



Manual de documentación clínica



Hospital
Virgen del Puerto
Plasencia

INTRODUCCIÓN	2
FINES Y UTILIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA	3
NORMAS GENERALES	4
IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	5
CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	6
Carpeta	6
Orden de ingreso	6
Hoja de anamnesis y exploración física	7
Hoja de evolución.	7
Hoja de problemas	7
Hoja de analítica.	7
Hoja de laboratorio	7
Hoja de órdenes de tratamiento	7
Hoja de interconsulta	8
Hoja de anestesia	8
Protocolo de intervención	8
Hoja de actividad de quirófanos	8
Hoja de valoración de enfermería	8
Gráficas de enfermería	8
Hoja de comentarios de enfermería	8
Hoja de cuidados y registro de enfermería	9
Hoja de tratamiento	9
Informe de alta de enfermería	9
Informe de alta	9
Consentimiento informado	10
ORDEN DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.	11
CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	12
CONFIDENCIALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	13
NORMAS GENERALES DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	15
NORMAS PARA EL PRÉSTAMO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	16
INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA	18
NORMAS REFERENTES A CUSTODIA ESPECIAL DE HISTORIAS CLÍNICAS	19
NORMAS SOBRE HISTORIAS CLÍNICAS EXTRAVIADAS	20
FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	21

Introducción

La Historia Clínica, como todos los profesionales sanitarios sabemos, va más allá del conjunto de documentos relativos a la vida médica de un paciente. Su contenido refleja nuestra actividad diaria y por tanto es parte de nuestras vidas como profesionales.

Por otro lado, todos conocemos hoy en día su valor legal y las implicaciones que tiene ese conjunto de documentos, a veces al cabo de muchos años.

Es un honor presentar este manual elaborado con tanto trabajo por la Comisión de Historias Clínicas, con él se pretende no sólo hacer llegar al profesional la importancia y trascendencia de la Historia sino también las normas que van a regir en este Hospital en cuanto a su elaboración, orden, custodia... de manera que nuestro trabajo sea más fácil y ordenado, cumpliendo además con un deber para con nuestros pacientes.

Espero que forme parte de los libros de consulta de los servicios y sea referente en nuestro trabajo diario.

Plasencia, marzo de 2002

M^a Isabel Alarcón González
Directora Médica

Fines y utilidades de la Historia Clínica

Los principios básicos orientadores de la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica han de ser la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y su intimidad.

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada Centro. Todo el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

Los fines y utilidades de la historia clínica son:

- 1.- Asistencia
- 2.- Investigación
- 3.- Docencia
- 4.- Control de Calidad
- 5.- Gestión de recursos asistenciales
- 6.- Jurídicos
- 7.- Fondo histórico documental

Para que cumpla todas las funciones, debe de dejar de ser un simple "cúmulo de papeles" y contener INFORMACIÓN BÁSICA, que esté perfectamente estructurada en su forma y contenido.

Este reglamento tiene por objeto regular todos los aspectos concernientes a la documentación clínico-administrativa, debiendo ser considerado un manual de cumplimiento obligatoria por todas aquellas personas que manejan este tipo de documentación.

1. Normas generales

- 1.1 Será objeto de este reglamento toda la documentación clínico administrativa que se produzca en el Hospital.
- 1.2 Se entiende por documentación clínica cualquier soporte de información generada en la asistencia del enfermo sea cual sea la naturaleza del mismo.
- 1.3 La documentación clínica que se produzca en el Hospital será custodiada por el mismo y podrá ser retirada del Hospital con los fines que establezca este reglamento o, en su defecto, autorice la Dirección Médica.
- 1.4 Se abrirá historia clínica a todo enfermo que sea admitido en el Hospital por primera vez, tanto en régimen de hospitalización como en consulta externa. A los enfermos que acudan al Servicio de Urgencias, se les abrirá una "historia de urgencias", y en caso de necesitar hospitalización y/o revisiones posteriores en consultas externas pasará a formar parte de su historia clínica.
- 1.5 Cada enfermo tendrá una HISTORIA CLÍNICA ÚNICA que vendrá identificada por un NÚMERO que se asignará en el momento de apertura de la historia clínica. En ella se archivará toda la documentación generada en la asistencia al enfermo, independientemente de cual sea el Servicio que lo haya atendido. Los registros generados en Urgencias que no tengan número de historia clínica definitivos serán archivados aparte
- 1.6 La historia clínica se estructurará por Episodios Cínicos independientes. Cada episodio debe contener toda la información recogida desde su comienzo hasta el momento del alta. Si es necesario que el enfermo ingresado sea tratado por distintos Servicios, cada uno de ellos emitirá un informe sobre su actuación.
- 1.7 El modelo de historia clínica y de los documentos que la componen es único para todo el Hospital y eventualmente para el área, no pudiendo existir otros diferentes que los aprobados por la Comisión de Historias Clínicas y Documentación y/o Dirección Médica, a quien habrá de reunir cualquier petición de modificación, supresión o inclusión de formulario clínico-administrativo.
- 1.8 La custodia y control de la documentación clínico-administrativa corresponde al Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Dicho Servicio debe tener control del movimiento de historias clínicas por lo que los distintos servicios le comunicarán por escrito los préstamos o intercambios de estas que realicen.
- 1.9 El Servicio de Admisión y Documentación Clínica deberá denunciar ante la Comisión de Historias Clínicas y Documentación y/o Dirección Médica las irregularidades que se produzcan en el cumplimiento de este reglamento.

2. Identificación de la documentación clínica

Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

2.1 Toda la documentación clínica debe ir correctamente identificada con el número de historia clínica.

2.2 La Unidad de Admisión y Documentación Clínica asignará el número de historia clínica. Las normas para la asignación de dicho número serán dadas por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

2.3 El número que se le asigne a un enfermo será único y una vez asignado uno, siempre deberá utilizarse el mismo.
"Ningún paciente deberá tener más de un número, ni un mismo número podrá ser dado a más de un enfermo".

2.4 Una vez asignado un número de historia clínica, este sólo podrá ser modificado por el Servicio de Admisión y documentación Clínica y sólo se hará si se detecta algún error o duplicidad. Si se detecta algún error o duplicidad deberá comunicarse al Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

2.5 Todos los documentos que componen la historia clínica estarán identificados con el número de historia clínica, apellidos y nombre del enfermo, fecha de nacimiento, el servicio o unidad asistencial, el número de cama si está ingresado y el nombre del médico que lleva al paciente. La cumplimentación de los datos corresponde al responsable de iniciar cada documento.

2.6 Las radiografías deberán identificarse con los apellidos, el nombre del paciente y la fecha de exploración. En el sobre también se cumplimentará el número de historia clínica, el número de cama, el nombre de la unidad peticionaria y la exploración realizada. La cumplimentación de estos datos corresponde al Servicio de Radiología.

3. Confección de la Historia Clínica

3.1 Las historias clínicas que se generen en el Hospital deben confeccionarse obligatoriamente con documentos aprobados en la Comisión de Historias Clínicas y Documentación.

3.2 Para que la historia clínica cumpla con su cometido como medio de comunicación dentro del equipo que asiste al enfermo, es necesario que la redacción de la misma cumpla una serie de requisitos.

3.2.1 La escritura debe ser clara y legible

3.2.2 La terminología precisa

3.2.3 Evitar la utilización de abreviaturas. Si se cree necesario su uso, hacerlo con aquellas que sean de uso común y, si no es así, la primera vez que aparezca deben ir seguidas del texto completo entre paréntesis

3.2.4 Evitar tachaduras y rectificaciones entre líneas.

3.3 Cuando una hoja sea insuficiente, añadir cuantas sean necesarias, numerándolas y ordenándolas de forma correlativa.

3.4 En la confección de la historia clínica intervienen distintos autores, cada uno de ellos es responsable de la correcta aplicación de las normas de su competencia.

3.5 La distribución de las competencias es la siguiente:

3.5.1 Carpeta. La Unidad de Admisión es responsable de su apertura.

3.5.2 Información clínico-estadística. (en soporte informático)

3.5.3 Orden de ingreso. Es el documento utilizado por el facultativo para formalizar el ingreso, debiendo ir firmado y correctamente identificado por el mismo.

Consta de:

a) Datos administrativos del paciente.

b) Los datos clínicos que serán rellenados por el médico responsable del enfermo en este servicio. deben anotar todos los diagnósticos, ser precisos en la terminología y no anotar síntomas asociados a un diagnóstico ya descritos

c) Este documento será enviado al Servicio de Admisión en el momento del alta del paciente

3.5.4 Informe de urgencia

3.5.5 Hoja de anamnesis y exploración física

a) El responsable de su confección es el médico que atiende al paciente durante la primera visita. Pondrá su nombre legible y firma al final. deberá estar cumplimentada dentro de las primeras 24 horas de la admisión del enfermo.

b) Deben anotarse el motivo de la asistencia, síntomas referidos a su enfermedad, fecha de comienzo de los mismos. Exploraciones y tratamiento previos y evolución clínica hasta su admisión en el Hospital.

c) Exploración física.

d) Anotar diagnóstico inicial y los diagnósticos adicionales si existen, el plan terapéutico y las exploraciones solicitadas

e) El documento será manuscrito pero legible.

3.5.6 Hoja de evolución. Relato cronológico de la evolución del paciente. Debe ser detallado para describir los resultados del tratamiento y los cambios en cada uno de sus problemas. La frecuencia con que se realicen las notas dependerá del estado del enfermo, pero será al menos diaria.

3.5.7 Hoja de problemas. Los servicios que lo consideren oportuno podrán utilizarla.

3.5.8 Hoja analítica. En esta hoja se pegarán los informes de los resultados del laboratorio, colocados según orden de llegada de abajo hacia arriba.

3.5.9 Informes de laboratorio

a) Su confección y correcta cumplimentación es responsabilidad del médico petionario. Además de los datos de identificación, reflejará datos clínicos de interés.

b) El laboratorio no aceptará los volantes que no estén bien cumplimentados.

c) El personal que realice la extracción anotará la fecha en la que se realizó.

3.5.10 Hoja de órdenes de tratamiento: Unidosis

a) Su correcta confección será responsabilidad del médico encargado del paciente en cada momento, de tal manera que ninguna orden puede ser anotada sin su consentimiento, a excepción de los periodos de guardia.

b) Las órdenes se escribirán con letra legible, se anotarán la fecha y se firmarán.

c) Las órdenes médicas referentes a medicación a administrar deberán especificar:

- *Nombre del principio activo o especialidad.*
- *Dosis.*
- *Vía de administración*
- *Periodicidad*

c) El médico responsable actualizará las órdenes de tratamiento, ateniéndose a la normativa emitida por el Servicio de Farmacia y utilizando la documentación remitida por esta (previamente aprobada por la Comisión).

3.5.11 Hoja de interconsulta. La petición es responsabilidad del médico encargado del paciente. Debe expresar de forma clara la urgencia de la consulta, fecha y hora de petición y tipo de consulta (diagnóstico, tratamiento...).

La respuesta del servicio consultado se hará en la misma hoja y deberá ir firmada por el médico.

Este documento es autocopiativo; el original pasa a formar parte de la Historia Clínica del enfermo y la copia quedará en poder del servicio consultado.

3.5.12 Hoja de consentimiento informado Es obligatoria su presencia como consentimiento previo a intervenciones quirúrgicas y/o otras exploraciones que a juicio del médico conlleven un riesgo. Firmada por el enfermo, o responsable legal en caso de incompetencia de este.

3.5.13 Hoja de anestesia. Este documento recoge la existencia prestada por el Servicio de Anestesia, durante la intervención quirúrgica. Será cumplimentada por el anestesista responsable, que deberá firmarla.

3.5.14 Protocolo de intervención. Se presentará con letra legible, fechado y firmado por el responsable del equipo de cirujanos que llevó a cabo la intervención.

Se cumplimentará inmediatamente después de la intervención y su inclusión en la historia clínica no debe demorarse más de 48 horas.

Este documento se encuentra en el reverso de la "Hoja de anestesia".

3.5.15 Hoja de actividad de quirófanos y/o de registro de partos.. Se cumplimentará por la enfermera circulante del quirófano.

Los datos clínicos de la intervención serán aportados por el cirujano responsable.

3.5.16 Informe de anatomía patológica .

3.5.17 Hoja de valoración de enfermería. Se rellenará por el enfermero/a responsable del paciente a su ingreso en la Unidad de Hospitalización. En ella se recogerán además de los datos demográficos del paciente, todos aquellos que permitan establecer un plan de cuidados de enfermería durante la hospitalización.

3.5.18 Gráficas de enfermería. En ella se anotarán todos los registros de enfermería precisos y derivados de las necesidades del paciente, así como las pruebas complementarias que se soliciten.

Será responsabilidad del enfermero/a su correcta cumplimentación
En el apartado de pruebas complementarias, deberá figurar la fecha de petición, la fecha de realización y la fecha de recepción de la prueba.

3.5.19 Hoja de comentarios de enfermería. En ella se recogerán todas aquellas observaciones de interés detectadas por el personal de enfermería.

Estas observaciones deberán ir fechadas y firmadas por el enfermero/a responsable.

3.5.20 Hoja de registro de cuidados y procedimientos de enfermería. En ella se anotarán los cuidados de enfermería realizados para procurar el más rápido restablecimiento de la salud del paciente.

Existe una hoja común en hospitalización y varias específicas, adaptadas a la particularidad de los servicios especiales.

Deberán ir fechados y firmados por el enfermero/a responsable.

3.5.21 Hoja de tratamiento. En ella se transcribirá el tratamiento médico pautado y será firmado por el enfermero/a responsable del paciente en el momento de la administración del mismo.

3.5.22 Informe de alta de enfermería. En aquellos casos que el paciente lo requiera, se añadirá el Informe de Alta de Enfermería, donde la enfermera/o responsable del paciente resumirá el plan de cuidados realizados y especificará la planificación de los cuidados a seguir.

3.5.23 Informe clínico de alta. El médico encargado del enfermo debe redactar un informe clínico al alta. El jefe de servicio es el responsable del cumplimiento de esta norma. El informe de alta debe ir mecanografiado o manuscrito con letra clara con al menos original para el paciente, 1ª copia para la historia clínica, 2ª copia para el médico que ha remitido al paciente y 3ª copia para la Unidad de Codificación. Si no se puede confeccionar el informe de alta cuando se va el enfermo, se realizará un informe provisional, quedando pendiente la elaboración del definitivo y su entrega en un plazo no superior a 15 días.

Se realizará a todos los enfermos que cursen estancia y a los enfermos atendidos en consultas externas si el médico lo considera necesario, si el enfermo lo solicita, al darse el alta definitiva o tras seis meses de asistencia en la consulta del hospital.

Según Orden Ministerial de 06/09/84, los requisitos mínimos que deben cumplir el informe de alta serán:

3.5.23.1 Estar escritos a máquina o con letra claramente legible

3.5.23.2 Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial:

- a) *Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.*
- b) *Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencial o servicio clínico que de el alta.*
- c) *Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.*

3.5.22.4 Referidos al proceso asistencial :

- a) *Día, mes y año de admisión.*
- b) *Día, mes y año de alta.*
- c) *Motivo del alta: por curación o mejoría, alta, voluntaria, fallecimiento o traslado a otro centro para diagnóstico y/o tratamiento*
- d) *Motivo inmediato del ingreso*
- e) *Resumen de la historia clínica (anamnesis) y exploración física del paciente.*
- f) *Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia se expondrán los hallazgos más significativos de ésta, en un apartado específico.*
- g) *Diagnóstico principal*
- h) *Otros diagnósticos, en su caso*
- i) *Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos, en su caso. En caso de parto, se especificará para cada producto de la concepción, su peso al nacer, sexo y estado natal del recién nacido.*
- j) *Otros procedimiento significativos, en su caso*
- k) *Recomendaciones terapéuticas.*

"El informe de alta provisional contendrá requisitos mínimos contemplados en el artículo 3º de la presente Orden, con excepción de los puntos 4d, 4e y 4f, siendo sustituido el punto 4g por << diagnóstico provisional >>

3.5.24 Documento donde conste las instrucciones previas del paciente.

3.5.25 Informe social (cuando exista).

4. Orden obligatorio de la documentación de la Historia Clínica

Para facilitar el manejo y la búsqueda de datos clínicos, el contenido de la Historia Clínica se estructurara de forma homogénea y uniforme para todo el hospital.

Cuando la Historia Clínica esté en fase de confección, la disposición de documentos es libre, dependiendo de la costumbre del Servicio responsable de la asistencia al paciente, pero una vez concluida su confección es obligatorio que la disposición de los documentos siga según el orden establecido . Este requisito será indispensable para que la Historia Clínica sea admitida en el archivo.

Estará encargado de reunir todos los documentos que integran la Historia Clínica y remitirla al archivo, el personal administrativo adscrito al servicio que de el alta al paciente, pero cada estamento profesional será responsable del orden de los documentos cuya cumplimentación le corresponden.

Los documentos de la Historia clínica quedarán agrupados y ordenados de la siguiente manera:

I. Hoja de Historia Clínica, en formato A3, y que, a su vez, contendrá:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 1) Informes clínicos: | - <i>Informes de alta</i> | - <i>Informe provisional</i> |
| | - <i>Informe de autopsia</i> | - <i>Informes de otros hospitales</i> |
| | - <i>Hoja de urgencias</i> | - <i>Hoja de alta voluntaria</i> |
| 2) Hoja de problemas (cuando exista) | | |
| 3) Hojas de evolución clínica | | |
| 4) Hoja de anestesia | | |
| 5) Hoja de protocolo quirúrgico | | |
| 6) Hojas de interconsulta | | |
| 7) Hojas de consentimiento informado | | |
| 8) Documento de instrucciones previas | | |
| - 9) Informe social (cuando exista) | | |
| 10) Ordenes de tratamiento | | |

II. Hoja de Valoración de Enfermería, en formato A3, y que, a su vez, contendrá:

- 11) Hoja de plan de cuidados de enfermería
- 12) Hojas de comentarios de enfermería
- 13) Gráficas de constantes
- 14) Hoja de medicación

III. Hoja de Pruebas Complementarias, en formato A3, y que, a su vez, contendrá:

- 15) Pruebas complementarias de laboratorio
- 16) Electrocardiogramas
- 17) Informes de radiodiagnóstico
- 18) Informes de anatomía patológica
- 17) Informes de endoscopias
- 18) Otras exploraciones complementarias

5. Conservación de la documentación Clínica

5.1 El Servicio de Admisión y documentación Clínica es el centro de custodia de la documentación clínica. Esta no deberá retenerse una vez concluida su confección tras el alta del enfermo, y en general una vez finalizado el acto que motivó su salida del Archivo.

5.2 Durante la permanencia de la documentación clínica en el interior del Archivo, es responsabilidad de éste su adecuada conservación y disponibilidad.

5.3 Una vez suministrada, la pérdida o deterioro de la documentación clínica es responsabilidad del servicio solicitante.

5.4 La Comisión de Historias Clínicas y Documentación definirá que documentación se encuentra en activo y cual en pasivo, decidiendo el tratamiento que deberá recibir la documentación establecida como pasivo.

5.5 Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y por la Ley 4º/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

6. Confidencialidad de la documentación

6.1 La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión.

Uno de los principios básicos de la Ley 41/2002 es que la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida. Y la citada Ley, recoge entre otros aspectos, el que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

6.2 Usos de la historia clínica y acceso a ella:

6.2.1 La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

6.2.2 El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

6.2.3 El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

6.2.4 El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

6.2.5 El derecho de acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

6.2.6 Sólo se facilitará el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

6.3 Es responsabilidad del Archivo custodiar la Historia clínica y demás documentación clínica que allí se encuentra, una vez que haya salido de sus dependencias tal responsabilidad recae sobre el peticionario y subsidiariamente sobre la unidad asistencial a la que pertenezca.

6.4 El acceso a la información contenida en la Historia Clínica se regulará por las siguientes normas:

a) Acceso a la Historia Clínica para uso asistencial:

- Los facultativos del centro podrán solicitar la Historia Clínica para cualquier actividad asistencial. Si la Historia Clínica es solicitada por facultativos o instituciones ajenas al Hospital para el seguimiento asistencial del paciente, esta será facilitada por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

b) Acceso a la Historia Clínica para uso no asistencial:

- Tendrán acceso a la Historia Clínica los médicos y enfermeros del centro. La revisión de Historias Clínicas destinada a la realización de trabajos científicos, necesita ser autorizada por el responsable del servicio de Admisión y Documentación Clínica.

- El personal sanitario, organismos o instituciones ajenas al hospital deberán contar con la autorización de la Dirección Médica y/o Gerencia

6.5 En el Archivo se habilitará una dependencia específica destinada a la consulta de la Documentación Clínica. En consecuencia, considerando los medios con que esté dotada dicha dependencia así como aquellos disponibles para la reproducción de Documentación Clínica, la Historia sólo abandonará las dependencias del archivo en casos no asistenciales para ser utilizadas en sesiones clínicas, o estudios de Historias Clínicas, cuando la información necesaria no pueda ser obtenida a través de dichos medios. En ambos casos el tiempo que permanezca la Historia Clínica fuera del Archivo será lo más corto posible.

6.6 Al objeto de garantizar la confidencialidad de la información de la documentación clínica, se tendrán en cuenta las siguientes normas para su difusión o publicación.

a) No deben publicarse aquellos datos que permitan la identificación del paciente (nombre, número de Historia Clínica, etc.)

b) Si se requiere mostrar la identificación del enfermo, será preceptiva la autorización escrita del mismo.

6.7 La reproducción de documentos y radiografías contenidos en la Historia Clínica deben ser autorizadas por el servicio de Archivo y Documentación Clínica de acuerdo con las siguientes normas:

a) Solicitud de un Hospital al que se ha trasladado al paciente a petición de nuestro Centro, se emitirá una copia de la documentación solicitada.

b) Solicitud por parte de otro hospital o facultativo: la solicitud de reproducción deberá ser realizada por el paciente, debiendo ser autorizada por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, el cual deberá ponerlo en conocimiento de los médicos responsables del proceso asistencial.

7. Normas generales del Servicio de Admisión y Documentación Clínica

7.1 Es responsabilidad del Servicio de Documentación y Archivo velar por el cumplimiento de las normas establecidas en el Reglamento de uso de las Historias Clínicas. Dicho servicio informará ante la Comisión de Historias Clínicas y/o ante la dirección Médica el incumplimiento de dicho reglamento, para que depure, en su caso las responsabilidades a que haya lugar.

7.2 El servicio de admisión y Documentación Clínica debe conocer en todo momento la existencia y la ubicación de la documentación clínica, tanto de la que haya sido entregada por el Archivo, como la que permanezca circulante y pendiente de alta del enfermo.

El personal administrativo de plantas y consulta comunicarán los préstamos de Historias Clínicas.

8. Normas para el préstamo de documentación clínica

El personal administrativo adscrito al archivo proporcionará a los distintos servicios, las Historias Clínicas que precisen para la asistencia de los enfermos, para la realización de sesiones clínicas y para estudio.

La normativa para la solicitud de Historias Clínicas es la siguiente:

8.1 En la solicitud deben constar claramente los datos de identificación del enfermo, el número de Historia Clínica, servicio o unidad peticionaria, nombre del médico responsable y motivo de la petición.

8.2 La solicitud de la documentación clínica para la atención en el área de urgencias podrá hacerse: Durante la mañana y la tarde en días laborales directamente al Archivo y durante el turno de noche y los días festivos se realizará a la unidad de Admisión de urgencias. La solicitud de documentación clínica para ingreso programado en hospitalización será facilitada por el servicio de Admisión y Documentación Clínica el día del ingreso del paciente.

La documentación clínica para uso en consulta externa se entregará en las 24 horas previas a la consulta.

La documentación clínica para estudio se solicitará durante la mañana, en días laborales, por el médico o enfermero que vaya a realizar el estudio.

La petición se hará en un modelo destinado específicamente a este fin donde constará el estudio que se realiza, la persona que firma la solicitud y las historias que se piden.

El orden de prioridades para la entrega de documentación a los servicios, cuando no puedan ser atendidas las solicitudes oportunamente por aumento de carga de trabajo, se establecerá atendiendo al motivo de la solicitud y es la siguiente:

a) Historias Clínicas de enfermos ingresados y urgentes

b) Historias Clínicas de enfermos de asistencia programada en consulta.

c) Historias para estudios científicos o académicos.

8.3 La retirada de la documentación médica solicitada se hará por personal del servicio o unidad solicitante, y en el horario que establezca el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, excepto las urgentes.

8.4 Las Historias Clínicas solicitadas para estudio se someterán al horario que establezca el servicio de Admisión y Documentación Clínica, atendiendo a la lista de espera existente.

El acceso a la historia clínica con fines de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

8.5 La devolución de las Historias Clínicas y demás documentación médica se realizará por personal perteneciente al servicio peticionario, estableciéndose los siguientes plazos máximos:

a) Para la documentación proveniente del área de hospitalización: en un plazo de 72 horas a partir de la fecha de alta.

b) Para documentación proveniente de consultas externas en un plazo de 24 horas a partir de la fecha de utilización.

c) Para documentación proveniente del área de urgencias: en el plazo de 24 horas a partir de la fecha de utilización.

d) Documentación para uso no asistencial: 72 horas

En aquellas ocasiones en las que estos plazos no se puedan cumplir por motivos asistenciales se hará saber con antelación al Servicio de Admisión y Documentación Clínica el traslado a cualquier otra unidad asistencial de la documentación prestada. En caso de omitirse este trámite la responsabilidad de custodia, conservación y devolución recaerá en el servicio que realizó la primera solicitud

9. Información y estadística

9.1 El Servicio de Admisión y Documentación Clínica realizará el análisis documental de las Historias Clínicas de acuerdo a los medios disponibles, para facilitar el uso de los datos en ellas contenidos por los distintos sectores del hospital, ya sean estudios clínicos, control de calidad o gestión del centro..

9.2 Los datos clínicos contenidos en las Historias Clínicas necesarios para la elaboración de indicadores de actividad y rendimiento hospitalario serán recopilados por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica remitidos a la Dirección Médica y a otras unidades asistenciales o personas expresamente autorizadas.

9.3 El Servicio de Admisión y Documentación Clínica en la medida de sus posibilidades y teniendo en cuenta la presión asistencial que soporte en cada momento, prestará a los servicios del Hospital colaboración para la elaboración de aquellos estudios académicos, de investigación o de control que propongan llevar a cabo. Igualmente recuperará aquella información que le sea solicitada por los distintos órganos de gestión y control del Hospital siempre que exista autorización previa de la Dirección Médica .

9.4 El servicio de Admisión y Documentación Clínica elaborará y tendrá actualizado el censo de Historias Clínicas:

- a) N°. total de Historias Clínicas
- b) N° de Historias Clínicas archivadas y circulantes
- c) N° de Historias Clínicas activas e inactivas
- d) N° de Historias Clínicas extraviadas
- e) Movimiento de Historias Clínicas según motivo de prestación y por unidades peticionarias y todos aquellos indicadores útiles que reflejan la actividad desarrollada y ayuden en las tomas de decisión para la gestión de Historias Clínicas

10. Normas referentes a custodias especiales de Historias Clínicas

La custodia especial de Historias Clínicas se aplicará en los siguientes casos.

10.1 Historias Clínicas solicitadas por Tribunales de Justicia.

10.2 Todas aquellas Historias Clínicas que a juicio de la Dirección Médica, requieran este tratamiento.

Normas de custodia.

Las Historias Clínicas serán guardadas en un armario especial cerrado con llave, localizado en las dependencias de la Dirección Médica y el acceso a ellas será expresamente autorizado por ésta.

11. Normas sobre Historias Clínicas extraviadas

Historia Clínica extraviada: aquella que no se encuentre localizada, en el momento en que se necesita.

Los Servicios comunicarán al Servicio de Admisión y Documentación Clínica aquellas Historias Clínicas que se encuentren extraviadas.

Posteriormente el Servicio de Admisión y Documentación Clínica intentará determinar las causas que motivaron su pérdida.

Se realizará una búsqueda especial de la Historia Clínica en las dependencias del Archivo.

Notificación y búsqueda en la última unidad que solicitó la Historia Clínica.

Búsqueda de la Historia Clínica en todos los servicios en los que se conozca que haya recibido asistencia el paciente.

Si la Historia Clínica sigue sin aparecer una vez transcurrido el plazo de un mes, se seguirán las siguientes pautas:

1º Notificación a la Dirección Médica.

2º Iniciar el proceso de reconstrucción, confeccionando una nueva Historia Clínica, en la que se señale que es una HC extraviada y la fecha del extravío.

3º Se contactará con el paciente para informarle del hecho y solicitarle la documentación que pueda tener en su poder.

4º. Se fotocopiarán los informes de alta que existan del enfermo en los servicios que hubieran atendido con anterioridad al paciente.

5º. Si el paciente ha sido intervenido se intentará obtener copia del informe quirúrgico, si existe.

6º. Se contactará con el servicio de Anatomía Patológica al objeto de duplicar los informes de biopsias.

7º. Copias de las exploraciones realizadas en el servicio de Radiodiagnóstico.

8º. Se contactará con cualquier otro servicio que bien por el informe de alta o por indicación del paciente, pueda tener información de exploraciones realizadas al mismo.

12. Funciones de la Comisión de Historias Clínicas

- a) Establecer la política documental del Hospital. Definición de activos y pasivos, perdurabilidad de documentos, reproducción en soportes ajenos al papel y en general todas aquellas actuaciones que supongan un cambio en la disponibilidad de la Historia Clínica.
- b) Velar por el respeto a la confidencialidad de la Historia Clínica y dictar las normas oportunas al respecto.
- c) Elaborar el reglamento de uso de la Historia Clínica y realizar los cambios necesarios para su adaptación a las innovaciones que surjan en el campo de la práctica clínica, velará por el cumplimiento del Reglamento de uso de la Historia Clínica.
- d) Autorizar la inclusión, modificación o suspensión de cualquier documento perteneciente a la Historia Clínica.
- e) Elaborar propuestas a la Dirección Médica del Hospital y al Servicio de documentación Clínica tendentes a la mejora de los aspectos documentales y de información clínica del Hospital.
- f) Evaluar la calidad de la Historia Clínica y sistemas de información clínica del Hospital proponiendo los cambios necesarios para promocionar su calidad.

Este manual ha sido elaborado por la Comisión de Historias Clínicas, compuesta por:

- Alberto Roldan Montaud	Presidente
- Mario Serrano Marcos	Secretario
- M ^a . Isabel Alarcón González	Vocal
- Ramona Lancho Alonso	Vocal
- Julia García Rosingana	Vocal
- M ^a . Ángeles Gómez González	Vocal
- Gabriel Martín Clemente	Vocal
- Juan Carlos Mesonero Rodríguez	Vocal

Han contribuido de forma importante los antiguos miembros de la Comisión:

- Juan Antonio Riesco Miranda
- Jesús M^a Díez Rodríguez

*Manual revisado y aprobado por la
Comisión de Historias Clínicas
en noviembre de 2003*