



PROTOCOLO DE SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS

CÓDIGO REG 1.2	VERSIÓN 03	FECHA 12/2023	VIGENCIA 5 años	Nº PÁGINAS 8
-------------------	---------------	------------------	--------------------	-----------------



Actualizado Por:



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

Revisado Por:



Dra. Carolina Aguirre J.
Subdirectora de Gestión
Clínica (s)



EU. Carolina Rivas J.
Subdirectora Gestión del
Cuidado (s)



EU. Karla Alfaro F.
Encargada Unidad de
Calidad y Seguridad del
Paciente.

Aprobado Por:



Dr. Patricio Barría A.
Director

Fecha: Diciembre 2023

Fecha: Diciembre 2023

Fecha: Diciembre 2023

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: REG 1.2
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 12/2023 Vigencia: 5 años
	NORMA DE SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS	Página 2 de 8

ÍNDICE

I. Objetivo.....	3
II. Alcance	3
III. Definiciones o Glosario	3
IV. Desarrollo del Proceso	4
V. Distribucion.....	7
VI. Responsables.....	8
VII.Documentacion de Referencia	8

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: REG 1.2
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 12/2023 Vigencia: 5 años
	NORMA DE SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS	Página 3 de 8

I. OBJETIVO:

Establecer un sistema estandarizado de registros clínicos de acuerdo a la normativa y disponible para todos los integrantes del equipo clínico.

II. ALCANCE:

Profesionales y no profesionales que participen en la atención de los pacientes en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública y Clínica Asistencial Posta central.

III. DEFINICIONES- GLOSARIO:

Ficha Clínica: Es el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente.

LPP: Lesiones por presión.

Carnet de alta: Documento que acredita la condición de alta del paciente que contiene las indicaciones médicas al alta de hospitalización y las citaciones a controles médicos posteriores.

Epicrisis: Es un resumen entregado al alta, en donde se cierra la historia clínica y se refiere a la patología actual considerando los antecedentes del tratamiento efectuado, resumen de exámenes relevantes y las indicaciones a seguir.

Dato de Atención de Urgencia (DAU): Documento que da cuenta del diagnóstico, procedimientos y exámenes realizados, además del tratamiento e indicaciones posteriores al alta de hospitalización, las que incluyen atención dental, derivaciones y controles posteriores.

***La institución está en proceso de cambiar el carnet de alta por la epicrisis, por lo cual es aún correcto si se entregan ambos al paciente o solo alguno de ellos.**

***La institución no cuenta con consultas de profesionales ambulatorias.**

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: REG 1.2
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 12/2023 Vigencia: 5 años
	NORMA DE SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS	Página 4 de 8

IV. DESARROLLO DEL PROCESO:

Las fichas clínicas de acuerdo a la ley, pueden llevarse en soporte papel, electrónico u otro. La institución mantiene la información clínica del paciente en formato papel.

Los exámenes de laboratorio se encuentran en línea y al alcance de los profesionales a cargo del paciente.

La información administrativa y la atención realizada en la Unidad de Emergencia y en la Unidad de Salud del trabajador (UST) se encuentra en formato digital a través de registro electrónico privado y en formato papel, todo esto vinculado al RUT del paciente.

Contenidos mínimos a llenar por registro:

Registro	Responsable del llenado	Contenidos mínimos por registro
Ingreso Médico Emergencia	Médico Unidad de Emergencia Hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis. • Examen físico. • Hipótesis diagnóstica. • Indicaciones.
Ingreso Médico (Historia)	Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis. • Examen físico. • Exámenes de Laboratorio. • Imágenes. • Hipótesis diagnóstica. • Indicaciones.
Ingreso de Enfermería	Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> • Información básica. • Antecedentes previos. • Motivo de ingreso. • Condiciones generales de ingreso. • Estado de Conciencia. • Examen físico completo.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: REG 1.2
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 12/2023 Vigencia: 5 años
	NORMA DE SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS	Página 5 de 8

Protocolo operatorio	Cirujano tratante	<ul style="list-style-type: none"> Nombre y Número ficha del paciente. Fecha y hora de la intervención quirúrgica. Diagnóstico pre y post operatorio. Intervención quirúrgica Identificación del equipo Quirúrgico. Descripción del acto quirúrgico.
Protocolo anestésico	Médico Anestesiólogo	<ul style="list-style-type: none"> Responsable del procedimiento anestésico. Nombre cirujano. Drogas utilizadas. Fluidos administrados. Chequeo de máquina de anestesia. Tipo de anestesia.
Hoja evolución Diaria paciente hospitalizado	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> Fecha y Hora de la evolución. Descripción de condiciones generales del paciente. Plan de intervención. Apellido médico responsable.
Registro Profesional no médico	Kinesiólogos, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Psicólogos, Asistente Social	<ul style="list-style-type: none"> Identificación del paciente. Fecha. Nombre y firma del profesional. Descripción del tipo de atención otorgada.
Hoja de Atención de enfermería Hospitalización de Paciente No Crítico	Enfermera/Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> Indicaciones médicas. Riesgo de caídas. Riesgo de LPP. Clasificación de heridas si procede. Balance Hídrico. Planificación de enfermería. Evolución de enfermería. Nombre del profesional.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: REG 1.2
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 12/2023 Vigencia: 5 años
	NORMA DE SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS	Página 6 de 8

Hoja de Atención de enfermería Hospitalización de Paciente Crítico	Enfermera/ Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> Indicaciones médicas. Riesgo de caídas. Riesgo de LPP. Clasificación de heridas si procede. Balance Hídrico. Planificación de enfermería. Evolución de enfermería. Nombre del profesional.
*Epicrisis	Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> Nombre y ficha clínica del paciente. Diagnóstico (s). Tratamiento médico y/o quirúrgico. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. Indicaciones y controles. Firma de médico responsable.
*Carnet de alta	Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico. Procedimientos Realizados. Indicaciones al alta. Firma de médico responsable.
Interconsultas	Médico Interconsultor	<ul style="list-style-type: none"> Datos de identificación del paciente. Hipótesis diagnóstica. Razones de interconsulta y antecedentes. Nombre solicitante.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: REG 1.2
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 12/2023 Vigencia: 5 años
	NORMA DE SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS	Página 7 de 8

Atención de Urgencia	Equipo de salud y administrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre y Nº de DAU del paciente. • Anamnesis. • Examen físico y Signos vitales. • Hipótesis diagnóstica/Diagnóstico. • Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. • Indicaciones. • Nombre del profesional.
----------------------	----------------------------------	---

Los datos registrados en la Ficha clínica deben tener una secuencia cronológica que debe coincidir con la evolución clínica del paciente. Deben ser elaborados con letra clara y legible.

La exactitud y fidelidad de los datos contenidos en la Ficha Clínica, son de responsabilidad de las personas que los registran, por lo que se debe consignar la identificación del profesional que efectúa la prestación, en caso de negativa o rechazo a procedimientos diagnósticos o terapéuticos por parte del paciente o sus familiares o representantes debe quedar constancia por escrito en la Ficha Clínica.

V. DISTRIBUCION:

- Dirección
- Subdirección de Gestión Clínica
- Subdirección de Gestión del Cuidado
- Subdirección Administrativa
- Subdirección de Recursos Humanos
- Unidad de Análisis clínico GRD
- Departamento de Auditoria
- Servicios y Unidades Clínicas
- Servicios de Apoyo clínico
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- Unidad de IAAS
- Clínica Asistencial Posta Central

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: REG 1.2
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 03
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 12/2023 Vigencia: 5 años
	NORMA DE SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLINICOS	Página 8 de 8

VI. RESPONSABLES:

Profesionales y técnicos: Dar cumplimiento al protocolo

Jefes de Servicio y EU Supervisoras: Supervisar cumplimiento del protocolo

VII. DOCUMENTACION DE REFERENCIA:

Norma de Registros Clínicos HUAP 2015, versión 02.

Pauta de Cotejo Manual de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, 2009.

Norma 41. Reglamento sobre fichas clínicas del Ministerio de Salud; Subsecretaría de Redes Asistenciales, Publicado en el Diario Oficial el 15.12.2012.

Ley 20584 que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (octubre del 2012).

Dictamen Nº 19653. Sobre los sujetos autorizados a acceder a la ficha clínica de un paciente del 02/04/2013.

Ley 18.834 Estatuto Administrativo: Art. Nº 61, letra h. Confidencialidad
Instrumento de Acreditación, MINSAL 2008