidos estudiantes y contratistas.
EQUIPOS BIOMÉDICOS	No aplica
MEDICAMENTOS	No aplica
DISPOSITIVOS MÉDICOS	No aplica
INSUMOS REQUERIDOS	Lo definido expresamente en este documento.

COPIA

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	47 de 48		

ELABORADO POR:	
Nombre: Jaime Alberto Henao Acevedo	Cargo: Director Oficina de Sistemas de Información
Nombre: Juliana Herrera Valencia	Cargo: Director UPSS

CONTROL DE ACTUALIZACIÓN				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RAZÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RESPONSABLE DEL CAMBIO O AJUSTE
01	27/03/2018	Se crea el manual de historias clínicas	Necesidad de contar con herramienta útil para usar la historia clínica	Subgerente red de servicios
02	19/10/2018	Se actualiza sustancialmente el manual de historia clínica vigente dada la implementación de la Historia Clínica Electrónica. El manual propuesto traerá los conceptos relacionados con la historia clínica manual y electrónica. El manual trata sobre la conceptualización y conceptos técnicos frente a todo lo concerniente para el manejo de la historia clínica manual y electrónica. Anexo al manual se establecieron instrucciones para el manejo de la historia y de cada una de sus "ramas".	La implementación de la historia clínica electrónica, obligo a actualizar el Manual de historia clínica vigente.	Subgerente red de servicios
01 Almera	01/10/2019	Se crea el manual para manejo de historia clínica en el aplicativo del sistema integrado de gestión.	Para implementar el sistema integrado de gestión en el nuevo aplicativo.	Subgerente red de servicios
02	07/04/2020	Se incluyen particularidades respecto a los módulos de la historia clínica y sus funcionalidades, se amplían consideraciones respecto al plan de contingencia ante fallas en el diligenciamiento de historia clínica, se amplían lineamientos respecto a la custodia de registros clínicos, se documentan las estrategias IEC para historia electrónica.	Faltaba información relevante respecto al plan de contingencia, estrategias IEC para diseminación de funcionalidades y custodia de registros clínicos.	Director Sistemas de Información

Código:	PA07 MA 02	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	
Versión:	03		
Vigente a partir de:	20/10/2022		
Página:	48 de 48		

CONTROL DE ACTUALIZACIÓN				
VERSIÓN	FECHA	DESCRPCIÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RAZÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RESPONSABLE DEL CAMBIO O AJUSTE
03	20/10/2022	Se incluyen lineamientos respecto a los registros clínicos en el servicio de vacunación.	Faltaba información respecto al manejo de los registros clínicos en el servicio de vacunación-	Subgerente red de servicios

COPIA NO CONTROLADA