

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	1 de 31

1. Objetivo y Alcance

Estandarizar el registro, consulta, devolución, custodia, acceso, conservación y disposiciones generales de la Historia Clínica, con el fin de garantizar su adecuado manejo y trazabilidad de la información.

El presente protocolo inicia desde la identificación del marco normativo que reglamente el manejo de las historias clínicas a nivel nacional hasta

2. Responsables

Todo el personal de los servicios de salud de la Universidad de Pamplona que tenga entre sus responsabilidades la manipulación de las historias clínicas y registros asistenciales.

3. Definiciones

3.1. 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.

3.2. 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.

3.3. 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.

3.4. 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

Elaboró		Aprobó		Validó	
Firma Martha Moreno Meaury		Firma Ruby Jaimes Ramírez		Firma Mabel Johanna Coronel Acevedo	
Fecha	14 de junio de 2023	Fecha	14 de junio de 2023	Fecha	27 de junio de 2023

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	2 de 31

procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un usuario, el cual también tiene el carácter de reservado.

3.5. Archivo de Gestión

Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

3.6. Archivo Central

Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

3.7. Archivo Histórico

Es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

3.8. Historia Clínica Física

Es aquella diligenciada manualmente por el personal de salud.

3.9. Historia Clínica Digital

Es aquella que estando física es escaneada y anexada al sistema de historias clínicas.

3.10. Historia Clínica Electrónica

Es aquella que es realizada directamente por el personal de salud en el sistema de historias clínicas (INSTITUCIONAL).

3.11. Ordenaciones

Son los registros de la historia clínica correspondientes a órdenes de laboratorio clínico, banco de sangre, laboratorio de patología, imagenología, unidosis, interconsultas y procedimientos.

3.12. Software Institucional

Herramienta para la recolección, procesamiento y almacenamiento de la información médica, tanto clínica como administrativa de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	3 de 31

Las demás definiciones que aplican para el presente Documento se encuentran contempladas en la **Norma NTC ISO 9001 vigente Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.**

4. **Contenido**

N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	IDENTIFICACIÓN DEL MARCO NORMATIVO QUE REGLAMENTE EL MANEJO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS A NIVEL NACIONAL	
1.1	<p>La Historia Clínica es el documento base para el registro de las atenciones asistenciales y administrativas que recibe un paciente en una Institución de Salud. Ésta a su vez se convierte en un insumo para la trazabilidad de la atención, la docencia, la investigación, la auditoría clínica, asuntos de tipo médico legal y epidemiológico. Cabe resaltar que como lo reglamenta la Resolución 1995 de 1999 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. Además, se debe garantizar que la Historia Clínica y sus registros son amparados por la Ley 1582 de 2012 y su Decreto reglamentario 1377 de 2013.</p> <p>La Resolución 839 del 23 de marzo de 2017, por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones. A través de esta normatividad se realizan cambios en el proceso de gestión documental de la historia clínica; estableciendo 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.</p> <p>La implementación de la Historia Clínica Electrónica facilita el control y la evaluación de la calidad de la atención, la pertinencia y la eficacia de su contenido, siempre y cuando se garantice la trazabilidad del sistema de información, su seguridad y confidencialidad.</p> <p>En este documento se encuentran las condiciones para registro, consulta, devolución, custodia, acceso, conservación y disposiciones generales de la Historia Clínica.</p> <p>NOTA: La identificación de la normatividad aplicable queda consignada en el FAJ-15 “Matriz de Requisitos Legales”</p>	Responsable de la prestación de los servicios de salud
2	DEFINIR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	
2.2	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es un documento privado, en la medida que corresponde a la vida privada o íntima del paciente. 	Responsable de la prestación de los servicios de salud

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	4 de 31

	<ul style="list-style-type: none"> • Es obligatorio, por cuanto, tiene trascendencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas. • Se encuentra sometido a reserva, ya que según lo consagrado en el artículo 15 de la Constitución Política, existe el derecho que tienen todas las personas a su intimidad personal y familiar, y a su buen nombre. <p>CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA</p> <p>Para el caso de las historias clínicas en la Universidad de Pamplona, se garantiza:</p> <p>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.</p> <p>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 cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.</p> <p>Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, 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 paciente, diagnóstico y plan de manejo.</p> <p>Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.</p> <p>Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.</p>	
3	DEFINIR LAS ACTIVIDADES PARA GARANTIZAR LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	
3.1	<p>Para el caso de la Universidad de Pamplona el cargo del prestador de servicios de salud que generó la atención, solo podrá 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.</p> <p>Terceros autorizados para conocer la historia clínica:</p> <p>Las autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Art. 34, Ley 23/81).</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales y locales de salud, en cumplimiento de su función pública de inspección, vigilancia y control de la calidad de la atención en salud (Art. 34, Ley 23 / 81).</p> <p>El equipo de salud (Art. 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99).</p> <p>Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos (Art. 61, Ley 23/81 y Art. 30 Decreto 3380/81).</p> <p>Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).</p>	<p>Área De Plataforma CIADTI</p> <p>Responsable de la prestación de los servicios de salud</p>

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	5 de 31

	<p>El paciente y los familiares que él expresamente autorice (Art. 38, Ley 23/81).</p> <p>Los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas con limitaciones mentales.</p> <p>En caso de fallecimiento del paciente puede acceder a la historia clínica los familiares en primer grado de consanguinidad, previa sustentación por escrito de su parentesco con el difunto.</p>	
4	DEFINIR LAS ACTIVIDADES PARA GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	
4.1	<p>Toda persona que tenga acceso a la historia clínica o datos que forman parte de ella o que se deriven de ella, debe guardar el secreto profesional.</p> <p>La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada. El código penal colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.</p> <p>De acuerdo con las disposiciones legales establecidas por la ley 23 de 1981 sobre Ética Médica, se establecen algunas definiciones así:</p> <p>Artículo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de un paciente es un documento privado, sometido a la reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.</p> <p>Artículo 37. Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa el médico 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 las disposiciones legales.</p> <p>Artículo 38. Teniendo en cuenta los concejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:</p> <p>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 paciente, 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 ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.</p> <p>Artículo 39. El médico velará por que sus auxiliares guarden el secreto profesional, este deberá igualmente ser guardado por todas aquellas personas que, por su cargo y profesión, reciben o tiene acceso a esta información confidencial.</p>	<p>Responsable de la prestación de los servicios de salud</p>
5	DEFINIR LOS COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	
5.1	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del Usuario: <p>Los contenidos mínimos para la identificación del usuario corresponden a los que se describen a continuación, los cuáles deben ser diligenciados en su totalidad, verificados y actualizados cada vez que el usuario consulta.</p> <p>– Datos personales de identificación del usuario, apellidos y</p>	<p>Responsable de la prestación de los servicios de salud</p>



Manejo de Historias Clínicas

Código

TBU-26 v.00

Página

6 de 31

- nombres completos.
- Estado civil.
- N.º documento de identidad.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.
- Dirección - Barrio
- Teléfono del domicilio.
- Lugar de residencia.
- Nombre y teléfono del acompañante
- Nombre, teléfono y parentesco del acudiente del usuario
- Tipo de vinculación.
- Entidad o Administradora

- **Registros Específicos:**

- Evolución: Es el registro obligatorio de las condiciones del estado de salud en la que el usuario este avanzando periódicamente de aquellas incidencias, hallazgos exploratorios y pruebas complementarias acontecidas durante el proceso asistencial.
- Órdenes Médicas: Es el formato indicado para el registro actualizado de las prescripciones médicas. Dicho registro deberá ser descrito, con fecha, firma y sello del médico que atiende al paciente y en él deberá hacerse constar la hora de la prescripción. Las prescripciones medicamentosas deberán ser precisas y legibles, indicándose el nombre del medicamento, unidades, dosis, frecuencia y vía de administración. Igualmente deberá indicarse con precisión la continuidad, modificación o supresión de la medicación.
- Epicrisis: Es el formato que contiene la información resumen del episodio asistencial. Deberá realizarse cuando se produzca un ingreso hospitalario, así como al final de cada proceso de atención.
- Consentimiento Informado: Es el formato donde debe constar que el paciente o responsable legal del mismo ha sido informado de su estado de salud y de las posibles alternativas terapéuticas existentes para su diagnóstico y tratamiento, así como la autorización o no por su parte para: Autorización para la prueba de VIH, autorización para atención psicológica

- **Anexos:**

Los documentos anexos a la historia clínica que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención en los diferentes servicios de la Clínica, están contenidos en la historia como:

- Consentimiento informado: Debe registrar la firma del paciente o su representante legal
- Declaración de retiro voluntario: Debe registrar la firma del paciente o representante legal
- Formato Referencia y Contra referencia
- Formato Recomendaciones de Egreso Hospitalario

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	7 de 31

6	DEFINIR LAS NORMAS PARA LA CORRECTA FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS	
6.1	<p>Las normas a tener en cuenta por parte del responsable de la atención son:</p> <p>Decreto 2200 de 2005 proferido por el Ministerio de la Protección Social por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Capítulo IV De la prescripción de los medicamentos.</p> <p>Artículo 16. Características de la prescripción. Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia. - La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración. - Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado. - No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución. - La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces. - La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico. - La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera. - Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad. <p>Artículo 17. Contenido de la prescripción. La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro). 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional. 	Medico

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	8 de 31

7	DEFINIR LAS RECOMENDACIONES PARA LAS ORDENES MÉDICAS EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	
7.1	<p>Antes de escribir una orden médica asegúrese de que la orden respectiva está debidamente marcada con la identificación del paciente nombre completo y documento de identidad. El no tener esta precaución hace a quién escriba la orden responsable del uso indebido o responsable de la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie la formulación escribiendo la fecha y hora de formulación. • Las órdenes médicas deberán llevar la firma, registro y sello del especialista responsable. • Las órdenes médicas deben contener los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ACTIVIDAD: Especificar claramente el nivel de actividad física que el paciente puede desarrollar. ✓ MEDICAMENTOS: Procure no utilizar abreviaturas, especialmente si estas no son comunes. Los medicamentos deben formularse por su nombre genérico especificando las dosis, vía de administración y frecuencia. ✓ LABORATORIO E IMAGENES DIAGNOSTICAS: Toda orden de estudio paraclínicos debe contener los datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de historia clínica, fecha. Todas las solicitudes de apoyo diagnóstico deberán estar firmadas y con sello por el especialista responsable; sin este requisito la Enfermera Jefe y los profesionales responsables de la realización del procedimiento, están autorizadas para negarse a realizar dicho procedimiento. ✓ INTERCONSULTA: Nombre del servicio y del profesional al cual se solicita participación en el manejo del paciente. 	Responsible de la prestación de los servicios de salud
8	CREACIÓN Y BLOQUEO DE USUARIOS DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE HISTORIAS CLÍNICAS.	
8.1	<p>El administrador del sistema se encarga de la administración de usuarios en este sistema, que entre otras comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Creación de nuevos usuarios ✓ Bloqueo para usuarios que se desvinculen de la institución ✓ Definición de perfiles y permisos para el manejo del software <p>En la creación de nuevos usuarios se diligencia un formato institucional, donde se consigna el nombre completo, registro profesional, las responsabilidades del cargo y la firma para su posterior digitalización. En cuanto al bloqueo de usuario se lleva registro de la fecha de desvinculación y la fecha del bloqueo del usuario para generar el control respectivo sobre el acceso al sistema institucional.</p>	Responsible de la prestación de los servicios de salud Plataforma CIADTI
9	APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.	
9.1	<p>La atención por primera vez a un usuario debe cumplir con la realización del procedimiento de apertura de historia clínica, que incluye la captura de información de datos de identificación de forma completa y veraz, verificada en el documento correspondiente.</p> <p>La identificación de la historia clínica corresponde a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad. - Número de la tarjeta de identidad para los menores de edad, cumplidos los siete años. - Número de pasaporte o cédula de extranjería para población 	Medico

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	9 de 31

	extranjera.											
10	DEFINIR EL PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN DE LOS PACIENTES.											
10.1	<p>Hace parte del ingreso administrativo que facilita el acceso de los usuarios a la asistencia médica, se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar confirmación de existencia de historia clínica (verificar en el sistema el ingreso para verificar si es primera vez o es un reingreso del paciente). ✓ Solicitar identificación y datos del usuario requeridos para una correcta admisión. ✓ Realizar la apertura de la historia clínica en el programa institucional, diligenciando todos los campos descritos y obligados por la norma. ✓ Realizar verificación de los derechos de los usuarios en las respectivas entidades, una vez realizada la apertura y verificación de datos en el servicio requerido. ✓ Una vez el usuario egrese del servicio, el auxiliar administrativo procederá a realizar la respectiva recolección de los registros específicos y anexos que se derivaron de la atención, deben estar relacionados en el formato correspondiente, y se procede a realizar el proceso respectivo en el área de archivo. ✓ Las historias serán transportadas en un fólder para su conservación y custodia de documentos; cada servicio contará con un sitio asignado debidamente identificado para archivar las historias. ✓ Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien, y en qué fecha ha sido entregada, el acceso electrónico y un registro de préstamo y devolución de registros asistenciales y anexos en físico. 	<p>Medico Psicólogo</p>										
11	ESTABLECER LOS FORMATOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA.											
11.1	<p>Los registros que componen la historia clínica estarán disponibles en el programa institucional y en físico a través de la carpeta compartida en los computadores de uso asistencial además de la carpeta de plan de contingencia cuya custodia es responsabilidad de las coordinaciones asistenciales. Los formatos donde se consignar los registros asistenciales se describen a continuación:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">SOFTWARE INSTITUCIONAL USUARIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">REGISTROS MÉDICOS</td> <td>Buscar pacientes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">REGISTROS PSICOLOGÍA</td> <td>Formularios de solicitud de medicamentos, laboratorios. Remisiones Incapacidades</td> </tr> </tbody> </table> <p>En caso de falla del software, se accede a la papelería desarrollada para el plan de contingencia; garantizando el diligenciamiento de los registros clínicos y la documentación de todos los procedimientos realizados por el equipo interdisciplinario durante el proceso de atención.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">PLAN DE CONTINGENCIA: REGISTROS ASISTENCIALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">✓</td> <td>Formato de Referencia</td> </tr> </tbody> </table>	SOFTWARE INSTITUCIONAL USUARIO		REGISTROS MÉDICOS	Buscar pacientes	REGISTROS PSICOLOGÍA	Formularios de solicitud de medicamentos, laboratorios. Remisiones Incapacidades	PLAN DE CONTINGENCIA: REGISTROS ASISTENCIALES		✓	Formato de Referencia	<p>Médico Psicólogo</p>
SOFTWARE INSTITUCIONAL USUARIO												
REGISTROS MÉDICOS	Buscar pacientes											
REGISTROS PSICOLOGÍA	Formularios de solicitud de medicamentos, laboratorios. Remisiones Incapacidades											
PLAN DE CONTINGENCIA: REGISTROS ASISTENCIALES												
✓	Formato de Referencia											

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	10 de 31

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de Contrarreferencia ✓ Solicitud de Medicamentos e Insumos ✓ Evolución Médica ✓ Ordenes Médicas ✓ Epicrisis ✓ Consentimiento informado para atención psicológica, prueba de VIH. 	
12	ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.	
12.1	<p>Condiciones físicas de conservación de la historia clínica:</p> <p>La institución dispone de un archivo central de historias clínicas el cual se encuentra ubicado en las instalaciones de la sede administrativa de la ciudad de Cúcuta, donde la papelería es trasladada cada seis meses desde el archivo temporal ubicado en la sede Pamplona. El archivo de historias clínicas se conserva en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin. Las historias clínicas se encuentran agrupadas en carpetas legajadas con gancho plástico. Las unidades de almacenamiento (carpetas) son elaboradas a base de cartón neutro que impida la acidificación por contacto. Se utiliza estantería fija para el almacenamiento de las historias, garantizando la organización y manipulación de las mismas.</p> <p>Condiciones electrónicas de conservación de la historia clínica:</p> <p>El programa institucional permite la conservación de las historias clínicas, además de escanear todos los anexos y documentos que se diligencien durante el proceso de atención, guardándolos en la base de datos donde son consignados todos los registros administrativos y asistenciales. Este programa automatizado que se utiliza para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, están provistos de mecanismos de seguridad, que imposibilitan la incorporación de modificaciones a los datos que se registran y guardan.</p> <p>Se protege la reserva de la historia clínica mediante el acceso de personal autorizado para conocerla a través de la creación de usuarios personalizados que son intransferibles, a los cuales se les asigna perfiles de usuario que están configurados para acceder a ciertos módulos del programa dependiendo de las funciones del personal asistencial.</p> <p>Las medidas para evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada son las siguientes: acceso limitado para la manipulación de los registros y eliminación de los mismos, además de la generación constante de copias de seguridad en medios extraíbles.</p> <p>La información se mantiene almacenada en el servidor de forma indefinida y no se realizará ningún tipo de depuración de tal forma que todos los registros estarán disponibles por tiempo indefinido y en el momento que sea necesario se puede tener acceso a ella con las respectivas restricciones de ley.</p> <p>Retención y tiempo de conservación:</p> <p>La historia clínica física debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, mediante levantamiento de acta que relacione las Historias clínicas destruidas con la fecha de la última atención. Dicha acta debe ser firmada</p>	<p>Responsable de la prestación de los servicios de salud</p> <p>Plataforma CIADTI</p>

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	11 de 31

	<p>por el responsable del archivo de las historias clínicas, el Comité de Historias Clínicas y el revisor fiscal o contralor del proceso. Dicho documento debe ser remitido a la secretaria de Salud.</p> <p>La historia clínica electrónica será conservada indefinidamente en el servidor institucional destinado para tal fin, con custodia del administrador del sistema y acceso a las personas permitidas legalmente.</p>	
13	CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA.	
13.1	<p>El acceso a la consulta de documentos se efectúa previa verificación del documento de identidad y el establecimiento de los fines de consulta. Si el interesado desea que se le expidan copias o fotocopias, éstas deberán ser autorizadas por el departamento de calidad y sólo se permite cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la Constitución o a las Leyes. El acceso a la historia clínica se restringirá a personal autorizado.</p>	Medico Psicólogo
14	ENTREGA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE O TERCEROS.	
14.1	<p>El responsable final de la entrega de información será el auxiliar administrativo, que se rige por las siguientes normas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Por ningún motivo se debe entregar el original de la historia clínica al paciente o familiares. <p>De conformidad con la Ley, la autoridad competente podrá solicitar copia de la historia clínica previa solicitud por escrito. 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 carné que identifique al funcionario que realiza el requerimiento. Para efectuarse la entrega del original la historia clínica se debe dejar siempre copia completa de la historia clínica. Así mismo, deben foliarse ambos documentos original y copia, los cuales deben coincidir.</p> <ol style="list-style-type: none"> Quienes tienen acceso a la historia clínica. <ul style="list-style-type: none"> ✓ El usuario. ✓ El equipo de Salud ✓ 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. ✓ Tribunales de Ética Médica ✓ 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. <ul style="list-style-type: none"> • Los Órganos que ejercen funciones permanentes de Policía Judicial son: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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: 	Medico Psicólogo



Manejo de Historias Clínicas

Código

TBU-26 v.00

Página

12 de 31

- ✓ La Procuraduría General de la Nación
- ✓ La Contraloría General de la Republica
- ✓ 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 autorizaciones otorgadas y en los asuntos que hayan sido señalados en la respectiva resolución.

3. La información que se entrega al paciente o terceros autorizados, se limita 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.
4. Cuando la solicitud provenga directamente del paciente, esta debe formalizarse a través del formato de solicitud de historia clínica institucional. Así mismo debe llevar anexa fotocopia de su documento de identificación.
5. Solicitar al paciente el documento de identificación y verificar la información contenida en la solicitud.
6. La solicitud presentada por el paciente deberá contener la siguiente información:
 - Fecha de solicitud
 - Nombres y apellidos completos del paciente.
 - 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 paciente, o persona responsable y documento de identificación
7. Si la solicitud es tramitada por un tercero, esta persona debe presentar el formato de solicitud de historia clínica con los documentos anexos establecidos por la ley: Documento de identificación original y fotocopia del solicitante. Fotocopia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración extra juicio según el caso, con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica. Exclusivamente familiar de primer grado de consanguinidad (padres, hijos(as), esposos(as)). Copia del documento de identificación del paciente.
8. La solicitud de información de la historia clínica para Médicos, Hospitales e Instituciones dedicadas al cuidado del paciente deben atenderse previa presentación de la solicitud por escrito del médico con firma y sello.
9. La solicitud de información de la historia clínica para entidades en convenio en lo posible se deberá realizar en papelería de la entidad.

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	13 de 31

	<p>10. Para solicitudes de historias clínicas de pacientes que estén hospitalizados, se debe solicitar al médico tratante realizar un resumen de egreso, para el trámite de órdenes para la salida del paciente se autoriza la entrega de las últimas evoluciones.</p> <p>11. En el evento de encontrarse el paciente con incapacidad mental, de lo cual debe dar constancia escrita el médico tratante, no se podrá dar 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 paciente antes de su estado de incapacidad mental levantó la reserva y/o a los familiares del enfermo cuando la vida del paciente se encuentre en peligro y la revelación sea útil al tratamiento.</p> <p>12. La coordinación administrativa será el responsable de contestar preguntas con relación a pacientes, formuladas por reporteros de la prensa, la radio o la televisión.</p> <p>13. La expedición de incapacidad médica es responsabilidad del médico tratante.</p> <p>14. Las solicitudes de constancia de diagnóstico, evaluación médica del estado de salud, tiempo de tratamiento y lo referente al aspecto médico serán contestadas mediante el resumen de historia clínica o Epicrisis.</p> <p>15. Se deberá rendir oportunamente aquella información confidencial de obligatoriedad a las autoridades competentes.</p> <p>16. Se prohíbe comunicar nombres de pacientes a terceros que desean esta información para fines de lucro, (pacientes fallecidos a funerarias, pacientes traumatizados o abogados).</p> <p>17. El colaborador que entrega información confidencial a personas no autorizadas a recibirla, será sancionado de acuerdo con el reglamento.</p> <p>18. En casos indispensables que el paciente solicite la historia clínica completa y una vez autorizada por la coordinación administrativa, se procederá a imprimir completamente o las partes pertinentes.</p> <p>Solicitud de historia completa: entrega en 8 días hábiles en medio magnético. DEBE PODER CONSULTAR TODAS LAS ATENCIONES. HORARIOS: 10 A 12 Y DE 3 A 5 PM.</p>	
15	BACKUP: COPIAS DE SEGURIDAD	
15.1	<p>Toda la información de SERVICIOS DE SALUD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA, del ámbito de aplicación será periódicamente respaldada a través del procedimiento PSE-14 "Generación de Copias de Seguridad de las Base de Datos", las copias de respaldo abarcaran toda la información necesaria para recuperar el servicio en caso de corrupción o pérdida de la información. Tal información puede incluir datos, programas, ficheros de configuración e, incluso, la imagen del sistema operativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de Copias de Respaldo: - Completa: Se efectúa una copia de seguridad completa de todos los ficheros y bases de datos. Puede consumir bastante tiempo si el volumen de datos a salvaguardar es elevado. La ventaja derivada de este tipo de copia es que se tiene la seguridad de tener una imagen completa de los datos en el momento de la 	Plataforma CIADTI



Manejo de Historias Clínicas

Código

TBU-26 v.00

Página

14 de 31

salvaguarda.

- **Incremental:** Se copian los datos modificados desde la anterior copia incremental. Siempre se debe partir de una salvaguarda completa inicial. Si se realiza con frecuencia, el proceso no consumirá un tiempo excesivo, debido al bajo volumen de datos a copiar. Por el contrario, la restauración es lenta, toda vez que requiere restaurar una copia completa y todas las copias incrementales realizadas hasta el momento al que se quiera restaurar el sistema.
- **Diferencial:** Se copian los datos modificados desde la última copia completa. Se ejecutará con mayor o menor rapidez en función de la frecuencia con que se realice. La restauración suele ser más rápida que la incremental, ya que basta con recuperar una copia completa y una copia diferencia.
- **Copia de respaldo de información de usuarios:**
 - Los usuarios son responsables de la realización de copias de respaldo con la frecuencia definida y siempre que haya cambios significativos en la información que manejan, para lo que utilizarán las carpetas de red que a tal efecto les sean habilitadas.
 - En ningún caso se deberán almacenar copias de respaldo en el domicilio del usuario o en dependencias de terceros ajenas a **HOSPICLINIC si no existe un acuerdo previamente suscrito con el tercero en el** que se prevea tal posibilidad y se expliciten las cautelas debidas respecto de la custodia de la información almacenada.
 - Los responsables de las unidades administrativas de **HOSPICLINIC** deberán asegurarse de que la información de los empleados a su cargo se salvaguarda de forma satisfactoria.

- **Retención de información:**

Los documentos originales y los ficheros en formato electrónico deben ser retenidos indefinidamente. Además de lo anterior, hay que tener en cuenta que puede haber requerimientos para retener datos, tales como "logs para auditorías", de cara a la realización de acciones administrativas, disciplinarias, civiles o penales, por lo que habrán de definirse los procedimientos pertinentes para custodiar este tipo de información. Además, se implantarán los medios necesarios para poder revisar las actividades de los usuarios que manejan este tipo de información.

- **Identificación de información crítica:**

Los responsables de las unidades administrativas serán los encargados de identificar y mantener una relación actualizada de aquella información que sus áreas necesitan para recuperar la operativa de sus procesos, durante eventuales operaciones de restauración. Se debe adoptar especial cuidado con aquella información que proporcione evidencia de la existencia de un hecho, responsabilidad u obligación contractual.

- **Prueba de Soporte Informático:**

La información del ámbito de aplicación, almacenada en un medio informático indefinidamente, deberá ser verificada una vez al año, para asegurar que la información es recuperable.

- **Periodicidad de las copias de respaldo:**

La realización de copias de respaldo de forma periódica permitirá disponer de la información en caso de destrucción de los equipos o errores



Manejo de Historias Clínicas

Código

TBU-26 v.00

Página

15 de 31

producidos en los datos y/o aplicaciones. Las copias de respaldo de software, ficheros de datos y bases de datos se deben realizar dos veces al día (en la mañana y en la tarde).

- **Almacenamiento de las Copias de Respaldo en dependencias externas:**

El almacenamiento de la última copia de seguridad se realiza en una ubicación externa, lo que minimiza el riesgo de pérdida de datos en caso de producirse una contingencia. Se adoptarán las siguientes cautelas, especialmente cuando se traten ficheros que contengan datos de carácter personal o con información sensible:

- ✓ La última copia de seguridad, junto con los procedimientos de recuperación, deberá ubicarse en edificios distintos.
- ✓ Deberá existir un registro con el contenido de las copias de respaldo (Formato de seguimiento a copias de seguridad), lo que facilitará un control efectivo en su gestión.
- ✓ Deberá llevarse un registro de las copias de respaldo ubicadas, tanto en las dependencias **de la IPS**, como en las sedes de almacenamiento alternativas.

- **Protección de las Copias de Respaldo:**

La adecuada protección de las copias de respaldo permite tanto su correcta conservación, como un control de acceso efectivo a los datos almacenados. La protección de las copias de respaldo alcanza tanto a archivos de información como a librerías de aplicaciones. El almacenamiento de los soportes se hace efectivo ubicando las copias en armarios, bajo llave y restringiendo el acceso a personal previamente autorizado.

- **Automatización del sistema de Backup:**

La automatización de los procedimientos de backup reducirán la posibilidad de omitir ciclos de respaldo o que éstos sean erróneos. La programación periódica de las copias de respaldo se efectuará a través de un sistema de administración de soportes.

- **Descripción del contenido de las Copias de Respaldo:**

La documentación del contenido de las copias de seguridad facilita su identificación. En las correspondientes etiquetas se identificará la fecha a que corresponde. En el inventario de copias de respaldo se detallará los archivos de los cuales se hace backup.

- **Control de entrada y salida de las Copias de Respaldo:**

La existencia de un registro que controle las entradas y salidas de copias de respaldo proporciona fiabilidad al inventario de copias de seguridad. Se registrará el flujo de entradas y salidas de los soportes fuera de las instalaciones, dejando constancia del solicitante de cada petición y de los motivos. En cuanto a los ficheros que contengan datos de carácter personal (o especialmente sensibles), se tiene en cuenta que las copias de seguridad que contengan datos de carácter personal sólo deben salir con autorización del Responsable y llevándose a cabo bajo su última responsabilidad.

- **Transporte de las Copias de Respaldo:**

El transporte de las copias de respaldo cuenta con las adecuadas medidas de seguridad que garanticen la no alteración, robo o destrucción de los

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	16 de 31

	<p>datos durante su transporte. El transporte de las copias de respaldo con información sensible se realiza utilizando maletas provistas de mecanismos de apertura operados bajo llave y/o mecanismos de cifrado, y cuyas llaves o claves se encontrarán bajo custodia. La responsabilidad de la destrucción o pérdida de información durante el transporte o almacenamiento recaerá sobre el personal / unidad administrativa / personas jurídicas responsables de su gestión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de realización y restauración de las Copias de Respaldo: <p>La realización de las pruebas de restauración de las copias de respaldo confirmará el funcionamiento correcto del proceso de recuperación de copias de datos, y garantiza la integridad de los datos que contienen. Se establecen pruebas respecto a la restauración de las copias de respaldo, de forma rotativa cada mes. Las pruebas y los resultados deberán estar convenientemente documentados y, como consecuencia de las mismas, se subsanarán las incidencias que se hayan puesto de manifiesto durante su desarrollo. Además, cuando se traten ficheros que contengan datos de carácter personal, el responsable deberá verificar semestralmente la correcta definición, funcionamiento y aplicación de los procedimientos de realización de copias de respaldo y recuperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Período de existencia de las Copias de Respaldo y su eventual destrucción: <p>El establecimiento de un período de existencia de las copias de respaldo, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente en cada momento y lo dispuesto en la Política de Seguridad, facilita la salvaguarda de las mismas, el cumplimiento legal y el uso eficiente del espacio físico disponible para el almacenamiento. Se establece un período de existencia para las copias de seguridad de 3 años, finalizado este período se autoriza al responsable para proceder a su destrucción definitiva.</p>	
16	COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	
16.1	<p>Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que, al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica. Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.</p> <p>Funciones del Comité de Historias Clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan. - Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica. - Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados. - Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas. <p>El Comité de Historias Clínicas, de obligatorio cumplimiento, está conformado en Servicios de salud de Bienestar Universitario de la</p>	<p>Comité de Historias Clínicas</p>

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	17 de 31

	Universidad de Pamplona por Resolución Interna, este grupo se reúne cada mes de forma ordinaria y extraordinariamente cuando la situación lo amerite.	
17	ARCHIVO DE DOCUMENTOS	
17.1	El presente protocolo termina con el cierre y aprobación de la Historia Clínica en el módulo de Bienestar Universitario o en medio impreso para su debida consulta y conservación.	Personal asignado

5. Documentos de Referencia

- NTC ISO 9000 vigente Sistema Integrado de Gestión. Fundamentos y Vocabulario
- NTC ISO 9001 vigente Sistema Integrado de Gestión. Requisitos.
- Ley 962 de 2005 "Anti trámites"
- Ley 594 de 2000 Archivo General de la Nación.
- Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- Resolución 0544 por el cual se modifica la resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud.
- Resolución 1995 de 2014 Por el cual se establece normas para el manejo de Historias clínicas
- Ministerio de salud y protección social. Resolución 1995 de 1999. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
- Ministerio de salud y protección social. Resolución 839 de 2017. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf
- Archivo general de la nación. Manejo de historias clínicas electrónicas. File:///c:/users/facturacion-2/downloads/2-2013-5512%20gdepd.pdf

6. Historia de Modificaciones

Versión	Naturaleza del Cambio	Fecha de Aprobación	Fecha de Validación

	<h2>Manejo de Historias Clínicas</h2>	Código	TBU-26 v.00
		Página	18 de 31

7. Anexos

MANUAL DE INGRESO DEL USUARIO AL APLICATIVO

PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE CITAS



Transacciones Unipamplona

Inicio Seguro Ayuda

Estimado usuario, ahora su contraseña de ingreso se basa en valores numéricos asociados a su clave inicial. Para ingresar su contraseña utilice los botones que se encuentran al lado de las casillas de acceso. Tenga en cuenta que su contraseña NUNCA será la misma en valores numéricos puesto que estos cambian de manera aleatoria cada vez que se accede a esta página.

Estudiantes nuevos de las Metodologías Presencial y Distancia: Recuerden que la contraseña para ingresar a su Campus TI, por primera vez, es el mismo nombre de Usuario.

Valores Alfabéticos									
A	8	B	6	C	5	D	5	E	4
F	7	G	6	H	5	I	0	J	3
K	5	L	2	M	4	N	5	Ñ	5
O	4	P	2	Q	0	R	3	S	2
T	5	U	7	V	7	W	1	X	7
Y	9	Z	9						

Valores numéricos									
0	2	1	5	2	9	3	4	4	9
5	3	6	1	7	1	8	5	9	1

Usuario:

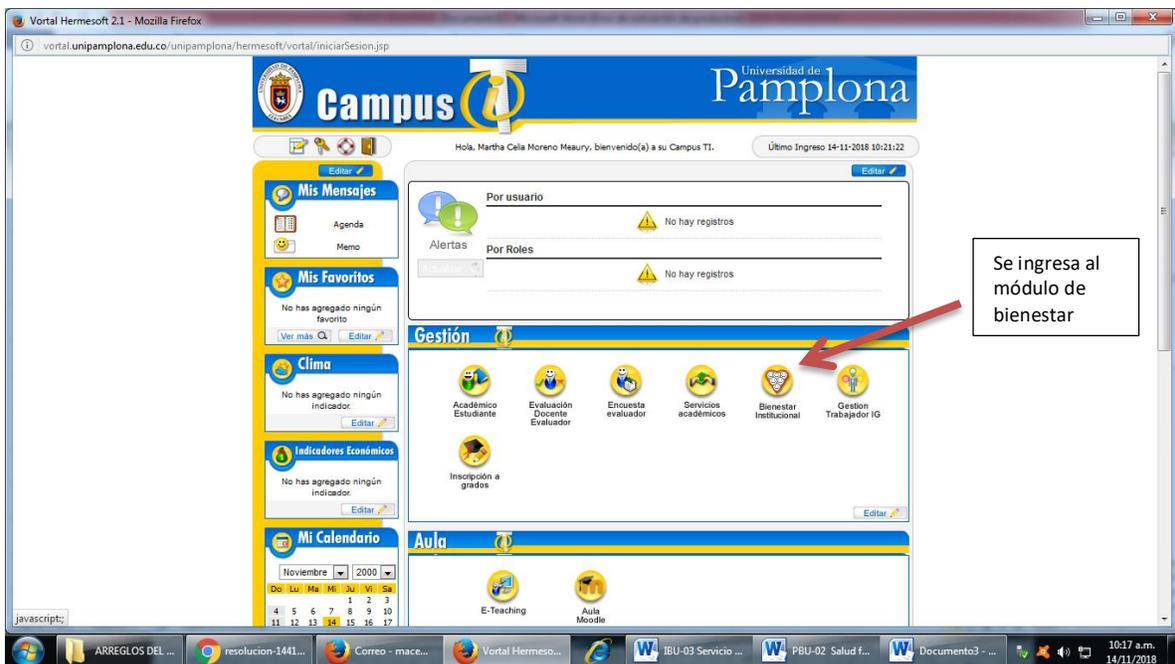
Contraseña:

Restablecer Retroso Ingresar

[¿ Ha olvidado su Contraseña ?](#)

[¿ Ha olvidado su Usuario ?](#)

El usuario encargado de asignar la cita (él auxiliar) ingresa al campus universitario



Campus Pamplona

Hola, Martha Cella Moreno Meaurio, bienvenido(a) a su Campus TI. Último Ingreso 14-11-2018 10:21:22

Mis Mensajes

Agenda Memo

Mis Favoritos

No has agregado ningún favorito

Clima

No has agregado ningún indicador

Indicadores Económicos

No has agregado ningún indicador

Mi Calendario

Noviembre 2000

Do Lu Ma Mi Ju Vi Sa

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Gestión

Académico Estudiante Evaluación Docente Evaluador Encuesta evaluador Servicios académicos **Bienestar Institucional** Gestión Trabajador IG

Inscripción a grados

Aula

E-Teaching Aula Moodle

Se ingresa al módulo de bienestar



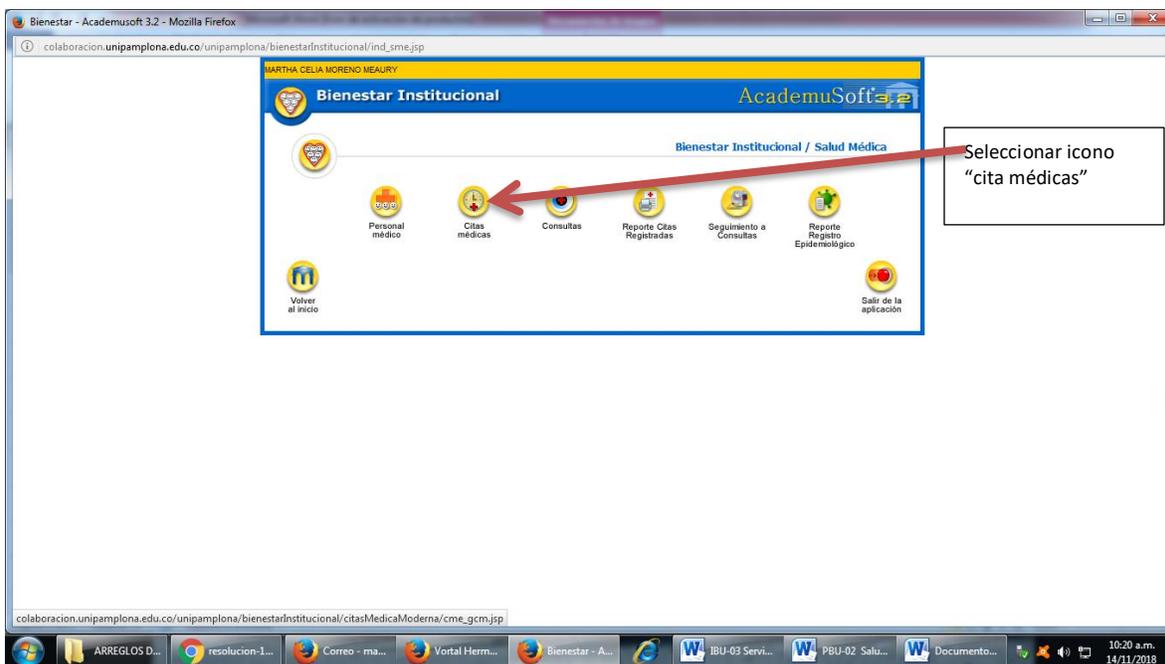
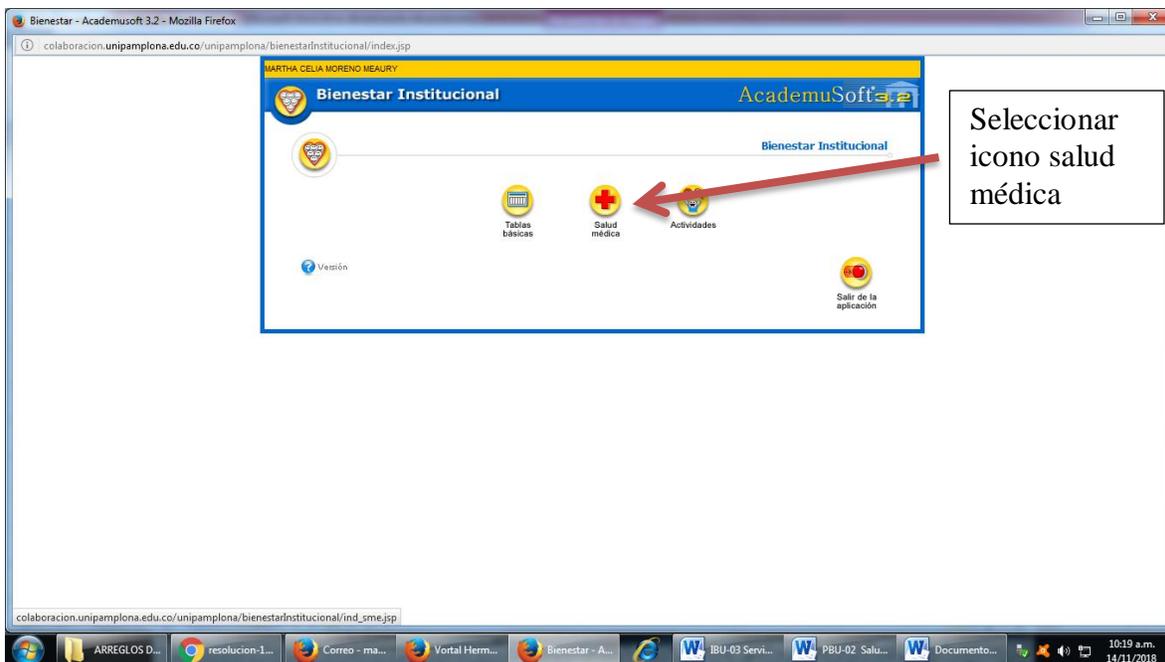
Manejo de Historias Clínicas

Código

TBU-26 v.00

Página

19 de 31





Manejo de Historias Clínicas

Código

TBU-26 v.00

Página

20 de 31

Al ingresar al módulo "citas médicas" se despliega la siguiente ventana, se debe seleccionar en tipo de consulta el servicio solicitado por el estudiante. Ej consulta médica general programada, consulta odontológica programada y consulta por psicología programada.



Manejo de Historias Clínicas

Código

TBU-26 v.00

Página

21 de 31

The screenshot shows the 'Gestiona Cita' interface with the following details:

- Tipo de Consulta:** CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMADA
- Especialidad:** ODONTOLÓGIA PROGRAMADA
- Calendario:** November 2018, with the 14th highlighted.
- Turno de Trabajador:** ODONTOLÓGIA PROGRAMADA
- Lista de Citas Médicas:** No se encontraron registros.
- Buttons:** Volver, Menú Salud médica, Volver al inicio, Salir de la aplicación.

The screenshot shows the 'Gestiona Cita' interface with the following details:

- Tipo de Consulta:** CONSULTA PSICOLÓGICA GENERAL
- Especialidad:** ASESORIA PSICOLÓGICA PSICOLOGIA GENERAL
- Calendario:** November 2018, with the 14th highlighted.
- Turno de Trabajador:** ASESORIA PSICOLÓGICA PSICOLOGIA GENERAL
- Lista de Citas Médicas:** No se encontraron registros.
- Buttons:** Volver, Menú Salud médica, Volver al inicio, Salir de la aplicación.

Una vez seleccionado el servicio al cual el estudiante quiere acceder en “tipo de servicio” se debe seleccionar en “especialidad” el correspondiente: medicina general, psicología general u odontología.



Manejo de Historias Clínicas

Código

TBU-26 v.00

Página

22 de 31

colaboracion.unipamplona.edu.co/unipamplona/bienestarInstitucional/citasMedicaModerna/cme_gcm.jsp

Tipo de Consulta: CONSULTA MEDICA PROGRAMADA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Médico: [Dropdown menu]

Lista de Turnos:
Turno del Trabajador: [Dropdown menu]
Cupos Disponibles: [Dropdown menu]
Cupos Adicionales: [Dropdown menu]
No se encontraron registros

Lista de Citas Médicas:
Identificación: [Dropdown menu]
Nombre del Solicitante: [Dropdown menu]
Tipo: [Dropdown menu]
Programa: [Dropdown menu]
Unidad: [Dropdown menu]
Adicional: [Dropdown menu]
Hora de Inicio: [Dropdown menu]
Estado: [Dropdown menu]
Celular: [Dropdown menu]
Teléfono: [Dropdown menu]
No se encontraron registros

Se asigna el paciente al profesional de su preferencia activo en la institución.

Volver, Menu Salud médica, Volver al inicio, Salir de la aplicación

colaboracion.unipamplona.edu.co/unipamplona/bienestarInstitucional/citasMedicaModerna/cme_gcm.jsp

Tipo de Consulta: CONSULTA MEDICA PROGRAMADA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Médico: KATHERIN KESHIA SANDOVAL ACEVEDO

Lista de Turnos:
Turno del Trabajador: 7:00 a.m. - 11:00 a.m.
Cupos Disponibles: 12
Cupos Adicionales: 0
Fecha de Inicio: 05-10-2018
Fecha Fin: 22-12-2018

Lista de Citas Médicas:
Identificación: [Dropdown menu]
Nombre del Solicitante: [Dropdown menu]
Tipo: [Dropdown menu]
Programa: [Dropdown menu]
Unidad: [Dropdown menu]
Adicional: [Dropdown menu]
Hora de Inicio: [Dropdown menu]
Estado: [Dropdown menu]
Celular: [Dropdown menu]
Teléfono: [Dropdown menu]
No se encontraron registros

Datos de Actividad Relacionada:
Tipo Actividad: SALUD
Tipo Programa: PREVENTIVO
Programa: MEDICINA GENERAL

Datos del Solicitante:
Identificación: 1094281897
Nombre del Solicitante: WENDY BIBIANA BAUTISTA BOADA
Hora de Inicio: 10 : 00
Celular: 3222268737
Teléfono: 3144531439
Dirección: MOLINOS ZULIA
Afilación: COMPARTA
Observaciones: [Text area]

Se diligencia los campos de datos de actividad relacionada incluyendo datos básicos y la hora disponible en la agenda y se agrega para que le aparezca asigna al profesional.

Agregar

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	23 de 31

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA



Transacciones Unipamplona

Inicio Seguro Ayuda

Estimado usuario, ahora su contraseña de ingreso se basa en valores numéricos asociados a su clave inicial. Para ingresar su contraseña utilice los botones que se encuentran al lado de las casillas de acceso. Tenga en cuenta que su contraseña NUNCA será la misma en valores numéricos puesto que estos cambian de manera aleatoria cada vez que se accede a esta página.

Estudiantes nuevos de las Metodologías Presencial y Distancia: Recuerden que la contraseña para ingresar a su Campus TI, por primera vez, es el mismo nombre de Usuario.

Valores Alfabéticos				
A 4	B 5	C 6	D 7	E 4
F 8	G 3	H 5	I 7	J 4
K 0	L 1	M 5	N 7	Ñ 6
O 5	P 8	Q 3	R 3	S 8
T 5	U 3	V 5	W 9	X 1
Y 0	Z 2			

Valores numéricos				
0 0	1 0	2 5	3 7	4 1
5 9	6 4	7 2	8 2	9 9

Usuario:

Contraseña:

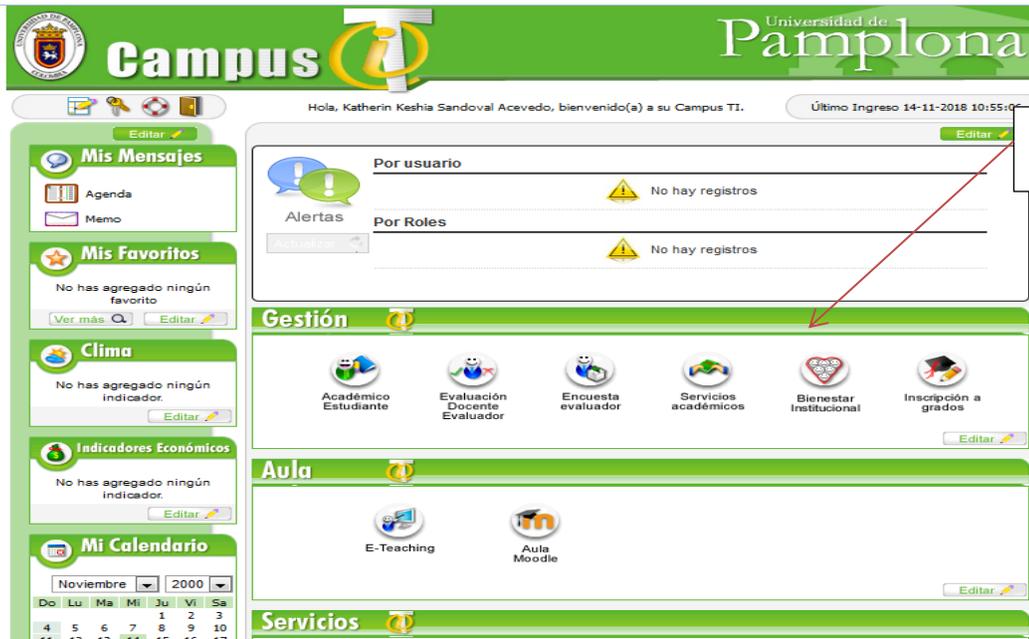
7 8 9
4 5 6
1 2 3
0

Restablecer Retroceso Ingresar

[¿ Ha olvidado su Contraseña ?](#)

[¿ Ha olvidado su Usuario ?](#)

El usuario encargado de asignar la cita (el auxiliar) ingresa al campus universitario




Campus
Universidad de Pamplona

Hola, Katherin Keshia Sandoval Acevedo, bienvenido(a) a su Campus TI. Último Ingreso 14-11-2018 10:55:00

Mis Mensajes

Agenda

Memo

Mis Favoritos

No has agregado ningún favorito

[Ver más](#) [Editar](#)

Clima

No has agregado ningún indicador.

[Editar](#)

Indicadores Económicos

No has agregado ningún indicador.

[Editar](#)

Mi Calendario

Noviembre 2000

Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17

Alertas

Por usuario No hay registros

Por Roles No hay registros

Gestión

[Editar](#)

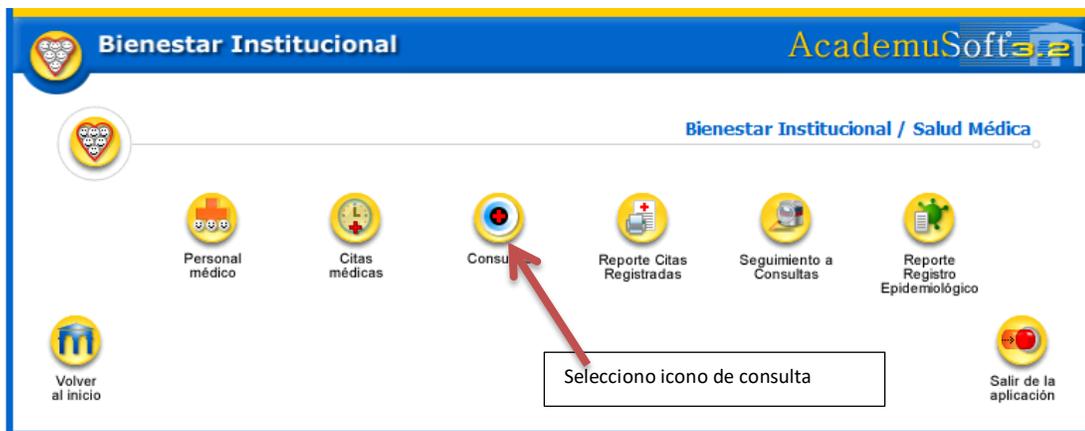
Aula

[Editar](#)

Servicios

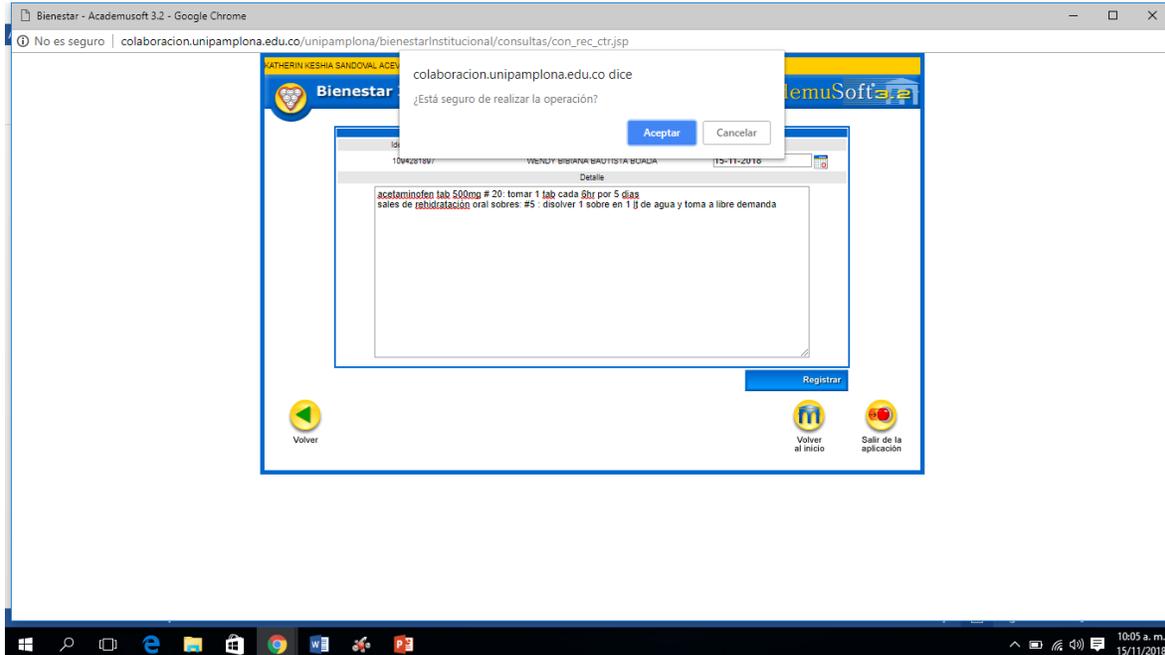
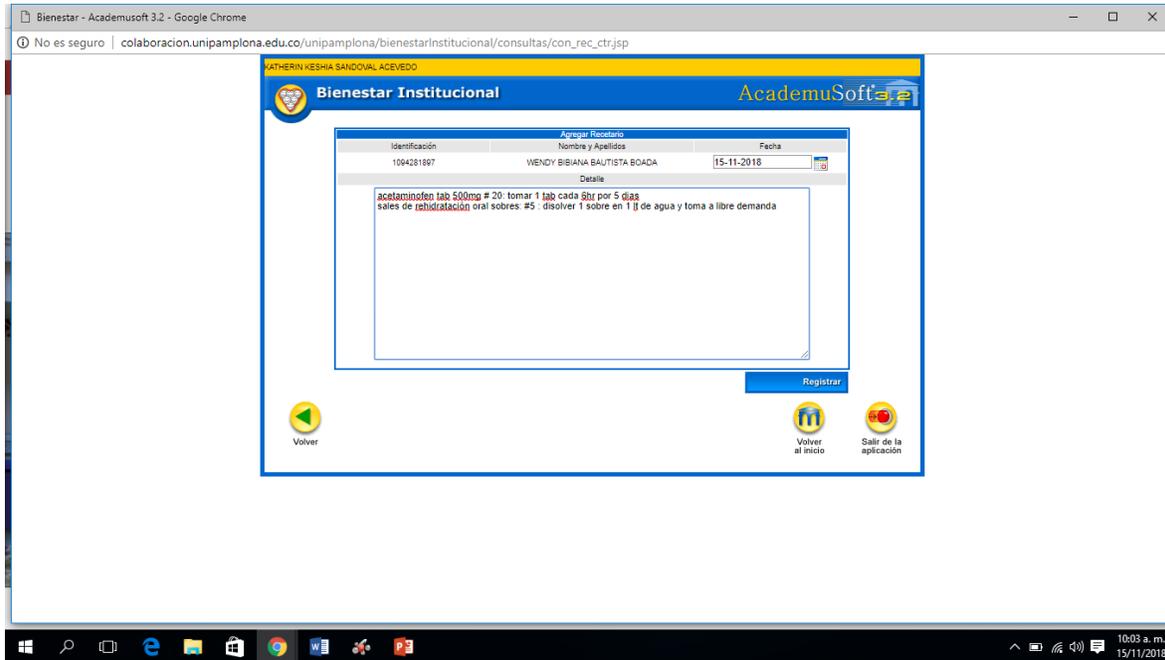
Se ingresa al módulo de bienestar

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	24 de 31



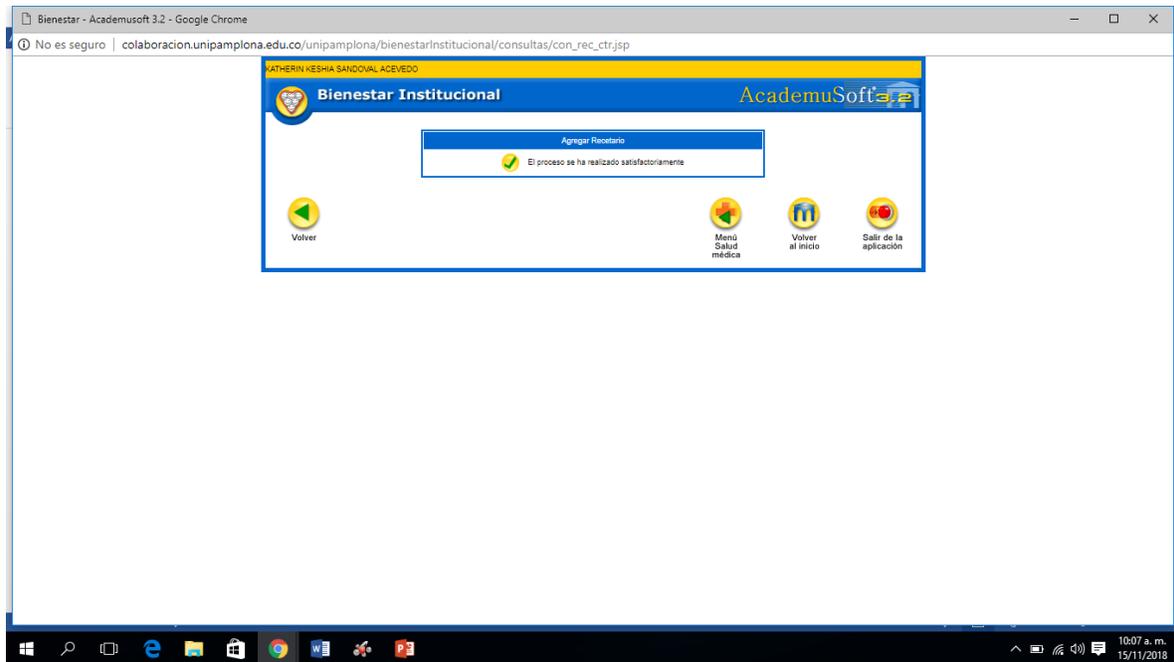


PROCEDIMIENTO DE SOLICITUDES DE AYUDAS COMPLEMENTARIAS Y FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS



	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	26 de 31

Una vez se hayan enlistado los medicamentos y ayudas diagnósticas que requiere el estudiante se da click en registrar y la información es guardada:



Se da click en volver para volver a la pantalla principal y para imprimir das click en recetario, se busca el recetario de la fecha de la consulta y se da click en ver, se abre un pdf que se debe guardar en el equipo de cómputo para posteriormente imprimir y entregar la fórmula médica al estudiante:



Manejo de Historias Clínicas

Código

TBU-26 v.00

Página

27 de 31

The screenshot displays the 'Bienestar Institucional' web application interface. The top navigation bar includes the user name 'KATHERIN KESHIA SANDOVAL ACEVEDO' and the 'AcademuSoft' logo. The main content area is divided into two sections:

Lista de Recetario

Identificación	Nombre y Apellidos
1094281897	WENDY BIBIANA BAUTISTA BOADA

Detalle

Fecha	Detalle
03-03-2017	SS: P DE O- FROTIS VAGINAL. GRACIAS
14-03-2017	LA MENCIONADA PACIENTE NO PUDO CUMPLIR CON ALGUNOS COMPROMISOS DURANTE EL DIA TR...
14-03-2017	1-SOLOTRIN SPAS. TABLETS DIEZ. TOMAR UNA CADA OCHO HORAS SEGUN DOLOR. CONTROL.
23-03-2017	1-SECUNDAZOL TABLETSX 600 MGRS CUATRO TOMAR DOS TABLETS DIARIAS EN LA NOCHE DO...
19-10-2017	1-FEMELIN AMPOLLAS APLICAR INTRAMUSCULAR EL PRIMER DIA DEL CICLO Y SEGUIR APLICA...
19-10-2017	1-TRIMESUTINA TABLETSX 200 MGRS VEINTE TOMAR UNA CADA OCHO HORAS 2- ENTEROGERM...
19-10-2017	SS: EXO- GRACIAS
15-11-2018	ACETAMINOFEN TAB 500MG # 20. TOMAR 1 TAB CADA 6HR POR 5 DIAS SALES DE REHIDRATA...

Buttons: Ver, Agregar, Modificar, Eliminar

Navigation: Volver, Volver al inicio, Salir de la aplicación

Ver Recetario

Identificación	Nombre del Solicitante
1094281897	WENDY BIBIANA BAUTISTA BOADA

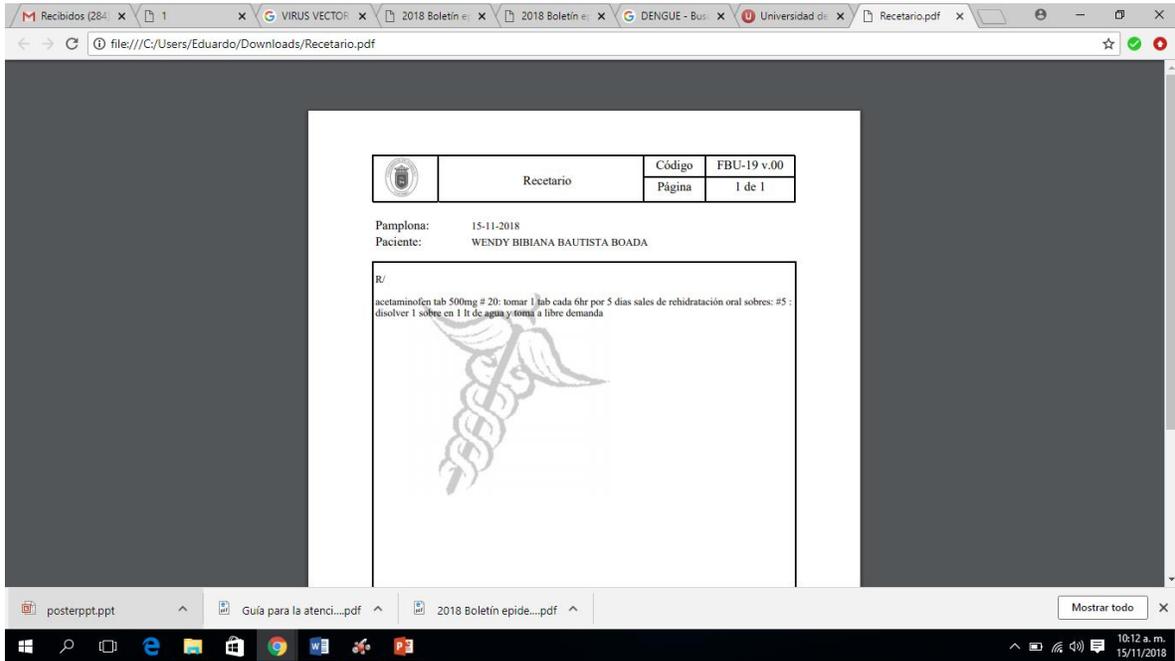
Detalle

acetaminofen tab 500mg # 20. tomar 1 tab cada 6hr por 5 dias
sales de rehidratación oral sobres: #5: disolver 1 sobre en 1 litro de agua y toma a libre demanda

Buttons: Descargar PDF (highlighted with a red arrow), Volver, Volver al inicio, Salir de la aplicación

Taskbar: Recetario.pdf, Mostrar todo

	<h1>Manejo de Historias Clínicas</h1>	Código	TBU-26 v.00
		Página	28 de 31

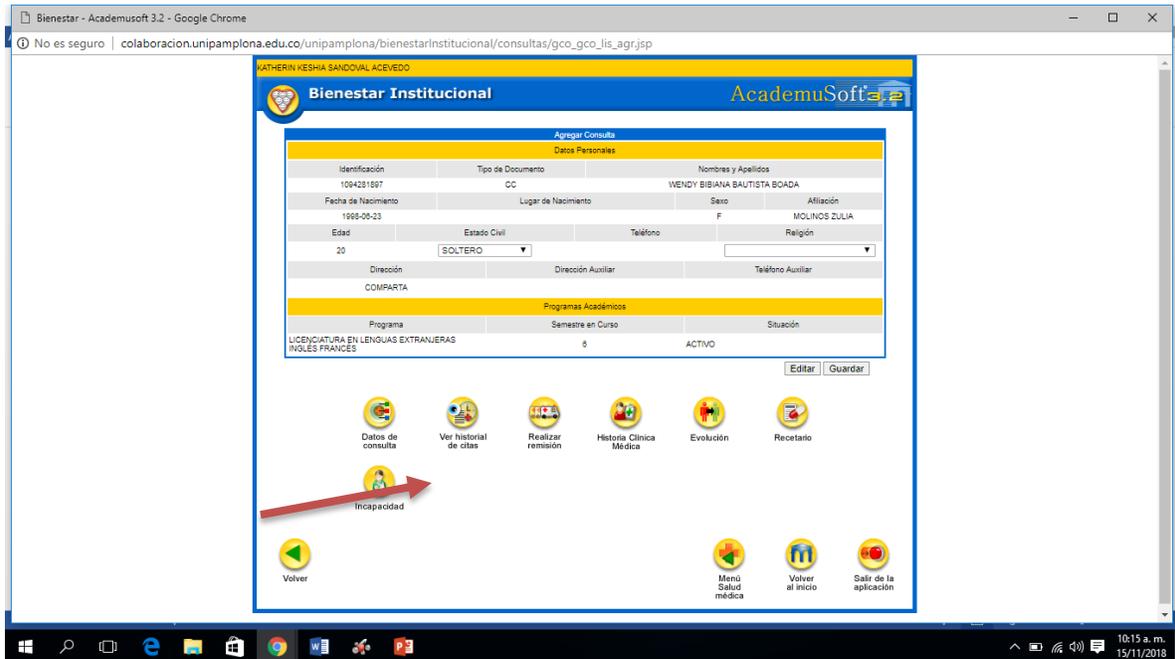


	Recetario	Código	FBU-19 v.00
		Página	1 de 1

Pamplona: 15-11-2018
Paciente: WENDY BIBIANA BAUTISTA BOADA

R/
acetaminofen tab 500mg # 20: tomar 1 tab cada 6hr por 5 dias sales de rehidratación oral sobres: #5 :
disolver 1 sobres en 1 lt de agua y tomar a libre demanda

PROCEDIMIENTO DE INCAPACIDAD MÉDICA



Bienestar Institucional AcademuSoft

Agregar Consulta

Datos Personales			
Identificación	Tipo de Documento	Nombres y Apellidos	
1094281897	CC	WENDY BIBIANA BAUTISTA BOADA	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Sexo	Afiliación
1998-06-23		F	MOLINOS ZULIA
Edad	Estado Civil	Teléfono	Religión
20	SOLTERO		
Dirección	Dirección Auxiliar	Teléfono Auxiliar	
COMPARTA			
Programas Académicos			
Programa	Semestre en Curso	Situación	
LICENCIATURA EN LENGUAS EXTRANJERAS INGLÉS FRANCÉS	5	ACTIVO	

[Editar] [Guardar]


Datos de consulta


Ver historial de citas


Realizar remisión


Historia Clínica Médica


Evolución


Recetario


Incapacidad


Volver


Menú Salud médica

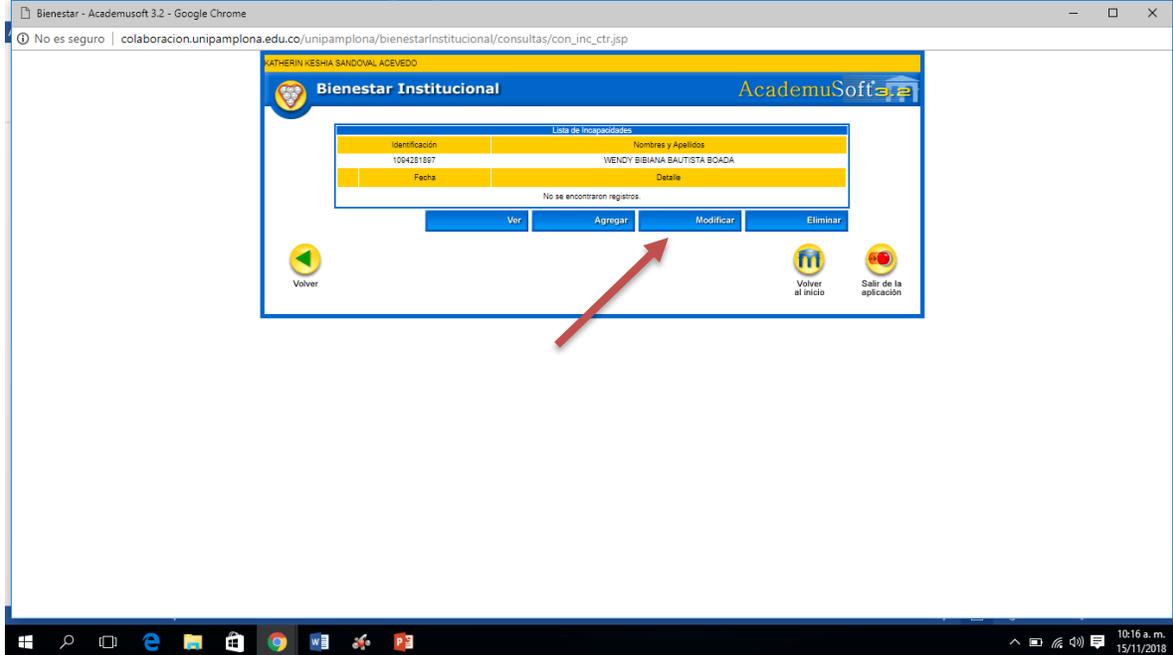

Volver al inicio


Salir de la aplicación

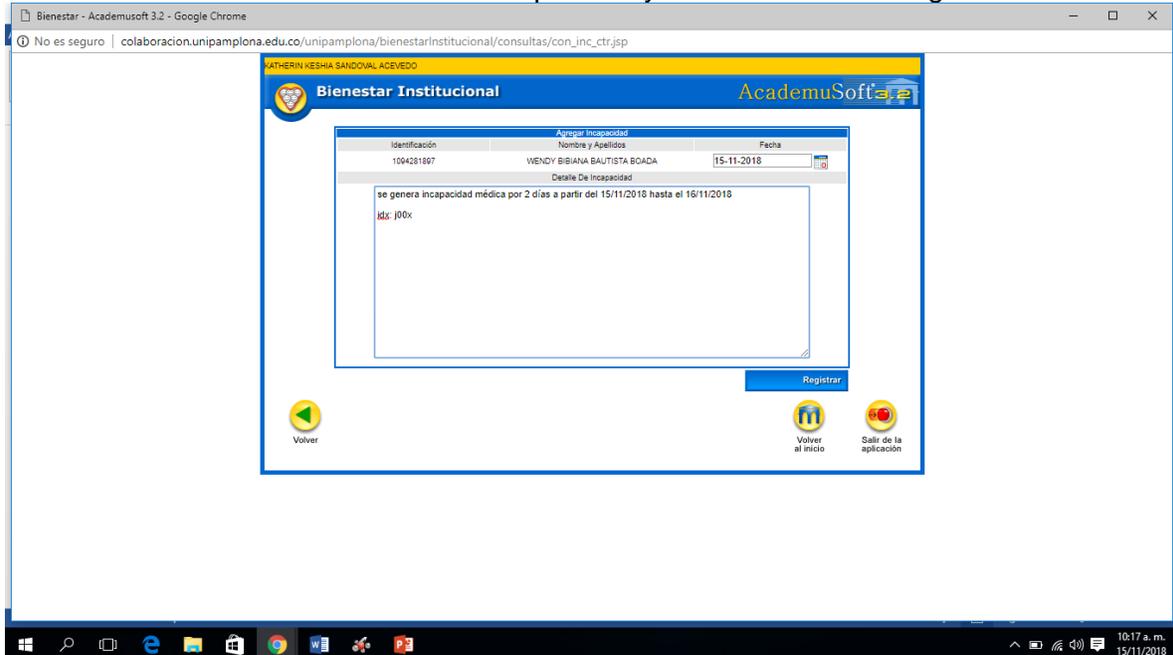
*** INFORMACIÓN DOCUMENTADA CONTROLADA ***

	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	29 de 31

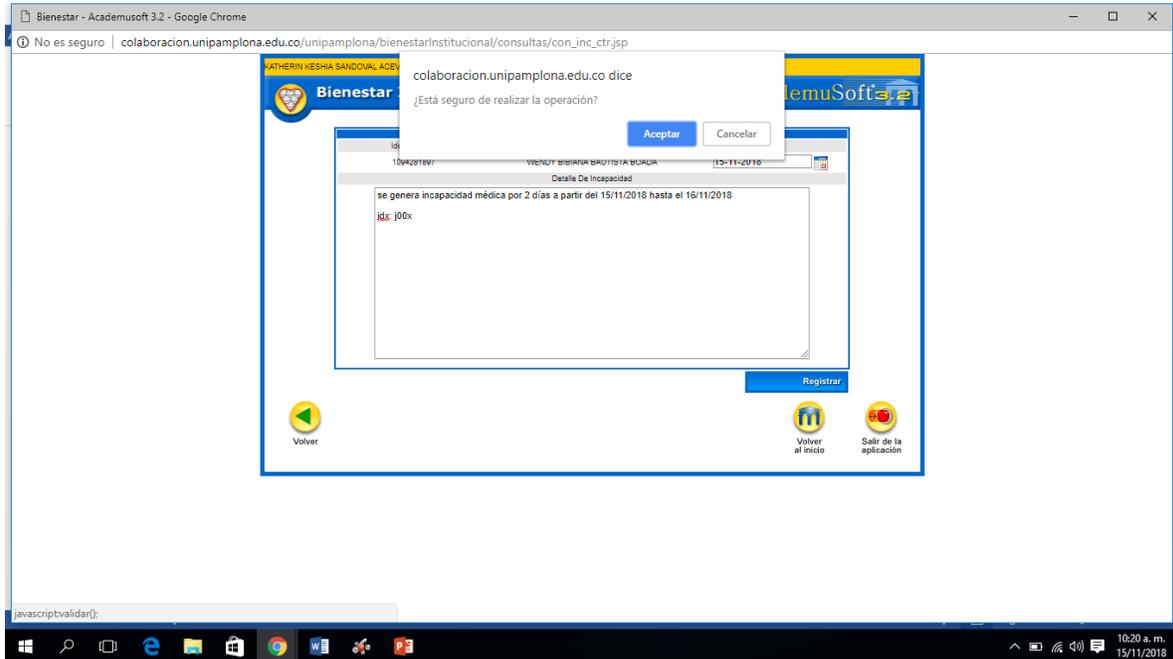
Para incapacidad médica pinchas en incapacidad en la pantalla principal del estudiante, posteriormente das click en agregar:



Una vez das click en agregar se abre una hoja en blanco con los datos del estudiante y describes cuantos días vas a dar de incapacidad y debes escribir el diagnóstico:



	Manejo de Historias Clínicas	Código	TBU-26 v.00
		Página	30 de 31



Posteriormente se da click en aceptar y la incapacidad queda guardada en el sistema, para su impresión se debe seguir el mismo proceso que se sigue para imprimir el recetario.