

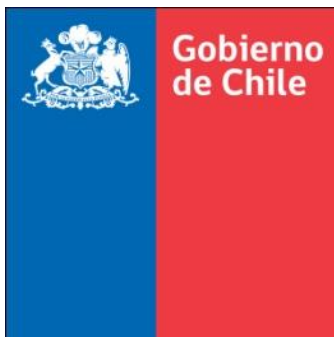



	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 1 de 42	Versión 0.7	 
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		



## PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA

<p align="center"><b>ELABORADO POR</b> SR. VIVETTE EGANA V. ENFERMERA EN ESPECIALIDAD DE ACREDITACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE SCP HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO</p> <p align="center">SRA. CAROLINA MEDINA S. ENFERMERA ENCARGADA SUBUNIDAD ARCHIVO HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p align="center">HOSPITAL DE COQUIMBO</p> <p align="center"><b>FECHA: OCTUBRE 2018</b></p>	<p align="center"><b>REVISADO POR</b> SRA. MARCOLENE SARD P. JEFE DEPARTAMENTO DE DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO</p> <p align="center">DR. CHRISTIAN VARGAS A. SUBDIRECTOR GESTION CLINICA ATENCION ABIERTA (S) HOSPITAL DE COQUIMBO</p> <p align="center"><b>FECHA: OCTUBRE 2018</b></p>	<p align="center"><b>APROBADO POR</b> SR. GERMAN LOPEZ A. DIRECTOR (S) HOSPITAL COQUIMBO</p> <p align="center"><b>FECHA: NOVIEMBRE 2018</b></p>
---	--	---

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 2 de 42	Versión 0.7	  <small>Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD</small>
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## **Hospital San Pablo de Coquimbo**

### **Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente**

**2018**

#### **Actualizado por:**

**Ivette Egaña Veas**

Enfermera Unidad de Acreditación Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente

**Carolina Medina Salazar**

Enfermera Encargada Subunidad de Archivo

#### **Elaborado por:**

**Marcela Allard Pincheira**

Enfermera Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

**Ivette Egaña Veas**

Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

**Paulina Toro Rebolledo**

Enfermera Jefe CAE

#### **Colaboradores:**

**Dr. Marcos Chavarria Maldonado**



Jefe Control de Gestion y Desarrollo Institucional

**Ing. Samuel Lopez Miranda**

Jefe Unidad de archivo



**OF Ivania Zepeda Mundaca**

Jefe Unidad Gestion de la Demanda

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 3 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## INDICE

	<b>Página</b>
<b>1. OBJETIVO</b>	<b>4</b>
<b>2. ALCANCE</b>	<b>4</b>
<b>3. AMBITO DE APLICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>4. ASPECTO NORMATIVO</b>	<b>4</b>
<b>5. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>6. DEFINICIONES</b>	<b>6</b>
<b>7. DESARROLLO</b>	<b>8</b>
<b>7.1 Aspectos generales Ficha Clínica única</b>	<b>8</b>
<b>7.2 Tipos de soporte Ficha Clínica</b>	<b>10</b>
<b>7.3 Procedimiento de Vinculación</b>	<b>12</b>
<b>7.4 Procedimiento de acceso a la integralidad de la información por los profesionales que participan en la atención de pacientes</b>	<b>13</b>
<b>7.5 Sistemas electrónico Diagnósticos -Terapéuticos</b>	<b>17</b>
<b>7.6 Registros complementarios a la Ficha Clínica en el área ambulatoria</b>	<b>19</b>
<b>7.7 Procedimiento de acceso a la Ficha clínica por parte del paciente o terceros</b>	<b>25</b>
<b>7.8 Autenticidad de los datos</b>	<b>26</b>
<b>7.9 Seguridad y confidencialidad de la información de la ficha clínica</b>	<b>26</b>
<b>7.10 Manejo de fichas clínicas</b>	<b>28</b>
<b>8. INDICADOR</b>	<b>41</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>42</b>

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 4 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## 1. OBJETIVO

Disponer de una Ficha clínica única e individual cuyo manejo y conservación sea centralizada en la Unidad de Archivo.

## 2. ALCANCE



Toda información proveniente de las atenciones de salud otorgadas por un prestador en cualquiera de los soportes establecidos.

## 3. AMBITO DE APLICACIÓN

Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo, Atención ambulatoria, así como también las unidades de Gestión y administración del Hospital San Pablo de Coquimbo.

## 4. ASPECTO NORMATIVO

- a. Decreto Fuerza Ley N° 1/ 2005 MINSAL.
- b. Ley 20.584, de los Derechos y Deberes de los usuarios.
- c. Ley 19.937 Ley de Autoridad Sanitaria del Misal, que modifica el D.L. N° 2763 de 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
- d. Reglamento N° 41 sobre fichas clínicas
- e. Compendio de Circulares Interpretativas Superintendencia de Salud versión 3 Enero 2015
- f. IP N° 36 mayo 2016.
- g. Manual del estándar de atención cerrada, ámbito registros, característica REG 1.1-1.4.

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 5 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## 5. RESPONSABLES DE APLICACION

**Dirección:** responsables de velar por el cumplimiento de la normativa que establece el presente documento, implementando las mejoras requeridas para el manejo de la Historia o Ficha Clínica.

**Unidad Gestion de la demanda:** velar por la observancia de las normas relativas a la reserva de la información confidencial en poder de la sección, especialmente en relación con el secreto de la información vertida en la Historia Clínica.



**Sub Unidad de archivo:** responsables de cautelar la trazabilidad de la ficha clínica, constatación de código único verificador ante la consulta y/o creación de fichas clínicas, almacenamiento y custodia de la ficha clínica, así como de la integridad de ésta.

**Unidad de informática:** responsables de resguardar la seguridad y confidencialidad de la información de sistemas electrónicos locales.

**Proveedor externo de sistemas electrónicos:** responsables de resguardar la seguridad y confidencialidad de la información de sus sistemas.

**Funcionarios Servicios Clínicos y Unidades:** responsables del correcto manejo de la ficha clínica asegurando la confidencialidad, autenticidad de los datos y la integridad de esta.

**Alumnos:** respetar normativa establecida en el presente documento.

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 6 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## 6. DEFINICIONES




**Historia o Ficha clínica única:** Instrumento en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, o una combinación de ellos, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, vinculación, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.

**Registro clínico electrónico (RCE):** Registros que son parte de la ficha clínica del paciente y que pueden visualizarse en software, con clave de acceso individual, y trazabilidad, resguardando así la confidencialidad de los registros.

**Código único de identificación de ficha clínica:** sistema de codificación de las fichas clínicas de los pacientes, que facilitan la identificación y relación de las diversas partes de la ficha clínica, y cuyo objetivo es relacionar todos los tipos de soporte utilizados y que corresponden a datos clínicos del mismo paciente.

**Dato sensible:** Toda información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas. (*Artículo 12 Ley N° 20.584*).

**Archivo:** Lugar físico donde se centralizan, mantienen, conserva y distribuyen las Fichas clínicas en soporte papel, ordenadas por código numérico entregado por sistema electrónico local, y que puede obtenerse a partir del número de RUN del paciente como dato vinculador. La distribución física del Archivo posee bodegas con estantes, bajo una Jefatura única y su acceso es restringido.

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 7 de 42	Versión 0.7	  <small>Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD</small>
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

**Acceso:** acción a través de la cual el personal relacionado con la atención del paciente y que está debidamente autorizado por el prestador accede a los diferentes registros del paciente, los que conforman la integralidad de su ficha clínica, independiente del formato que esta tenga, ya sea, para consulta como para el registro de la atención entregada.



**Confidencialidad:** Derecho que tiene una persona, en su calidad de paciente, a que su enfermedad o condición no sea de dominio público.

**Vinculación:** Uso de código único de identificación de los registros clínicos de cada paciente, que permite acceder a los diversos profesionales que intervienen en la atención del paciente a la integralidad de la información de la Ficha clínica.

**Integralidad:** conjunto de información constitutiva de la ficha clínica de una persona independiente del soporte.

**Autenticidad:** se refiere a la condición de registros legítimos que no sean susceptibles de ser modificados, borrados, eliminados.

**Conservación:** procedimiento de resguardo de la integralidad y confidencialidad de los diferentes registros que constituyen la ficha clínica

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 8 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		



## 7. DESARROLLO

### 7.1 Aspectos generales Historia o Ficha clínica (FC) única

- a. Debe ser un documento individual, cada usuario debe poseer una historia clínica con un número correlativo entregado por el sistema electrónico vigente **asociado a su RUN**, el cual será el código único de identificación.
- b. El sistema electrónico **SAM**<sup>1</sup> asegurará que no se pueda asignar más de un número de Historia o FC a un RUN o CP de paciente.
- c. En el caso de pacientes extranjeros **sin RUN asociado a una cedula de identidad definitiva** y recién nacido no inscrito o bien pacientes sin posibilidad de identificarlos (NN), el número de Historia Clínica (HC), deberá estar asociado a un número llamado ***“CP” que significa Código Paciente y que es único, transformándose solo en estos casos en código único de identificación, hasta que se regularice la situación.***
- d. En la carátula de la ficha clínica en la etiqueta autoadhesiva, el código paciente es equivalente a la denominación código SAM.
- e. La FC puede tener uno o varios tomos, pero siempre mantendrá su número único asignado al ingreso. Se acumularán los antecedentes desde el actual al más antiguo cada vez que sea posible consolidar en un tomo único.
- f. Exactitud y fidelidad de los datos contenidos, es responsabilidad de los funcionarios que registran en la Historia o ficha clínica, consignar RUN o CP, nombre del servicio o Unidad donde otorgó la prestación, la fecha, así como su nombre o firma.
- g. Ser elaborada con letra clara y legible, conservando su estructura en forma ordenada y fija, garantizando el resguardo y permanencia de la documentación que la compone.
- h. Los registros clínicos que se generen de la hospitalización del Parto, será archivada en conjunto con la Historia o Ficha clínica de la madre del paciente.

<sup>1</sup> Sistema Atención Médica



	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 9 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		



i. En el caso de recién nacidos que requieran hospitalización en la institución, los padres/tutores deben proceder a la inscripción del paciente en el Registro Civil para la obtención de RUN y luego creación de Ficha clínica institucional para el paciente.

j. En aquellos casos que no sea posible encontrar la ficha clínica del paciente y requiere de una consulta ambulatoria y habiendo agotado todas las instancias, y **de manera excepcional**, la Unidad de archivo podrá generar una caratula nueva con el mismo número de Historia o Ficha asociado al RUN, señalando que es **“TRANSITORIA”**, la información que se genere de la prestación otorgada será unida a la ficha original en un plazo no superior a 72 hrs.

La unidad de archivo dispondrá de un registro en que se indicará la fecha en que se ha generado la carátula transitoria, nombre del funcionario que la generó y circunstancias que la hacen necesaria; fecha en que la información se ha unido a la ficha original y nombre del funcionario que lo ha realizado.

k. La ficha clínica deberá contener:

- Identificación actualizada del paciente: nombre completo, **código único de identificación**, sexo, fecha nacimiento, domicilio. Ésta información es posible encontrarla escrita a mano o mediante sistema de etiquetas adhesivas con código de barra, implementado desde hace más de un año.
- Registro cronológico y fechado de todas las atenciones de salud recibidas: consultas, anamnesis, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, protocolos quirúrgicos u operatorios, interconsultas y derivaciones, hojas de Enfermería, hojas de evolución clínica, epicrisis y cualquier otra información clínica. Si se agregan documentos en forma escrita o electrónica en cada uno de ellos se procurará registrar el **código único de identificación**.
- Decisiones adoptadas por el paciente o respecto de su atención, tales como consentimientos informado, rechazos de tratamiento, solicitud de alta voluntaria,

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 10 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

altas disciplinarias, y requerimientos vinculados a sus convicciones religiosas, étnicas o culturales.

- I. En caso de incumplimiento a los plazos establecidos para la devolución de las Fichas Clínicas, la Sub Unidad de Archivo notificará a Jefe de Unidad de Gestión de la Demanda, a fin de que se realice la devolución.
- m. En caso de extravío, fichas sin caratulas, ausencia de registros de atenciones recibidas, duplicidad de caratulas, se deberá notificar a la Unidad de Calidad como un **evento centinela**.



## 7.2 Tipos de soporte Ficha clínica

El Hospital cuenta con soporte mixto, es decir, ficha clínica en soporte papel para la atención del usuario, sin embargo, también se utilizan registros electrónicos que contienen información clínica, que forman parte de la ficha clínica del usuario, según se detalla a continuación:

### 7.2.1 Atención Cerrada

**Soporte Papel:** todas las Atenciones realizadas en Atención Cerrada (todos los servicios Clínicos de Hospitalizados) se registrarán de forma manual en Ficha Clínica de papel.

Pueden existir soportes electrónicos que permitan digitar ingresos médicos, protocolo operatorio, epicrisis, hojas de evolución y hojas de tratamiento, sin embargo, todos son impresos y adjuntados a ficha papel.

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 11 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## 7.2.2 Atención de Emergencias

- **Urgencia General**

**Registro Electrónico:** Todo paciente que consulta en la Unidad de Emergencias, se le registrará toda la atención médica y de enfermería en el dato de atención de urgencias (DAU) electrónico. Una vez se decida la hospitalización se imprimirá para que se incorpore a la ficha clínica; si el paciente finaliza su atención se imprime una copia que se le entrega.



**Soporte Papel:** Desde la indicación de hospitalización en DAU, se elabora hoja de enfermería, la cual es adjunta al DAU impreso, para la incorporación final a la ficha clínica. Por otra parte, en caso de fallas o caídas del sistema electrónico DAU, se utilizará formato papel hasta que regularice la situación.

- **Urgencia Gineco-obstétrica**

**Registro Electrónico:** Todo paciente que consulta en la Urgencia gineco-Obstétrica, se registrará su atención en el dato de atención de urgencias (DAU) electrónico. Una vez se decida la hospitalización se imprimirá para que se incorpore a la ficha clínica; si el paciente finaliza su atención se imprime una copia que se le entrega.

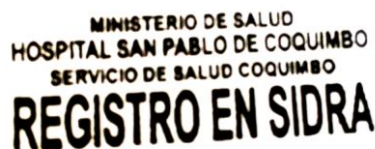
## 7.2.3 Atención Abierta

- Soporte Papel:** además de la ficha clínica se mantienen registros satélites almacenados en las respectivas unidades o programas de atención durante toda la atención ambulatoria del paciente para luego al momento del alta ingresar toda la información a la ficha clínica o bien permanecer en la Unidad cuando la información contenida es la misma que se registra en ficha clínica.

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 12 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

**b) Soporte en Registros Clínico Electrónico (RCE):** se utiliza sistema electrónico de registro de citas de Agendas profesionales “Trakcare”, resultante de ésta agenda el profesional clínico médico y no médico, puede acceder con una clave personal para realizar registros de las atenciones efectuadas en sistema.



Quando se realicen registros de atenciones en este sistema, el profesional que realiza la atención además debe consignar en ficha clínica papel un timbre que permitirá saber de la existencia de RCE, que corresponderá a **“Registro en SIDRA”** y de esa manera vincular la información a la ficha formato papel.



### 7.3 Procedimiento de vinculación

Dado que existe información del paciente en más de un soporte, el procedimiento de vinculación será a través del **código único de identificación**, vale decir el RUN del paciente o código paciente (CP) en caso de pacientes extranjeros sin RUN asociado a una cedula de identidad definitiva, recién nacido no inscrito o bien pacientes sin posibilidad de identificarlos (NN).

Para los extranjeros que egresen sin RUN definitivo y requiera de control ambulatorio, al momento del agendamiento y se genere perfil en sistema SIDRA, el código paciente se vinculara al número de historia clínica.

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 13 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## 7.4 Procedimiento de acceso a la integralidad de la información por los profesionales que participan en la atención del paciente

### 7.4.1 Atención en U. de Emergencia

Los profesionales clínicos que realizan atención directa de pacientes en la Unidad de emergencia y que requieran información general de atenciones previas en atención cerrada, abierta o atención de urgencia, podrán solicitar a la adminisionista, acceder a un historial de atenciones en sistema electrónico llamado SAM, mediante clave asignada.



Para requerir información de esas atenciones seguirá las siguientes acciones según tipo de soporte:

**Ficha Clínica soporte papel:** En caso de requerir la ficha clínica, podrá ser solicitado mediante el sistema electrónico “SOME” a la Unidad Archivo.

**RCE:** a través de clave de acceso individual, o a través de la solicitud vía correo y/o presencial a encargado de unidad solo en horario hábil.

**DAU Urgencia General:** Para el caso de los DAU emitidos antes de la puesta en marcha del sistema electrónico, la secretaria de la Unidad solicitante los pedirá en horario hábil, mediante correo electrónico a la subunidad de Archivo. Posterior a mayo del 2018, se debe solicitar a la secretaria de la Unidad de Emergencias revisar la información en la base de datos del sistema electrónico DAU en los computadores dispuestos en la Unidad de Emergencias para la entrega de una copia.

**DAU Urgencia GOBS:** La Urgencia GOBS, resguardará los DAU por un periodo de 3 meses. Al finalizar el trimestre Urgencia GOBS enviará los DAU mediante memo a la Subunidad de Archivo

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 14 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

para su resguardo final. En el caso de requerir algún DAU de Urgencia GOBS, la Unidad y/o Servicio clínico solicitante, se contactará directamente con la matrona de turno de la Urgencia GOBS, y si el DAU requerido se encuentra resguardado en dicha Unidad, se entregará una copia. Si ha superado dicho periodo, se deberá en horario hábil solicitar mediante correo electrónico a Encargada de Subunidad Archivo para la entrega de una copia.

**Registros satélites electrónicos o papel de atención ambulatoria:** a través de la solicitud a encargado de unidad vía correo y/o presencial a encargado de unidad solo en horario hábil.



**Sistemas electrónicos diagnósticos:** a través de computadores en cada servicio clínico o unidad en donde se puede acceder a resultados de exámenes de laboratorio e Imagenología utilizando claves de acceso y buscando información por código único de identificación.

#### 7.4.2 Atención Cerrada (Hospitalización)

Los profesionales clínicos que realizan atención directa de pacientes en atención cerrada podrán acceder a los resultados de exámenes e imágenes utilizando claves asignadas según sistema electrónico y luego ingresando código único de identificación.

Si requiere acceder a otra información ya sea generada por la Unidad de emergencia o en consultas ambulatorias lo harán de la siguiente manera utilizando código único de identificación:

**DAU Urgencia General:** Para el caso de los DAU emitidos antes de la puesta en marcha del sistema electrónico, la secretaria de la Unidad solicitante los requerirá en horario hábil, mediante correo electrónico a la subunidad de Archivo. Posterior a mayo del 2018, se debe solicitar a la secretaria de la Unidad de Emergencias revisar la información en la base de datos del sistema electrónico DAU en los computadores dispuestos en la Unidad de Emergencias para la entrega de una copia.

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 15 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

**DAU Urgencia GOBS:** La Urgencia GOBS, resguardará los DAU por un periodo de 3 meses. Al finalizar el trimestre Urgencia GOBS enviará los DAU mediante memo a la Subunidad de Archivo para su resguardo final. En el caso de requerir algún DAU de Urgencia GOBS, la Unidad y/o Servicio clínico solicitante, se contactará directamente con la matrona de turno de la Urgencia GOBS, y si el DAU requerido se encuentra resguardado en dicha Unidad, se entregará una copia. Si ha superado dicho periodo, se deberá en horario hábil solicitar mediante correo electrónico a Encargada de Subunidad Archivo para la entrega de una copia.



**RCE:** a través de clave de acceso individual cuando el médico disponga de ella, o a través de la solicitud vía correo y/o presencial al encargado de unidad en horario hábil.

**Registros satélites electrónicos o papel de atención ambulatoria:** a través de la solicitud a encargado de unidad vía correo y/o presencial a encargado de unidad solo en horario hábil.

### 7.4.3 Atención abierta

Los profesionales clínicos que realizan atención directa de pacientes en atención ambulatoria podrán acceder a los resultados de exámenes e imágenes utilizando claves asignadas según sistema electrónico y luego ingresando código único de identificación, vale decir, el RUN del paciente o código paciente en caso de pacientes extranjeros sin RUN asociado a una cedula de identidad definitiva. Para este último caso, la búsqueda en los registros electrónicos ambulatorios (SIDRA) será mediante la historia clínica del paciente, para vincularlo con el código único de identificación, que en este caso es el código paciente (CP).

Para realizar esta búsqueda en el sistema SIDRA siempre anteponer el “0” antes del número de la ficha clínica.

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 16 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

Si requiere acceder a otra información no contemplada en la ficha clínica o ya sea generada por la Unidad de Emergencia o en otras consultas ambulatorias, lo hará de la siguiente manera utilizando código único de identificación:



**DAU Urgencia General:** Para el caso de los DAU emitidos antes de la puesta en marcha del sistema electrónico, la secretaria de la Unidad solicitante los requerirá en horario hábil, mediante correo electrónico a la subunidad de Archivo. Posterior a mayo del 2018, se debe solicitar a la secretaria de la Unidad de Emergencias revisar la información en la base de datos del sistema electrónico DAU en los computadores dispuestos en la Unidad de Emergencias para la entrega de una copia.

**DAU Urgencia GOBS:** La Urgencia GOBS, resguardará los DAU por un periodo de 3 meses. Al finalizar el trimestre Urgencia GOBS enviará los DAU mediante memo a la Subunidad de Archivo para su resguardo final. En el caso de requerir algún DAU de Urgencia GOBS, la Unidad y/o Servicio clínico solicitante, se contactará directamente con la matrona de turno de la Urgencia GOBS, y si el DAU requerido se encuentra resguardado en dicha Unidad, se entregará una copia. Si ha superado dicho periodo, se deberá en horario hábil solicitar mediante correo electrónico a Encargada de Subunidad Archivo para la entrega de una copia.

**RCE:** a través de clave de acceso individual cuando el médico disponga de ella, o a través de la solicitud vía correo y/o presencial al encargado de unidad en horario hábil.




**Registros satélites electrónicos o papel de atención ambulatoria:** a través de la solicitud a encargado de unidad vía correo y/o presencial a encargado de unidad en horario hábil.



	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 17 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		




## 7.5 Sistemas Electrónicos Diagnósticos - Terapéuticos

Unidad Generadora	Tipo de Soporte	Acceso a la Información
Banco de Sangre	Informe de Resultados - Sistema electrónicos Hematos GII	Actualmente en implementación consulta en línea, a través de clave usuario. Informe se entrega a Especialidad médica solicitante en la Unidad de Banco de Sangre. Se dispone en archivadores en policlínico o unidad hasta la consulta médica, momento en que se adjuntan informes de resultados a la Ficha Clínica.
Laboratorio	Informe de Resultados - Sistema electrónicos del laboratorio con acceso a través de Web del laboratorio clínico y además en formato papel.	Disponibles resultados en sistema electrónicos en línea y el acceso con clave por servicio Clínico o unidad.  Informe se genera con la procedencia de Especialidad médica solicitante desde la Unidad de Laboratorio.  Informe puede ser archivado en FC durante la hospitalización o bien pueden ser copiados sus resultados y entregados al alta con constancia de recepción.  En el caso de la atención ambulatoria, se disponen en archivadores en policlínico o unidad hasta la consulta médica, momento en que se adjuntan a la Ficha Clínica o bien pueden ser copiados sus resultados en FC y entregados al paciente, con constancia de recepción.
Anatomía Patológica	Informe de Resultado Sistema Electrónicos	Informe disponible en FC.

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</b>	Página 18 de 42	Versión 0.7	 
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

Unidad de Imagenología	Informe de Resultados – Sistema Electrónico Synapse	Disponibles resultados en sistema electrónico y acceso con clave.
---------------------------	---	---



Unidad de Cardiorrespiratorio	Examen de Eco Cardiograma	Informe se archiva en FC
	Examen de Test de esfuerzo	Informe se archiva en FC
	Examen de Electrocardiograma	Informe se distribuye a Especialidad médica solicitante desde la Unidad de Cardiorrespiratorio. Se dispone en archivadores en policlínico o unidad hasta la consulta médica, momento en que se adjuntan informes de resultados a la Ficha Clínica.
	Examen de Holter de Arritmia	Informe original se archiva en FC. Se entrega copia a paciente.
	Examen de Espirometría	Informe se distribuye a Especialidad médica solicitante desde la Unidad de Cardiorrespiratorio. Se dispone en archivadores en policlínico o unidad hasta la consulta médica, momento en que se adjuntan informes de resultados a la Ficha Clínica.
	Examen de PPD	Informe original se entrega al paciente y se registra resultado en libro interno.
	Examen de Fibrobroncoscopia	Informe original se archiva en FC. Copia se entrega a paciente con constancia de recepción.
	Examen de Test cutáneo	Informe original se entrega a paciente. Se registra resultado en base de datos Excel.

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA	Página 19 de 42	Versión 0.7	 
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		



Unidad de Procedimientos Endoscopia	Examen de Endoscopia: Endoscopia y Colonoscopia: Epi Info 2010 Examen de Cistoscopia: Cistoscopia y ERCP: Endocap	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes Ambulatorios: Resultados se entrega al paciente. Existe respaldo de resultado en sistema electrónico.</li> <li>- Pacientes Hospitalizados: Se archiva en FC y copia se entrega al paciente.</li> </ul>
UNACES	Examen de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia resultada se archiva en FC con constancia de recepción.</li> <li>- Resultado Original se entrega al paciente.</li> </ul>
Unidad de Neurofisiología	Examen de EEG  Examen de Estudio del Sueño:  Examen de EMG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe se entrega a paciente con constancia de recepción.</li> </ul>

## 7.6 Registros complementarios a la Ficha Clínica en el Área Ambulatoria.

Unidad	Soporte Papel	Soporte Electrónico
Consultas de Especialidad	Programa de Crónicos DM Adulto	Base de datos Excel población bajo control
	Programa de Chagas	Base de datos Excel población bajo control
	Programa de Estudio de Pre Trasplante Renal Adulto: - Carpeta individual de estudio Pre Trasplante Renal.	Base de datos Excel población bajo control.
	Programa de Apoyo a pacientes en domicilio (entrega de insumos)	N/A
	Programas Gineco - obstétricos: - Tarjetón de seguimiento nivel secundario de atención programa cervicouterino (y otros canceres). - Tarjeta ARO	N/A



	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</b>	Página 20 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

	<b>Policlínico de Psiquiatría:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarjetón paciente inyectables.</li> <li>- Tarjetón paciente clozapina.</li> <li>- Tarjetón pacientes control</li> </ul>	RCE por médico psiquiatra
	<b>Programa de Esclerosis Múltiple:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarjetón de atención</li> <li>- Carpeta individual de atención de pacientes con Esclerosis Múltiple.</li> </ul>	RCE
	<b>Programa Disonía:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarjetón de atención</li> </ul>	N/A
	<b>Programa de Crónicos DM pediátrico</b>	RCE Tarjetón Electrónico
	<b>Programa de Estudio de Pre Trasplante Renal Pediátrico</b>	RCE Tarjetón Electrónico
Unidad Cardiorrespiratorio	<b>Programa TACO: Registro en FC al ingreso y egreso del paciente.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarjetón de tratamiento TACO.</li> <li>- Formulario de Ingreso a TACO</li> <li>- (* al alta se ingresa copia de los documentos, original se mantiene en la unidad)</li> </ul>	SINTROMAC
	<b>Programa TBC:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro en FC al ingreso y egreso del paciente.</li> <li>- Tarjetón Programa de TBC.</li> <li>- Tarjetón de Pacientes en Quimioprofilaxis.</li> <li>- Libro de Notificación de Pacientes TBC.</li> <li>- Planilla de Seguimiento pacientes TBC.</li> <li>- Planilla de Seguimiento de Baciloscopia.</li> <li>- (* al alta se ingresa copia de los documentos, original se mantiene en la unidad)</li> </ul>	N/A
	<b>Programa de Oxígeno Domiciliario</b>	Plataforma Programa Nacional Oxígeno Domiciliario (POA). Red Minsal  Planilla Excel Pacientes O2 Requirentes



	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA	Página 21 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

Unidad de Dermatología- ITS - VIH	<b>Programa ITS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarjetón de ITS para Sífilis.</li> <li>- Hoja de Gestión de Casos Protocolo de Transmisión Vertical para Sífilis.</li> <li>- Hoja de Gestión de Casos atendidos por sospecha de abuso sexual en menores de edad.</li> </ul>	Planilla Excel, base de datos pacientes en control UNACCESS (Unidad de Acceso y Control de Enfermedades de Salud Sexual)  Planilla Excel, base de datos pacientes en control sanitario.  RCE para administración de penicilinas indicadas por médico Sífilis.
	<b>Programa CAI <sup>2</sup>- VIH Adulto:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registros de atenciones de enfermería en tarjeta.</li> <li>- Libro comité decisiones TARV</li> <li>- Tarjetón de atención CAI.</li> <li>- Hoja Gestión de casos Procesos asistenciales VIH.</li> <li>- Hoja de Toma de Conocimiento de Proceso Asistencial VIH.</li> <li>- Carpeta Clínica por paciente (resultados de exámenes relacionados con la patología, copia de ISP, certificado previsional, copia constancia de recepción del resultado de examen y otros)</li> </ul>	Planilla Excel, Base de datos de pacientes viviendo con VIH Adulto.  Planilla Excel, Base de datos, de ingresos y egresos de pacientes.  Planilla Excel, Base de datos, de pacientes pediátricos que estuvieron expuestos al VIH.  <b>SURVIH (Plataforma Sistema Único de Registro VIH)</b> Informe de traslado Planilla Excel, Base de datos, de pacientes a los que se les realizó evaluación neurocognitiva.



<sup>2</sup> Centro de atención de integral

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA	Página 22 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

	<b>Programa CAI – VIH Pediátrico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha Clínica en todos los procesos médicos</li> <li>- Registros de atenciones de enfermería van insertos en la tarjeta.</li> <li>- Tarjetón de atención CAI.</li> <li>- Tarjetón de seguimiento por exposición al VIH.</li> <li>- Hoja Gestión de casos Procesos asistenciales VIH pediátrico.</li> <li>- Carpeta Clínica por paciente (resultados de exámenes relacionados con la patología, copia de ISP, certificado previsional, copia constancia de recepción del resultado de examen y otros).</li> <li>- Hoja de ingreso Psicológico.</li> <li>- Hoja de Ingreso Médico Programa CAI - VIH.</li> </ul>	Planilla Excel, Base de datos de pacientes viviendo con VIH pediátrico.  Planilla Excel, Base de datos, de ingresos y egresos de pacientes.  Planilla Excel, Base de datos, de pacientes pediátricos que estuvieron expuestos al VIH.  SURVIH (Plataforma Sistema Único de Registro VIH)  Informe de traslado  Planilla Excel, Base de datos, de pacientes a los que se les realizó evaluación neurocognitiva.
	<b>Dermatología – Sala de Procedimientos de Enfermería:</b>	RCE para curaciones.



	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</b>	Página 23 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

Unidad de Hemodiálisis	<p>Carpeta de atención de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de hemodiálisis por sesión</li> <li>- Protocolo de Estreptoquinasa</li> <li>- Serología test rápido HB, HC, VIH.</li> <li>- Informe de Enfermería de Egreso.</li> </ul> <p>Carpeta de atención medica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe Médico de Ingreso.</li> <li>- Informe Médico de Egreso</li> <li>- Exámenes de sangre de ingreso.</li> <li>- Exámenes de sangre de eficiencia dialítica mensual.</li> <li>- Serología Definitiva de HB, HC, VIH.</li> </ul>	<p>Base de datos Excel con información de los pacientes atendidos.</p> <p>Base de datos Excel realizadas mensualmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes dializados enviado a Estadística y GES.</li> <li>- Sesiones de Hemodiálisis por centro de Costo enviadas a Estadística.</li> <li>- Vacunas Administradas enviadas a Estadística y a Seremi.</li> <li>- Vigilancia de CHD enviado a CIAAS.</li> <li>- Vigilancia de IAAS enviado a CIAAS.</li> <li>- Complicaciones en hemodiálisis enviado a CIAAS.</li> <li>- Cupos Disponibles enviado a Fonasa.</li> <li>- Procedimientos ambulatorios para GRD.</li> <li>- Planilla De Registro De Pacientes Prestador Público para Fonasa.</li> </ul> <p>Otros soportes electrónicos donde se registra información: (acceso con clave)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rpec RNI</li> <li>- Modulo VIH/SIDA</li> </ul>
Sala de Procedimientos	<p>Procedimientos y Tratamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro en FC al ingreso y egreso del paciente.</li> <li>- Hoja de Registro de Tratamiento controlados endovenosos.</li> <li>- Hoja de Valoración de Ulceras y/o Heridas</li> </ul>	RCE por cada atención
Hospitalización Domiciliara	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro en Ficha Clínica</li> <li>- Hoja de Continuidad de Atención de Salud en Domicilio.</li> </ul>	N/A

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA	Página 24 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

Salud Mental Ambulatoria	Ficha Clínica de Salud Mental.	N/A
Servicio de Odontología	Hoja de Periodonto grama Hoja de Análisis Funcional de Oclusión	Plataforma informática Samuel Dent (Clínica (dg – actividades por paciente / estadística)  RCE  Cefalometria (ortodoncia)
Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor	<b>Pacientes Oncológicos:</b> - Tarjetón de control Programa Alivio del Dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.  - Hoja Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (Evaluación del dolor, síntomas y tratamiento farmacológico)  <b>Pacientes No Oncológicos:</b> - Tarjetón de control Programa Alivio del Dolor No Oncológico. - Hoja Programa Alivio del Dolor No Oncológico.	Planilla Excel Pacientes O2 Requirentes  Planilla Excel Pacientes atendidos Alivio del Dolor (GES – Entrega mensual)
Medicina Física y Rehabilitación	Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.	RCE Médico y kinesiólogos.
	Unidad de Terapia Ocupacional: 1. Tarjetón paciente linfedema. 2. Tarjetón evaluación funcional y cognitiva. 3. Tarjetón FIM.	N/A
Unidad de Procedimientos Endoscópicos	- Hoja de Enfermería Recuperación de Procedimiento Seguro	N/A





	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 25 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

Unidad de Neurofisiología	Estudio del Sueño: Hoja de Enfermería para Estudios del Sueño  Hoja de Toxina Botulínica	N/A
Ley Ricarte Soto	Hoja de Tratamiento de paciente	Plataforma ley

### 7.7 Procedimiento de acceso a la ficha clínica por parte del paciente o terceros

- a. El resguardo de la ficha clínica y la información contenida en ella es de exclusiva responsabilidad del Hospital.
- b. El usuario posee el derecho de conocer la información contenida en la ficha clínica, no obstante, es el Hospital el que debe definir la forma de cómo entrega la información.
- c. La información contenida en las fichas o copia de la misma podrá ser entregada, en forma total o parcial, a las siguientes personas a su solicitud expresa, las cuales deberán adoptar todas las medidas necesarias para asegurar la reserva y confidencialidad de los datos obtenidos y su empleo exclusivo en los fines para los que se solicitaron:
  - Al titular, su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.
  - A terceros debidamente autorizados por el titular mediante poder notarial simple.
  - A los tribunales de justicia cuando la información de la ficha se relacione a las causas que estén conociendo.
  - A los fiscales del ministerio público y a los abogados defensores, previa autorización del juez competente, cuando la información en ellas contenida se relacione directamente con las investigaciones y defensas de que se trate.

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 26 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

- En caso de pacientes fallecidos, será el cónyuge sobreviviente y los descendientes o ascendientes del fallecido que acrediten este parentesco mediante Certificados de Nacimiento, certificado de Matrimonio o copia del Certificado de Posesión Efectiva. A excepción que el fallecido haya dejado por escrito en la ficha clínica la voluntad de no otorgar información a las personas antes mencionadas.
- d. Los pacientes o representantes legales, **debidamente acreditados** según párrafo anterior, podrán solicitar en La Dirección del Hospital una copia de la ficha a través de formulario para solicitud de Antecedentes Clínicos, con plazo de entrega de mínimo 5 días hábiles.

## 7.8 Autenticidad de los datos



En cada atención deberán corroborarse los datos de identificación del paciente y quien registre debe modificar aquellos que hayan variado.

Cada registro derivado de una atención debe quedar respaldado con nombre y firma del profesional que la otorga, para ello se puede suscribir la inicial del nombre, y apellido paterno completo, pudiendo colocar la abreviatura de su profesión (Dr., Enf., Kin., Mat., alumno, etc.). De disponerlo, se preferirá el uso de timbres personales como pie de firma.

Las correcciones sobre aspectos ya escritos deberán hacerse con una línea al medio de la escritura que señale claramente la invalidez del texto, pero que permita su lectura (Ej.: ~~Glucosa~~ al 20%).

## 7.9 Seguridad y confidencialidad de la información de la ficha clínica

**Ley N°20.584** de Derechos y Deberes señala “Todo paciente tiene derecho acceder a la información de su ficha clínica y que ésta mantenga su carácter de confidencial”. El objetivo es que el ejercicio de este derecho permita mejorar la información del usuario en relación a su proceso salud enfermedad.




	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 27 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

La **Ley Nº 19.628**, sobre protección de la vida privada en Chile, señala que : se entenderá por datos de carácter personal o datos personales, los relativos a cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables (artículo 2º, letra f) y por datos sensibles aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual (artículo 2º, letra g); reconociendo por titular de los datos, la persona natural a la que se refieren los datos de carácter personal (artículo 2º, letra ñ).

A su vez la confidencialidad de la ficha clínica esta resguardada por el secreto estadístico basado en los artículos Nº 29 y 30 de la **Ley Nº 17.374**, que crea el Instituto Nacional de Estadísticas, en la cual se sanciona la divulgación de hechos, antecedentes o datos estadísticos en el historial clínico de una entidad de salud estatal en los siguientes términos:

- Artículo Nº29 – Los organismos fiscales, semifiscales y Empresas del Estado, y cada uno de sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a personas o entidades determinadas de que hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades o en razón de su cargo.
- Artículo 30º- Los datos estadísticos no podrán ser publicados o difundidos con referencia expresa a las personas o entidades a quienes directa o indirectamente se refieran, si mediare prohibición del o los afectados.

Por otra parte, el artículo Nº 246 y 247 del Código Penal, establecen sanciones al empleado público que revela la información confidencial, de que tiene conocimiento en virtud de su cargo o que incurre en infracción al “secreto estadístico”.

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 28 de 42	Versión 0.7	  <small>Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD</small>
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

**Ley N° 18.834**, Estatuto Administrativo, artículo N° 61, letra H señala las obligaciones funcionarias, a su vez dispone “guardar secreto en los asuntos que revistan el carácter de reservado en virtud de la Ley, del Reglamento, de su naturaleza o por instrucciones especiales”, por lo que este establecimiento solicita al momento de ingresar un nuevo funcionario la firma de un acuerdo de confidencialidad.

## 7.10 Manejo de Fichas clínicas



### 7.10.1 Creación

Para la creación de fichas clínicas es indispensable que cuando se genera la admisión de una primera atención por admisionista de la Unidad de Emergencia se contemplen todos los datos requeridos en sistema electrónico SAM, utilizando la cédula de identidad como fuente de información, pasaporte, certificado de nacimiento y/o libreta de matrimonio si no posee. De igual modo será responsabilidad del funcionario de la Unidad de Censo actualizar los datos según corresponda cada vez que un paciente se hospitalice. Lo anterior permitirá facilitar al funcionario de archivo la creación de la ficha con datos completos disminuyendo el riesgo de error en la creación y/o actualización de esta.

Los funcionarios de la Unidad de Archivo contarán con acceso al sistema electrónico y el perfil necesario para la creación de historias clínicas, debiendo ingresar los datos requeridos por el sistema electrónico SAM y luego el sistema entregará un número correlativo de identificación denominado Historia Clínica (HC), este número correlativo deberá estar asociado a un solo RUN o CP según corresponda.

Una vez obtenido el número de HC, este debe ingresarse al sistema electrónico para citas del paciente, a fin de vincular los datos cuando el paciente tenga atenciones ambulatorias.

Creado el paciente y su respectiva identificación mediante códigos en ambos sistemas electrónicos se procederá a crear la carátula física de la ficha clínica.

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 29 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

Actualmente el sistema electrónico de Archivo permite generar una etiqueta autoadhesiva con los datos del paciente y un código de barra con el código de identificación de ficha clínica, la que se debe pegar en la carátula física.

***Ningún funcionario que no pertenezca a la Unidad de Archivo, está facultado para la creación de fichas clínicas y/o caratulas.***

## 7.10.2 Actualización de datos



### 7.10.2.1 Pacientes sin RUN

Una vez obtenido el RUN definitivo asociado a una **cedula de identidad**, se procederá a ingresar a sistema dicho código único de identificación, según lo siguiente:

- a) **Admisión de U. Emergencia:** si el paciente vuelve a consultar en U. de Emergencia y aún se mantiene CP como código único, será responsabilidad de la admisionista ingresar RUN al sistema SAM.
- b) **Paciente con indicación de Hospitalización:** será responsabilidad del personal de CENSO ingresar RUN al sistema SAM.

Luego mediante el sistema electrónico SOME, la Unidad de CENSO informara a la Subunidad de Archivo, para que antes de la entrega de la ficha clínica imprima una nueva etiqueta autoadhesiva con los datos del paciente actualizados con RUN.

- c) **Atención ambulatoria:** será responsabilidad SOME admisión al momento del agendamiento para control en atención abierta, dar aviso a Encargada de Subunidad de Archivo para que actualice la información en sistema electrónico SAM y se realice una nueva etiqueta autoadhesiva con los datos del paciente y se reemplace en la carátula de la ficha clínica.

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 30 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

### 7.10.2.2 Modificación nombre en pacientes transexuales

Para modificación de nombre de paciente transexual es solo la Encargada de Subunidad de Archivo, quien actualiza la información en el sistema, contra documento legal y se realice una nueva etiqueta autoadhesiva con los datos del paciente y se reemplace en la carátula de la ficha clínica.

### 7.10.3 Solicitud de ficha clínica para atención de pacientes



Para acceder a la Ficha Clínica se debe realizar una solicitud utilizando los canales establecidos de acuerdo al tipo de atención del paciente a la Unidad de Archivo.

#### a. Atención Abierta

La solicitud se genera de forma automática en base a los agendamientos realizados por los funcionarios de admisión con el código único de identificación de paciente. La nómina de pacientes agendados para una fecha determinada se obtiene mediante un proceso que asocia el código único de identificación, con el número de ficha. Este listado de fichas constituye la solicitud de fichas clínicas para la atención abierta.

#### b. Atención Abierta (UCA)

Diariamente secretaria UCA, envía tabla quirúrgica de pacientes programados, identificados con código único de identificación y número de ficha clínica, mediante correo electrónico a Enfermera Unidad de Archivo. Aquellos que no son pacientes institucionales y no posean ficha clínica, la secretaria de UCA solicita cedula de identidad o certificado de nacimiento para ingreso de datos en SAM, posteriormente avisa a Enfermera SOME Archivo para la creación de la historia clínica y caratula.

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 31 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

### c. Atención Cerrada (Hospitalización)



Al realizar el ingreso a hospitalización de un paciente determinado la Unidad de Censo solicitará la ficha utilizando el sistema electrónico “SOME”, ingresando con clave/ usuario individual, registrando el código único de identificación, señalando la Unidad, nombre de funcionario que realiza la solicitud y motivo de la solicitud de la ficha,

El mismo sistema se utiliza tanto para las solicitudes de fichas existentes como las que deban ser creadas. Además el sistema genera un formulario electrónico de solicitud que permite asociar el código único de identificación al número de ficha clínica del paciente.

### d. Atención Cerrada (Hospitalización Domiciliaria)

Todo paciente que cumple criterios para Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) e ingresa por Unidad de Emergencias o por Atención Abierta (policlínicos) la solicitud de su ficha clínica será mediante correo electrónico a Enfermera de Archivo, de forma diaria de tal modo que la Unidad de Archivo la entregue durante el mismo día. En el caso que el paciente durante su atención domiciliaria tenga control en policlínico, Unidad de Archivo rescata ficha clínica en Unidad de Hospitalización Domiciliaria para su atención, posteriormente enfermera de UHD rescata nuevamente la ficha clínica del paciente mediante Sistema Electrónico SOME.

Si el paciente se encuentra hospitalizado y cumple criterios para continuar su atención en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, el médico tratante lo debe consignar mediante timbre “Hospitalización Domicilia” en la epicrisis o ultima evolución médica. De esta forma, una vez que la ficha clínica llegue al Grupo Relacionado al Diagnóstico (GRD) y se haga devolución de las fichas a SOME Archivo, en el registro de devolución se consignará en el rubro de observaciones “traslado a Hospitalización Domiciliaria” para que la Enfermera de Unidad de Archivo proceda a cambiar la ruta de la ficha clínica en tarjetón de remplazo, según corresponda. A su vez Enfermera Jefe GRD, avisará a Unidad de Hospitalización para el retiro de ellas, dejando consignado en libro de entrega.

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 32 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

#### 7.10.4 Solicitud de ficha clínica por Unidades de Gestión

La solicitud deberá ser realizada a través de sistema electrónico “SOME” de la Unidad de Archivo ingresando con clave/ usuario individual, registrando el código único de identificación, señalando la Unidad que solicita, nombre de funcionario, motivo de la solicitud.

El sistema también presenta una opción de observación para ingresar información adicional, si así se requiere.



El formulario electrónico de solicitud permite asociar el código único de identificación al número de ficha clínica del paciente.

#### 7.10.5 Procedimientos para el desarchivo de la ficha clínica

Los funcionarios de Archivo procederán en base a una solicitud realizada de acuerdo a este protocolo a desarchivar y preparar la(s) ficha(s) para su entrega. Para ello se seguirán los siguientes pasos:

- a. Ubicación del estante que tiene el rango numérico de la ficha clínica solicitada.
- b. Se desarchiva dejando simultáneamente en su lugar un tarjetón o colilla de reemplazo, que se confecciona manual o digital, y en el que se consigna el número de la ficha clínica, el Servicio de destino o nombre del funcionario que la solicita y fecha de retiro. En ningún caso retirar una ficha sin dejar un tarjetón/colilla de reemplazo que indique su nueva ubicación.
- c. En caso que una ficha clínica no fuera encontrada físicamente en el archivo, el funcionario de archivo deberá utilizar los registros manuales o electrónicos y seguir las indicaciones del proceso de rescate de fichas descrito también en este protocolo para gestionar su búsqueda.
- d. Los cambios de ruta que sean informados han de identificarse claramente en registros manuales o electrónicos.



	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 33 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## 7.10.6 Entrega de la Ficha Clínica

### a. Atención Abierta

Posterior a la generación del reporte de pacientes agendados (solicitud de atención abierta) para una fecha determinada y luego de desarchivar las fichas clínicas solicitadas, se procederán a preparar carpetas con las fichas para cada profesional solicitante. Estas carpetas se agrupan por servicio y se genera un reporte de entrega que debe ser revisado y firmado al momento de entregar las fichas al servicio solicitante.

La entrega será realizada por un funcionario de Archivo el día anterior a la atención del paciente y el funcionario de la atención abierta que recibe las carpetas con fichas solicitadas tiene la responsabilidad de revisar cuidadosamente, en conjunto con el funcionario de Archivo, la nómina de fichas entregadas, dejando constancia con su firma y nombre con letra imprenta las fichas recepcionadas.



### b. Atención cerrada

Serán solicitadas a través del sistema electrónico “SOME” de Archivo y retiradas directamente por los funcionarios de la Unidad de Censo, en los horarios indicados por la Unidad de Archivo.

El funcionario de la Unidad de censo una vez que ha retirado las fichas, hará entrega de ellas a los servicios clínicos utilizando libro de registro, en donde quede consignado su nombre y firma, así como el nombre y firma de quien recibe en el servicio clínico.

### c. Solicitudes administrativas

Para aquellas solicitudes que tengan un motivo o causal administrativa la entrega de las fichas clínicas por parte de la unidad de archivo se realizará dependiendo de la cantidad de fichas

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 34 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

solicitadas y por su priorización con respecto a otras solicitudes. El tiempo de entrega será entre 24 y 72 horas. La priorización para entrega de este tipo de solicitudes es la siguiente:



- Solicitudes de atención abierta (Pacientes agendados)
- Solicitudes espontáneas de atención abierta (Pacientes agendados para el mismo día)
- Solicitudes para intervenciones quirúrgicas.
- Solicitudes para responder a Fiscalía (Solicitadas a través de la Dirección)
- Profesionales área de gestión
- Solicitudes administrativas de otras unidades del hospital. Ej. Para inclusión de documentación clínica/administrativa, revisión de antecedentes, emisión de certificados, entre otras.

La entrega de las fichas clínicas se realiza con nomina impresa de estas, dejando de respaldo nombre, firma y fecha del funcionario que recibe. Además, se deben respetar los horarios indicados por la unidad de Archivo para la entrega de solicitudes administrativas.

#### **7.10.7 Devolución de ficha a archivo**

Las fichas deberán ser devueltas con los registros de manera ordenada de la misma manera en que fueron entregadas. Las fichas clínicas podrán ser trasladadas única y exclusivamente por funcionarios, nunca por los pacientes, cualquiera sea la situación.

***No podrán permanecer en los servicios clínicos, unidades u oficinas de los funcionarios, sin ninguna causa justificada,*** debiendo ser devueltas de la siguiente forma según corresponda:

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 35 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

### a. Atención Abierta

El mismo día que se utilizó en la consulta en caso que la atención haya sido en la mañana o el primer día hábil siguiente a la atención, en caso que la atención haya sido en la jornada de la tarde.

El funcionario que recibe las Fichas clínicas deberá revisar las nóminas en conjunto con el funcionario que las devuelve, firmando ambos la nómina, una copia de esta nómina queda para la Unidad de Archivo y la otra para la unidad que realiza la devolución.

En aquellos casos que falten fichas al momento de la devolución por cambio de ruta, cada consulta debe manejar un sistema de registro que evidencie dicho cambio de ruta, señalando nuevo destino, nombre de la persona que entrega y de quien recibe.

En complemento a lo anterior la Unidad de Archivo debe consignar en el tarjetón de reemplazo el nuevo destino de esa ficha.



***“Ningún funcionario podrá cambiar la ruta de la Ficha sin motivo justificado y sin ser consignado en un registro”***

### b. Atención Cerrada

Las fichas clínicas deben ser llevadas a Recaudación para el Alta Administrativa el mismo día que se otorga el Alta Médica y firmará el libro “Entrega de Fichas clínicas”, que trae el funcionario del Servicio Clínico.

Las Fichas clínicas deben quedar en la unidad de Recaudación, luego pasarán a la Unidad de GRD, quienes en 24 horas las deberán entregar a la Unidad de Archivo.

***“Ningún funcionario podrá cambiar la ruta de la Ficha sin motivo justificado y sin ser consignado en un registro”***

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 36 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

### c. Solicitudes administrativas

Las fichas clínicas deben ser llevadas a la unidad de Archivo junto con el comprobante de entrega que tiene el identificador de la solicitud, respetando los siguientes tiempos de devolución.

Numero de fichas	Tiempo para devolución
1 a 5 fichas	1 día.
6 a 10 fichas	2 días
10 a 30 fichas	3 días
30 a 50 fichas	4 días
Más de 50 fichas	1 semana



***“Ningún funcionario podrá cambiar la ruta de la Ficha sin motivo justificado y sin ser consignado en un registro”***

#### 7.10.8 Recepción de fichas

El funcionario que recibe las Fichas clínicas deberá revisar las nóminas en conjunto con el funcionario que las devuelve, firmando ambos la nómina.

Las fichas recibidas por solicitudes administrativas y de atención cerrada se ingresan al sistema electrónico “SOME” del Archivo para consignar que han sido devueltas. Sin embargo, las fichas devueltas de atención abierta quedan registradas manualmente en el reporte de entrega y devolución destinado para ello.

Si por algún motivo al momento de la devolución falta una ficha, se debe consignar la causa de manera explícita en la nómina, el nuevo destino de la ficha debe consignarse en el tarjetón de reemplazo.

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 37 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

### 7.10.9 Rescate de fichas

Este proceso se realiza cuando no es posible encontrar una ficha clínica solicitada. El funcionario de archivo deberá utilizar los registros manuales o electrónicos para determinar la ruta de la ficha y gestionar su recuperación. Se pueden seguir las siguientes indicaciones:

- a. Revisar si existe un registro manual que indique la ruta.
- b. Revisar los sistemas electrónicos disponibles para obtener las últimas atenciones del paciente y con esta información determinar si la ficha se encuentra en otro servicio y que no fue informado/actualizada la ruta de la ficha buscada.

Si la ficha es encontrada entonces actualizar su ruta dejando un tarjetón o colilla de reemplazo y gestionar su recuperación para entregarla al solicitante.

Si la ficha no es encontrada entonces se debe registrar en sistema electrónico del Archivo como ficha perdida e informar como evento centinela a la Unidad de Calidad.



### 7.10.10 Archivado

Una vez finalizado el proceso de Devolución se procede a ordenar los rangos asignados a cada funcionario, de menor a mayor y se recorren los estantes correspondientes a la numeración que se está archivando. Se ubica el lugar donde debe ir la ficha clínica, se archiva y se retira el tarjetón de reemplazo que tiene la ruta anterior.



### 7.10.11 Almacenamiento, conservación y custodia

#### a. Soporte en papel

1. El resguardo de la Ficha clínica en soporte papel es responsabilidad de la Unidad de Archivo de la institución, quien deberá velar por la integridad, conservación y custodia.

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 38 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

2. El archivo debe tener acceso restringido y debe disponer de buena iluminación, contar con suficientes anaqueles para el archivo de las Fichas y expedito acceso a su ubicación y utilización.
3. Se debe llevar un control de extravíos
4. Sistema de constancia de solicitud de fichas.
5. Las fichas estarán archivadas por un número de ficha asociado al código único de identificación, ordenadas por secuencia de dígitos, de menor a mayor, facilitando así su acceso y ubicación.
6. El personal de la Unidad deberá reparar deterioros de las carátulas o el reemplazo por una nueva, manteniendo las advertencias o notas que existan en ellas.
7. En caso de falta de espacio físico, pueden ser almacenadas en lugares distintos especialmente destinado para ello, no obstante, el manejo y responsabilidad continúa siendo del Personal de Archivo.
8. Todo el personal clínico es responsable del contenido de la Ficha clínica, debiendo archivar todos los documentos de las atenciones realizadas al paciente.
9. La Ficha Clínica deberá conservar su estructura en forma ordenada, con registros claros y legibles, garantizando el resguardo y permanencia de la documentación y código único de identificación.
10. La Unidad de Comercialización **NO** recibirá para gestión de las altas, fichas clínicas **SIN CARATULAS Y/O CON HOJAS SUELTAS.**
11. Cuando exista mucha información que no pueda ser contenida en una sola caratula, la Unidad de archivo podrá generar carátulas con identificación de tomos de una misma ficha, previa solicitud del servicio clínico a través de funcionario de censo quien indicará el número de tomo a confeccionar, y esta información *deberá quedar plenamente identificada en la caratula como Tomo 1, 2, etc.* con la numeración usando sistema decimal.
12. El resguardo de la información contenida en los DAU, será responsabilidad de la jefatura de la U. de Emergencia, durante los primeros 3 meses, posteriormente serán trasladados a la

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 39 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

U. Archivo resguardando la confidencialidad e integralidad de la documentación y respaldando a través de memo conductor la entrega.

13. Se mantendrán almacenados como DAU activos los 2 últimos años más el año en curso, los años anteriores pasarán a almacenarse en bodega externa como DAU pasivos.

### **b. Soporte electrónico**

Para asegurar el almacenamiento, custodia y conservación de los registros clínicos electrónicos existen convenios con empresas externas según sistema electrónico en donde se comprometen a dar cumplimiento de ello.

La Unidad de Informática, debe asegurar el respaldo de la información en servidor electrónico de información que resulten parte de la ficha y que son programas de iniciativa local.



#### **7.10.12 Fichas de pacientes fallecidos**

El archivo se realiza por número correlativo de ficha clínica y se mantendrán como fichas activas aquellas con fecha de fallecimiento menor a 3 años, sin considerar el año en curso, las que superen este umbral se almacenarán como pasivas por un periodo de quince años en total, luego de lo cual pasarán a proceso de eliminación.

#### **7.10.13 Eliminación**

La eliminación se realizará después de quince años sin reactivación de acuerdo a procedimiento establecido según normativa.



La Jefatura de la Unidad de Gestión de Demanda debe proponer a su Jefe directo la eliminación mediante rompimiento o utilización de máquinas picadoras de papel, acto que el Director de Establecimiento dispondrá por Resolución Exenta, dejándose constancia en acta levantada al efecto, de la forma en que se le ha dado cumplimiento (Circular N° 28.704 de agosto de 1981, de la Contraloría General de la República).

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 40 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

En el acta mencionada debe registrarse al menos el número de identificación de las Fichas Clínicas, nombre del paciente y N° de Rut; en caso de no contar con registro de este último, se puede reemplazar por fecha de nacimiento.




Los casos de fichas clínicas inutilizables, producto de desastres como Terremotos, Incendios, Inundaciones, y otros, entendiéndose por éstas aquellas que ya no pueden ser utilizadas para los fines a lo que estaban destinadas, se realizará un sumario Administrativo, para determinar que no hubo intervención de terceros y el Director del establecimiento, emitirá una Resolución Exenta que servirá como Constancia de la Eliminación de éstas, previo registro del nombre completo del paciente, RUN y/o Fecha de Nacimiento y número de historia clínica eliminada. De no ser posible rescatar los datos completos, solo se registrarán los legibles.



	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center">PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA</p>	Página 41 de 42	Versión 0.7	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## 8. INDICADOR

<b>Descripción</b>	<b>Evaluar la eficiencia en el proceso de entrega de fichas clínicas solicitadas según programación agenda médica.</b>
<b>Indicador</b>	% de Fichas clínicas entregadas según agenda medica
<b>Dominio</b>	Proceso
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Fichas clínicas entregadas según agenda medica}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de fichas clínicas solicitadas según agenda medico}} * 100$
<b>Fuente de información</b>	<b>Fuente Primaria:</b> Sistema SAGHIX <b>Fuente Secundaria:</b> Planilla Excel con resumen de información
<b>Tipo de muestreo</b>	Universo
<b>Metodología</b>	<p>Al finalizar el mes, encargada de Unidad de archivo, ingresará a pestaña “indicador” de sistema SAGHIX, filtrará por fecha a evaluar y descargará Planilla con todas fichas clínicas solicitadas y entregadas en el área ambulatoria para atención por profesional médico y no médico.</p> <p>Posteriormente, consolidará dicha información y obtener el resultado del indicador.</p> <p>Se entenderá como agenda médica, todo agendamiento que se realice tanto para el profesional médico como no médico.</p>
<b>Umbral</b>	85%
<b>Periodicidad</b>	Mensual
<b>Lugar de aplicación</b>	Unidad de Archivo
<b>Responsable</b>	Encargada Unidad de Archivo

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA UNICA	Página 42 de 42	Versión 0.7	 
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Periodo Vigencia Noviembre 2023		

## 9. ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### HOJA DE ACTUALIZACION DE LA DOCUMENTACIÓN

Elaborado por ó Modificado por	Revisado por	Autorizado por	Páginas Sustituidas	Fecha de Modificación		
				Día	Mes	Año
EU Carolina Medina S. Encargada Unidad de Archivo	EU María Teresa Lizana M. Enfermera Jefe U. Acreditación	Dra. Ana Fariñas A. Directora (s)	Pág. 41, se modifica fuente de información, tipo de muestreo y metodología del indicador	27	10	2020

Elaborado por ó Modificado por	Revisado por	Autorizado por	Páginas Sustituidas	Fecha de Modificación		
				Día	Mes	Año
EU Olivares G. Jefe Acreditación de prestadores (s)	EU María Teresa Lizana M. Jefa DCSP	Dr. Christian Vargas A. Director (s)	Pág. 11, se modifica tipo de soporte de Urgencia gineco-Obstétrica	02	11	2021