	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 1 de 29

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I MARCO LEGAL

CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL

1. DEFINICIONES
2. OBJETIVO
3. ALCANCE
4. PROPOSITO DE LA HISTORIA CLINICA
5. CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA
6. COMPONENTES

6.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

6.2 REGISTROS ESPECÍFICOS


6.3 ANEXOS

6.4 HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

CAPITULO III PROCEDIMIENTOS DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

1. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
2. DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA
 - 2.1 LINEAMIENTOS GENERALES SOBRE EL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA
 - 2.2 USO DE ACRONIMOS, ABREVIATURAS Y SIMBOLOS
 - 2.3 PLAN DE CONTINGENCIA
 - 2.4 CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA
3. INGRESO DE DOCUMENTOS AL ARCHIVO
4. ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 2 de 29

4.1. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

4.2. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

5. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

5.1 PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS INTERNOS

5.2 SOLICITUD DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

CAPITULO IV COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

CAPITULO V ORDENAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA FISICA


CAPITULO VI CATALOGO DE DATOS

ANEXOS

1. LISTA DE ACRONIMOS, ABREVIATURAS Y SIMBOLOS APROBADOS

2. LISTA DE CHEQUEO PARA DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 3 de 29


MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

CAPITULO I

MARCO LEGAL

- Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Artículos Nos. 33, 34, 35. Regula archivos de las historias clínicas. Ley 80 de 1989, por la cual se crea el archivo general de la nación y se dictan otras disposiciones.
 - Ley 10 de 1990, art 8, corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.
 - Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.
 - Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, uerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación.
 - Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de la historia clínica.
 - Acuerdo 011 de 1996, por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos".
 - La Resolución 2546 de julio 2 de 1998, establece los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en y las normas que la modifiquen o adicione y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.
- La resolución 3374 de 2000 por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 4 de 29

- Acuerdo No. 049 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo de "Conservación de Documentos" del Reglamento General de Archivos sobre "condiciones de edificios y locales destinados a archivos".
- Acuerdo N° 050 de 2000, por el cual se desarrolla del artículo 64 del título VII "Conservación de Documentos", del Reglamento General de Archivos sobre "Prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo".
- Acuerdo N° 056 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo 45, "Requisitos para la Consulta "del capítulo V, "Acceso a los documentos de archivo", del reglamento general de archivos.
- Acuerdo N° 042 de 2002, por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan los artículos 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000.
- La ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad de ontología para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia,
- Resolución 0058 del 15 de enero de 2007, por la cual se deroga la resolución 1715 de 2005.
- La Ley 1438 de 2011, que reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, establece que la Historia Clínica Única Electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013.
- Resolución 839 de 23 de marzo de 2017, por la cual se modifica la resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones
- Sentencia T-1563/00: Conocimiento por auditores médicos: "... la ley dispone que dentro del equipo de salud se consideran incluidos los auditores médicos, autorizando su conocimiento de la historia clínica y sus anexos, siempre y cuando tenga como finalidad cumplir la función de auditoría señalada..."
- 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 los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
- Ley 2015 de 31 de enero de 2020: por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.


CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

1. DEFINICIONES

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

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 5 de 29

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.

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

Equipo de Salud: Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario y los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Consentimiento Informado: Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para que tenga a lugar un acto asistencial. Para que el consentimiento se considere informado, el paciente o usuario deberá entender la naturaleza de la decisión a consentir tras recibir información que le haga consciente de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. Para efectos de la historia clínica, el consentimiento informado es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas.

2. OBJETIVO

Establecer los lineamientos relacionados con el registro, custodia y conservación y de las historias clínicas, así como las responsabilidades en relación con la misma.

3. ALCANCE

Aplica a todos los colaboradores y personal en formación, que por sus actividades y responsabilidades tienen acceso a las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital San Juan Bautista.


PROPOSITOS DE LA HISTORIA CLINICA

Actuar dentro de un marco legal que garantice la protección institucional del equipo de salud y del paciente.

- Registrar datos e información de los procesos de la atención en salud.
 - Reflejar la evolución del paciente. Las anotaciones deben ser concisas y claras, y deben ir firmadas para así asegurar la veracidad de los datos.
- Servir de soporte legal (es el documento sanitario que se utiliza en los juicios).
Garantizar el derecho que tienen los pacientes a la reserva, confidencialidad y manejo responsable de la información generada en su proceso de atención

4. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 6 de 29

Las características básicas son:

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **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.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.


6 COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

6.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Los contenidos mínimos para la identificación del usuario corresponden a los siguientes:

- Datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos.
- Estado civil
- Número de documento de identidad.
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Estado civil
- Dirección
- Teléfono del domicilio
- Lugar de residencia

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 7 de 29

- Nombre y teléfono del acompañante
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario
- Aseguradora
- Tipo de vinculación
- Grupo poblacional
- Nivel educativo

6.2. REGISTROS ESPECÍFICOS

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención.

El Hospital a través de la Resolución 0677 del 19 de diciembre de 2002 adoptó los formatos de registro de historias clínicas para la adecuada atención del paciente, con fines administrativos y asistenciales.

Adicional y dando cumplimiento a la Resolución 3374/03 se diligencian los Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud en el momento de la prestación de servicios de salud, brindando herramientas estadísticas, epidemiológicas y de facturación.

6.3. 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, tales contenidos en la historia son:

- Consentimiento informado
- Autorización para necropsia
- Declaración de retiro voluntario
- Formato Referencia y Contra referencia
- Formato Recomendaciones de Egreso Hospitalario

6.4 HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

La Ley 2015 de 2020 describe que la Historia Clínica Electronica es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad,

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 8 de 29

confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente.

Según lo anterior, y con el objeto de responder a las necesidades de interoperabilidad de la historia clínica, la integración de los registros y en pro del uso racional del papel, la institución estableció lineamientos para llevar a cabo la digitalización de los documentos de carácter asistencial que existían antes de iniciar la implementación de la historia clínica electrónica en el módulo de HOSVITAL® (antes del 2007), y de aquellos cuyo diligenciamiento siendo manual, no ha sido susceptible de tener un desarrollo dentro del aplicativo sistematizado de la historia clínica (después del 2007).

Este proceso tiene alcance a todos los documentos asistenciales que dan soporte a las intervenciones en salud de un paciente y que se diligencian de manera manual y por lo tanto son susceptibles de ser digitalizados a través de escaneo, para ser consultados en la historia clínica de cada paciente, mediante imágenes guardadas en carpetas integradas.

Se llevará a cabo a corto y mediano plazo, iniciando con la digitalización de las historias clínicas completas que se encuentran en medio físico y continuando con los documentos susceptibles de escaneo después de la implementación del HOSVITAL®; estos últimos son: consentimientos informados, registros de anestesia, Kardex de enfermería, hojas de control de signos vitales, hojas de control neurológico, resultados de exámenes, fichas de eventos de interés en salud pública, salidas voluntarias, entre otros.


La institución garantiza el cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de uso de historia clínica electrónica, respetando las características propias de la misma; la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros. Para estandarizar el uso de la historia clínica electrónica mediante el módulo HOSVITAL®, en el Hospital San Juan Bautista se adoptó el documento (MANUAL MODULO HISTORIA CLINICA MÉDICA VERSION 2020.6.4.1).

CAPITULO III

PROCEDIMIENTOS DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

1. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 9 de 29


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 contemplados anteriormente.

La identificación de la historia clínica corresponde a:

- Número de la cédula de ciudadanía para adultos mayores de 18 años de nacionalidad colombiana.
- Pasaporte es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años. También aplica para los extranjeros con pasaporte de la ONU para refugiados y asilados.
- Cedula de extranjería para los residentes o con permiso de permanencia (no turistas)
- Número de la tarjeta de identidad para los niños entre siete y diez y siete años.
- Número del registro civil para los menores de siete años.
- Certificado de Nacido Vivo para menores de 3 meses
- Menor sin identidad solo debe utilizarse para el recién nacido vivo sin identificar (los 30 días de nacido) y se registra con el número de cédula de ciudadanía de la madre, o del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar, (Si ya está registrado el documento sera el RC: Según el anexo técnico de la Resolución N° 812 de 2007).
- Menor sin Identificación y Adulto sin Identificación Para el caso de poblaciones especiales, en los cuales la población no está identificada por la Registradora Nacional del Estado Civil, deben ser atendidos como Adulto sin Identificar (AS) y Menor sin Identificar (MS), se debe tener en cuenta la Resolución 4622 de 2016, Anexo Técnico, Tabla 1 o la normatividad vigente sobre el tema
- Permiso Especial para los venezolanos se crea el Permiso Especial de Permanencia - PE como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social. Resolución 3015 de 2017.

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, y 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.

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 10 de 29

2. DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco evitando uso de siglas, y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Las normas de diligenciamiento de historia clínica trascienden a los registros clínicos y anexos a la historia.

El diligenciamiento de la historia, implica que a todo paciente al cual se le efectúe ingreso a un servicio (observación, hospitalización, UCI, cirugía), se le realice la respectiva NOTA DE INGRESO.

2.1 LINEAMIENTOS GENERALES SOBRE EL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA:

El contenido escrito de la historia clínica debe cumplir con las siguientes características:

a) La redacción de los textos se debe hacer de manera comprensible, teniendo en cuenta no dejar letras intercaladas que impidan la lectura y en caso de ser en físico debe ser con letra legible, en tinta negra y con esfero. No está permitido el uso de plumas, micropuntas o estilógrafos.

b) Se define que el idioma oficial para registro en la historia clínica es el español. Se utiliza terminología normalizada y universal para la práctica profesional.


c) Se emplearán las siguientes clasificaciones: CIE 10 para diagnósticos, CUPS para procedimientos y codificación institucional, para aquellos que no cuentan con códigos en forma normativa, CUMS para medicamentos y los que a futuro defina el Comité de Historias Clínicas.

d) Se utilizarán estándares de interoperabilidad existentes entre los sistemas de información y que estén directamente ligados con la historia clínica electrónica que garanticen la interoperabilidad semántica y sintáctica. La definición de que estándar se utilizará estará a cargo del área de Sistemas.

f) Solo se pueden utilizar las abreviaturas que se encuentran oficialmente aprobadas (ver ítem uso de abreviaturas)

g) En los registros de la historia clínica no se deben utilizar símbolos o signos que generen conflictos en el sistema de información, o confusión al escribirlos; tales como

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 11 de 29

* , & , / , emoticones, etc., ni tampoco diligenciar los campos obligatorios de la historia clínica electrónica utilizando secuencia de puntos (.....).

h) En caso de error se debe generar una nota aclaratoria que debe realizarse inmediatamente se detecte.

i) Cada sección de la historia clínica debe ser utilizada para el objeto con que ha sido diseñada y autorizada por el Comité de Historias Clínicas.

j) Cada anotación debe llevar firma y registro del responsable de su realización, fecha y hora de realizada la actividad.

k) Excepto casos excepcionales, toda actividad debe registrarse en la historia clínica electrónica. No deben generarse órdenes, certificaciones, resúmenes u otros documentos en físico pues esto no permite hacer una trazabilidad de lo solicitado ni deja traza en la historia clínica electrónica.

l) Se debe hacer en forma obligatoria el registro de las condiciones de entrega y recibo de pacientes cuando se trasladan de un servicio a otro, con nombre del colaborador que entrega y quien recibe.

m) Se debe hacer el registro de las juntas médicas en el apartado de evolución con el encabezado de "JUNTA MEDICA" y requiere ser firmada por todos los participantes.


n) La historia clínica está conformada por episodios asistenciales. Cada episodio de ingreso hospitalario y ambulatorio debe registrarse, sin mezclar los mismos, debiendo separar claramente las actividades de hospitalización de las ambulatorias.

o) Notas Aclaratorias: Las notas aclaratorias deben ser usadas para aclarar o corregir información consignada en un registro de evolución una vez este ha sido firmado. Sólo pueden ser realizadas por el responsable de dicha evolución y deben hacerse sino inmediatamente, en el menor tiempo posible a la identificación de la necesidad de generarla.

p) En caso de una pérdida de información de una historia clínica se procederá a reportar el evento administrativo al área de Sistemas, quienes analizarán el caso. Debe realizarse nuevamente la nota en la historia clínica electrónica para garantizar la continuidad de la atención.

q) Los documentos que se diligencien en físico deben ser escaneados y cargados a la historia clínica del paciente, por el personal del servicio donde se realicen.

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 12 de 29

r) La identificación como usuario autorizado para registrar o consultar la historia clínica electrónica se hace a través del usuario asignado. Este es personal e intransferible y prestarlo o usar uno prestado constituye una falta grave considerada delito por suplantación

2.2 USO DE ACRONIMOS, ABREVIATURAS Y SIMBOLOS

Con el objetivo de cumplir lo enunciado en la resolución 1995 de 1999, respecto al no uso de siglas al diligenciar la historia clínica, se hace necesario realizar las siguientes aclaraciones conceptuales:

Sigla: se le llama sigla a la palabra que se forma a partir de las letras iniciales de los términos que hacen parte de una expresión compleja. Ejemplo: OMS -Organización Mundial de la Salud.

Acrónimo: Es una sigla que se forma por la fusión de elementos de dos o más términos, pero que se lee en forma de palabra. Ejemplos: UCI – Unidad de Cuidado Intensivo, DIU - Dispositivo intrauterino, TAC - Tomografía axial computarizada.

Es importante aclarar que no todas las siglas son acrónimos. Para que una sigla se convierta en acrónimo, se debe leer como una palabra y, además, volverse un término de uso común.


Abreviatura: Representación gráfica reducida de una palabra o de un grupo de palabras. Ejemplo: etc. - etcétera

Símbolo: Son abreviaciones de carácter científico-técnico y están constituidos por letras o por signos no alfabetizables. En general, son fijados convencionalmente por instituciones de normalización y poseen validez internacional. Ejemplo: “m” -metro o metros.

Según lo expuesto, en el Hospital San Juan Bautista se establece para el diligenciamiento de la historia clínica lo siguiente:

- Bajo ninguna circunstancia deben utilizar siglas para la creación de registros en la historia clínica.
- Se acepta únicamente el uso de acrónimos, abreviaturas y símbolos reconocidos internacionalmente, para lo cual se define un listado anexo 1 a este documento.

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 13 de 29

- Se adopta el listado de unidades de medida manejando para los reportes de servicios de apoyo diagnóstico como: laboratorio clínico e imágenes diagnósticas.
- Están exceptuados de la aceptación de uso de acrónimos o abreviaturas los consentimientos informados. En los anteriores siempre se deben escribir las palabras completas, siendo solo aceptados los símbolos reconocidos internacionalmente para las unidades de medida.
- Se realizará evaluación de la adherencia a los lineamientos descritos a través de la auditoría a la calidad de registro de la historia clínica (calidad formal); con presentación periódica de los resultados en el comité de historia clínica.

2.3 PLAN DE CONTINGENCIA:

En caso de recurrir al plan de contingencia por mantenimiento programado o fallas en el sistema de información, los registros se realizarán en físico de acuerdo al “Plan de contingencia de tecnologías de la información” ante no disponibilidad del sistema de Información de la historia clínica electrónica.


El resumen de atención como parte de los documentos de la historia clínica del paciente, se registrará en físico y debe proseguir con el mismo procedimiento de entrega que si dicho documento de atención se generara desde el sistema.

2.4 CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA

Cada episodio asistencial se cierra con un informe que se tramitará de la siguiente manera:

- Para los pacientes hospitalizados y de urgencias se generará el resumen de atención, recomendaciones de egreso y ordenes medicas ambulatorias.
 - Para los pacientes de consulta externa se entrega la impresión del registro de la atención que se acaba de prestar al momento de finalizarla, de las fórmulas, y órdenes médicas ambulatorias.
- Se debe actualizar en cada una de las atenciones los diagnósticos (principal, relacionados de ingreso y egreso) de acuerdo al sistema de codificación vigente.
 - La responsabilidad de alistar la documentación de la historia clínica antes de su entrega al archivo es de cada dependencia donde se generen registros de la misma.

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 14 de 29

- Alta en contra de la recomendación médica (Salida Voluntaria): Cuando se presenta la intención del paciente de salir a pesar de encontrarse aún en manejo médico y presentando riesgos para su salud, se diligenciará el formato de RETIRO VOLUNTARIO, que será firmado por el paciente y el profesional asistencial, en él se reflejará el diagnóstico de presunción o definitivo si lo hubiese y la fecha y hora del evento, causa de la solicitud de egreso y definición de los riesgos que asume el paciente con esta decisión, lo anterior no aplica para pacientes menores de edad en quien el egreso en contra de la recomendación médica no está permitido pues viola los derechos fundamentales de los niños.

-Remisión: para los pacientes remitidos a otra institución de otros niveles de atención, estos deben salir del Hospital con resumen de atención y resultados de paraclínicos realizados. Estos documentos deben ser entregados al responsable del traslado del paciente.

3.INGRESO DE DOCUMENTOS AL ARCHIVO.

El ingreso de toda historia, registro clínico o documento anexo a la misma se realizará a través de una relación de entrega.

El funcionario del archivo quien recibe, debe verificar contra relación y físico de entrega de historia clínica, N° historia; Nombre a quien pertenece la historia, N' Folios de la historia.


Se debe revisar la cantidad de folios que componen la historia clínica, la cual debió ser numerada en forma consecutiva, por el responsable del diligenciamiento de la misma, lo cual significa, que todo aquel que realiza la primera anotación de cada hoja, debe identificarla en forma correcta y clara, con los datos de identificación del paciente y N° de historia clínica respectivo y así mismo , efectuar el registro del número de folio respectivo en la parte inferior derecha de la misma, por cada una de las páginas que contempla cada hoja.

Es de aclarar, que se inicia proceso de digitalización de la Historias Clínicas en físico para lo cual se organizar estrategia de trabajo.

4. ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA

La institución dispone de un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico de la siguiente forma:

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 15 de 29

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.

Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no han vuelto a usar los servicios de atención en salud del prestador, en los últimos 5 años y se conservará en el mismo hasta 10 años después de la última atención. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegase a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios.

Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

4.1. CONDICIONES FÍSICAS DE. CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

El archivo de historias clínicas se conserva en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin.

Las condiciones de infraestructura que tiene el archivo del Hospital son:

Ubicación.


- Está ubicado en terreno que ofrece estabilidad sin riesgos de inundación.
- Se encuentra lejos de industrias contaminantes o posible peligro por atentados u objetivos bélicos.

Aspectos Estructurales.

- Se utiliza estantería de 2.20 mts de alto.
- Los pisos, muros, techos y puertas están contruidos con material ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión.
- Las pinturas utilizadas tienen propiedades ignífugas, y tener el tiempo de secado necesario evitando el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.

Capacidad de almacenamiento.

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 16 de 29

Los depósitos se dimensionarán teniendo en cuenta:


- La manipulación, transporte y seguridad de la documentación, según manual de gestión documental.
- El crecimiento documental de acuerdo con los parámetros archivísticos que establezcan los procesos de retención y valoración documental.
para el caso de historia clinica electronica se cuenta con :
- **Copia de Seguridad- (BACKUP):** Se define como backup o copia de seguridad, la actividad de resguardar de forma segura la información contenida en un medio de almacenamiento de origen (disco duro) a un medio de almacenamiento de destino de diferente tipo (otro disco duro, servidor de backup, memoria USB, CD, DVD, ZIP).
- **Servidor de Backup:** Es un equipo de cómputo que formando parte de una red, provee servicios a otros equipos denominados clientes. En este caso servicio de almacenamiento de archivos.
- **Medios de Almacenamiento de Datos:** Un dispositivo de almacenamiento de datos es un dispositivo para grabar o almacenar información (datos). La grabación se puede hacer usando virtualmente cualquier forma de energía. Un dispositivo de almacenamiento puede guardar la información y procesarla, o ambas.
- **Sistema Operativo:** Un sistema operativo es un software de sistema, destinado a permitir una administración eficaz de sus recursos.

4.2. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

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.

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 17 de 29

Dicha acta debe ser firmada por el responsable del archivo de las historias clínicas y el revisor fiscal o contralor del proceso. Dicho documento debe ser remitido a la Secretaria Distrital de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.

5. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La custodia de la historia clínica es responsabilidad del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumplimiento los procedimientos de archivo.

El archivo de historias clínicas es un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garantizan la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Autorizados para tener acceso a la información de la historia clínica son;


- 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).
- La Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales, distritales 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).
- El equipo de salud, (Art 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99). Dentro del equipo de salud se consideran incluidos los auditores médicos (Sentencia T-1563/00)
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos, (Ad 61, Ley 23/81 y Art 30 Decreto 3380/81).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Ad 38, Ley 23/81).

Los permisos para consulta, registro e impresión de la historia clínica se asignan según las responsabilidades de cada Usuario

5.1 PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS INTERNOS

En el evento que se requiera trasladar una historia clínica a otra dependencia en calidad de préstamo, desde el área de estadística se diligencia el tarjetón de reemplazo y desde archivo central el área solicitante diligenciará el formato préstamo y consulta de documentos, radicando en el área de ventanilla única, recepción del archivo. Los eventos considerados en este ítem corresponden a:

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 18 de 29

- Contestación de demandas, tutelas, requeridos por la Gerencia, subgerencias de servicios de salud o área jurídica
- Contestación de objeciones o glosas, requeridos por el área de auditoría de cuentas medicas
- Proceso de atención en el servicio de urgencias o de hospitalización

La solicitud se tramitará al interior del archivo, se efectúa el procedimiento de alistamiento de historias clínicas.

En caso de solicitudes de una sola historia se debe entregar inmediatamente, si es grupal a las 12 horas.

Se procederá a efectuar entrega de la solicitud, verificando identificación completa de la historia clínica, número total de folios, nombre y cargo de quien retira la historia, fecha de préstamo y termino perentorio para su devolución máximo 36 horas.

Vencido el plazo, el responsable del archivo clínico deberá hacer exigible su devolución inmediata y reportar al jefe de la oficina de Desarrollo Institucional, para tramite de solicitud formal.

5.2 SOLICITUD DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

En el caso de autorización a terceros para reclamar copia de la historia clínica, se debe solicitar carta de autorización firmada por el paciente, copia del documento de identidad del mismo y de quien reclama la Historia clínica


Para pacientes menores de edad se les entregará únicamente a los padres y/o responsables presentando los documentos que los acrediten

En el caso de pacientes fallecidos se establece lo siguiente:

La Corte Constitucional mediante sentencia, T - 303 de 2008, señala el marco legal vigente en la actualidad, y establece que los familiares de un paciente fallecido tienen derecho a reclamar copia de su historia clínica, siempre y cuando se verifiquen las siguientes condiciones:

- Que no haya una prohibición expresa del paciente de entregar su historia clínica a terceros.
- Que se demuestre que el paciente ha fallecido.
- Que quienes la reclamen sean sus familiares más directos (padre o madre, hijos, cónyuge o compañero(a) permanentes que lo acrediten.

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 19 de 29

- Que motiven su solicitud (cualquier motivación, incluso aquella que no comparta el prestador es válida).

Que se comprometan expresamente a no divulgar la información confidencial que reciben.

Dentro del programa hospitalario está prediseñado en el módulo de admisión formatos autorización de historia clínica la cual aplica para el paciente que se encuentra en la institución y autoriza a un tercero reclamar.

CAPITULO IV


COMITÉ DE HISTORIA CLINICAS

La Resolución 1995 de 1999 en su Artículo 19, define el Comité de Historias Clínicas como el conjunto de personas que, al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encargan de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica

FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

- a. Promover en la institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c. Generar, 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.
- d. Vigilar que provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias clínicas.
- e. El Comité de Historias Clínicas velará porque la historia clínica electrónica cumpla los requisitos básicos de funcionalidad según las necesidades específicas de cada área (p. ejemplo Unidades de Cuidado Intensivo, consulta externa etc.)

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 20 de 29


- f. Revisar y actualizar el presente manual
- g. Aprobar todo documento anexo que haga parte del contenido de la historia clínica, por ejemplo: Consentimiento informado, nuevas plantillas y formatos.

CAPITULO V

ORDENAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS FISICAS

1	IDENTIFICACIÓN
2	EPICRISIS
3	REGISTRO DE URGENCIAS
4	ORDENES MEDICA
5	EVOLUCIÓN
6	INTERCONSULTAS
7	REGISTROS DE LABORATORIOS Y EXÁMENES PARA CLÍNICOS
8	CONSENTIMIENTO INFORMADO
9	INFORME QUIRÚRGICO
10	INFORME DE ANESTESIA
11	HOJA DE ENFERMEDAD DEL PRE Y POS OPERATORIO
12	TRATAMIENTO
13	REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA FACTURACIÓN 14C15 CONTROLES ESPECIALES DE ENFERMERÍA Y TERAPIA RESPIRATORIA
14	HOJAS DE TERAPIAS (FÍSICA – RESPIRATORIA ETC)

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 21 de 29

15	HOJAS DE ASESORÍAS
16	REGISTRO DE ENFERMERÍA
17	HOJAS DE CLAP(REDE PERINATAL)
18	HOJA DE REMISIÓN
19	HOJA DE TRABAJO SOCIAL
20	NOTA: PARA LAS PACIENTES GINECOOBSTETRICAS LA HISTORIA CLINICA DEL RECIEN NACIDO DEBE IR A CONTINUACION EN ESTE ORDEN
21	VALORACION DEL RECIEN NACIDO Y EVOLUCION
22	HUELLAS
23	PARACLINICOS O REPORTES DE LABORATORIO CLINICO DEL RECIEN NACIDO
24	REGISTRO DE ENFERMERIA DEL RECIEN NACIDO


La historia clínica electrónica ira foliada por cada atención y profesional que realice registros en la misma

CAPITULO VI

CATALOGO DE DATOS

Clasificación Internacional de Enfermedades

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 22 de 29


Sigla	Descripción
CIE	Es la clasificación de diagnóstico ordinaria internacional para fines epidemiológicos y de gestión sanitaria y uso clínico y se utiliza para recolectar información sobre salud en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. En particular, se emplea en la clasificación de enfermedades, accidentes, razones de consulta médica y otros problemas de salud notificados a los diversos tipos de registros de salud y a los registros vitales. Además de facilitar el almacenamiento y la recuperación de información diagnóstica con finalidades clínicas, epidemiológicas y de calidad, los registros resultantes sirven de base para la compilación de las estadísticas nacionales de mortalidad y morbilidad por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud - OMS.

Clasificación Única de Procedimientos en Salud

Sigla	Descripción
CUPS	La CUPS corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como del ámbito de realización de los mismos. En caso de que los procedimientos en salud de la CUPS requieran el uso de dispositivos médicos, éstos se considerarán inherentes al procedimiento que lo origina, lo que permite garantizar la prestación del servicio de salud que el médico o profesional tratante determine necesario, en desarrollo de su autonomía profesional.

Registro Único de Víctimas

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021


	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 23 de 29

Sigla	Descripción
RUV	<p>El Registro Único de Víctimas es una herramienta administrativa que soporta el procedimiento de registro de las víctimas. La condición de víctima es una situación fáctica que no está supeditada al reconocimiento oficial a través de la inscripción en el Registro. Por lo tanto, el registro no confiere la calidad de víctima, pues cumple únicamente el propósito de servir de herramienta técnica para la identificación de la población que ha sufrido un daño en los términos del artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 y de sus necesidades, y como instrumento para el diseño e implementación de políticas públicas que busquen materializar los derechos constitucionales de las víctimas. El Registro Único de Víctimas incluirá a las víctimas individuales a las que se refiere el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 e incluirá un módulo destinado para los sujetos de reparación colectiva en los términos de los artículos 151 y 152 de la misma ley.</p>

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Sigla	Descripción
CIF	<p>Es el documento establecido en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, cuyo objetivo principal es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados "relacionados con la salud". La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes "relacionados con la salud" del "bienestar" (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios "relacionados con la salud". Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: (1) Funciones y Estructuras Corporales; (2) Actividades-Participación.</p>


Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 24 de 29

ANEXO 1. LISTA DE ACRONIMOS, ABREVIATURAS Y SIMBOLOS APROBADOS


N°	ABREVIATURA	DEFINICIÓN
1	ACV	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
2	AINES	ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO
3	ANAS	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES
4	AP	ANTERO POSTERIOR
5	APP	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
6	ARO	ALTO RIESGO OBSTETRICO
7	ASA	ACIDO ACETIL SALICILICO
8	AU	ALTURA UTERINA
9	BK	BACILOSCOPIA
10	BUN	NITROGENO UREICO EN SANGRE
11	CID	COAGULOPATÍA INTRAVASCULAR DISEMINADA
12	CPAP	PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VIA AEREA
13	CSV-AC	CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
14	CX	CIRUGIA
15	DAD	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA
16	DM	DIABETES MELLITUS
17	DR	DOCTOR
18	DX	DIAGNOSTICO
19	ECO DOPPLER	ECOGRAFIA DOPPLER
20	ECO TE	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFOGICO
21	ECO TT	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO
22	ECV	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR
23	EDA	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
24	EEG	ELECTROENCEFALOGRAMA
25	EF	EXAMEN FISICO
26	EG	EDAD GESTACIONAL
27	EKG	ELECTROCARDIOGRAMA
28	EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
29	ERC	ENFERMEDAD RENAL CRONICA
30	ERGE	ENFERMEDAD REFLUJO GASTROESOFAGICO
31	ETS	ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL
32	EVDA	ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS
33	FC	FRECUENCIA CARDIACA
34	FCF	FRECUENCIA CARDIACA FETAL
35	FEVI	FRACCION DE EYECCION DEL VENTRICULO IZQUIERDO

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 25 de 29


36	FIO2	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO
37	FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA
38	FUM	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN
39	GRE	GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS
40	GU	GASTO URINARIO
41	HB	HEMOGLOBINA
42	HBA1C	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
43	HC	HISTORIA CLINICA
44	HCG	HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA
45	HPB	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA
46	HTA	HIPERTENSION ARTERIAL
47	HUA	HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL
48	HVDA	HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS
49	HVDB	HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS BAJAS
50	IAM	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
51	ICC	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
52	IDX	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
53	INR	INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO
54	IOT	INTUBACION OROTRAQUEAL
55	IV	INTRAVENOSO
56	IVU	INFECCION DE VIAS URINARIAS
57	LA	LIQUIDOS ADMINISTRADOS
58	LA/LE	LIQUIDOS ADMINISTRADOS/LIQUIDOS ELIMINADOS
59	LAB	LABORATORIO
60	LCR	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO
61	LE	LIQUIDOS ELIMINADOS
62	LES	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
63	LEV	LIQUIDOS ENDOVENOSOS
64	LR	LACTARO RINGER
65	MID-MII-MSD-MSI	MIEMBRO INFERIOR DERECHO, MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO
66	MNB	MICRONEBULIZACIONES
67	NAC	NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
68	NVO	NADA VIA ORAL
69	O2	OXIGENO
70	OD	OJO DERECHO
71	OI	OJO IZQUIERDO

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 26 de 29

72	P.O	PARCIAL DE ORINA
73	PC	PERIMETRO CEFALICO
74	PCR	PROTEINA C REACTIVA
75	POP	POSTOPERATORIO
76	PSA	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO
77	PVC	PRESION VENOSA CENTRAL
78	RCIU	RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO
79	RCP	REANIMACION CEREBROCARDIO PULMONAR
80	RMN	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA
81	RNAT	RECEN NACIDO A TERMINO
82	RX	RADIOGRAFIA
83	SAT	SATURACION
84	SIDA	SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
85	SIRS	SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA
86	SNC	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
87	SNG	SONDA NASOGASTRICA
88	SOAT	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO
89	SS	SE SOLICITA
90	SSN	SOLUCION SALINA NORMAL
91	SV	SIGNOS VITALES
92	T°	TEMPERATURA
93	TA	TENSION ARTERIAL
94	TAC	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
95	TACAR	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCION
96	TAM	TENSION ARTERIAL MEDIA
97	TAS	TENSION ARTERIAL SISTOLICA
98	TBC	TUBERCULOSIS
99	TEP	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
100	TFG	TASA DE FILTRACION GLOMERULAR
101	TP	TIEMPO DE PROTROMBINA
102	TPP	TRABAJO DE PARTO PRETERMINO
103	TPT	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA
104	TSH	HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES
105	TTO	TRATAMIENTO
106	TV	TACTO VAGINAL
107	TVP	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
108	UCI	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO


Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021


	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 27 de 29

109	UCIA	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
110	UCIP	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA
111	UGRE	UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS
112	VDRL	PRUEBA SEROLOGICA PARA SIFILIS
113	VIH	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
114	VO	VIA ORAL

ANEXO 2. LISTA DE CHEQUEO PARA DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 28 de 29


 Nit 890.701.459-4	LISTA DE CHEQUEO PARA DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	Versión: 1
		Página: 1/1

Identificación del expediente:

No	ACTIVIDAD	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Clasificar documentos del expedientes de acuerdo con la identificación del paciente.			
2	Retirar material metálico, adhesivo, folios que no correspondan al expediente, hojas en blanco y verificar que no hayan hojas con puntas arrugadas o dobladas, realizar descontaminación biológica, unir rasgaduras con cinta mágica.			
3	Organizar cronológicamente los documentos soportes del expediente, de acuerdo con orientaciones impartidas en capacitación.			
4	Digitalizar expediente completo en el escaner asignado de acuerdo con orientaciones impartidas en capacitación			
5	Verificar que el documento escaneado, sea totalmente legible e integro y que no este torcido. De no ser así, se debe repetir el escaneo, o solicitar configuraciones de escaner ante el área de sistemas.			
6	Verificar en el sistema de información hospitalaria (HOSVITAL) la existencia de historia clinica electrónica y validar fecha de última atención. En caso de no existir Historia Clínica del paciente en HOSVITAL, realizar creación de FOLIO para subir expediente digitalizado y validar la fecha de última atención en el expediente físico.			Fecha de última atención: _____
7	Cargue de la historia clinica digitalizada a HOSVITAL de acuerdo con orientaciones impartidas en capacitación.			
8	Consultar en HOSVITAL la historia clinica digitalizada para garantizar su cargue completo.			
Disposición de la Historia clínica física de acuerdo con los siguientes parámetros:				
9	a. Si la fecha de última atención del paciente es menor a 15 años, relacionar en el inventario documental No 1 para almacenar en depósito asignado, disponer el expediente debidamente identificado.			Fecha de última atención: _____
10	b. Si la fecha de atención del paciente es mayor a 15 años, validar que no exista en el expediente diagnosticos relacionados con violaciones a los derechos humanos o infracciones graves al derecho internacional humanitario. En este caso, relacionar en el inventario documental No 2 para proceder a eliminación, y disponer el expediente físico en la bodega asignada debidamente identificado.			Fecha de última atención: _____
11	c. Si la fecha de atención del paciente es mayor a 15 años, validar si existe en el expediente diagnosticos relacionados con violaciones a los derechos humanos o infracciones graves al derecho internacional humanitario. En caso positivo, relacionar en el inventario documental No 3 para almacenar expediente físico en depósito asignado, debidamente identificado y retención hasta completar 30 años.			Diagnósticos: _____ _____

Elaborado por: Equipo Gerencia de la Información	COPIA CONTROLADA	Aprobado por: Gerente
Revisado por: Calidad		Fecha de Aprobación:

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021

	PEC-M-1	Versión: 4
	MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Página 29 de 29

Elaborado por: Área de Estadística	Copia controlada	Aprobado por: Comité MIPG
Revisado por: Comité de Historias Clínicas		Fecha de Aprobación: 09/12/2021