



**Mat.:** Aprueba “*Protocolo de Activación de Derivación y Acompañamiento Ley Dominga*”.

**Santiago.**

**VISTOS,** Lo dispuesto en:

1. La Constitución Política de la República de Chile, especialmente sus artículos 1°, 5°, 6° y 7°, que consagran el respeto a la dignidad de la persona humana, el principio de juridicidad y el deber de legalidad en el actuar de la Administración del Estado;
2. La Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, en sus artículos 3°, 4°, 5°, 6° y 28°, que regulan el principio de eficiencia y la responsabilidad en la organización y funcionamiento de los órganos del Estado;
3. La Ley N° 21.371, publicada en el Diario Oficial con fecha 22 de septiembre de 2021, que regula el derecho de las madres y progenitores a vivir un duelo respetuoso ante la muerte gestacional o perinatal de un hijo o hija, y sus efectos sobre el acompañamiento clínico, emocional y simbólico;
4. El artículo 66 del Código del Trabajo, que reconoce permisos laborales con goce de remuneración por muerte gestacional o perinatal, aplicables tanto a madres como a padres trabajadores;
5. La Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado;
6. El Código Sanitario, aprobado por el Decreto con Fuerza de Ley N° 725 de 1967, en lo relativo al manejo, conservación y disposición de cuerpos humanos fallecidos;



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

7. El Decreto Supremo N° 357 de 1970, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de Cementerios, y el Decreto Supremo N° 20 de 2006, que aprueba el Reglamento de los Servicios de Anatomía Patológica;

8. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469, sobre gestión y administración de los establecimientos de salud;

9. El Decreto Supremo N° 38 de 2005, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red;

10. La Norma Técnica y Administrativa N° 221 de 2022, del Ministerio de Salud, que desarrolla la implementación clínica y administrativa de la Ley N° 21.371 en los establecimientos asistenciales;

11. El Decreto Exento N° 32 de 2022, del Ministerio de Salud, que aprueba oficialmente la Norma Técnica N° 221 sobre aplicación de la Ley Domínguez;

12. Las Resoluciones N° 7 de 2019 y N° 16 de 2020 de la Contraloría General de la República, sobre exención de toma de razón y control de juridicidad de actos administrativos;

13. La Resolución Exenta RA N° 116675/92/2024, de 30 de enero de 2024, que modifica la Resolución Exenta RA N° 116675/419/2023, del Servicio de Salud Metropolitano Central, mediante la cual se nombra al Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública;

14. Y en lo que fuere pertinente, la demás normativa sanitaria, laboral y administrativa vigente.



## **CONSIDERANDO:**

**a)** Que el derecho a recibir un trato digno y compasivo en contextos de pérdida gestacional o perinatal constituye una manifestación concreta del respeto a la dignidad humana, principio esencial consagrado en la Constitución Política de la República y base de actuación obligatoria para todos los órganos del Estado, especialmente en el ámbito de la salud pública;

**b)** Que la Ley N° 21.371 —conocida como Ley Domínguez— reconoce expresamente el derecho de madres, padres o personas significativas a vivir un duelo respetuoso, estableciendo estándares mínimos de acompañamiento clínico, simbólico y emocional por parte de los equipos de salud, así como garantías laborales en caso de pérdida gestacional o perinatal;

**c)** Que, para asegurar la aplicación efectiva de dicha ley, el Ministerio de Salud dictó la Norma Técnica y Administrativa N° 221 del año 2022, aprobada mediante Decreto Exento N° 32 del mismo año, en la que se instruye a los establecimientos asistenciales públicos y privados sobre los procedimientos clínicos y administrativos que deben observarse en estos casos, incluyendo protocolos de despedida, entrega del cuerpo, caja de recuerdos, y mecanismos de derivación y seguimiento psicosocial;

**d)** Que el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, por su carácter de establecimiento sin atención gineco-obstétrica programada, no cuenta con continuidad asistencial para brindar acompañamiento integral conforme a la Ley N° 21.371, resultando indispensable definir procedimientos internos que aseguren un abordaje inicial respetuoso, seguro y empático, y que activen, de manera oportuna y protocolizada, la derivación al Hospital Clínico San Borja Arriarán, centro de referencia de la red asistencial para estos casos;

**e)** Que el presente protocolo tiene como objetivo establecer estándares institucionales claros para la atención inicial de urgencia, asegurando



la activación adecuada de la red, el respeto de los derechos de la persona gestante y su entorno significativo, y el cumplimiento de la trazabilidad clínica, administrativa y ética del proceso, de conformidad con lo establecido en la normativa sanitaria, laboral y administrativa vigente;

**f)** Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de lo dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N° 38 de 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y;



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>



g) asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3° y 28 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer la **primera versión** del “*Protocolo de Activación de Derivación y Acompañamiento Ley Dominga*”, dicto la siguiente:

## RESOLUCIÓN

I. **APRUÉBASE** la **primera versión** del “*Protocolo de Activación de Derivación y Acompañamiento Ley Dominga*”, que es del siguiente tenor:

	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPANAMIENTO LEY DOMINGA				
	UCSP 01	VERSIÓN 01	FECHA 05/2025	VIGENCIA 5 años	N° PÁGINAS 41



Revisado Por:	Aprobado Por:
 Firmado por: Karla Andrea Alfaro Flores Jefatura Calidad y Seguridad del Paciente Fecha: 01-07-2025 16:42 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	 Firmado por: Jorge Arturo Ibáñez Parga Director Huap (s) Fecha: 02-07-2025 06:46 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPANAMIENTO LEY DOMINGA	Página 2 de 41

## ÍNDICE


I. INTRODUCCIÓN .....	3
II. OBJETIVOS .....	4
III. ALCANCE .....	5
IV. DEFINICIONES.....	5
V. RESPONSABLES .....	8
VI. DESARROLLO DEL PROCESO .....	11
VII. DISTRIBUCIÓN .....	25
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26
IX. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO.....	26
X. ANEXOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 3 de 41

## I. INTRODUCCIÓN

La ley 21.371, la cual hace referencia a la Ley Dominga, promulgada el 21 de septiembre del 2021, establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal.

En contexto de la atención en salud, la presente modifica la ley 20.584 en el artículo 5, que regula la ley de derechos y deberes de los pacientes, y hace mención a “realizar acciones concretas de contención, empatía y respeto por el duelo de cada madre, u otra persona gestante, que hayan sufrido la muerte gestacional o perinatal, así como también para el padre o aquella persona significativa”.


Dado que el Hospital de Urgencia Asistencia Pública no cuenta con atención gineco-obstétrica programada ni continuidad asistencial en salud perinatal, es que se hace necesario establecer acciones de derivación para la atención integral de las familias que viven un duelo gestacional o perinatal.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 4 de 41

## II. OBJETIVOS

### General:

Establecer exclusivamente el abordaje inicial y la derivación clínica al Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), donde se implementan de forma integral los lineamientos establecidos por la normativa técnica correspondiente a la Ley Dominga.

### Específicos:

Precisar el alcance del presente protocolo en tanto instrumento operativo de atención inicial en contexto de urgencia, estableciendo los límites clínicos y administrativos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) en la implementación directa de la Ley Dominga, y formalizando su rol como prestador de derivación al Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), encargado del acompañamiento integral y cumplimiento de los componentes normativos restantes.

Describir los criterios específicos que determinen la derivación al centro de referencia de Urgencia Gineco-Obstétrica para la adecuada identificación, ejecución y traslado de pacientes que cumplan con la condición de una muerte gestacional o perinatal, procurando brindar acompañamiento, contención, empatía y respeto durante la atención de salud proporcionada.




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 5 de 41

### III. ALCANCE:

El presente protocolo se encuentra dirigido a todo funcionario del área clínica y administrativa que esté involucrado en la atención directa de la usuaria que ingresa con síntomas de asistencia inmediata para realizarse un trabajo de parto inminente.

Unidades que participan en el proceso:

- Unidad de Emergencia Hospitalaria.
- Unidad de Anatomía Patológica.
- Unidad de Admisión.
- Unidad de Servicio Social de pacientes.
- Unidad de psiquiatría y psicología de enlace.
- Unidad de Gestión de pacientes.

### IV. DEFINICIONES:

**HCSBA:** Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**HUAP:** Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

**UEH:** Unidad de Emergencia Hospitalaria.

**Muestra:** Fragmento de tejido, líquido citológico o extendido celular, extraído del paciente, para estudio.

**TENS:** Técnico en enfermería de Nivel superior.


**TM:** Tecnólogo médico.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 6 de 41

**Trazabilidad:** Conjunto de procedimientos preestablecidos que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto, o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros, en un momento dado.

**Muerte gestacional:** Muerte embrionaria o fetal ocurrida durante cualquier semana de la gestación. Considera todos los tipos de abortos, tanto en embarazos normotópicos (dentro del útero) como embarazos ectópicos inviables (fuera del útero). También considera casos de muerte asociada a enfermedad trofoblástica gestacional.

**Muerte Neonatal o Mortineonato:** Muerte del recién nacido ocurrida hasta los 28 días de vida.

**Mortinato:** Todo producto de la concepción, identificable o diferenciable de las membranas ovulares o del tejido placentario o materno en general, que cese en sus funciones vitales antes del alumbramiento o bien antes de encontrarse completamente separado de la persona gestante y que no ha sobrevivido a la separación un instante siquiera.

**Parto:** Proceso por medio del cual termina una gestación, desde las 22 semanas en adelante y/o peso igual o superior a 500 gramos; con la salida del feto y su separación del cuerpo de la mujer o persona gestante (El peso solo se considerará cuando no exista edad gestacional segura).


**Aborto:** Interrupción del embarazo, antes de viabilidad fetal o antes de las 22 semanas de gestación y/o un peso menor a 500 gramos, espontáneo o inducido (El peso solo se considerará cuando no exista edad gestacional segura).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 7 de 41

Considera los siguientes diagnósticos: aborto completo, aborto incompleto, aborto inevitable y aborto retenido (incluido el huevo anembrionado).

**Viabilidad fetal:** Potencial de vivir, crecer y desarrollarse fuera del útero, en función de las capacidades biomédicas y tecnológicas existentes.

**Enfermedad trofoblástica gestacional:** Gestación inviable producto de la proliferación trofoblástica anormal de la placenta.

**Duelo:** El duelo es la reacción normal ante la pérdida ya sea la pérdida de una persona querida, etapa o evento significativo.

**Duelo gestacional:** Reacción desencadenada por una muerte embrionaria o fetal a cualquier edad gestacional.

**Duelo perinatal:** Reacción desencadenada por la muerte de un hijo o hija durante el embarazo o momentos previos o posteriores al parto.

**Contacto de despedida:** Corresponde al último contacto que tiene la familia con su hijo o hija antes de la entrega de su cuerpo al servicio fúnebre.

**Gestación arcoíris:** Se entiende como aquel embarazo que ocurre poco tiempo después de una muerte gestacional o perinatal.


**Derivación gestionada:** Proceso que lleva a cabo el equipo tratante donde realiza todas las gestiones para dar cumplimiento a la derivación oportuna y pertinente de la persona usuaria, siguiendo el protocolo establecido para la referencia y contrarreferencia en la red local resguardando, en todo momento, la confidencialidad de la atención. Esta derivación incorpora las gestiones de



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 8 de 41

envío de información necesaria, coordinación de horas, agendamiento e información a la persona usuaria sobre la cita (horario, lugar y profesional que realizará la atención).

## V. RESPONSABLES:

### - Médico Urgenciólogo Coordinador:


- Asistir parto, recibir feto, cortar cordón umbilical y confirmar ausencia de signos vitales.
- Verificar alumbramiento completo.
- Realizar acciones de rescate y estabilización hemodinámica de la mujer gestante.
- Permitir el acompañamiento continuo de la usuaria por una persona significativa durante toda la atención proporcionada.
- Informar situación y resultado perinatal a madre, junto a acompañante significativo, condiciones del hijo/a y procedimiento posterior a realizar:
  - Tramitación de documentación para traslado del feto muerto y traslado de la madre.
  - Registrar y entregar Certificado Médico de defunción y estadísticas de mortalidad fetal o Certificado Médico Estándar de Ley 21.371 (Dominga) según corresponda, al padre y/o acompañante significativo para la posterior inscripción en el registro civil según deseo de los padres.
- Realizar informe de traslado.
- Gestionar traslado de paciente al HCSBA.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 9 de 41

- Informar a Admisión la confirmación de muerte gestacional a fin de identificar activación de traslado y acompañamiento por ley Dominga, en caso de que fuese autorizado por la usuaria y/o acompañante significativo.
- Entregar Información a paciente sobre permisos laborales asociados al duelo.
- Ofrecer y favorecer el contacto piel con piel.
- Crear la solicitud y registrar la muestra de placenta en el libro “**Registro de Biopsias de Unidad de Emergencia Hospitalaria**”.

**- Enfermero/a Gestora de proceso:**

- Derivación de la paciente al recuperador.
- Dar aviso a psicología de enlace para prestar apoyo emocional a madre y acompañante significativo, al momento de confirmarse la pérdida gestacional.

**- Enfermero/a clínico/a de UEH:**


- Asistir al médico a cargo del procedimiento.
- Dar aviso a unidad de Anatomía patológica para la posterior entrega oportuna de placenta, gestionado por enfermera de continuidad.
- Generar brazalete manual del mortinato/mortineonato, el cual debe incluir nombre (asignado por la madre gestante) y apellidos.
- Ejecutar las indicaciones médicas relacionadas a cuidados de la paciente (madre).
- Registrar en DAU evaluación y ejecución realizada del proceso.
- Ofrecer y favorecer el contacto piel con piel.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 10 de 41

- Otorgar un ambiente cómodo, acogedor y privado para el acompañamiento a lo largo de toda la ruta intrahospitalaria del duelo gestacional o perinatal, a la espera del traslado al centro de referencia.

**- Enfermero/a de Continuidad y/o clínico de UEH:**

1. En horario hábil, trasladar la placenta ya rotulada, de forma inmediata, hacia unidad de anatomía patológica, definido de 8:30 a 13:00 horas, para el proceso de dictado macroscópico correspondiente; entregar a Tecnólogo Médico y verificar en conjunto la concordancia de datos inscritos en el libro de Registro de Biopsias de Unidad de Emergencia Hospitalaria, con la solicitud de examen, muestra y rótulo; solicitar que Tecnólogo Médico registre la recepción o rechazo de la misma.

2. En horario inhábil, la enfermera/o clínico de turno debe trasladar la muestra a unidad de pabellón, donde debe ser almacenada con formalina, en contenedores de cierre hermético. Debe ser depositado en la bolsa o contenedor en el refrigerador de biopsia y se debe verificar con enfermera que recepciona la concordancia de datos inscritos en el libro de Registro de Biopsias de Unidad de Emergencia Hospitalaria, con la solicitud de examen, muestra y rótulo; solicitar que enfermera registre la recepción o rechazo de la misma.

**- Enfermero/a supervisor/a de UEH:** Supervisar la correcta aplicación del presente documento en relación a la atención clínica y el traslado de muestra oportuna.

**-Jefa Médico de Unidad de Anatomía Patológica HUAP y TM:**


- Activar convenio de traslado de mortinatos o mortineonatos al HCSBA, en horario hábil, con la finalidad de favorecer el proceso de vínculo oportuno



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 11 de 41

de la madre con el mortinato o mortineonato y con la finalidad de brindar prestaciones y orientaciones frente al proceso de sepultación y generar un vínculo con la usuaria para el posterior seguimiento ya sea por dupla psicosocial u hospitalización domiciliaria.

- Realizar estudio histopatológico de placenta (en caso de obtención) y restos ovulares. De ser posible, determinar edad gestacional.
- Propiciar la entrega de mortinato/mortineonato a carrocería funeraria según convenio e iniciar traslado a HCSBA.

#### **-Gestión de Pacientes HUAP:**

- Activar traslado de mortinato/mortineonato en horario inhábil.

#### **Unidad de Admisión:**

- Proporcionar el ingreso, registro y admisión del paciente.
- Garantizar el correcto registro administrativo.
- Generar el brazalete y el DAU correspondiente por la atención de urgencia.
- Proporcionar timbre Ley Dominga al confirmar duelo gestacional o de mortinato/mortineonato.

#### **Unidad de Servicio Social:**

- Gestionar las impresiones dactilares para reconocimiento formal de la paciente NN.

## **VI. DESARROLLO DEL PROCESO:**

(Anexo n°1).


### **1. Ingreso de paciente con síntomas de trabajo de parto o aborto inminente**



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 12 de 41

- Paciente ingresa a UEH con síntomas de trabajo de parto o aborto sugerente de una resolución próxima.
- Enfermera de Triage debe dar aviso inmediato a enfermera gestora de proceso y jefe médico para constituir equipo de salud que debe asistir en proceso de atención con paciente ingresada.
- Enfermera gestora de proceso debe activar, a través del timbre, el funcionamiento del reanimador para iniciar la atención oportuna.
- Paciente debe ingresar a recuperador.
- **Permitir el acompañamiento continuo de la usuaria por una persona significativa durante toda la atención proporcionada.**
- Paciente debe estar monitorizada y con registro de signos vitales en todo momento, acompañado por equipo recuperador.
- Una vez constituido el equipo reanimador (médico urgenciólogo, EU, TENS y auxiliar), se debe revisar el equipamiento necesario para asistir, ya sea el aborto o parto (anexo n°3).
- Si se confirma la muerte gestacional, médico urgenciólogo coordinador debe dar aviso a Admisión para poder identificar ficha de paciente con señalética ley dominga (Anexo n°4), la cual será visualizada mediante un timbre.

### 1.1 Proceso de Ingreso, Registro y Admisión

Para dar curso a la atención clínica y garantizar el correcto registro administrativo, se debe:

- Generar el DAU (Dato de Atención de Urgencia) en Admisión de Pacientes**




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 13 de 41

Es indispensable contar con un ingreso válido al sistema de urgencia, que incluya identificación de la paciente y asignación de brazalete.

Sin este paso, no es posible ingresar evoluciones clínicas, administrar medicamentos ni emitir órdenes médicas oficialmente.

**b. Procedimiento según acompañamiento de la paciente:**

– **Si la paciente tiene acompañante:**

- El acompañante debe ser derivado a los módulos de admisión de urgencia para realizar el ingreso administrativo.
- Ahí se generará el brazalete y el DAU correspondiente por la atención de urgencia.

– **Si la paciente NO tiene acompañante:**

- El personal de los módulos de admisión debe acercarse al área clínica donde está siendo atendida la paciente, para:
- Recopilar datos mínimos de identificación (nombre, RUN, edad, dirección, previsión, etc.).
- Confirmar motivo de consulta (urgencia obstétrica).
- Ingresar los datos en el sistema y emitir el brazalete.


- **Si paciente ingresa como NN, en horario hábil (8:00 – 17:00)** se debe contactar a Unidad de Servicio Social de Pacientes, profesional se acercará a box de atención para tomar impresiones dactilares, posterior enviarlas a Servicio de registro civil e identificación, para reconocimiento formal de la paciente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 14 de 41

- **Si paciente ingresa como NN en horario inhábil** En caso de que la paciente ingrese como NN en horario inhábil, Servicio Social del HUAP quedará de llamado para asistir de forma oportuna. Su función será colaborar en la atención de la paciente, asegurando la toma de huellas dactilares en caso de ser necesario, así como la recopilación de antecedentes personales, médicos o de cualquier otra índole que permitan avanzar en su identificación con declaración jurada. Asimismo, Servicio Social debe gestionar y ejecutar las acciones pertinentes para lograr la identificación de la paciente antes de su eventual derivación al HCSBA, garantizando la continuidad de cuidados con la mayor cantidad de información posible.

Este procedimiento es fundamental para asegurar la **continuidad clínica sin reparos administrativos**, permitiendo que todo el personal pueda registrar correctamente las **evoluciones, tratamientos y procedimientos realizados**.

### c. Comunicación clínica y administrativa


- Una vez generado el ingreso y brazalete, se debe notificar al equipo clínico que la paciente ya se encuentra registrada, para proceder con documentación formal.
- Una vez confirmada la muerte gestacional por el equipo clínico, médico coordinador urgenciólogo debe dar aviso a admisión.
- Se deben dejar constancias claras en registro clínico desde el primer momento, indicando si se trata de un evento Ley Dominga, Se debe asignar una señalética en la ficha clínica (Anexo n°4) a través de un timbre



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 15 de 41

proporcionado por unidad de admisión, la cual permite identificar la atención de una paciente con posible muerte gestacional.

- Los registros clínicos tanto de la usuaria (madre gestante) como del mortinato/mortineonato, deben quedar consignados en una sola ficha clínica para posterior traslado al HCSBA.

## 2. Confirmación de muerte gestacional.


- Médico urgenciólogo coordinador, que asiste en trabajo de parto, debe confirmar muerte gestacional mediante evaluación clínica de feto y verificación de signos vitales. Posteriormente, en el caso de que el recién nacido presente algún signo de vida (Apgar>0), se deben iniciar maniobras de reanimación por no más allá de 30 minutos.
- Una vez confirmada la muerte gestacional, idealmente en un ambiente cómodo, acogedor y privado, el médico responsable debe presentarse e informar a madre y acompañante significativo, el resultado perinatal, de forma clara, precisa y compasiva refiriéndose al feto por su nombre, siempre resguardando el contacto visual. Se debe ir realizando un chequeo continuo de la comprensión del mensaje por parte de la madre y acompañante y brindarles el espacio de recogimiento y privacidad para procesar la noticia.
- En caso de corresponder a un embrión con forma humana indiferenciable de los restos ovulares (feto menor a 14 semanas), médico responsable le debe informar a la madre gestante la dificultad de generar apego debido a las características de este, siempre resguardando el contacto visual, de forma compasiva y respetuosa.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 16 de 41


- Enfermera clínica, al confirmar muerte gestacional, debe recibir al feto una vez cortado el cordón umbilical por el médico urgenciólogo coordinador, y realizar limpieza suave de la piel con gasas y suero, y entregarlo a su madre en una manta limpia para propiciar inmediatamente el contacto piel con piel. Se debe prestar contención, empatía y respeto en todo momento.
- Enfermera clínica debe recepcionar la placenta y/o restos ovulares, los cuales debe colocar en bolsa o contenedor, rotular y sellar en seco. No deben existir enmiendas en los registros ni se puede usar corrector, tal como se describe en protocolo *“Protocolo de proceso de etapa pre-analítica de: identificación, rotulación, traslado y recepción de biopsias y citologías”* (APA 1.2). Tal muestra la debe trasladar según horario a unidad de anatomía patológica o Pabellón, cumpliendo con las condiciones establecidas en protocolo mencionado.
- Enfermera gestora de proceso debe dar aviso a psicología de enlace para prestar primeros auxilios psicológicos: contención emocional a madre y padre o acompañante.
- Enfermera clínica debe ejecutar las indicaciones médicas relacionadas a cuidados de la paciente (madre) en todo momento en compañía de TENS.
- Registrar en DAU evaluación y ejecución realizada del proceso, tanto de la madre gestante como del mortinato/mortineonato.
- Enfermera clínica a cargo debe instalar brazalete de identificación manual simbólico a mortinato/Mortineonato, registrando su nombre (asignado por la madre gestante) y sus dos apellidos.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 17 de 41

### 3. Traslado de mortinato/mortineonato a Anatomía Patológica


- Médico coordinador de urgencia, debe explicar a madre y familiar que debe realizar evaluación del feto, entregando información compasivamente, de forma clara y precisa, mostrando empatía y contención en todo momento. Debe determinar edad gestacional (sólo si es posible) y pesar en pesa pediátrica (anexo n°2) ubicada en recuperador.
- Se debe dar cumplimiento a la Ley Dominga en cualquier semana de pérdida gestacional. Por lo anterior, el médico coordinador de la UEH debe informar a la usuaria y acompañante significativo (si hubiese) en qué consiste la Ley y consultar su autorización para el traslado en ambulancia al HCSBA para favorecer el apego, así como el acompañamiento psicosocial.
- En caso de corresponder a mortinato, mortineonato y abortos con feto diferenciable de restos ovulares (feto mayor o igual a 14 semanas de gestación), se debe dar aviso a Unidad de Anatomía Patológica e iniciar traslado como paciente fallecido (Anexo n°2).
- Luego, médico coordinador de la UEH debe informar que el mortinato o mortineonato, deberá ser trasladado a HCSBA en carrocería funeraria, con el fin de generar apego en un ambiente seguro y propicio para aquello. Tal traslado tendrá un tiempo estimado de 2 horas máximo, una vez activado el servicio de traslado de pacientes fallecidos.
- Posteriormente, personal de enfermería deberá retirar todo método invasivo del mortinato/mortineonato para luego ser trasladado a Unidad de anatomía



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 18 de 41

patológica como paciente fallecido, a fin de iniciar traslado al HCSBA en las condiciones correspondientes.

#### **4. Traslado de feto menor a 14 semanas, placenta y/o restos ovulares a Unidad de Anatomía Patológica.**

*Anexo n°2*

*\*En caso que usuaria (madre gestante) y/o acompañante significativo, se niegue a activar la derivación y el acompañamiento psicosocial hacia el HCSBA, se debe iniciar traslado del feto hacia unidad de anatomía patológica como muestra, sólo en caso de ser menor a 14 semanas de gestación.*

*°En caso de que usuaria (madre gestante) y/o acompañante significativo, se niegue a activar la derivación y el acompañamiento psicosocial hacia el HCSBA, considerando feto mayor o igual a 14 semanas, este debe ser trasladado a unidad de Anatomía Patológica como paciente fallecido.*

#### **Traslado de la muestra (placenta, restos ovulares, feto menor a 14 semanas):**

Enfermera clínica debe ubicar en un contenedor rotulado SIN FORMALINA y trasladar según corresponda (horario hábil/inhábil), junto a la solicitud de biopsia. El libro del servicio requirente es firmado por el responsable de recibir la muestra.


- ❖ **Toda información correspondiente al proceso de biopsia que se encuentra en “Protocolo de proceso de etapa pre-analítica de: identificación, rotulación, traslado y recepción de biopsias y citologías” (APA 1.2).**



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 19 de 41

**Datos importantes a considerar con relación a la toma y traslado de muestra:**

Identificación y rotulación de la muestra:

Rotular el contenedor con una etiqueta de formato institucional, registrar los datos requeridos con lápiz grafito, con los siguientes datos:

- Nombre y dos apellidos (del paciente).
- Número de Ficha clínica o DAU (del paciente).
- Fecha de toma de muestra.
- Tipo de muestra.
- Número total de contenedores correspondiente a la biopsia o citología, y número del contenedor (Ej.: 1/1, 1/3, etc.).

Datos de la Solicitud de biopsia o citología.

- Nombre y dos apellidos (del paciente).
- N° de Ficha Clínica (del paciente).
- Fecha de toma de la muestra.
- Tipo de muestra por cada contenedor.
- Número de contenedores.
- Diagnóstico(s) clínico(s) y/o hipótesis diagnóstica, con antecedentes clínicos y exámenes asociados, cuando corresponda.
- Médico solicitante (Nombre, apellido y firma).

Registro en el sitio de toma de muestra (Servicio o Unidad de origen).


Cada Servicio clínico o de Apoyo diagnóstico debe mantener el Libro de registro para el envío de muestras a Anatomía Patológica, que permita la



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 20 de 41

trazabilidad de las muestras y su custodia, donde se consignan los siguientes datos:

- Fecha de toma de muestra.
- Nombre y apellidos del paciente.
- Número de ficha clínica del paciente.
- RUT.
- Tipo de muestra o sitio anatómico.
- Número de contenedores.
- Número de muestras en cada contenedor
- Nombre y apellido médico solicitante.
- Responsable registro y rotulación (nombre y apellido).
- Responsable de custodia (Nombre y apellido, fecha de recepción; por cada turno).
- Responsable del traslado (nombre y apellido).
- Rechazo SI / NO. Fecha de rechazo.
- Motivo de rechazo.
- Fecha de recepción.
- Responsable recepción (nombre y apellido).

## 5. Traslado de usuaria y mortinato/mortineonato al HCSBA.

- Médico responsable del proceso de parto, debe entregar Certificado Médico de defunción y estadísticas de mortalidad fetal o Certificado Médico Estándar de Ley 21.371 (Anexo n°5) y solicitar a acompañante inscripción en el registro civil.
- Una vez realizado el trámite de inscripción en el registro civil, se debe enviar a unidad de anatomía patológica en conjunto con certificado de defunción otorgado por registro civil e identificación.
- En caso de aborto, en que no es posible reconocer embrión con forma humana diferenciable de los restos ovulares, médico responsable NO debe




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 21 de 41

emitir certificado de defunción, sólo el “certificado médico estándar de ley dominga” (Anexo n°5), el cual no otorga pase de sepultación para el servicio funerario.


- **El traslado del feto hacia el HCSBA se debe realizar a partir de las 14 semanas de gestación.** Los casos especiales, menores a esta edad gestacional, se resolverán individualmente, en caso de existir embrión con forma humana diferenciable de los restos ovulares.
- Médico urgenciólogo responsable del proceso de parto, debe solicitar a la madre y/o tutor legal, en caso de que la madre se encuentre imposibilitada previo a que sea trasladada al HCSBA, una autorización de traslado del cuerpo de su hijo a través de Funeraria en convenio (Anexo N°6).
- TM de Anatomía Patológica HUAP, debe gestionar traslado de mortinato o mortineonato, dando aviso a Secretaría de Anatomía Patológica del HCSBA, a través del “convenio de traslado de fallecidos”, en horario hábil. En horario inhábil este proceso será realizado por la unidad de gestión de pacientes de HUAP.
- Iniciar traslado de usuaria a HCSBA en ambulancia, al Servicio de Ginecología y Pérdidas Reproductivas, el cual debe ser gestionado por medico coordinador de la UEH del HUAP.
- El ingreso al HCSBA debe hacerse a través del Servicio de Urgencia Gineco Obstétrica.
- El traslado del mortinato o mortineonato está supeditado al deseo y autorización de la usuaria. Este traslado no es una urgencia, no debe retrasar el eventual traslado de la madre y tiene un tiempo máximo de 2



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 22 de 41

horas desde que se activa el convenio de servicios funerarios de traslado de fallecidos.


- La eventual autorización de este traslado puede ser hecha en forma diferida por la usuaria, incluso al momento del alta, no debiendo ser presionada para la toma de decisiones ni firma de documentación pertinente a esto. Las gestiones relativas a este traslado en diferido serán hechas mediante la atención de dupla psicosocial, coordinado por secretaría del Servicio de Anatomía Patológica del HCSBA en horario hábil o UGP HCSBA en horario inhábil.
- Para activar convenio de traslado a través de empresa de servicios funerarios para traslado de mortinatos/mortineonatos, se debe contactar desde Anatomía Patológica de HUAP a Secretaría de Anatomía Patológica HCSBA, al anexo 249230. Esta solicitud se realizará también a través de correo electrónico dirigido a [Sandra.robless@redsalud.gob.cl](mailto:Sandra.robless@redsalud.gob.cl), [Jenifer.perez@redsalud.gob.cl](mailto:Jenifer.perez@redsalud.gob.cl), [claudia.jimenezc@redsalud.gob.cl](mailto:claudia.jimenezc@redsalud.gob.cl), con copia a [grace.orellana@redsalud.gob.cl](mailto:grace.orellana@redsalud.gob.cl) y [carla.morong@redsalud.gob.cl](mailto:carla.morong@redsalud.gob.cl), enviando escaneado la autorización de traslado del cuerpo del hijo, firmada por la usuaria o su acompañante significativo.
- Secretaria de Anatomía Patológica HCSBA dará aviso telefónico y por correo a empresa de servicios funerarios en convenio, de la necesidad de realizar un traslado, indicando nombre del mortinato/mortineonato, nombre completo y RUN / documento de identificación de la madre y nombre del contacto en HUAP, adjuntando la autorización de traslado.
- En horario inhábil, Unidad de Gestión de pacientes del HUAP se debe coordinar con la Unidad de Gestión de Pacientes (UGP) del HCSBA, llamando al anexo 248728 o al celular 932452856 (gestor área pediátrica) y 999185317 (gestor área adulto), quienes contactarán a la empresa de servicios funerarios para el traslado. Esto último será realizado de acuerdo



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 23 de 41

con el Procedimiento de Traslado y Entrega de Fallecidos del HCSBA y de existir las condiciones óptimas para cumplir con éste a cabalidad.


- La usuaria debe ser trasladada con registros realizados en **DAU, el cual debe estar lo más completo posible**, ejecutado por médico responsable del trabajo de parto.
- Médico de la Unidad de Anatomía Patológica de HUAP debe llenar el “Formulario de ingreso de fallecidos” a la morgue del HCSBA” (Anexo n°7), con letra legible y toda la información completa y enviar esta documentación junto con el mortinato/mortineonato al HCSBA.
- Sólo procederá el traslado de mortinatos/mortineonatos a través del convenio de servicios funerarios de traslado de fallecidos.
- La preparación del cuerpo del mortinato/mortineonato es responsabilidad de la unidad de emergencia hospitalaria del HUAP. El cuerpo debe estar limpio y libre de elementos invasivos (vías venosas, catéteres, sondas) antes de ponerse en el dispositivo / urna de traslado.
- El funcionario de la empresa Funeraria debe llenar Anexo n°8 “Documento de traslado para Funeraria”, con la información completa para posterior tramitación de validación de estado de pago del servicio de traslado de fallecido.
- La urna en que se traslada el cuerpo del mortinato/mortineonato debe sellarse únicamente con huincha, de modo que a su ingreso a la morgue del HCSBA pueda abrirse, para su conservación dentro de cámara mortuoria y posibilidad de permitir apego a la madre en caso de solicitarlo.
- La recepción del cuerpo del mortinato/mortineonato para su ingreso a la morgue del HCSBA, en horario hábil la hará el Técnico Paramédico de Anatomía Patológica, cumpliéndose lo establecido en el Procedimiento de



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 24 de 41

Traslado y Entrega de Fallecidos del HCSBA. En horario inhábil la hará el auxiliar de la Maternidad del HCSBA.

## 6. Información sobre permisos laborales asociados al duelo:

El equipo tratante de la UEH deberá informar a la usuaria y su acompañante significativo que, conforme al artículo 66 del Código del Trabajo, toda persona trabajadora tiene derecho a los siguientes permisos laborales pagados en caso de pérdida gestacional o perinatal:

- 10 días corridos de permiso si el hijo/a fallece después del nacimiento (muerte perinatal).
- 7 días hábiles si la pérdida ocurre durante la gestación (muerte gestacional).

Este derecho es aplicable independientemente del tipo de contrato o antigüedad laboral. No requiere uso de feriado legal y debe ser tramitado directamente con su empleador.

El hospital, al momento de la atención, deberá entregar la siguiente documentación de respaldo, en caso de que sea solicitada:


- Certificado médico Ley 21.371 (formato Ley Dominga): donde se consigna el nombre de la usuaria y el progenitor.
- Certificado Médico de defunción y estadísticas de mortalidad fetal o Certificado Médico Estándar de Ley 21.371 (Anexo n°5): en toda pérdida gestacional en que se logre identificar forma humana distinguible de los restos ovulares/ placenta, independiente de la edad gestacional.
- En caso de embarazo mayor a 22 semanas y/o estimación de peso mayor a 500 gr, se debe emitir licencia de reposo postnatal de 84 días.
- DAU con registro lo más completo posible.
- Documento de autorización de traslado, si corresponde.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 25 de 41

La entrega de esta información debe realizarse de manera clara, empática y respetuosa, idealmente en compañía del equipo de salud mental o profesional de apoyo social, y ser registrada en la ficha clínica del evento.

## 7. Medidas generales de autocuidado al equipo de salud después del duelo perinatal o gestacional:

El duelo perinatal o gestacional se comprende como una situación clínica que puede producir dolor y sufrimiento en los equipos de salud, debido a su gran impacto. Por lo anterior, se recomienda instalar un espacio reflexivo protegido después de la atención, el que permita la expresión de emociones en un ambiente seguro entre el personal involucrado.

Por lo anterior, se recomienda generar:

- Grupos de apoyo.
- Tratar el tema en reuniones clínicas.
- Retroalimentación en el equipo.
- Espacios de reunión con planteamiento del tema a jefaturas.
- Activar la atención psicológica de urgencia y analizar el caso con el equipo involucrado: En horario hábil llamar a UST y en horario inhábil comunicarse con jefatura directa.
- Activar el acompañamiento psicológico, en caso de ser requerido.

## VII. DISTRIBUCIÓN:


- Dirección.
- Subdirección de Gestión Clínica.
- Subdirección de Gestión del Cuidado.
- Unidad de Emergencia Hospitalaria.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 26 de 41

- Unidad de Anatomía Patológica.
- Unidad de Pabellón.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Unidad de Gestión de pacientes.
- Unidad de Servicio Social de pacientes.
- Unidad de Admisión.
- Unidad de Psiquiatría y Psicología de enlace.

#### VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Norma general técnica y administrativa de la ley 21.371 para el acompañamiento integral de las personas en duelo gestacional y perinatal 2022, Minsal.
- Ley 21.371 “Establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal”, 2021, Minsal.

#### IX. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO


SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACIÓN	APROBADO POR DIRECTOR
VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE MODIFICACIÓN		
01	09/2024	Elaboración de protocolo	EU. Catalina Espinoza D., Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Dr. Patricio Barría A. Director del HUAP  Dr. Jorge Wilhelm del Villar. Director del HCSBA



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

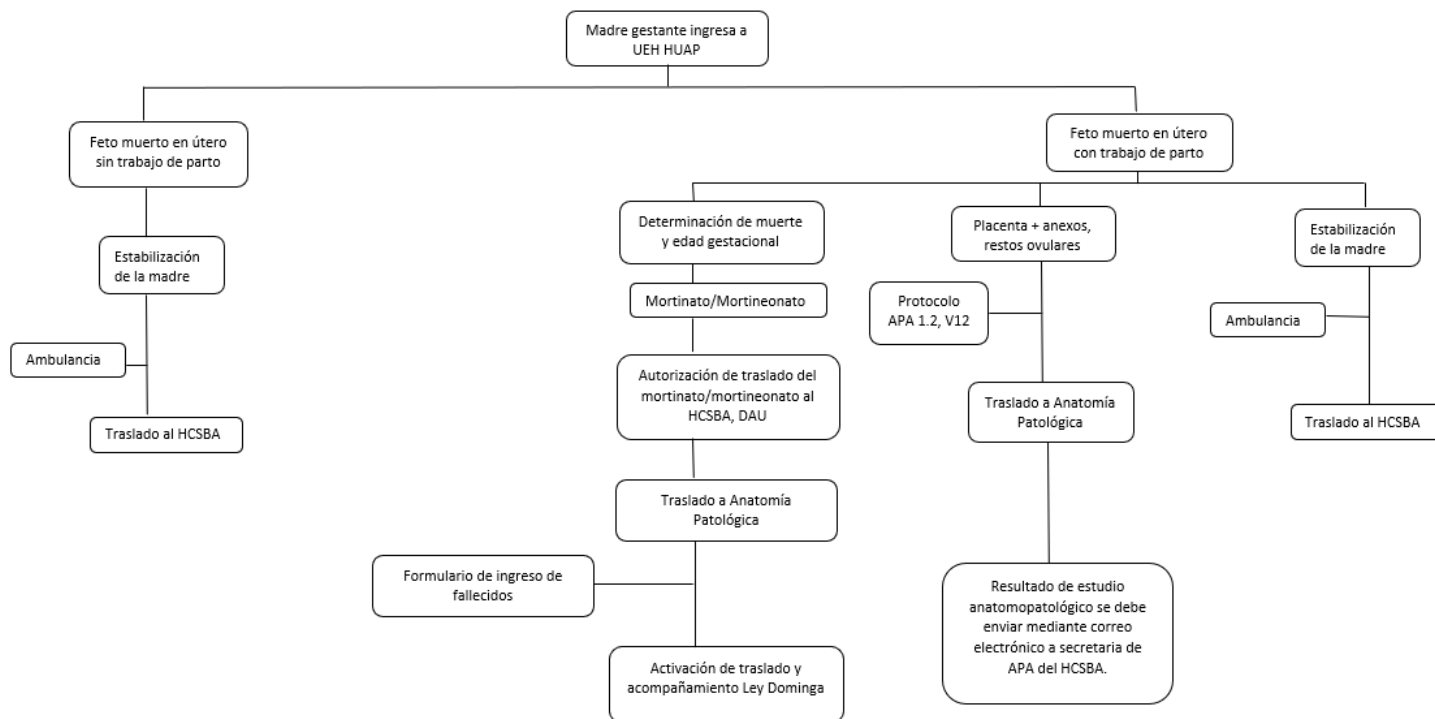
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 27 de 41

## I. ANEXOS:


### Anexo n°1: Flujograma activación de derivación y acompañamiento Ley Dominga.



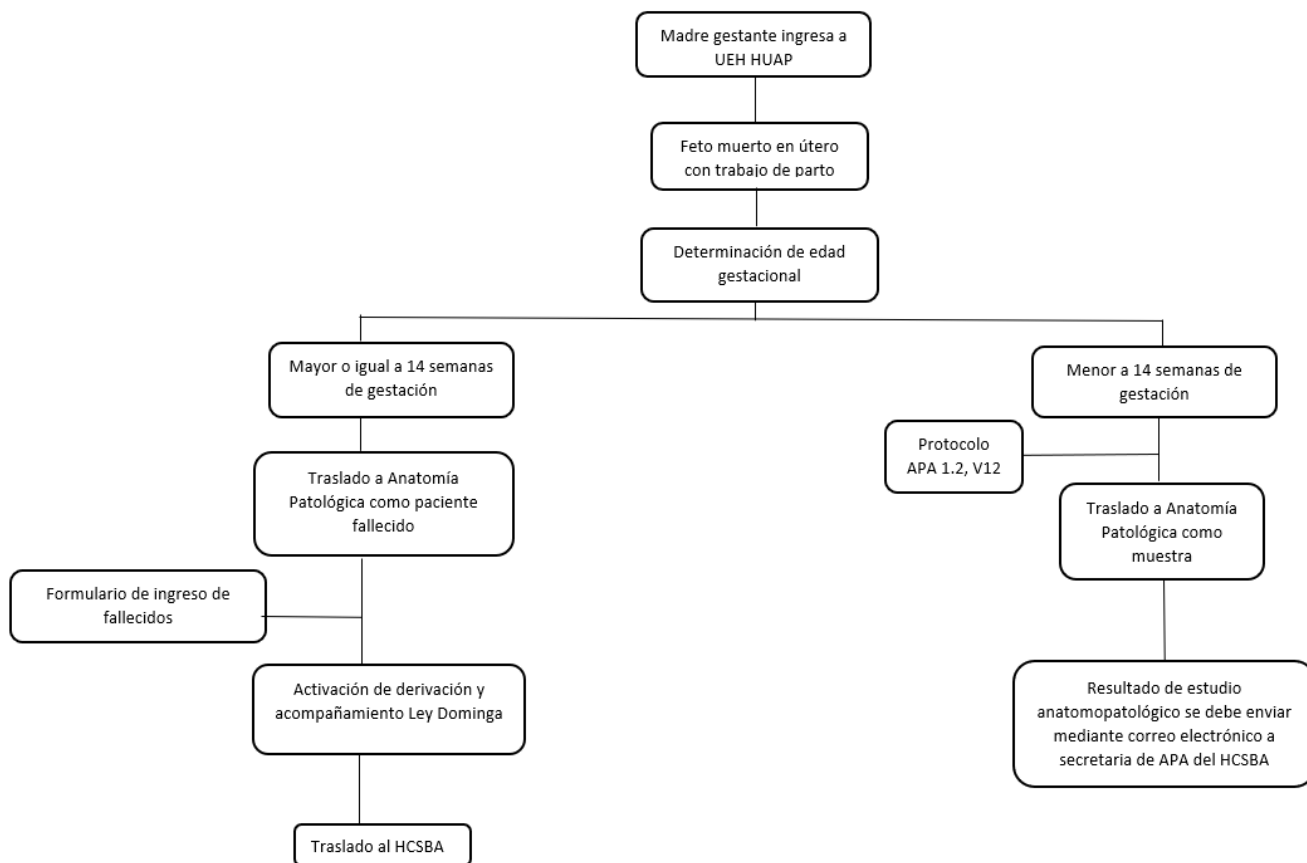
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 28 de 41

**Anexo n°2:** Flujograma de traslado de mortinato/mortineonato según edad gestacional.




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 29 de 41

### Anexo n°3: Equipamiento para asistir parto.

#### 1.- Caja de parto.

#### CAJA DE PARTO (URGENCIA)

CANT.	DESCRIPCIÓN	CM
4	PÍNZA CAMPO BACKAUS	11 CM
2	PÍNZA QUIRURGICA 1X2 DIENTES	14 CM
2	PÍNZA ANATOMICA	14 CM
1	PÍNZA ROTURA MEMBRANA AMNIOTICA	24 CM
2	PÍNZA HEMOSTATICA TIPO KELLY	14 CM
2	PÍNZA HEMOSTATICA KOCHER RECTA	16 CM
2	PÍNZA KOCHER	16 CM
1	TIJERA MAYO RECTA	16 CM
1	TIJERA CORDON UMBILICAL CURVA	16 CM
1	TIJERA DE EPISIOTOMIA	20 CM
1	POTA AGUJA MAYO - HEGAR	16 CM
1	POTA AGUJA MAYO - HEGAR	18 CM
1	MANGO BISTURI N°3	12 CM
1	MANGO BISTURI N°4	13 CM
2	VALVAS GINECOLOGICAS	21 X 11
<b>24</b>	<b>TOTAL</b>	

#### 2.- Sábanas estériles.


#### 3.- Pesa pediátrica:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPANIAMIENTO LEY DOMINGA	Página 30 de 41


**Anexo n°4:** Señalética de Ley Dominga.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 31 de 41

## Anexo n°5: Certificado Médico Estándar de Ley 21.371 (Ley Dominga)



### CERTIFICADO MÉDICO LEY 21.371 (Ley DOMINGA)

FECHA	
ESTABLECIMIENTO	
CIUDAD	

Certifico que la persona consultante \_\_\_\_\_,  
 RUN/pasaporte N° \_\_\_\_\_, presentó un embarazo de \_\_\_\_\_ semanas,  
 (Fecha de última menstruación \_\_/\_\_/\_\_) y durante la atención realizada, se constató el  
 término del mismo (muerte gestacional) por medio de

<input type="checkbox"/>	Evaluación clínica que da cuenta de existencia de embarazo + seguimiento BHG/test pack negativo.
<input type="checkbox"/>	Evaluación clínica que da cuenta de existencia de embarazo + ecografía realizada por Gineco-obstetra que da cuenta de aborto completo o incompleto u otro diagnóstico que indique el término del embarazo (Mola, embarazo ectópico, huevo anembrionado).
<input type="checkbox"/>	Evaluación clínica que da cuenta de la existencia de un embarazo y la respectiva realización de procedimientos de vaciamiento uterino (AMEU, farmacológico, legrado), laparoscópico quirúrgicos o tratamiento farmacológico para su resolución, según diagnóstico y situación clínica de la mujer o persona gestante.

Se hace extensivo este certificado para el padre/ 2° progenitor \_\_\_\_\_, RUN/pasaporte N° \_\_\_\_\_.

Lo anterior, para tramitación de solicitud de permiso laboral correspondiente según lo indicado en la ley.

\_\_\_\_\_  
 Firma del médico/a que certifica  
 Nombre del médico/a que certifica  
 RUN del médico/a que certifica


**No se debe tachar la constatación de la muerte gestacional en los 3 cuadros visibles.**



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 32 de 41

## Anexo n°6: autorización de traslado de Mortinato/Mortineonato



### Autorización de traslado Mortinato/Mortineonato

Yo.....,

cédula de identidad N°: ....., a .... de ..... 20.....,

autorizo al Servicio de \_\_\_\_\_ del Hospital de Urgencia Asistencia Pública para realizar el traslado del cuerpo de: .....,

fallecido en este Hospital el día....., hasta el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico San Borja Arriarán, donde se conservará el cuerpo en cámara mortuoria de la morgue. Entiendo que el traslado se realizará en una urna adecuada por Funeraria en convenio.

Este procedimiento de traslado no tiene costo para la familia que lo solicita.

Santiago, ..... de ..... de 20.....

.....  
FIRMA


**NOTA:** Este documento se deberá realizar en triplicado y dejándose una copia en ficha clínica del paciente, una para los familiares y otra para Unidad de Anatomía Patológica.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 33 de 41

## Anexo n°7: Formulario de ingreso de fallecidos.

SERVICIO SALUD METROPOLITANO CENTRAL  
HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN  
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

### FORMULARIO DE INGRESO FALLECIDOS

RUT	N° ficha	
Nombre completo	Edad	
Fecha Ingreso al Hospital	Fecha y hora defunción	
Servicio que envía		
Funcionario responsable de la preparación del fallecido		
ANTECEDENTES CLINICOS:		
DIAGNOSTICOS:		
En caso de que el paciente presente precauciones de aislamiento especificar:		
Médico que constata fallecimiento:		
Se solicita Autopsia	SI	NO
Llenar, en caso de solicitar la autopsia		
Médico responsable: (Nombre y Apellido:	DR.(A)	
	Firma	
Familiar que autoriza Autopsia		
Nombre:		
Rut:	Firma	


El completar esta Solicitud es de responsabilidad médica, debe llenarse con toda la información pertinente con letra legible



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 34 de 41

**Anexo n°8: Documento de traslado para Funeraria.**



Hospital Clínico San Borja Arriarán  
Servicio de Anatomía Patológica



## ANEXO 2

### DOCUMENTO DE TRASLADO

Yo.....,

cédula de identidad N°: ....., en representación de **Funeraria** .....,

retiro el cuerpo de .....,

(Hijo/a de la Sra....., C. Identidad.....), fallecido

el día ....., para ser trasladado hasta el Servicio de

Anatomía Patológica del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

#### ENTREGA EN EL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA.

Fecha de entrega: ..... Hora: .....

Nombre.....

#### RECEPCIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.

Fecha de recepción: ..... Hora: .....

Nombre.....


**NOTA:** Este documento debe ser entregado al funcionario que recibe cuerpo en el H.C.S.B.A



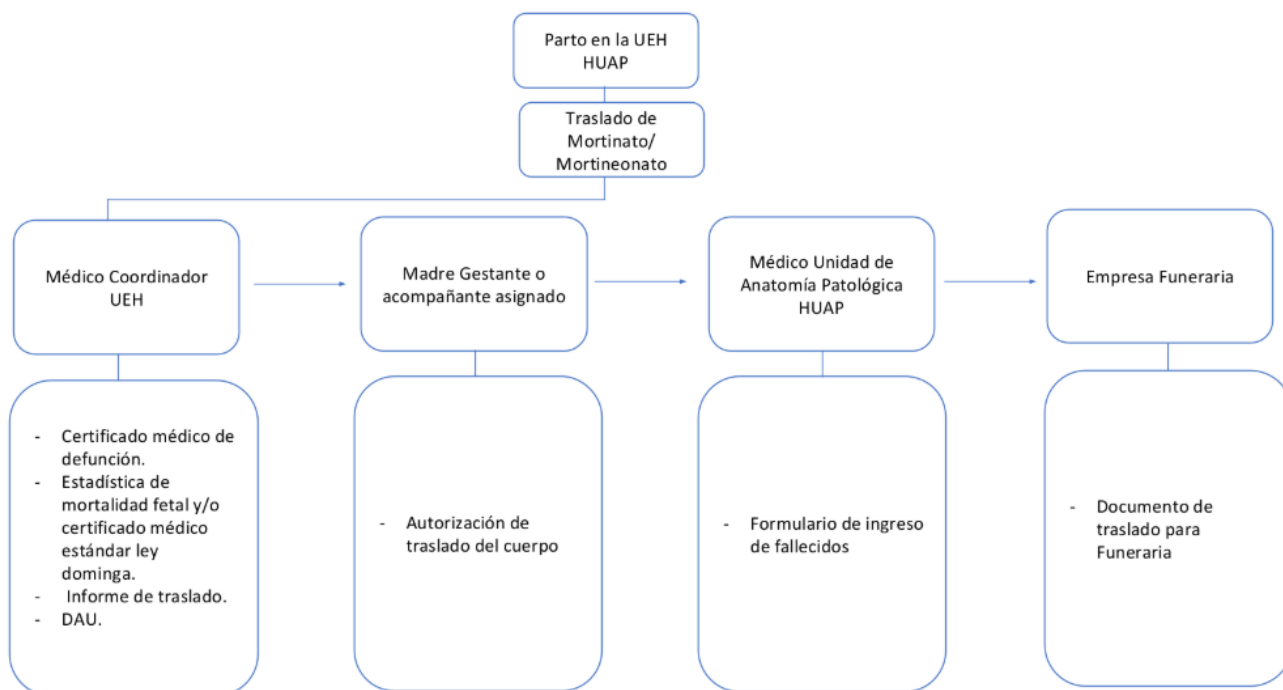
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 35 de 41


**Anexo nº9:** Organigrama de documentación requerida para el traslado del mortinato/mortineonato.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 36 de 41

**Anexo n°10:** Libro de registro de admisión de muestras (Libro de biopsias Anatomía Patológica)

RECEPCIÓN DE EXÁMENES						
Fecha de recepción	N° correlativo	Nombre y apellidos del paciente	N° de Ficha clínica	N° de contenedores	Tipo de muestra	Procedencia

RECEPCIÓN DE EXÁMENES				
Procedencia	N° correlativo	Nombre y apellido Médico solicitante	Iniciales del receptor	Fecha de recepción

ARCHIVO DE INFORMES EN FICHA CLÍNICA				
Fecha de validación	Nombre y apellido de quien archiva	Fecha de archivo	Lugar de archivo	RC SI/NO

**Anexo n°11:** Registro de recepción de muestras (Anatomía Patológica)

**REGISTRO DE ADMISIÓN DE MUESTRAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA**

N° mensual	Fecha de recepción de muestra (APA)	Fecha de toma de muestra	Nombre y apellidos del paciente	N° FC	Tipo de muestra

**REGISTRO DE ADMISIÓN DE MUESTRAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA**

N° de contenedores	Servicio de procedencia	Responsable de entrega (nombre y apellidos)	Responsable de recepción (nombre y apellidos)	Observaciones




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 37 de 41

## Anexo n°12: Registro de rechazo de muestras en Anatomía Patológica


### REGISTRO DE RECHAZO DE MUESTRAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

N° mensual	Fecha de toma de muestra	Nombre y apellidos del paciente	N° FC	Servicio de procedencia	Tipo de muestra
------------	--------------------------	---------------------------------	-------	-------------------------	-----------------

### REGISTRO DE RECHAZO DE MUESTRAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Fecha de rechazo	Causal de rechazo	Fecha de recepción	Observaciones
------------------	-------------------	--------------------	---------------

## Anexo n°13: Solicitud de biopsia de servicios clínicos



GOBIERNO DE CHILE  
SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL  
HOSPITAL DE URGENCIA  
ASISTENCIA PÚBLICA  
"DR. ALEJANDRO DEL RÍO"  
ANATOMÍA PATOLÓGICA

USO EXCLUSIVO A. PATOLÓGICA  
N°  
FECHA RECEPCIÓN  
HORA RECEPCIÓN

**SOLICITUD DE BIOPSIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

C.I.: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] Edad: [ ] [ ] N° Ficha Clínica: [ ] [ ] [ ] [ ]

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_ PREVISION: \_\_\_\_\_ FECHA: [ ] [ ] [ ] [ ]

Muestra de:

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____

DIAGNOSTICO CLINICO: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Nombre Dr. Solicitante


\_\_\_\_\_  
Firma



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPANAMIENTO LEY DOMINGA	Página 38 de 41

## Anexo n°14: Solicitud de biopsia de Pabellón

GOBIERNO DE CHILE  
SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL  
HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA  
"DR. ALEJANDRO DEL RIO"  
ANATOMIA PATOLOGICA

USO EXCLUSIVO A PATOLOGICA  
N°  
FECHA RECEPCION  
HORA RECEPCION

### SOLICITUD DE BIOPSIA

Nombre:  
C. I. N°

N° de Ficha Clínica:

Procedencia:  
Muestra de:

Previsión:

Fecha:

Diagnóstico Clínico:

\_\_\_\_\_  
Médico Solicitante


\_\_\_\_\_  
Firma



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 39 de 41

**Elaborado por:**

1. EU. Catalina Espinoza D., Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

**Revisado por:**


1. Jorge Ibáñez P. Subdirector de Gestión Clínica HUAP.
2. Carolina Rivas J. Subdirectora de Gestión del Cuidado HUAP.
3. EU. Karla Alfaro F. Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HUAP.
4. Dr. Ulises Gonzalez, Jefe de Unidad de Emergencia Hospitalaria HUAP.
5. EU. Ethel Díaz T. Supervisora de Unidad de Emergencia Hospitalaria HUAP.
6. Dra. Constanza Dedes, Jefa de Unidad de Anatomía Patológica HUAP.
7. Germaine Reyes Torres, Jefe de Unidad de Admisión de Pacientes HUAP.
8. Katherine Guzmán Ñ., Jefa de Servicio Social de Pacientes HUAP.
9. Ximena Sandoval, Jefa de Unidad de Asesoría Jurídica HUAP.
10. Dra. Paulina Mariangel Q., Jefa de unidad de Gestión de Pacientes HUAP.
11. Dr. Felipe Mancilla, Jefe de Unidad de Psiquiatría y Psicología de Enlace HUAP.
12. Dra. Carla Morong Campillo, Jefa de Servicio de Anatomía Patológica HCSBA.
13. Dra. Aurora Poblete P., Jefa de Área Obstétrica, Referente Ley IVE - Dominga HCSBA.




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 40 de 41

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: UCSP
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 40 de 41




Revisado Por:	Aprobado Por:
  Dra. Carla Morong C. Jefa de Servicio de Anatomía Patológica. HCSBA  Dra. Aurora Robledo P. Jefa de Área Obstétrica Referente Ley IV E Dominga HCSBA	  Dr. Jorge Wilhelm del Villar DIRECCION HCSBA HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN
Fecha: Mayo 2025	Fecha: Mayo 2025



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/BTQPMJ-569>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 01
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 05/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN DE DERIVACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEY DOMINGA	Página 41 de 41



Firmado por:  
Germaine Orlando Reyes Torres  
Jefatura Unidad Admisión  
Fecha: 06-06-2025 08:57 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Felipe Alejandro Mancilla Herrera  
Jefatura Unidad de Psiquiatría y  
Psicología de Enlace  
Fecha: 06-06-2025 15:15 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Ilse Dora del Carmen Silva Robles  
Profesional Calidad y Seguridad del  
Paciente  
Fecha: 06-06-2025 15:20 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Ulises Alfredo González Bascuñán  
Jefatura Unidad Emergencia  
Hospitalaria  
Fecha: 09-06-2025 12:14 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Ethel Joanna Díaz Triviño  
Enfermera Supervisora de Urgencia/  
Dental  
Fecha: 09-06-2025 12:39 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Katerine Andrea Guzmán Nanco  
Primer Subrogante Unidad Servicio  
Social del Paciente  
Fecha: 09-06-2025 15:46 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Daniel Iván Rojo Vera  
Jefatura Unidad de Anatomía  
Patológica (s)  
Fecha: 11-06-2025 08:26 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Carolina Andrea Rivas Jerez  
Subdirectora de Gestión del  
Cuidado  
Fecha: 16-06-2025 15:10 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Jorge Arturo Ibáñez Parga  
Subdirector de Gestión Clínica  
Fecha: 22-06-2025 15:57 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Paulina Daniela Mariángel Quiroz  
Jefatura Técnica Unidad de  
Urgencia  
Fecha: 24-06-2025 17:31 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
Ximena Andrea Sandoval Vidal  
Jefatura Asesoría Jurídica  
Fecha: 01-07-2025 15:29 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública Dr. Alejandro del Río



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>

**II. TÉNGASE PRESENTE** la vigencia de este protocolo a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

**III. ESTABLÉCESE** que el señalado “*Protocolo de Activación de Derivación y Acompañamiento Ley Dominga*”, debe ser el que se tenga en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

**IV. DÉJESE SIN EFECTO** toda normativa interna que diga relación con la materia de este protocolo.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

CEWSP

Distribución:

1. Dirección.
2. Subdirección de Gestión Clínica.
3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
4. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.
5. Departamento de Planificación y Desarrollo
6. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
7. Unidad de Emergencia Hospitalaria.
8. Unidad de Psiquiatría y Psicología de Enlace.
9. Unidad de Pabellón.
10. Unidad de Servicio Social del Paciente.
11. Unidad de Admisión.
12. Unidad de Anatomía Patológica.
13. Unidad de Auditoría.
14. Asesoría Jurídica.
15. Oficina de Partes.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FE8YFQ-314>