	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 005
		<b>Fecha:</b> 05 05 2022
		<b>Página:</b> 1 de 61

# MANUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS Y AUDITORÍA PROCESO ATENCIÓN DEL CLIENTE ASISTENCIAL URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA (MORBILIDAD, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN) Y ODONTOLOGÍA

2022



**VIGILADO Supersalud**  
 Línea de Atención al Usuario: 6500870 – Bogotá, D.C.  
 Línea Gratuita Nacional : 018000910383



Certificado No. SC 5858-1




DOCUMENTO CONTROLADO


	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 2 de 61

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	4
1. MARCO TEÓRICO .....	7
1.1 DEFINICIONES .....	7
2. MARCO LEGAL .....	9
3. ALCANCE .....	11
4. OBJETIVOS.....	11
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
5. JUSTIFICACIÓN.....	13
6. POLÍTICAS GENERALES .....	13
7. GENERALIDADES .....	14
7.1 OBLIGACIONES Y DEBERES DE LOS AUDITORES MÉDICOS .....	14
7.2 DERECHOS DE LOS AUDITORES.....	15
7.3 DIRECTRICES INSTITUCIONALES SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA .....	15
7.4 APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA .....	15
7.5 DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	15
7.6 COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA .....	17
8. PLAN DE CONTINGENCIA.....	27
9. USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	27
10. GESTIÓN DE HOJAS SUELTAS MANUALES CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.....	29
11. PROCEDIMIENTO PARA UTILIZAR LA HISTORIA CLÍNICA .....	29
12. NORMAS DE FORMULACION ÓRDENES MÉDICAS .....	32
13. OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLÍNICO .....	33
14. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	34
15. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.....	34
16. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN .....	35
17. ELIMINACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA .....	36
18. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS .....	36

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 3 de 61

19. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN HISTORIA CLÍNICA .....	36
20. MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN H.C.....	37
21. PROCEDIMIENTO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL USUARIO O TERCEROS .....	37
22. SEGUIMIENTO Y CONTROL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS .....	40
23. GESTIÓN DEL ARCHIVO CLÍNICO .....	41
24. PROCEDIMIENTO DE LA AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	44
25. AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS .....	60
BIBLIOGRAFÍA .....	61

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 4 de 61

## INTRODUCCIÓN

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos. Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto.

A modo de síntesis, se puede afirmar que la historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia.


La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

La historia clínica es el único documento válido para demostrar el tipo de atención que un usuario ha recibido, es fiel reflejo de la calidad de atención brindada por el profesional de la salud.

La ESE en su esquema de gestión de calidad prioriza la en sus políticas de calidad de los servicios que ofrece, mantener sus historias clínicas dentro de los más altos estándares tanto de forma como de contenido.

Todo profesional médico o paramédico para ejercer dentro de la ESE, deberá ajustarse a las siguientes normas en la elaboración y manejo de la HISTORIA CLINICA y sus respectivos registros y como tal es un elemento fundamental para respaldar el acto médico y ser el respaldo definitivo en los procesos de responsabilidad profesional.

De todo ello puede concluirse que la historia clínica como tal debe existir y mantenerse, sin perjuicio de que, en virtud del derecho de acceso a la misma que se le reconoce, el usuario pueda conocer todos o cualquiera de los documentos e

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 5 de 61

informes de los que consta e incluso obtener copia de los mismos (criterio éste último que coincide, en el ámbito de las instituciones de salud públicas, con el derecho que se reconoce a todo ciudadano en relación con los expedientes administrativos en que sea parte interesada).


Estas conclusiones, recogen como derecho del usuario en el ámbito de la información y documentación de salud, el de recibir, a petición suya, un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en la E.S.E. Además, el usuario tiene obviamente el derecho a exigir el debido respeto a la confidencialidad de la información contenida en su historia clínica, como faceta del derecho más general a la salvaguarda de su intimidad personal. Pero que aquél no ostenta la titularidad de la historia, entendida como plena capacidad de disposición sobre la misma, se confirma a la luz de la regulación de los derechos de rectificación o cancelación de datos.

Por su propia finalidad parece claro que la historia clínica no es susceptible de la cancelación automática, lo que conduce a entender que en ningún caso puede el usuario por su propia voluntad imponer la destrucción o eliminación de su historial clínico.

El presente manual dicta las políticas, normas y procedimientos en relación con el registro sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características de las historias clínicas definidas en la resolución 1995 de 1999 de obligatorio cumplimiento por los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, así como los aspectos de gestión documental en el archivo, documentación, registro, conservación y respuesta al usuario en su solicitud.


Además se protocoliza las actividades de auditoría de Medicina General, Odontología, y Enfermería, que tiene como propósito la evaluación, seguimiento y control de todos los procedimientos inherentes a los servicios de salud que presta la ESE.

La metodología aquí contenida unifica criterios de evaluación y estandariza las actividades de auditoría a realizar en cada una de los procesos de la ESE en la

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 6 de 61

parte misional con lo que se persigue mayor organización, claro conocimiento del tema y aplicación acorde a las políticas institucionales y exigencias de ley, garantizando de esta forma mejoramiento de la gestión gerencial, administrativa y asistencial de la ESE en procura del logro de los objetivos y metas propuestas lo cual redundara en una mejor calidad de atención para la población usuaria.

Dada la importancia de este documento se hace necesaria su socialización con el fin de fomentar su implementación, ejecución y seguimiento como actividades generadoras de la cultura de autocontrol y mejoramiento continuo de la calidad.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 7 de 61

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 DEFINICIONES


**La Historia Clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley.

**Estado de salud:** El estado de salud del usuario se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

- **Equipo de Salud:** Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- **Historia Clínica para efectos archivísticos:** Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un usuario, el cual también tiene el carácter de reservado.

### CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 8 de 61

cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

- **Racionalidad científica:** Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del usuario, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

**OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.** Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

### RESPONSABILIDAD EQUIPO TÉCNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLINICA


Todo el personal que participa en la atención de un usuario es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la HISTORIA CLINICA y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada.

Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos especialmente si los resultados son inesperados. Este podrá delegar su elaboración en un miembro del cuerpo profesional en adiestramiento, sin que este pierda su carácter de responsable ante la Fundación y ante la ley.

### SECRETO PROFESIONAL

Toda persona que tenga acceso a la HISTORIA CLINICA o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada. El código penal



	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 9 de 61

Colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado. Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa.

El médico o personal paramédico y el personal de facturación, sistemas y administrativo está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.


Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
- A los responsables del usuario, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley.
- A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.


El profesional velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional Este debe cobijar igualmente a todas aquellas personas que por su estado y profesión, reciben o tienen acceso a esta información confidencial. El Código Penal Colombiano establece las sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

## 2. MARCO LEGAL

- Resolución 1995 de 1999, del Ministerio de Salud por medio del cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica.
- Ley 23 de 1981. Artículos Nos. 33, 34, 35. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Secreto profesional de la Historia clínica. Regula archivos de las historias clínicas.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 10 de 61

- Decreto 3380 de 1981. Artículo El conocimiento que de la historia clínica que tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.
- Resolución 1832 De 1999. Artículo 3: Ajuste a la estructura de datos de identificación, consulta, procedimientos, hospitalización y urgencias
- Acuerdo 07 de 1994, Archivo General de la Nación de Colombia. Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos como norma reguladora del quehacer archivístico del país.
- Acuerdo 011 de 1996, Archivo General de la Nación de Colombia. Por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”.
- Acuerdo 049 de 2000, Archivo General de la Nación de Colombia. “Conservación de Documentos” del Reglamento General de Archivos sobre “condiciones de edificios y locales destinados a archivos”. Artículo 2: Condiciones generales. Ubicación, aspectos estructurales. Artículo 3: Áreas de depósito. Estanterías, distribución de estanterías. Artículo 4: Condiciones ambientales y técnicas.
- Decreto 780 de 2016 que establece se debe garantizar el desarrollo de procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad que los programas de auditoría sean concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básico en el Sistema Único de Habilitación.
- Resolución 839 del 2017. Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones, Por medio de la **Resolución 839 de 2017** el Ministerio de Salud y Protección **establece** el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, y el manejo que le deben dar las entidades del sistema de salud en caso de liquidación
- Resolución 3100 del 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 11 de 61

- Resolución 866 de 2021. Interoperabilidad de la Historia Clínica

### 3. ALCANCE

Este manual ha sido documentado para definir las políticas generales del manejo de los registros clínicos, brindando conocimientos y conceptos claros a todo el personal asistencial y administrativo que intervienen en el proceso de atención a los usuarios, facilitando, además, la sensibilización de los usuarios y demás partes interesadas sobre la importancia y el manejo de los registros clínicos al momento de requerirlos y plantear las actividades de auditoría para el seguimiento, la evaluación, la identificación de problemas y soluciones en la prestación de los servicios de salud.


### 4. OBJETIVOS

#### 4.1 OBJETIVO GENERAL.


Establecer la metodología y los lineamientos para integrar el expediente clínico por medio de la apertura, capturan y registro, con el fin de asegurar su control y resguardo en el archivo clínico y en la auditoria es mantener niveles óptimos de calidad mediante el seguimiento, la evaluación, la identificación de problemas y soluciones en la prestación de los servicios de salud, para esto la historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las directrices para el manejo y gestión de los registros clínicos en el Hospital Roberto Quintero Villa ESE de Montenegro Quindío

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 12 de 61

- Garantizar el conocimiento de la normatividad vigente para el manejo de la historia clínica
  - Brindar conceptos que faciliten la orientación del profesional de la salud al momento de gestionar los registros clínicos
  - Establecer las políticas para el uso y funcionalidad de la historia clínica automatizada en el software CNT
  - Facilitar el manejo de la historia clínica automatizada bajo la definición de instructivos para su uso
  - Procurar el cumplimiento de las políticas Sistema de información, confidencialidad y privacidad, brindando a los profesionales de la salud las herramientas para su implementación.
  - Promover el perfeccionamiento de de la atención, constituyendo un valioso instrumento para la educación continua, basada en el mecanismo de la autocrítica e integrando a todo el cuerpo asistencial comprometido en la atención brindada.
  - Determinar la calidad de la atención médica en los servicio de consulta Externa, Urgencias y Hospitalización.
  - Estimar el grado de coordinación alcanzada, entre los diferentes servicios que actúan en forma conjunta, para atender al paciente.
  - Programar la atención médica para mejorar los servicios, en base a las experiencias obtenidas.
  - Disminuir los índices de ocupación, intervalo de sustitución al valorar el número y tipo de pacientes que permanecen hospitalizados un tiempo mayor del necesario y que podrán tratarse como externos. Este objetivo se aplica a Hospitalización.
  - Coordinar, interpretar y promover las relaciones de trabajo de los médicos entre sí, con las autoridades y los usuarios.
  - Examinar los datos obtenidos a efectos de identificar índices de rendimiento en las áreas de atención médica para posteriormente corregir sus desviaciones.
  - Reconocimiento de errores y causales con miras a su corrección y mejorar la calidad de atención médica.
  - Mejorar racionalidad en exámenes auxiliares, uso de recursos humanos y financieros considerando el uso de protocolos.
- Proporcionar al personal Médico y Paramédico, un instrumento de auto-

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 13 de 61

evaluación de sus experiencia clínica, para contribuir en la superación profesional del mismo.

- Seleccionar casos clínicos que por su interés, sean objeto de actividades de investigación y/o enseñanza.
- Evaluar los mecanismos de referencia y contra referencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención.

Mejorar calidad de atención en salud y racionalidad de uso de recursos mediante la utilización de protocolos e indicadores, estándares y la auditoria de Procesos y costos.


## 5. JUSTIFICACIÓN

En el Sistema de Calidad de la ESE se tiene establecido la importancia que tiene en la atención el manejo de los registros clínicos, el cual debe garantizar como mínimo los requisitos establecidos por la ley: privacidad, confidencialidad, Secuencialidad y oportunidad, entre otros.

Este manual ha sido documentado para dar cumplimiento a los altos estándares de calidad, los requerimientos de ley y los requisitos y necesidades de la empresa.

## 6. POLÍTICAS GENERALES

- Se deben tener definidos los mecanismos para ejercer control sobre el acceso a las historias clínicas automatizadas, en el sistema CNT garantizando la confidencialidad actividad realizada por el grupo de sistema con los mecanismos de seguridad en el sistema de información configurando los códigos de acceso personal e intransferible.
- Establecer procedimientos de respaldo de información que garanticen la no pérdida de historias clínicas automatizadas con el sistema de backup de seguridad.


	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 14 de 61

- El comité de historias clínicas debe velar por el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la gestión de los registros clínicos y el buen funcionamiento del software clínico.
- Sólo se imprimen las historias a su respectivo propietario o a un acudiente, previa autorización del propietario por escrito con verificación de la identificación respectiva en oficio dirigido a la gerencia.
- El acceso al archivo clínico está restringido, solo pueden ingresar los funcionarios que laboran en dicha dependencia y el personal de enfermería o médico, en el horario no hábil.
- Al retirar una historia clínica, ésta debe estar registrada en el formato respectivo en el caso de registros manuales antiguos a la automatización de las historias clínicas

## 7. GENERALIDADES

### 7.1 OBLIGACIONES Y DEBERES DE LOS AUDITORES MÉDICOS

- Velar por la integralidad y confidencialidad de las historias clínicas y documentos sometidos a auditaje.
- Planear las actividades de auditoría.
- Observar un comportamiento cordial, respetuoso e imparcial con los colegas de la entidad.
- Informarse acerca de acciones correctivas orientadas a mejorar la calidad de atención que hayan sido sugeridas por la Auditoría Interna.
- Abstenerse de todo tipo de discusión, controversia pública con sus colegas, personal de salud, en relación con los casos objeto de auditoría y de censurar cualquier otro acto médico.
- Abstenerse de suministrar información a terceros sobre los resultados de la auditoría.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 15 de 61

## 7.2 DERECHOS DE LOS AUDITORES.

- Obtener la información necesaria para realizar su labor.
- Citar a los profesionales y/o trabajadores de la salud para ampliarles información laboral.
- Contar con recursos necesarios para trabajar.
- Participar en reuniones sobre auditoria.
- Ser escuchado por los directivos.

## 7.3 DIRECTRICES INSTITUCIONALES SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma completa clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y utilizando solo las siglas y acrónimos reglamentadas dentro de la empresa en la plantilla diseñada para cada tipo de atención en el Software CNT Cada anotación en el sistema registra la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.


## 7.4 APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En la ESE se realiza apertura de historia clínica a todos los usuarios que ingresan a los servicio de Urgencias, Hospitalización, y Consulta Externa(Promoción y Prevención, Odontología) .

Esta apertura está bajo la responsabilidad del facturador quien asigna cita, verifica derechos, realiza la apertura con los datos de identificación del cada usuario.

## 7.5 DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Para el diligenciamiento de la Historia Clínica el personal administrativo y los profesionales deben conocer los formatos establecidos y los instructivos correspondientes a dichos formatos. Para tales efectos, en el consultorio, existirá una carpeta guía con los formatos en blanco y los instructivos para consulta de los funcionarios correspondientes, en caso que se requiera usar los formatos de contingencia.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 16 de 61

Se cuenta con el software para el manejo de historia clínica, y el diligenciamiento de la información general de la Historia Clínica, tal como: número de la historia, datos personales del paciente, responsable y acompañante, pueden ser diligenciados por el personal administrativo, mientras que los espacios destinados a la información clínica (desde Causa de Consulta y Enfermedad Actual), solamente deben ser diligenciados por el profesional, quien realizará el interrogatorio y el examen al paciente.

Por seguridad de manejo de la historia clínica, se asignará a cada empleado un perfil con su correspondiente usuario y contraseña según sus funciones, adicionalmente para garantizar la confidencialidad de seguridad de los registros en la historia clínica el software utilizado evidencia que no se pueden modificar los datos ya guardados.

Al utilizarse mecanismos electrónicos para generar recibir, almacenar o disponer datos de la historias clínicas y para conservarlos, el prestador avala que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente expedida por el archivo general de la nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías y comunicaciones, mediante un documento firmado por el ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, quien certifica lo anteriormente enunciado. Ver gráfica.


**INGRESO DEL PACIENTE**

**ATENCIÓN POR  
CONSULTA EXTERNA**

**ATENCIÓN POR  
URGENCIAS**

**ATENCIÓN POR  
HOSPITALIZACIÓN**



	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 17 de 61

La identificación del usuario se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años.

Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad (entiéndase menores de un mes), se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

La ESE cuenta con una historia única institucional, en la base de datos del Software CNT licenciado y para los registros manuales y antiguos la ESE cuenta con un el archivo central de acuerdo a los tiempos de retención,

## 7.6 COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y las plantillas diseñadas para cada tipo de atención y programa específico en el Software CNT.

### IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Los contenidos mínimos son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, entidad de afiliación y tipo de vinculación, nombre de padre y madre aun si están fallecidos o no conviven con ellos ya que este dato es de gran ayuda para identificar los homónimos

### ANEXOS

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: Parto grama, consentimiento informado, procedimientos, declaración de retiro voluntario, reporte de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación

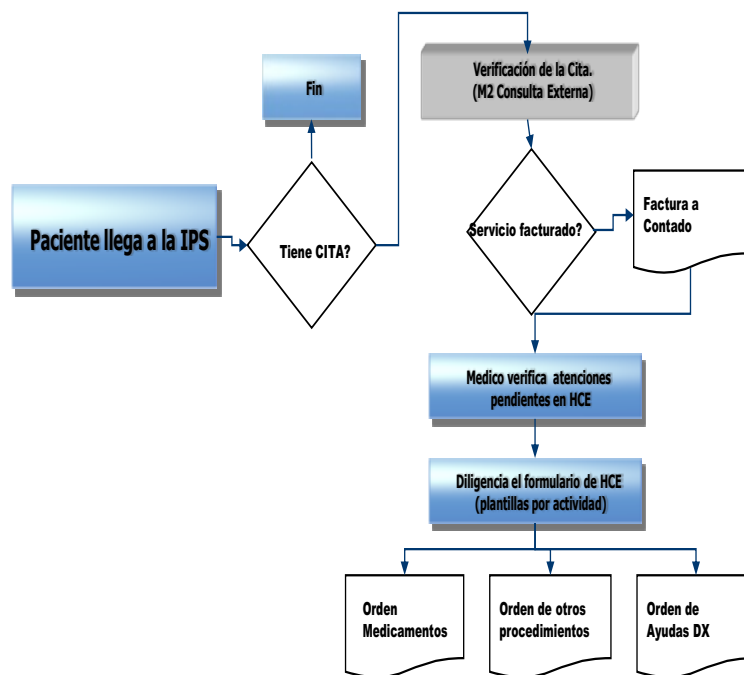
de las mismas también deberán anexarse a la historia clínica. Las imágenes diagnosticas se entregaran al usuario, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica.

## ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA

Setting for the Future

PROCESO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO

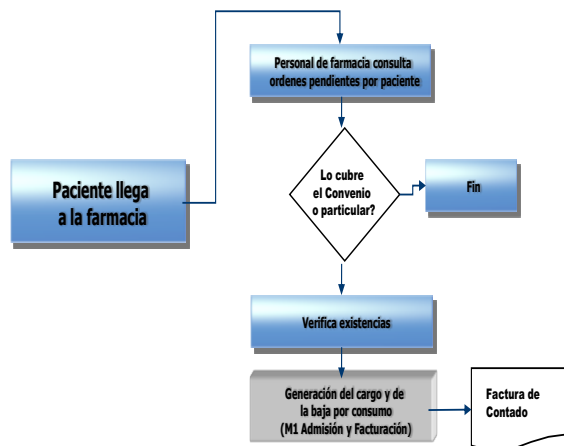
Modulo: M14 Historia Clínica Dinámica



**ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA**  
o Urgencia sin Observación

Setting for the Future


PROCESO: ENTREGA DE MEDICAMENTOS  
Modulo: M12 Medicamentos



**CONTENIDOS MÍNIMOS**

Se entiende por HISTORIA CLINICA completa aquella que incluye la siguiente información.

- Datos generales del usuario.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Revisión por sistemas.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 20 de 61

Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.

Examen físico completo el cual incluye siempre: signos vitales aparatos y sistemas.

Concepto médico. (Análisis y conclusiones)

Diagnóstico (s) tentativo (s) o definitivo (s)

Finalidad y causa.

Conductas o plan de tratamiento: orden de medicamento. orden de laboratorio, orden de imagenología, interconsultas, remisiones.

Evoluciones o controles.

Epicrisis o resumen de egreso.

Consentimientos.

## PLANTILLAS FORMATOS HISTORIA CLÍNICA AUTOMATIZADA POR TIPO DE ATENCIÓN EN EL SOFTWARE CNT

Se cuenta con plantillas pre codificadas para la atención de los pacientes en morbilidad, urgencias y consulta prioritaria, odontología, hospitalización, evolución médica y de enfermería, programas especiales como riesgo cardiovascular, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, atención del joven Atención del adulto mayor, tamizaje visual, Los resultados de exámenes paraclínicos

Es norma en la ESE, el diligenciamiento de la Historia Clínica automatizada, por parte de los profesionales tratantes en cada uno de las dependencias de atención.

### CONSULTA EXTERNA:

Historia clínica de consulta ambulatoria cuando el usuario solicita cita programada

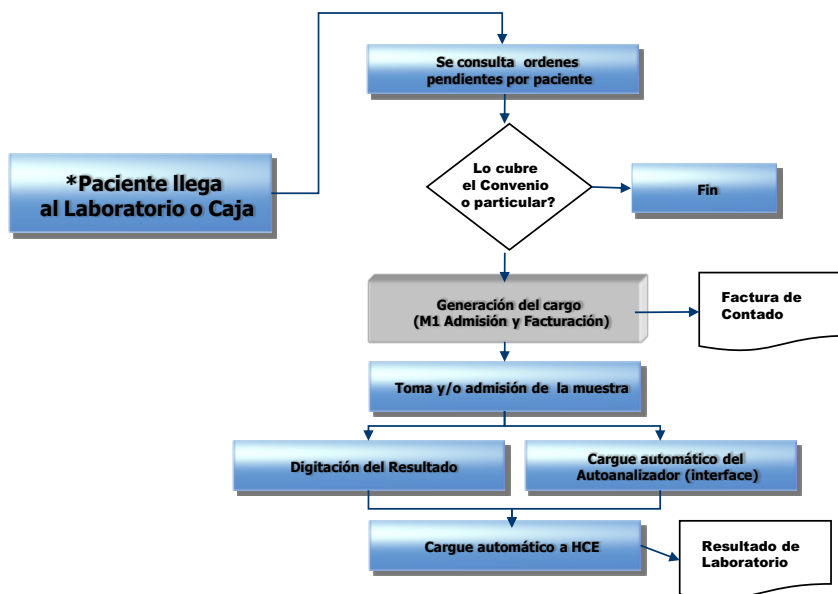
Historia clínica de revisión o transcripción cuando el usuario viene para revisión de exámenes o transcripción de fórmulas médicas, sin programar cita previa

## ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA

o Urgencia sin Observación

Setting for the Future

**PROCESO: ADMISIÓN, TOMA Y ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO**  
**Modulo: M7 Laboratorio Clínico**



\*Para ser atendido el paciente requiere un proceso de verificación y pago, lo puede realizar caja o en laboratorio.

## HOSPITALIZACIÓN:

Historia clínica de ingreso: todo usuario que se hospitalice para tratamiento médico o parto, deberá contar con historia clínica de ingreso por el médico tratante.

Las evoluciones deben contar con fecha y hora de la consignación de la información, se diligenciarán en el formato de notas médicas hospitalización

Las notas de las rondas realizadas se registran en el formato de rondas de hospitalización

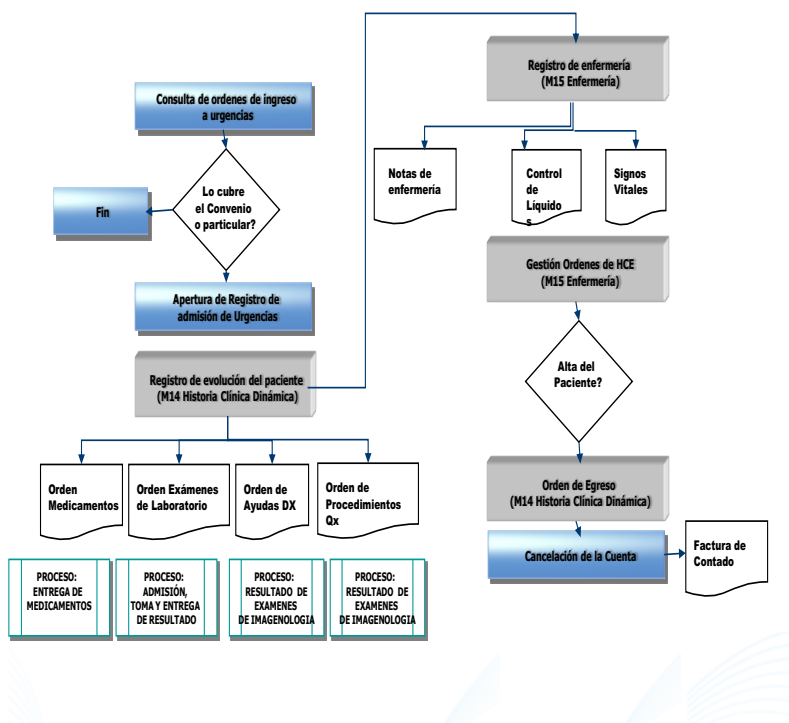
Incluye partograma manual.

## ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

o Observación de Urgencias

PROCESO: ATENCIÓN URGENCIAS CON OBSERVACIÓN

Modulo: M4 Urgencias



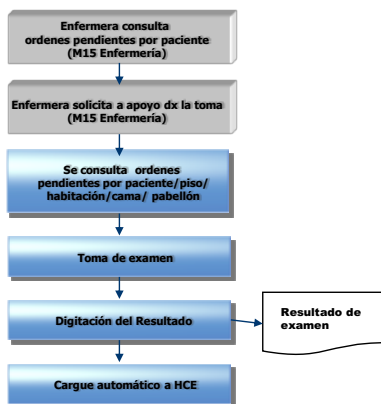
Es responsabilidad del que inicia un formato de evolución diligenciar los datos de identificación del usuario (Numero de historia clínica, nombres y apellidos), foliar la misma de manera consecutiva garantizando que no faltan componentes en la misma y dar cumplimiento a la normatividad legal vigente, resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud y Protección Social.

**ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN**

o Observación de Urgencias

Setting for the Future

**PROCESO: RESULTADO DE EXAMENES DE IMAGENOLÓGIA**  
**Modulo: M8 Imagenología**

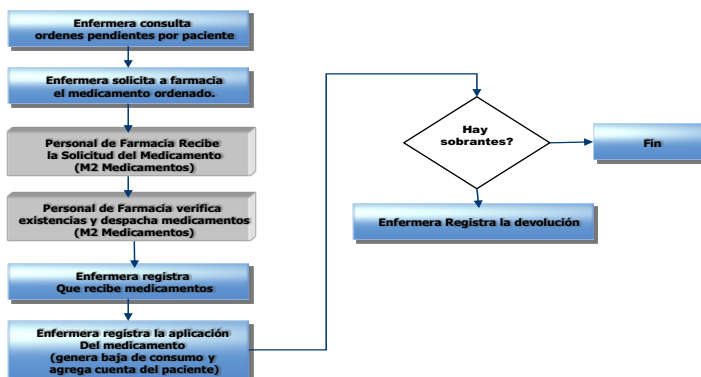


**ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN**

o Observación de Urgencias

Setting for the Future

**PROCESO: ENTREGA DE MEDICAMENTOS**  
**Modulo: M15 Enfermería**



**URGENCIAS:**

Todo usuario de la dependencia de urgencias debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general. Es obligatorio el registro de triage, atención en consulta, observaciones sobre tratamientos enviados por parte del médico y del personal de enfermería.

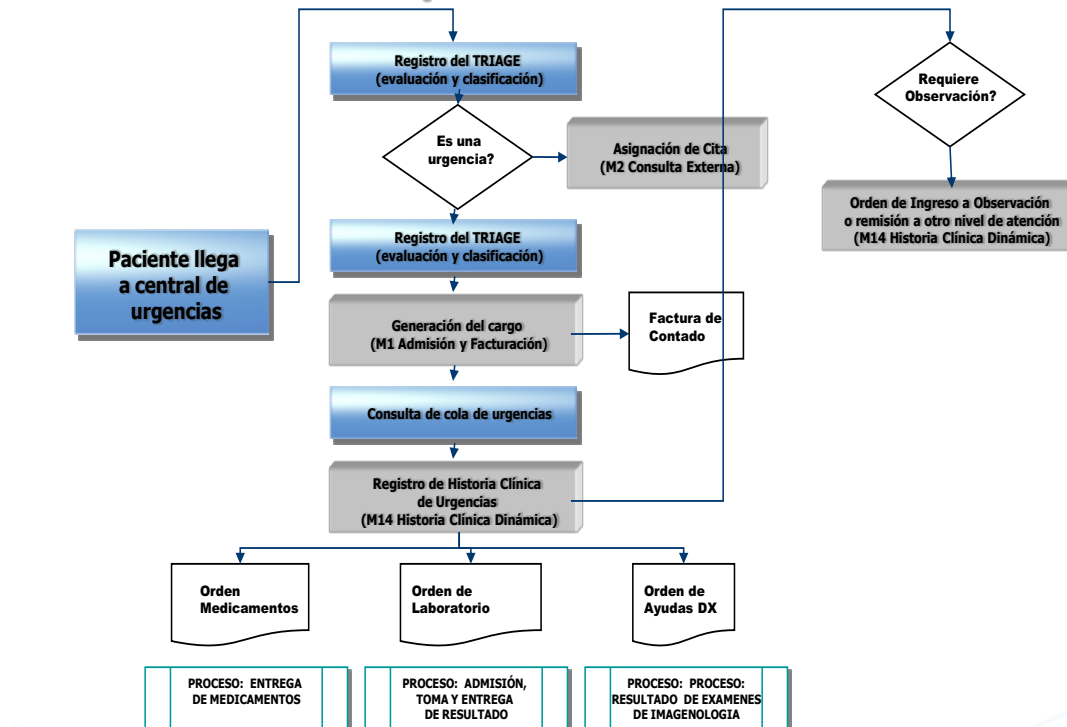
Historia clínica de consulta prioritaria-ambulatoria cuando el usuario no tiene asignada cita programada

**ATENCIÓN POR URGENCIAS**

Setting for the Future

**PROCESO: INGRESO A URGENCIAS**

**Modulo: M4 Urgencias**



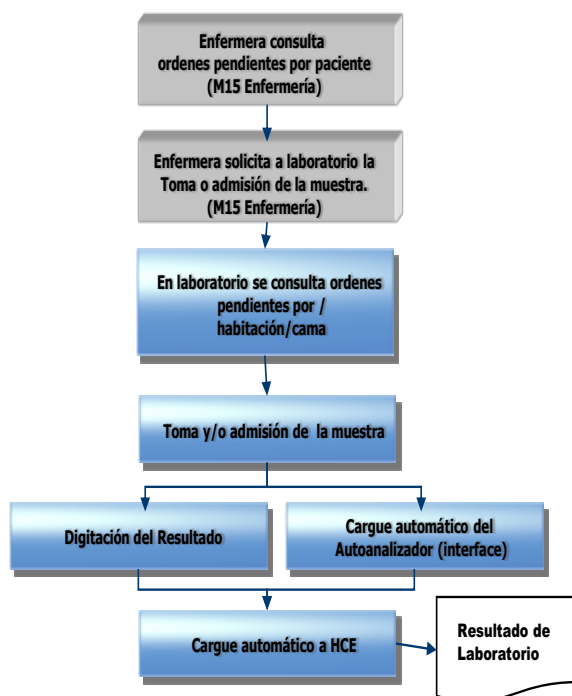


## ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

o Observación de Urgencias

Setting for the Future

**PROCESO: ADMISIÓN, TOMA Y ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO**  
**Modulo: M7 Laboratorio Clínico**



\*Para ser atendido el paciente requiere un proceso de verificación y pago, lo puede realizar caja o en laboratorio.

**ODONTOLOGÍA:** Todo usuario de la dependencia de odontología debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del odontólogo general, quien debe garantizar el registro de datos correspondientes a los exámenes clínicos, tratamientos y consultas de urgencias. Incluye odontograma.

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:** Todo usuario de la dependencia de promoción y prevención debe contar con la historia clínica correspondiente, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general y el personal de enfermería:

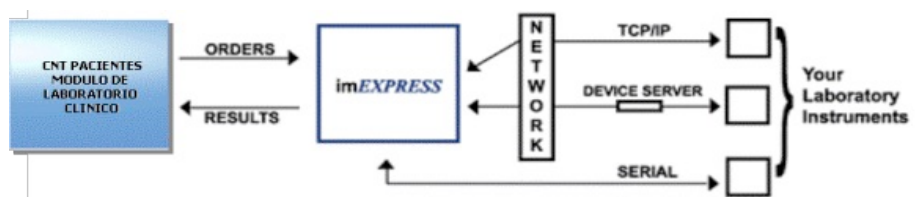
- Crecimiento y desarrollo
- Planificación Familiar
- Control prenatal y Puerperio
- Enfermedades Crónicas riesgo cardiovascular
- Atención del Joven
- Atención del Adulto
- Agudeza Visual


**LABORATORIO CLÍNICO:** La bacterióloga es responsable de garantizar oportunidad y veracidad en el registro de los resultados de las ayudas diagnósticas realizadas a los usuarios. Es responsabilidad de cada profesional el diligenciamiento de la nota correspondiente a la inasistencia del usuario a la cita programada.

## RESULTADOS DE LABORATORIO

Setting for the Future

PROCESO: CONEXIÓN CON INSTRUMENTOS AUTOANLIZADORES  
Modulo: M9 Conexión a Maquinas de Laboratorio



	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 27 de 61

## 8. PLAN DE CONTINGENCIA

**CONTINGENCIA PARA LA HISTORIA CLÍNICA.** Cuando se presenten fallas en el sistema informático de la Empresa, se recurre al diligenciamiento manual de la Historia; para ello cada servicio está dotado de papelería marcada como contingencia la cual cumple con las especificaciones requeridas para la historia.

Luego de reestablecido el sistema informático de la Empresa, el profesional debe actualizar la información en la historia clínica del usuario, procedimiento que se debe llevar a cabo en el mismo mes que se presentó el evento.


**FORMATOS DE HISTORIA CLINICA MANUAL** En aquellas ocasiones extraordinarias que no sea posible el diligenciamiento de la historia digital y se deba recurrir a la historia clínica manual, se debe cumplir con la normas normas que la ESE tiene establecida para los formatos que conforman la historia clínica manual, estableciendo el siguiente orden, siendo responsabilidad del archivo clínico garantizar su cumplimiento:

Identificación y resumen de atenciones - Ingreso al programa de hipertensión - Programa control de enfermedad hipertensiva - Hoja control de infecciones de transmisión sexual - Atención de Urgencias - Hojas correspondientes a los diferentes programas especiales: - Hoja recién nacido - Evaluación del crecimiento en menores de 7 años - Historia SIPI - Escala abreviada de desarrollo - Historia clínica perinatal (CLAP) - Atención en planificación familiar - Examen Odontológico - Atención odontológica preventiva - Hoja Planificación Familiar - Hojas de Evolución - Exámenes Auxiliares de Diagnostico - Copia de la Solicitud Remisión de Usuarios - Epicrisis de Hospitalización - Ordenes médicas - Tratamientos - Signos Vitales - Balance de Líquidos - Control de paciente diabético.

- Consentimientos

## 9. USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Los términos médicos se usan para introducir precisión y neutralidad emocional en el lenguaje. En su formación intervienen sobre todo raíces griegas o latinas, y se construyen combinándolas con prefijos y sufijos de la misma procedencia. Hay todo

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 28 de 61

tipo de combinaciones: raíces solamente (tifus), prefijos y raíces (endocardio), raíces y sufijos (sarcomatosis), o prefijos, raíces y sufijos (hipercolesterolemia). Su significado se puede saber consultando un diccionario médico.

Las abreviaciones son recursos para ahorrar tiempo y espacio en el lenguaje, pero su proliferación genera dificultades de comprensión. Su significado se puede conocer acudiendo a un diccionario de abreviaciones médicas.


Existen tres grandes grupos de abreviaciones: abreviaturas, siglas y símbolos a. La abreviatura es la representación de una palabra o de las palabras de una frase por alguna o algunas de sus letras, la primera de las cuales ha de ser la inicial de la palabra abreviada.

Las abreviaturas conservan el género y el número de la palabra completa (la a.c., la auscultación cardiaca). b. La sigla es un caso particular de abreviatura.

Es una forma de abreviación consistente en la formación de una palabra mediante las letras o las sílabas iniciales, (HPV, herpes papiloma virus). Se omiten las partículas a, de, y, con, el, la: UVI, unidad de vigilancia intensiva; FUR, fecha de la última regla. No llevan punto abreviativo, se escriben en mayúscula, no se añade la letra ese para el plural y se pueden leer como palabras (UVI, FUR); como sucesión de letras (CTX, ce-te-equis; HIV, hache-i-ve); en forma completa, como si la palabra no estuviese abreviada (DMNID, diabetes mellitus no insulino dependiente; BCRD, bloqueo completo de rama derecha.)

c. Un acrónimo es un caso particular de sigla, es la palabra o un vocablo formado al unir parte de dos palabras. Ej.: telemática d. Los símbolos son abreviaciones que responden a una convención internacional establecida por organismos competentes.

El símbolo es un signo gráfico que en la ciencia y la técnica representa una palabra, un sintagma o un valor. No llevan nunca punto abreviativo (excepto si es el final de una frase que sí llevan punto), ni ninguna letra que indique el plural. Se escriben en minúscula, excepto los que derivan de un nombre propio, y el litro, que tiene doble

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 29 de 61

grafía I y L. Si acompañan a números ha de haber un espacio entre el número y el símbolo (25 mm, no 25mm, 39 C, no 39C). Pueden encontrarse símbolos:

Del Sistema Internacional de unidades. Corresponden a unidades de medida, como g por gramo o gramos, min, por minuto o minutos. De otras áreas, científicas o no, sancionadas internacionalmente o por su uso en la bibliografía. Así, de elementos químicos, Na, sodio; de unidades monetarias: euro. Las notaciones horarias se utilizan para una indicación horaria o duración de un hecho. En la indicación horaria, ya sea mediante la notación de 24 horas o de 12 horas, se escriben las horas y los minutos separados por dos puntos o por un punto (nunca coma), seguido o no por el símbolo h (hora): Ingresará a las 20.30 h. Para indicar la duración de un hecho los símbolos son h, para las horas, min, para los minutos y s para los segundos: La intervención duró 2 h 35 min.


## 10. GESTIÓN DE HOJAS SUELTAS MANUALES CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Se recibe de las diferentes dependencias las hojas sueltas pertenecientes a la historia clínicas, las cuales no serán archivadas en las mismas ya que se encuentra automatizada. Para ello se tienen establecidas A-Z, los cuales se organizarán teniendo en cuenta el tipo de registros

## 11. PROCEDIMIENTO PARA UTILIZAR LA HISTORIA CLÍNICA

Cuando la HISTORIA CLÍNICA, sea elaborada por un profesional en adiestramiento, éste deberá firmarla y solicitar al médico tratante del usuario que la confirme en señal de aprobación de su contenido. Este manejo estará sujeto a lo convenido en los convenios docente asistencia y supervisado por el profesional del área,

En las atenciones de urgencias y hospitalización, los formatos de evolución deberán consignarse por parte del profesional tratante o su delegado, como mínimo, una nota diaria con fecha y hora en que se describan los cambios ocurridos en el estado del usuario, los resultados de los exámenes practicados con su interpretación clínica y el plan(s) de diagnóstico y tratamiento. En todo caso toda

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 30 de 61

atención llevara consigo un registro e incluye a todo el personal médico que interviene en el proceso de atención.

También es importante incluir en las evoluciones un resumen de las explicaciones o información dada al usuario acerca de su enfermedad y de los procedimientos a que va ha ser sometido. Una vez practicados los procedimientos se realizará una descripción clara y completa de cada uno de ellos, de sus complicaciones si las hubo, y de las medidas tomadas para manejarlas.

Cuando el usuario llegue al final de su hospitalización el médico deberá realizar un resumen de egreso (epicrisis) de acuerdo a las normas establecidas por el Comité de Historias Clínicas, la firma del resumen final no puede ser delegada por el médico tratante. Para ello utilizar la plantilla del programa CNT

Cuando el usuario salga sin consentimiento medico deberá firmar el formato de Alta Voluntaria.

Todas las notas de evolución llevarán: fecha y hora, firma, registro profesional y sello de quien las elaboró

Las anotaciones en la historia clínica deben ser legibles con digitación clara evitando el traslape de las letras que crean confusión.


Errores en la historia clínica se corregirán pasando una sola línea sobre el error y anotando la fecha y firma de la persona si el registro es manual, en el sistema se hará una nota explicando el error y haciendo la nota respectiva

El dato correcto se anotará lo más cercano posible o en el lugar que corresponda.

Todos los formularios incorporados en la historia clínica deben ser identificados con el nombre completo y numero de historia clínica del usuario.

No dejar espacios en blanco sin llenar.

Solicitar la Historia Clínica al archivo clínico y devolverla el mismo día luego de prestado y registrado el servicio, si por algún motivo se requiere de la historia por

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 31 de 61

más tiempo, debe informarse al archivo clínico para el caso de los registros manuales

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva

Las atenciones deben registrarse cronológicamente

La Historia Clínica solo debe ser conocida por terceros con previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley

El usuario debe tener una Historia Clínica única e integral, en ella deben consignarse todo lo referente a la prestación de servicios del usuario dentro de la institución, teniendo racionalidad científica en la aplicación de de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones de salud brindadas

Verificar que la Historia Clínica corresponda al usuario a atender: Comparar los nombres y apellidos al igual que el número de la Historia

Leer la (s) atenciones anteriores más recientes, verificando motivos de consulta y medicamentos e imágenes diagnósticas enviados


Si se inicia hoja de evolución, diligencie el encabezado: Nombres y Apellidos completos, No. De Historia Clínica, Edad, Sexo y foliar la hoja de acuerdo al número que corresponde consecutivamente

}  
Registre la hora y la fecha correspondiente a la atención

Escriba con letra clara y legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco, con color negro y sin utilizar siglas.

**Registre:**

Motivo de Consulta Enfermedad actual Antecedentes personales patológicos (no aplica en caso de revisión o continuidad en tratamiento odontológico) Antecedentes patológicos familiares (no aplica en caso de revisión o continuidad en tratamiento odontológico) Antecedentes Ginecostétricos (no aplica en caso de ser niña sin

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 32 de 61

menara o continuidad en tratamiento odontológico) Signos Vitales (PA,FR,To y en todo niño Peso): Sólo aplica para atención médica Examen Físico completo: Sólo aplica para atención médica Exámen Clínico Odontológico (Sólo aplica en atención Odontológica) Impresión diagnóstica Se solicitan o no ayudas diagnósticas y su pertinencia Conducta (Medicamentos, dosis, tiempo de tratamiento, y cantidad ordenada): En el área de Odontología y Optometría debe identificarse el tratamiento a seguir Registrar: Firma y Sello del profesional

## 12. NORMAS DE FORMULACION ÓRDENES MÉDICAS

Antes de escribir una orden médica asegúrese de que la hoja respectiva está debidamente marcada con la identificación del usuario. El no tener esta precaución hace a quien escriba la orden responsable del uso indebido o equivocado de la misma.

Toda orden médica debe escribirse de manera clara cumpliendo con las normas de la formulación de medicamentos Nombre genérico, con la cantidad días de duración del tratamiento, presentación, indicaciones Inicie la formulación escribiendo la fecha y hora de formulación.

Las órdenes médicas deberán llevar la firma, registro y sello del profesional responsable.


Las ordenes médicas en observación y hospitalización deben contener los siguientes puntos:

**ACTIVIDAD:** Especificar claramente el nivel de actividad física que el usuario puede desarrollar.

**DIETA:** Debe prescribirse con precisión el tipo de dieta establecido.

**LIQUIDOS ENDOVENOSOS Y MEDICAMENTOS:** Procure no utilizar abreviaturas, especialmente si éstas no son comunes. Los medicamentos deben formularse por su nombre genérico especificando las dosis, vía de administración y frecuencia,



	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 33 de 61

**TERAPIAS ESPECIALES:** Si las hay deben quedar consignadas (oxígeno, respiratorias, físicas)

**LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS:** Toda orden de estudios paraclínicos debe contener los datos de identificación del usuario: nombre, número de historia clínica, fecha. Con respecto a Laboratorios se debe escribir la lista de todos los exámenes ordenados. Para procedimientos que requieren autorización de la entidad afiladora es indispensable el diligenciamiento del formato solicitud de Remisión.

**INTERCONSULTA:** Nombre del servicio y del profesional al cual se solicita participación en el manejo del usuario.


**SIGNOS VITALES:** Frecuencia con que el médico quiere que se le tomen y registren los signos vitales aplicar el modelo del sistema CNT.

**ORDENES ESPECIALES:** Si las hay deben quedar consignadas.

**MEDICAMENTOS NO POS:** Al formular un medicamento verifique si está o no incluido en el manual del POS. Si no está incluido en el manual del POS, debe diligenciar el formato MIPRES que es la herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

### 13. OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLÍNICO

En la ESE se cuenta con un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico (pasivo), el cual está organizado y presta los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 34 de 61

## 14. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La custodia de la historia clínica está a cargo de la ESE, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de salud, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes.


La ESE puede entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes y cumpliendo con las normas internas establecidas para la entrega de esta información del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

En caso de liquidación de la ESE, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal, para lo cual publicará como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional con un intervalo de ocho (8) días, en el cual se indicará el plazo y las condiciones para que los usuarios retiren sus historias clínicas, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses, contado, a partir de la publicación del último aviso.

Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica

## 15. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: 1. El usuario. 2. El equipo de salud. 3. Las autoridades judiciales y salud en los casos previstos en la Ley. 4. Las demás personas determinadas en la ley. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 35 de 61

exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

Dentro del Manual SIIS se establecen las políticas de acceso y control de la información consignada en el software administrativo y clínico: Las restricciones se realizan desde el administrador de usuarios en el software:  Se establecen los perfiles de los usuarios creando grupos de trabajo  Se identifican las necesidades del usuario de cada estación, según las funciones que desempeña  Cada uno de los usuarios establece la clave de acceso, la cual solo es conocida por él  Se capacita al usuario sobre la responsabilidad de compartir la clave de acceso  Periódicamente se evalúa el acceso de los usuarios al sistema y se identifican nuevas necesidades y fallas en el procedimiento de seguridad


## 16. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN

Por medio de la Resolución 839 de 2017 el Ministerio de Salud y Protección se establece el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, y el manejo que le deben dar las entidades del sistema de salud en caso de liquidación.

### TIEMPO DE RETENCIÓN

El tiempo establecido por dicha resolución en la que la historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, es por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención, esto quiere decir que los primeros cinco (5) años se harán en el archivo de gestión y los siguientes diez (10) años en el archivo central.

En casos de personas víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 36 de 61

## 17. ELIMINACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA


- Para que las entidades de salud puedan realizar el proceso de eliminación de la Historia Clínica, se debe, primeramente, haber cumplido el tiempo de retención y conservación, es decir, que se haya adelantado el procedimiento de publicación a que refiere el artículo 3 de la presente resolución, y que se haya adelantado la valoración correspondiente, orientada a determinar si la información contenida en las historias a eliminar posee o no valor secundario (científico, histórico o cultural), de acuerdo a los términos establecidos por el Archivo General de la Nación.
- Una vez realizado este proceso se dejará constancia en un acta firmada por el representante legal o el revisor fiscal de la entidad. Para los profesionales independientes, una vez realizado el proceso de valoración, el acta será suscrita únicamente por dicho profesional.
- La copia del acta de eliminación" y sus anexos, serán remitidos a la entidad departamental o distrital de salud del domicilio de la entidad o sus sedes o del domicilio del profesional independiente que esté adelantando el proceso de eliminación y a la Superintendencia Nacional de Salud, quienes la conservarán con el fin de brindar la respectiva información al usuario o a la autoridad que lo solicite.

## 18. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Las historias clínicas son archivadas en un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, conservándolas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. La ESE es responsable de la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado. Se tiene documentado procedimiento de respaldo de la información, el cual garantiza la minimización del riesgo de pérdida de información (ver Manual SIIS)

## 19. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN HISTORIA CLÍNICA

El archivo de historias clínicas debe conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 37 de 61

con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

## 20. MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN H.C


La ESE, ha adoptado la utilización medios físicos o técnicos como computadoras, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Tanto los programas automatizados implementados para el manejo de las Historias Clínicas, como los equipos y soportes documentales, están provistos de mecanismos de seguridad, que imposibilitan la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos. Se garantiza protección de la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impiden el acceso de personal no autorizado para conocerla y adopción de medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. La identificación del personal responsable de los datos consignados, se realiza mediante códigos, ligados a la firma de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

## 21. PROCEDIMIENTO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL USUARIO O TERCEROS

Copias y resúmenes de historias clínicas

El responsable final de la entrega de información es el archivo clínico, que se rige por las siguientes normas:

- 22.** Por ningún motivo se debe entregar el original de la historia clínica al usuario o familiares.
- 23.** De conformidad con la Ley, la autoridad competente podrá solicitar copia de la historia clínica previa solicitud por escrito y autorización del subgerente científico


	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 38 de 61

24. Así mismo, la Ley 906 de 2.004 faculta a la Policía Judicial para solicitar copia y/o el original de la historia clínica. Dicha solicitud también debe ser formalizada por escrito y se le deberá anexar fotocopia del carnet que identifique al funcionario que realiza el requerimiento.
25. Quienes tienen acceso a la historia clínica: “El Usuario El equipo de Salud Tribunales de Ética Médica Autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley, como: La Superintendencia Nacional de Salud, Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, Tribunales, Juzgados, entre otros. Policía Judicial: Por Policía Judicial se entiende la función que cumplen las entidades del Estado para apoyar la investigación penal y, en ejercicio de las mismas dependen funcionalmente del Fiscal General de la Nación y sus delegados.

**Los Órganos que ejercen funciones permanentes de Policía Judicial son:** Ejercen permanentemente las funciones de policía judicial los servidores investidos de esa función, a través de sus dependencias especializadas, pertenecientes a: Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía General de la Nación CTI, Policía Nacional, Departamento Administrativo de Seguridad DAS.

**Los Órganos que ejercen funciones permanentes de Policía Judicial de manera especial dentro de su competencia:** Ejercen permanentemente funciones especializadas de policía judicial dentro del proceso penal y en el ámbito de su competencia, los siguientes: La Procuraduría General de la Nación La Contraloría General de la República Las autoridades de tránsito Las entidades públicas que ejerzan funciones de vigilancia y control Los directores nacional y regional del INPEC, los directores de los establecimientos de reclusión y el personal de custodia y vigilancia, conforme con lo señalado en el código Penitenciario y Carcelario. Los Alcaldes Los Inspectores de Policía.

**Los Órganos que ejercen transitoriamente funciones de Policía Judicial:** Los entes públicos que, por resolución del Fiscal General de la Nación, hayan sido autorizados para ello. Estos deberán actuar conforme con las

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 39 de 61

autorizaciones otorgadas y en los asuntos que hayan sido señalados en la respectiva resolución.

**26.** La información que se entrega al usuario o terceros autorizados, se limitará a aquella necesaria para satisfacer el propósito por el cual se solicitó. Vale decir, no se divulgará información con más detalle de lo necesario o que abarque periodos que no fueron incluidos en la solicitud.

- Cuando La solicitud se hace por medio de terceros, el solicitante debe presentar documento con la siguiente información:
- Fecha de solicitud
- Nombres y apellidos completos del usuario.
- Número de documento de identificación, si es menor de edad, el del padre persona responsable.
- Propósito para el cual se solicita la información
- La información que se solicita y período correspondiente.
- Firma del usuario o persona responsable y documento de identificación.
- Copias de los documentos tanto del autorizado como del dueño de la Historia.


**27.** Si la solicitud es tramitada por un tercero, esta persona debe presentar una autorización emitida por escrito por el usuario, la cual debe de reunir los requisitos de los anteriores numerales, y debe llevar adjunta la fotocopia del documento de identidad del usuario y del tercero.

**28.** La solicitud de información de la historia clínica para Médicos, Hospitales e Instituciones dedicadas al cuidado del usuario deben atenderse previa presentación de la solicitud por escrito del médico.

**29.** La solicitud de información de la historia clínica para entidades en convenio en lo posible se deberá realizar en papelería de la entidad.

**30.** Para solicitudes de historias clínicas de usuarios que estén hospitalizados, se debe solicitar al médico tratante realizar un resumen de egreso, para el trámite de órdenes para la salida del usuarios se autoriza la entrega de las ultimas evoluciones.

**31.** En el evento de encontrarse el usuario con incapacidad mental, de lo cual debe dar constancia escrita el médico tratante, no se podrá dar

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 40 de 61


información a la familia y a terceros interesados los cuales deberán iniciar gestión judicial ante las autoridades competentes para levantar la reserva de la historia clínica. Excepto si el usuario antes de su estado de incapacidad mental levantó la reserva y/o, a los familiares del enfermo cuando la vida del usuario se encuentre en peligro y la revelación sea útil al tratamiento.

32. El Gerente es responsable de contestar preguntas con relación a usuarios, formuladas por reporteros de la prensa, la radio o la televisión.
33. La expedición de incapacidad médica es responsabilidad del médico tratante.
34. Las solicitudes de constancia de diagnóstico, evaluación médica del estado de salud, tiempo de tratamiento y lo referente al aspecto médico serán contestadas mediante una fotocopia del resumen de historia clínica o Epicrisis.
35. Se deberá rendir oportunamente aquella información confidencial de obligatoriedad a las autoridades competentes.
36. La coordinación medica es responsable de autorizar la revisión de historias clínicas por personal no institucional.
37. Se prohíbe comunicar nombres de usuarios a terceros que desean esta información para fines de lucro, (usuarios fallecidos a funerarias, usuarios traumatizados o abogados).
38. El empleado que entrega información confidencial a personas no autorizadas a recibirla, recibirá las sanciones correspondientes.
39. Se podrá entregar copia de la historia clínica de usuarios fallecidos si el usuario en vida levantó la reserva por escrito, de lo contrario se expedirá una certificación con la normatividad legal vigente que regula la materia.

## 22. SEGUIMIENTO Y CONTROL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

**DEFINICION** Conjunto de personas que se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica y la gestión del archivo clínico. El comité está integrado por: el médico (presidente), auxiliar en salud archivo clínico (secretaria), odontólogo, técnica en estadística, enfermera jefe hospitalización. De las reuniones, se levantan actas,



	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 41 de 61

dejando evidencia de las auditorías realizadas y las acciones correctivas o de mejora propuestas.


### **FUNCIONES GENERALES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS**

- a. Promover la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos
- c. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo y gestión de los registros clínicos
- d. Velar por el cumplimiento de los procedimientos documentados que permiten garantizar la seguridad y confidencialidad de la historia clínica automatizada
- e. Retroalimentar al personal de salud sobre las falencias o fallas encontradas y sobre la normatividad vigente.
- f. Llevar al CCCI y GC las propuestas de mejora encontradas en las auditorías realizadas

### **23. GESTIÓN DEL ARCHIVO CLÍNICO**

El líder de la gestión de la información es el responsable de la implementación y manejo del Software CNT y de velar por el cumplimiento de los conceptos y directrices dadas en este manual en relación con el manejo de las historias clínicas sistematizadas y de realizar la capacitación a la personal de salud y el auxiliar en salud- archivo clínico, es el funcionario responsable de velar por el cumplimiento de los conceptos y directrices dadas por este manual en los aspectos de historia manual


- Conjuntamente deben garantizar con pleno conocimiento de la ubicación de las historias, estableciendo control sobre la pérdida de las mismas.
- Garantizar el uso adecuado de las claves personales y hacer seguimiento para evitar el uso indebido por personas ajenas al sistema.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 42 de 61

- Velar por el buen uso y manejo de la historia, realizando sensibilización, capacitación y seguimiento a la gestión realizada a los registros clínicos por parte del personal de salud.
- Garantizar las copias de seguridad del sistema CNT con la tecnología respectiva en caso de falla, desastre o pérdida por incendio, terremoto o fallas en el hardware.

### **FUNCIONES GENERALES LÍDER DE LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

- Realizar la parametrización del software de historia clínica en todos los aspectos para la gestión integral del sistema
- Asignar los códigos de los usuarios autorizados para el acceso y manejo de las historias clínicas.
- Velar por el buen uso y manejo del Software CNT, realizando sensibilización, capacitación y seguimiento a la gestión realizada a los registros clínicos por parte del personal de salud.
- Realizar el mantenimiento del Software para garantizar la operación del sistema CNT
- Realizar la parametrización de las plantillas de historias clínicas aprobada por el equipo de salud
- Realizar las actividades regulares para garantizar las copias de seguridad del sistema con la custodia de los registros.
- Velar por el buen funcionamiento de los equipos de cómputo y herramientas informáticas requeridas para el manejo de los registros clínicos, identificando y reportando oportunamente las fallas o falencias detectadas a la dependencia correspondiente.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 43 de 61


## FUNCIONES GENERALES DEL AUXILIAR EN SALUD ARCHIVO CLÍNICO

- Entregar historias clínicas a las diferentes dependencias
- Archivar las historias clínicas recibidas de las diferentes dependencias
- Revisar periódicamente para confirmar que no haya historias por fuera del archivo clínico por mucho tiempo.
- Organizar las historias para la consulta del día siguiente
- Incluir en las historias clínicas la papelería requerida, de acuerdo a la atención se brindará al usuario.
- Realizar depuración del archivo clínico
- Facilitar fotocopias de las historias clínicas a los usuarios
- Cuidar de la historia clínica como documento sometido a reserva
- Rendir en forma oportuna y adecuada informes al comité de historias
- Mantener actualizado el manual de gestión de registros clínicos
- Velar por el buen funcionamiento de los equipos de cómputo y herramientas informáticas requeridas para el manejo de los registros clínicos, identificando y reportando oportunamente las fallas o falencias detectadas a la dependencia correspondiente.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO** La unidad auditora, establece cada año plan de auditorías, en el cual se priorizan y establece la periodicidad de las auditorías a realizar en el año, al cual le hace seguimiento, velando por el cumplimiento del mismo y garantizando el cumplimiento de planes de mejoramientos establecidos de acuerdo a los resultados obtenidos. De igual manera la unidad auditora realiza auditorías a la dependencia del archivo clínico garantizando el cumplimiento de las normas establecidas y la adherencia al manual y procedimientos establecidos para tal fin.

### GESTIÓN DEL RIESGO

Pérdida de Historias Definición: Historia Clínica cuya ubicación no se establece Control del Riesgo ✓ Elaboración de Procedimiento y manual de gestión de registros clínicos ✓ Acceso restringido al Archivo Clínico ✓ Capacitación permanente sobre el manejo del archivo clínico al auxiliar en salud – archivo clínico y al personal de enfermería ✓ Registro de cada historia clínica prestada, por parte del auxiliar en salud – archivo clínico y el personal de enfermería ✓ Confirmar con

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 44 de 61

la planilla de agenda el regreso de las historias prestadas a los consultorios


- ✓ Elaboración Manual SIIS – Gestión del riesgo Evaluación
- ✓ Revisión periódica del control de salida de H.C
- ✓ Confirmar con el funcionario responsable del préstamo, el motivo por el cual no ha devuelto la historia
- ✓ Seguimiento al procedimiento de respaldo por parte del comité de historias Seguimiento al Riesgo
- ✓ Informar al Comité de Historias la pérdida de una historia y asentarla en el formato correspondiente, identificando el último funcionario que la solicitó y la fecha de préstamo.
- ✓ Presentación de informe de fallas e inconsistencias presentadas en el procedimiento de respaldo de información por parte del asesor de sistemas al comité de historias

**SANCIONES** El descuido en la elaboración y manejo de la historia clínica tiene consecuencias jurídicas importantes, no solo dentro de un proceso de responsabilidad profesional sino también en procesos penales relacionados con los llamados documentos privados. La historia clínica está vigilada por el código Penal. La ley penal establece dos tipos de controles mediante los cuales se garantiza la legitimidad del documento: Uno tiene que ver con la INTEGRIDAD FISICA del documento, de acuerdo en lo dispuesto en el artículo 224 del Código Penal que consagra el delito “Falsedad Material” ( destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que puede servir como prueba) y el otro que hace relación con su CONTENIDO y corresponde al tipo penal denominado “ Falsedad Ideológica” ( cuando en un documento genuino y verdadero se consignan hechos o declaraciones falsas). Las contempladas en la Ley 23 de 1981.

## 24. PROCEDIMIENTO DE LA AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS

El objetivo de la auditoria de historias clínicas es verificar la calidad de la atención y del diligenciamiento de la historia, además de verificar la adherencia a los protocolos estandarizados en la institución tantos médicos, Odontólogos auxiliares de enfermería e higienistas orales.

El objetivo es obtener una muestra representativa de la población objeto en los servicios de urgencias consulta externa ( movilidad y programas de promoción y prevención) Para ello, se utilizan las técnicas de muestreo población objeto que involucre todos los servicios y profesionales de la institución.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 45 de 61

La auditoría de historias se realiza mensualmente utilizando. La técnica de muestreo aleatorio simple estratificado para los tres servicios.

Para calcular el tamaño de la muestra debe conocerse:

- La variabilidad del parámetro que se desea evaluar. Si no se conoce, se obtiene una aproximación a partir de la literatura, datos propios o estudio piloto. Para la institución se adopta 0,5 quiere decir que se estima que el evento se presenta en un 50% de probabilidad.
- La precisión con que se desea obtener la estimación, esto es, la amplitud deseada del intervalo de confianza.
- El nivel de confianza deseado. Habitualmente se fija en el 95%, que corresponde a un valor  $\alpha = 0,05$ .


La fórmula adoptada para el cálculo del número de historias necesarias es la siguiente:

- $N = [Z^2_{\alpha/2} \pi (1 - \pi)] / (i^2)$
- $N$  = Número de historias necesarias.
- $Z^2_{\alpha/2}$  = Valor de Z correspondiente al riesgo  $\alpha$  fijado ( El valor de  $Z_{\alpha/2}$  es 1,96 para un riesgo  $\alpha$  del 5%).

- $\pi$  = Valor de la proporción que se supone existe en la población del parámetro que deseamos evaluar.
- $i$  = Precisión con que se desea estimar el parámetro ( $2i$  es la amplitud del intervalo de confianza).

El procedimiento es el siguiente

1. Una vez finalizado el periodo a evaluar se obtiene los registros individuales RIPS por cada mes
2. Se organiza en una tabla dinámica y se obtiene el total de registros realizados por cada servicio y se halla el índice o proporción así:

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 46 de 61

SERVICIO	NUMERO	INDICE O PROPORCION
<b>CONSULTA EXTERNA</b>		
<b>MORBILIDAD</b>		
<b>P Y P CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b>		
<b>RIESGO CARDIOVASCULAR</b>		
<b>PROMOCION Y PREVENCION</b>		
<b>URGENCIAS</b>		
<b>HOSPITALIZACION</b>		
<b>TOTAL</b>		

3. Se aplica la fórmula para obtener la muestra total a auditar y hace la distribución por cada servicio multiplicando el índice por la muestra total obtenida.
4. Se organiza la base datos por los grupos
5. Se generan los números aleatorios en Excel formula y se asigna la historia a auditar.
6. Se evalúan las Historias clínicas por profesional con el fin de dar un calificación individual para luego retroalimentar los hallazgos obtenidos.


En la muestra aleatoria se espera detectar las atenciones de Programas de Detección temprana y Protección Específica, las cuales incluyen: Programa de Riesgo Cardiovascular, Control Prenatal, Crecimiento y Desarrollo, Control del Joven, Control del Adulto Mayor, Planificación familiar y Salud oral

Se realiza la auditoria en el módulo de Auditoria de CNT, donde se describen los hallazgos encontrados y las oportunidades de mejora, sin embargo se realiza un papel de trabajo en Excel con el fin de dar una puntuación y calificación a cada Historia.

La auditoría realizada en el módulo de CNT queda grabada para posteriores análisis en la historia de la atención correspondiente plantilla auditoria.

En general cada variable se califica de 0 no cumple 1 cumple

Se hace la sumatoria de las variables que corresponden y se divide entre el número de variables evaluadas y se expresa en porcentaje de cumplimiento


	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 47 de 61

Se obtiene el porcentaje de cumplimiento promedio resultante de todas las historias evaluadas en el periodo hallando la calificación individual de cumplimiento de cada variable. Se expresa en Porcentaje.

La evaluación y calificación de la historia clínica varía de acuerdo a la prestación del servicio de Salud (Medicina, Enfermería y Odontología) y de acuerdo al programa (Morbilidad o Detección temprana y Protección Específica), como se especifica a continuación:

1	Dato incompletos
2	Incoherencia con el esquema de vacunación
3	Uso de siglas no autorizados
4	No concuerda la educación en salud oral
5	Antecedentes desactualizados personales y familiares
6	Ausencia en el diligenciamiento de graficas
7	No adherencia a guías clínicas
8	Ausencia de remisión a otros programas o especialidades
9	No pertinencia en ayudas diagnosticas
10	No evidencia de educación impartida al pacientes
11	Debilidades en digitación
12	No pertinencia de medicamentos
13	Encabezado incompleto
14	Motivo de consulta y enfermedad actual diligenciados
15	Revisión de sistema incompleto
16	Signos vitales incompletos
17	Examen físico incompleto
18	No es coherente con los diagnósticos
19	Consentimiento informado no diligenciado
20	Asigna fecha de próximo control

### Auditoria de Consulta Externa y Urgencias:


	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 48 de 61

1. El motivo de consulta, enfermedad actual y Revisión por sistemas deben claros, concretos precisos y en orden cronológico.
2. Los Signos vitales deben estar consignados en su totalidad como la Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y Peso.
3. El examen físico debe estar completo con descripción de los hallazgos tanto normales como anormales.
4. El diagnostico debe ser coherente con el motivo de consulta, la enfermedad actual, revisión de sistemas y los hallazgos encontrados al examen físico y los resultados de los exámenes.
5. Laboratorios: se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
6. Ayudas Diagnosticas: incluye radiografías y ecografías, se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
7. Remisiones: Se verifica si es pertinente o no la remisión o en caso contrario no se realizó cuando era pertinente la misma.
8. Educación: Se verifica, si se realizó educación al paciente tanto como en la enfermedad, como en los deberes y derechos.
9. Abreviaturas y error en digitación: No se debe presentar abreviaturas ni errores de digitación, esto afecta la calidad de la historia clínica.
10. Detección temprana y protección específica: se verifica si el profesional de salud orienta al paciente hacia los programas de P y D.
11. Medicamentos: se verifica si se cumplen los protocolos Médicos y de enfermería con los que cuenta el Hospital.
12. Adherencia a guías adoptadas: De acuerdo a cada guía se califica 0 si no cumple con los estándares y uno si cumple. Se evalúa por cada guía adoptada.
13. Calidad: es la sumatoria de los parámetros que nos indican si la historia clínica cumple con calidad.
14. Total: Es la sumatoria de calidad y adherencia a protocolos.

#### **EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)**

- H.C. EXCELENTE: 91 A 100%  
H.C. BUENA: 81 A 90%  
H.C. REGULAR: 71 A 80%  
H.C. MALA: Inferior al 70%




	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 49 de 61

La evaluación se consolida los días 30 de cada mes y se le entrega un informe a cada profesional, cuando la calificación sea inferior al 90% se propone un plan de mejoramiento.

### **Auditoría de programa de Riesgo Cardiovascular:**

1. El motivo de consulta, enfermedad actual y Revisión por sistemas deben claros, concretos precisos y en orden cronológico.
2. Los Signos vitales deben estar consignados en su totalidad como la Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y Peso.
3. El examen físico debe estar completo con descripción de los hallazgos tanto normales como anormales.
4. El diagnostico debe ser coherente con el motivo de consulta, la enfermedad actual, revisión de sistemas y los hallazgos encontrados al examen físico y los resultados de los exámenes.
5. Laboratorios: se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
6. Ayudas Diagnosticas: incluye radiografías y ecografías, se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
7. Remisiones: Se verifica si es pertinente o no la remisión o en caso contrario no se realizó cuando era pertinente la misma.
8. AR: Se Refiere al antecedente de remisión a Medicina Interna, si fue preguntado al paciente y descrito en la historia clínica.
9. SP: Seguimiento al paciente: se evalúa si el profesional
10. Educación: Se verifica, si se realizó educación al paciente tanto como en la enfermedad, como en los deberes y derechos.
11. Abreviaturas y error en digitación: No se debe presentar abreviaturas ni errores de digitación, esto afecta la calidad de la historia clínica.
12. Detección temprana y protección específica: se verifica si el profesional de salud orienta al paciente hacia los programas de P y D.
13. Medicamentos: se verifica si se cumplen los protocolos Médicos y de enfermería con los que cuenta el Hospital.
14. Adherencia a protocolos: es la sumatoria de los parámetros que nos evalúa si hay adherencia a las guías del Hospital.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 50 de 61

**15. Calidad:** es la sumatoria de los parámetros que nos indican si la historia clínica cumple con calidad.

**16. Total:** es la sumatoria de calidad y adherencia a protocolos.

La puntuación máxima es de 20 puntos que corresponde a 100%.

### **EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)**

H.C. EXCELENTE: 91 A 100%

H.C. BUENA: 81 A 90%


H.C. REGULAR: 71 A 80%

H.C. MALA: Inferior al 70%

La evaluación se consolida los días 30 de cada mes y se le entrega un informe a cada profesional, cuando la calificación sea inferior al 90% se realiza un plan de mejoramiento, con un plazo máximo de un mes.

### **Auditoría de Control Prenatal**

1. El motivo de consulta, enfermedad actual y Revisión por sistemas deben claros, concretos precisos y en orden cronológico.
2. Acompañante: Nombre y parentesco del acompañante
3. Los Signos vitales deben estar consignados en su totalidad como la Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y Peso.
4. Antecedentes ginecoobstetricos: deben estar consignados completos.
5. El examen físico debe estar completo con descripción de los hallazgos tanto normales como anormales.
6. El diagnostico debe ser coherente con el motivo de consulta, la enfermedad actual, revisión de sistemas y los hallazgos encontrados al examen físico y los resultados de los exámenes.
7. Laboratorios: se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
8. Ayudas Diagnosticas: incluye radiografías y ecografías, se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
9. Remisiones: Se verifica si es pertinente o no la remisión o en caso contrario no se realizó cuando era pertinente la misma.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 51 de 61

10. Vacunación: Se verifica que este consignado el esquema de vacunación completo.
11. Educación: Se verifica, si se realizó educación al paciente tanto como en los signos de alarma, como en los deberes y derechos.
12. Abreviaturas y error en digitación: No se debe presentar abreviaturas ni errores de digitación, esto afecta la calidad de la historia clínica.
13. Valoración nutricional y curvas de peso: se verifica el diligenciamiento del CLAP y el análisis de ganancia de peso y altura uterina.
14. Medicamentos: se verifica si se cumplen los protocolos Médicos y de enfermería con los que cuenta el Hospital.
15. Adherencia a protocolos: es la sumatoria de los parámetros que nos evalúa si hay adherencia a las guías del Hospital.
16. Calidad: es la sumatoria de los parámetros que nos indican si la historia clínica cumple con calidad.
17. Total: es la sumatoria de calidad y adherencia a protocolos.

La puntuación máxima es de 20 puntos que corresponde a 100%.

### **EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)**

H.C. EXCELENTE : 91 A 100%

H.C. BUENA : 81 A 90%


H.C. REGULAR : 71 A 80%

H.C. MALA : Inferior al 70%

La evaluación se consolida los días 30 de cada mes y se le entrega un informe a cada profesional, cuando la calificación sea inferior al 90% se realiza un plan de mejoramiento, con un plazo máximo de un mes.

### **Auditoría de Control del Joven**

1. El motivo de consulta, enfermedad actual y Revisión por sistemas deben claros, concretos precisos y en orden cronológico.
2. Historia Familiar: se verifican si se interrogo sobre antecedentes familiares.
3. Situación personal: Debe estar consignado el entorno del paciente.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 52 de 61

4. Los Signos vitales deben estar consignados en su totalidad como la Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y Peso.
5. El examen físico debe estar completo con descripción de los hallazgos tanto normales como anormales.
6. El diagnostico debe ser coherente con el motivo de consulta, la enfermedad actual, revisión de sistemas y los hallazgos encontrados al examen físico y los resultados de los exámenes.
7. Laboratorios: se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
8. Ayudas Diagnosticas: incluye radiografías y ecografías, se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
9. Remisiones: Se verifica si es pertinente o no la remisión o en caso contrario no se realizó cuando era pertinente la misma.
10. PR: Prevención del riesgo, debe estar consignada la prevención del riesgo impartida al paciente.
11. Educación: Se verifica, si se realizó educación al paciente tanto como en la enfermedad, como en los deberes y derechos.
12. Abreviaturas y error en digitación: No se debe presentar abreviaturas ni errores de digitación, esto afecta la calidad de la historia clínica.
13. PI: plan de intervención: según hallazgos encontrados se debe consignar un plan de intervención.
14. Medicamentos: se verifica si se cumplen los protocolos Médicos y de enfermería con los que cuenta el Hospital.
15. Adherencia a protocolos: es la sumatoria de los parámetros que nos evalúa si hay adherencia a las guías del Hospital.
16. Calidad: es la sumatoria de los parámetros que nos indican si la historia clínica cumple con calidad.
17. Total: es la sumatoria de calidad y adherencia a protocolos.


La puntuación máxima es de 20 puntos que corresponde a 100%.

#### **EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)**

H.C. EXCELENTE: 91 A 100%

H.C. BUENA: 81 A 90%

H.C. REGULAR: 71 A 80%


	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 53 de 61

H.C. MALA: Inferior al 70%

La evaluación se consolida los días 30 de cada mes y se le entrega un informe a cada profesional, cuando la calificación sea inferior al 90% se realiza un plan de mejoramiento, con un plazo máximo de un mes.

### Auditoría de Adulto Mayor

1. El motivo de consulta, enfermedad actual y Revisión por sistemas deben claros, concretos precisos y en orden cronológico.
2. EF: Entorno familiar: Debe quedar consignado la situación del entorno familiar.
3. AV: agudeza visual valorada y consignada en la historia clínica.
4. Los Signos vitales deben estar consignados en su totalidad como la Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y Peso.
5. El examen físico debe estar completo con descripción de los hallazgos tanto normales como anormales.
6. El diagnostico debe ser coherente con el motivo de consulta, la enfermedad actual, revisión de sistemas y los hallazgos encontrados al examen físico y los resultados de los exámenes.
7. Laboratorios: se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
8. Ayudas Diagnosticas: incluye radiografías y ecografías, se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
9. Remisiones: Se verifica si es pertinente o no la remisión o en caso contrario no se realizó cuando era pertinente la misma.
10. D y D: Deberes y derechos: deben estar consignados en la historia clínica.
11. Educación: Se verifica, si se realizó educación al paciente tanto como en la enfermedad, como en los deberes y derechos.
12. Abreviaturas y error en digitación: No se debe presentar abreviaturas ni errores de digitación, esto afecta la calidad de la historia clínica.
13. Medicamentos: se verifica si se cumplen los protocolos Médicos y de enfermería con los que cuenta el Hospital.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 54 de 61

14. Adherencia a protocolos: es la sumatoria de los parámetros que nos evalúa si hay adherencia a las guías del Hospital.
15. Calidad: es la sumatoria de los parámetros que nos indican si la historia clínica cumple con calidad.
16. Total: es la sumatoria de calidad y adherencia a protocolos.

La puntuación máxima es de 20 puntos que corresponde a 100%.

### EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)

H.C. EXCELENTE: 91 A 100%

H.C. BUENA: 81 A 90%

H.C. REGULAR: 71 A 80%

H.C. MALA: Inferior al 70%

La evaluación se consolida los días 30 de cada mes y se le entrega un informe a cada profesional, cuando la calificación sea inferior al 90% se realiza un plan de mejoramiento, con un plazo máximo de un mes.

### AUDITORÍA CONCURRENTE


La Auditoría Clínica Concurrente se hace para evaluar en forma sistemática, continua e integral la asistencia médica que se le brinda al paciente hospitalizado y de urgencias a través de la evaluación de la pertinencia y el uso racional y adecuado de los servicios.

El médico auditor será el representante del Hospital ante el paciente y su familia y está en capacidad de optimizar el adecuado uso de los recursos a través de:

- \* Altas tempranas.
- \* Traslado oportuno de pacientes a la red especializada según patología.
- \* Gestión para la agilidad en la autorización de procedimientos médicos y/o trámites administrativos.

Se aplica la siguiente lista de chequeo, en caso de incumplimiento se tomaran las medidas pertinentes de forma inmediata. (Ver anexo 6)

1. Fecha y hora de la atención:


	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 55 de 61

2. Subjetivo: debe estar consignado la valoración subjetiva del paciente.
3. Revision por sistemas.
4. Los Signos vitales deben estar consignados en su totalidad como la Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y Peso.
5. El examen físico debe estar completo con descripción de los hallazgos tanto normales como anormales.
6. El diagnostico debe ser coherente con el motivo de consulta, la enfermedad actual, revisión de sistemas y los hallazgos encontrados al examen físico y los resultados de los exámenes.
7. Análisis: Se consigna el resumen de la atención del paciente y su evolución.
8. Laboratorios: se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
9. Ayudas Diagnosticas: incluye radiografías y ecografías, se verifica si es pertinente su solicitud y/o el resultado es coherente con el diagnostico dado.
10. Remisiones: Se verifica si es pertinente o no la remisión o en caso contrario no se realizó cuando era pertinente la misma.
11. D Y D: Deberes y derechos: deben estar consignados en la historia clínica.
12. Educación: Se verifica, si se realizó educación al paciente tanto como en la enfermedad, como en los deberes y derechos.
13. Abreviaturas y error en digitación: No se debe presentar abreviaturas ni errores de digitación, esto afecta la calidad de la historia clínica.
14. Adherencia a protocolos: se verifica si se cumplen los protocolos Médicos y de enfermería con los que cuenta el Hospital.
15. Anexos: se aplica a pacientes hospitalizados por evento, se debe verificar si se realizaron y enviaron los anexos correspondientes.
16. RUA: cumplimiento en la elaboración de los certificados de nacido vivo y defunción, no debe llevar tachones ni enmendaduras.
17. Calidad: es la sumatoria de los parámetros que nos indican si la historia clínica cumple con calidad.
18. Total: es la sumatoria de calidad y adherencia a protocolos.

La puntuación máxima es de 20 puntos que corresponde a 100%.

### **EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)**

H.C. EXCELENTE: 91 A 100%

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 56 de 61

H.C. BUENA: 81 A 90%  
H.C. REGULAR: 71 A 80%  
H.C. MALA: Inferior al 70%

La Auditoria concurrente se hará por el coordinador médico con una frecuencia entre una a dos veces por semana con el apoyo de la enfermera responsable de los procesos de hospitalización y urgencias realizado visita a los servicios y en reunión personalizada con las jefes y médicos del servicio. Cuenta con la herramienta de CNT para evaluar la atención y proponer los correctivos.

Se identifica la auditoria como concurrente en notas de auditoría CNT


## AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE ODONTOLOGÍA

La Auditoria de Historias clínicas de Odontología la realiza un Profesional en Odontología que no haya realizado atenciones dentro de los programas para atención general, programas de atención en salud oral e Higiene oral.

Se evalúa con una puntuación de 1 cumple y 0 no cumple, totalizando el 100%, según los siguientes ítems:

1. Motivo de consulta y enfermedad actual deben ser claros, concretos y precisos.
2. Evolución y estado actual del paciente.
3. Antecedentes personales
4. Anamnesis
5. Hábitos de Higiene oral: se debe interrogar sobre estos hábitos
6. El examen físico debe ser completo, que incluya evaluación estomatológica, dental y periodontal y debe quedar consignado en la Historia Clínica
7. La descripción del procedimiento debe ser clara, concreta y completa y dejando claro si se presentaron o no complicaciones, sangrado, etc.
8. Diagnostico pertinente según la anamnesis y los hallazgos al examen físico.
9. Pla de tratamiento acorde al diagnóstico.
10. Remisiones. Se evalúa la pertinencia de las remisiones y la calidad de estas.



	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 57 de 61

11. Educación: Se debe consignar la educación sobre la enfermedad y los buenos hábitos de higiene oral.
12. Sin abreviaturas y sin errores en digitación.
13. Todos los procedimientos de odontología deben soportar el consentimiento informado.
14. Remisión a programas de P y D tanto de odontología como de Medicina y Enfermería
15. Educación sobre derechos y deberes al paciente.
16. El odontograma debe estar acorde al tratamiento planteado.

- Calidad: es la sumatoria de los parámetros que nos indican si la historia clínica cumple con calidad.
- Total: es la sumatoria de calidad y adherencia a protocolos.

La puntuación máxima es de 19 puntos que corresponde a 100%.


- **EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)**
- H.C. EXCELENTE : 91 A 100%
- H.C. BUENA : 81 A 90%
- H.C. REGULAR : 71 A 80%
- H.C. MALA : Inferior al 70%

## AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA

La Auditoria de Historias clínicas de enfermería la realiza una Profesional en Enfermería superior que no haya realizado atenciones dentro de los programas. Al igual que en la Auditoria Medica se evaluara las atenciones de los programas de Crecimiento y Desarrollo y planificación familiar.

### CRECIMIENTO Y DESARROLLO.


Se evalúa con una puntuación de 1 cumple y 0 no cumple, totalizando el 100%, según los siguientes ítems:

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 58 de 61

Crecimiento y desarrollo:

- Datos completos
- Coherencia con esquema de vacunación
- No uso de siglas
- Brinda información, educación y consejería en nutrición, puericultura y otros temas de acuerdo a la edad del niño(a) y a los hallazgos.
- Antecedentes actualizados
- Adherencia a guías
- Remisión a otros programas
- Adecuado uso de diagnósticos
- Diligenciamiento de gráficas
- Pertinencia en el apoyo diagnóstico
- Evidencia de la educación impartida
- Adecuada escritura y o digitación
- Indaga sobre cumplimiento de recomendaciones hechas por el médico o por la enfermera en el control anterior.
- Examen físico completo por sistemas y toma de signos vitales.
- Indagación sobre comportamiento y estado de salud del niño(a).
- Búsqueda de signos de maltrato infantil.
- Tamizaje de agudeza visual y auditiva de acuerdo con las normas vigentes
- Información y educación
- Fomento de factores protectores
- Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente
- Asigna cita para el siguiente control
- Adherencia a protocolos: es la sumatoria de los parámetros que nos evalúa si hay adherencia a las guías del Hospital.
- Calidad: es la sumatoria de los parámetros que nos indican si la historia clínica cumple con calidad.
- Total: es la sumatoria de calidad y adherencia a protocolos.

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 59 de 61

- Datos completos
- Coherencia con esquema de vacunación
- No uso de siglas
- Concordancia en la educación
- Antecedentes actualizados
- Antecedentes ginecoobstetricos.
- Descripción del Método de planificación utilizado.
- Descripción del riesgo reproductivo.
- Descripción de la satisfacción del método.
- Remisión a otros programas
- Adecuado uso de diagnósticos
- Verificación de citologías previas.
- Educación sobre el autoexamen de mama.
- Pertinencia en el apoyo diagnóstico
- Evidencia de la educación impartida
- Adecuada escritura y o digitación
- Calidad: es la sumatoria de los parámetros que nos indican si la historia clínica cumple con calidad.
- Total: es la sumatoria de calidad y adherencia a protocolos.

### **EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)**

H.C. EXCELENTE: 91 A 100%


H.C. BUENA: 81 A 90%

H.C. REGULAR: 71 A 80%

H.C. MALA: Inferior al 70%

La evaluación se consolida los días 30 de cada mes y se le entrega un informe a cada profesional, cuando la calificación sea inferior al 90% se realiza un plan de mejoramiento, con un plazo máximo de un mes.

### **ENTREGA DE INFORMACIÓN.**

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 60 de 61

Las auditorias de todos los programas deben dar resultados tanto en la mejora de la calidad de la historia clínica como en la adherencia a protocolos, y el seguimiento a las auditorias las debe realizar el Comité de Historias Clínicas.

Por esta razón mensualmente en el comité de Historias clínicas se evaluara el resultado de las auditorias y buscara estrategias de mejor, así como en este comité se evaluara y se hará el seguimiento a los indicadores solicitados por Planeación, entre los que tenemos los siguientes:

- Adherencia a guías y protocolos de la institución.
- Adherencia a guías de Hipertensión Arterial
- Adherencia a guías de Crecimiento y desarrollo


Esta información será entrega cada trimestre al Proceso de Planeación en los meses de Abril, Julio y Octubre. En la primera semana de Enero se entregara la información consolidada de todo el año inmediatamente anterior.

## 25. AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS

Con la Auditoría de Cuentas Médicas se busca garantizar que la facturación generada por la prestación de los servicios de salud, esté acorde con los parámetros contractuales definidos entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Se realiza la evaluación sistemática e integral de la facturación generada en la atención, desde el punto de vista administrativo, médico, técnico y jurídico. Se rige según la normatividad vigente y garantiza un alto impacto en la administración del costo médico.

La auditoría de cuentas medicas esta anexa al manual de facturación de la Institución.

	<b>MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS Y AUDITORIA PROCESO ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>Código:</b> 26-038
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> 23 04 2021
		<b>Página:</b> 61 de 61

## BIBLIOGRAFÍA

Archivo General de la Nación, Archivo de historias clínicas, Memorias seminario abril 26,27 y 28 de 2000.

Archivo General de la Nación, Manual de organización fondos acumulados Archivo General de la Nación, Manual para Archivos Clínicos

La historia clínica <[http://es.wikipedia.org/wiki/Historia\\_cl%C3%ADnica](http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica)>

Ley 1438 del 2011. Ministerio de Salud.

República de Colombia, Ministerio de Salud Pública. Resolución 1995 del 8 de julio de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

Resolución 3100 del 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Carnicero Giménez de Azcárate J. De la historia clínica a la historia de salud electrónica (resumen). <<http://www.conganat.org/seis/informes/2003/PDF/CAPITULO1.pdf>>