

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I.....	MARCO LEGAL
CAPITULO II.....	MARCO CONCEPTUAL
1.1 DEFINICION	
CAPITULO III.....	OBJETIVOS
CAPITULO IV.....	DIRECTIVAS INTERNAS SOBRE LA HISTORIA CLINICA
4.1 . HISTORIA CLINICA UNICA	
4.2 . APERTURA DE HISTORIA CLINICA	
4.3 . CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LA HISTORIA CLINICA	
4.4 . CUSTODIA	
4.5 . ACCESO	
4.6 . CONSERVACION Y DISPOSICIÓN FINAL	
4.7 . SEGURIDAD DEL ARCHIVO PARA LA HISTORIA CLINICA	
CAPITULO V.....	HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
CAPITULO VI.....	CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA
6.1. INTEGRALIDAD	
6.2. SECUENCIALIDAD	
6.3. RACIONALIDAD CIENTIFICA	
6.4. DISPONIBILIDAD	
6.5. OPORTUNIDAD	
CAPITULO VII.....	COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA
7.1. IDENTIFICACION DEL USUARIO	
7.2. REGISTROS ESPECIFICOS	
7.3. ANEXOS	
CAPITULO VIII.....	PROCEDIMIENTOS EN EL MANEJO DE LAS HISTORIAS CLINICA

“El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada “

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

- 8.1. APERTURA E IDENTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA
- 8.2. DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA
- 8.3. USO DE LA HISTORIA CLINICA
- 8.4. ORDENACION DE LA HISTORIA CLINICA
- 8.5. ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA HISTORIA CLINICA
- 8.6. FOLIACION DOCUMENTAL
- 8.7. UNIFICACION
- 8.8. DESCRIPCION

CAPITULO IX..... COMITÉ DE HISTORIAS CLINICA

- 9.1. DEFINICION
- 9.2. FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

CAPITULO X..... SERVICIO PRESTAMO DE DOCUMENTOS

CAPITULO XI..... SERVICIO ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

CAPITULO XII..... TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS A GESTION DOCUMENTAL

CAPITULO XIII..... ALMACENAMIENTO Y UBICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLINICAS

CAPITULO XIV..... SERVICIO CENTRO DE FERTILIDAD

CAPITULO XV..... CENTRO DE INVESTIGACION

CAPITULO XVI.....SERVICIO DE RADIOLOGIA – UNIDAD MATERNO FETAL - UNIDAD DE SENO

CAPITULO XVII.....SERVICIO TRANSFUCIONAL (TOMA DE MUESTRAS)

CAPITULO XVIII..... CONSULTA EXTERNA (PEDIATRIA – CIRUGIA GENERAL – MEDICINA INTERNA – NUTRICION)

CAPITULO XIX..... CENTRAL DE ESPECIALISTAS

“El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada “

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

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 los archivos de las historias clínicas.
- 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.
- Ley 594 del 2000 Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia, control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.
- Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de la historia clínica.
- Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

- Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.
- Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación.
- Acuerdo 011 de 1996, por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”.
- 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 artículo 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000.
- Resolución 1715 de 2005, por el cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 art 13 y 15, en lo referente a los tiempos de retención y conservación de registros clínicos.
- Resolución 0058 del 15 de enero de 2007, por la cual se deroga la resolución 1715 de 2005.
- Resolución 00839 de 2017 (modificación resolución 1995 de 1999). La presente tiene como por objetivo establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas.

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

1.1 Definición:

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.

Terceros previa autorización:

- 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).
- 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).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).

“El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada “

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Art 38, Ley 23/81).

CAPITULO III

OBJETIVOS

- Fijar las políticas que permitan normalizar y racionalizar la producción y el Manejo de los documentos pertenecientes a la Historia Clínica logrando regularizar el flujo de los mismos.
- Establecer los procedimientos administrativos y técnicos que garanticen la conservación y uso del archivo de Historias Clínicas
- Suministrar las pautas necesarias para una adecuada gestión de la documentación de las Historias Clínicas producidas por la Clínica de la Mujer en desarrollo de sus funciones.
- Sensibilizar a los funcionarios de la Clínica de la Mujer sobre la importancia del acervo documental y crear el sentido de responsabilidad en el manejo de los documentos y registros de la Historia

CAPITULO IV

“El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada “

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

DIRECTIVAS INTERNAS SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

4.1. Historia clínica única:

Se adoptan los formatos establecidos en este protocolo como la HISTORIA CLÍNICA ÚNICA que se utilizará para la atención de los pacientes por parte de todos y cada uno de los profesionales de la institución.

4.2. Apertura de historia clínica:

A todo paciente atendido por primera vez en la Clínica se le realizará el proceso de apertura de Historia Clínica, en el área de admisiones. Registrando como número de historia el número del documento de identificación del paciente.

OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO

“Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas” con ocasión de la prestación de los servicios de salud en la Clínica. Para cada una de las atenciones realizadas a los pacientes debe registrarse en la historia clínica las acciones realizadas, los hallazgos, las observaciones, las recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha y la hora de la atención.

4.3. Calidad de los registros en la Historia Clínica.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco 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. Esto también incluye toda información ingresada en la historia clínica electrónica, cada espacio dispuesto, debe diligenciarse con la información clara, incluyendo fecha y hora de quien realiza las notas en el sistema.

4.4. Custodia.

“El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada “

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

La custodia de la historia clínica dentro de la organización será ejercida por el área de Gestión Documental. Durante su producción, la historia clínica es responsabilidad del Departamento de Enfermería y una vez egresado el paciente, esta debe pasar en un término no mayor a 24 horas al área de Gestión documental. En donde mediante el sistema de préstamo documental permite 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. Se determina que se 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, cumpliendo con los requisitos institucionales establecidos.

4.5. Acceso.

El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: el usuario, el Equipo de Salud que le preste asistencia médica, las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley y las demás personas determinadas en la ley.

4.6. Conservación y disposición final.

La historia debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central. Para la disposición final (eliminación) de las historias clínicas, se identificarán cada una de las historias que hayan cumplido el tiempo de retención y conservación, seguido, se adelantará el proceso de publicación como refiere en el artículo 3 de la Resolución 839 de 2017 (circulación en un amplio diario nacional). De las historias a eliminar, es importante identificar aquellas historias que pueden contener información de valor secundario (científico, histórico, cultural) para la institución. Para los casos de personas víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al derecho internacional humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Una vez terminado el proceso de identificación y publicación se levantará un acta la cual se denominará “acta de eliminación” indicando la fecha y el número de expedientes a eliminar, la cual será firmada por el representante legal de la Clínica de la Mujer, por el responsable del archivo de las

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

historias clínicas y por el revisor fiscal, adicionalmente se debe resaltar que se ha cumplido con los tiempo de retención y conservación establecidos según la ley.

Para garantizar la conservación y la integralidad de las historias clínicas, se procederá a establecer un proceso gradual de digitalización de los registros físicos que aun conforman la Historia Clínica, como el record de anestesia, reportes de laboratorio, patología, hoja de medicamentos y todos los registros que aún se diligencian manualmente.

4.7. Seguridad del archivo de Historias clínicas.

La historia clínica se archiva en un área restringida, con acceso limitado al personal del área de Gestión Documental, las historias clínicas se conservan en condiciones que garantizan la integridad física y técnica, sin alteración de la información.

CAPITULO V

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Se realiza un proceso de Implementación de un sistema de Historia Clínica electrónica (SERVINTE CLINICAL SUITE) para que cumpla con la normatividad vigente brindado una mejor calidad en los registros clínicos a través de la captura electrónica de los mismos. Así mismo se facilita el análisis y el seguimiento de la información clínica.

De esta manera se mejora la captura de los datos administrativos y su seguimiento en línea con la ayuda de los Módulos de Admisiones, Facturación, Ayudas, Suministros, Costos, Citas, Cuentas por pagar; realizando además generación de reportes, a necesidad.

“El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada “

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

CAPITULO VI

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

En relación con la normatividad vigente, en la Clínica se establece que las características básicas de la Historia Clínica son:

6.1. Integralidad: La historia clínica de un usuario reúne 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.

6.2. 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.

6.3. Racionalidad científica: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

6.4. Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

6.5. Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

CAPITULO VII

"El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada "

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

7.1. Identificación del usuario.

Los contenidos de este componente son:

- Apellidos y nombres completos
- Estado civil
- Documento de identidad
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Dirección, teléfono del domicilio y lugar de residencia
- Nombre y teléfono del acompañante
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario (según el caso)
- Aseguradora y tipo de vinculación
- Tipo de servicio
- Cama
- Datos de remisión

7.2. Registros específicos.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que se determinaron en los registros específicos definidos por la Clínica son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y se detallan a continuación:

- Hoja de ingreso
- Consentimiento informado
- Resultados de laboratorios
- Resultados laboratorios patología
- Resultados imagenología
- Ecografías
- Perfil biofísico
- Monitoria fetal electrónica
- Registros electrocardiogramas
- Gases arteriales

“El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada “

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

- Huella plantar recién nacido
- Autorización vacunación
- Parámetros clínicos y actividades diarias recién nacido
- Laboratorios clínicos - recién nacido
- Notas de enfermería – recién nacido
- Registro medicamentos
- Solicitud de nutrición
- Sabanas de enfermería UCIA
- Control clínico de transfusión – hemocomponentes
- Formato de control neurológico
- Hoja escala tiss
- Parada de programa de seguridad
- Hoja recuento de compresas, agujas y material médico quirúrgico
- Hoja valoración preanestésica
- Listado de chequeo – traslado de pacientes entre servicios
- Programa atención enfermería
- Formato de evolución de parámetros de severidad
- Record de estancia en piso
- Formato de medicamentos no pos
- Formato servicio de anestesia ordenes medicas
- Epicrisis electrónica
- Epicrisis UCI neonatal
- Formato de referencia y contrareferencia
- Plan de egreso enfermería
- Plan de egreso pediátrico
- Plan de egreso medico

7.3. Anexos.

Son todos los documentos que se adjuntan como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención:

- Autorizaciones para intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos médicos (consentimiento informado)
- Autorización de esterilización
- Procedimientos
- Autorización para necropsia

“El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada “

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

- Declaración de retiro voluntario abandono o rechazo del tratamiento medico
- Formato de referencia y contrareferencia

Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica. Se podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica, de tal forma que asumirá la responsabilidad de la conservación de las mismas.

CAPITULO VIII

PROCEDIMIENTOS EN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

8.1. Apertura e identificación de la historia clínica.

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.

La identificación de la historia clínica corresponde a:

- Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
- Número de la tarjeta de identidad para los menores de edad, mayores de siete años.
- Número del registro civil para los menores de siete años.
- Numero del NUIP dado por la registraduría civil para recién nacidos y menores de edad.
- Número de pasaporte o cédula de extranjería para población extranjera.
- 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, en el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad.

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

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada

8.2. Diligenciamiento de la historia clínica.

Para el diligenciamiento de la Historia Clínica el personal administrativo y los profesionales en salud deben conocer los formatos establecidos en la Clínica y los instructivos correspondientes a dichos formatos. El diligenciamiento de la información general de la Historia Clínica, tal como: número de la historia, datos personales del paciente, responsable y acompañante, pueden ser diligenciados por personal de recepción y el personal administrativo de admisiones, los espacios destinados a la información clínica solamente deben ser diligenciados por el profesional de salud, quien brinda la atención al paciente todo en concordancia con la normatividad legal.

8.3. Uso de la historia clínica.

La Historia Clínica es un documento confidencial sometido a reserva y, por tanto, su uso se restringe única y exclusivamente al personal asistencial de salud de la Clínica, y, en aspectos restringidos únicamente al traslado, archivo y procesos de actualización y conservación, al personal administrativo no asistencial quien deberá guardar la misma reserva y confidencialidad de la Historia Clínica que el personal asistencial.

8.4. Ordenación de la Historia clínica.

A nivel externo la historia clínica se ordena por el código consecutivo otorgado internamente en el momento del registro del paciente, este código constituye el número de radicación interno e inventario del expediente. A nivel interno la ordenación de desarrolla por tipo documentales entre si y de forma cronológica.

El orden definido para los tipos documentales que conforman la historia clínica se define a continuación por tipo de servicio:

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

8.5. Orden tipos documentales de la historia clínica

ORDEN TIPOS DOCUMENTALES HOSPITALIZACION:

- **Hoja de ingreso:** Información del paciente
- **Hoja de inscripción – preadmisión:** Información del paciente
- **Documentos de otras entidades:** Laboratorios, historias clínicas, imageneología, etc.
- **Hoja de autorización de un paciente**
- **Consentimientos informados**
- **Registro de laboratorio y reporte de radiografías**
- **Resultados de laboratorios:** En orden cronológico (incluyendo la hora del reporte)
- **Hoja de evolución (documento manual):** En orden cronológico*
- **Resultados de imagenología:** En orden cronológico*
- **Reportes de monitorias:** En orden cronológico*
- **Registro de Electrocardiograma:** En orden cronológico*
- **Informe de gases sanguíneos:** En orden cronológico*
- **Huella plantar del recién nacido**
- **Autorización para vacunación del recién nacido**
- **Laboratorios (hemoclasificación)** En orden cronológico*
- **Hoja de líquidos cuidados intermedios neonatal:** En orden cronológico*
- **Registros de medicamentos cirugía:** En orden cronológico*
- **Parada de programa de seguridad**
- **Hoja recuento de compresas, agujas y material médico quirúrgico**
- **Consulta preanestésica**
- **Record de anestésica y recuperación**
- **Lista de chequeo de traslado entre servicios**
- **Información a suministrar al paciente y sus acompañantes en el servicio de hospitalización**
- **Plan de egreso adulto**
- **Plan de egreso de pediatría**
- **Plan de egreso enfermería**

ORDEN TIPOS DOCUMENTALES UNIDAD CUIDADO INTENSIVO NEONATAL:

- **Hoja de ingreso:** Información del paciente
- **Hoja de autorización de un paciente**
- **Consentimientos informados:**

"El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada "

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

- Consentimiento Informado para la práctica de intervenciones médicas y/o quirúrgicas
- Consentimiento informado de enfermería
- **Consentimiento informado para procedimientos de terapias respiratorias y físicas**
- **Huella plantar del recién nacido**
- **Autorización para vacunación del recién nacido**
- **Preinscripción médica nutricional parenteral**
- **Resultados de laboratorios:** En orden cronológico* (incluyendo la hora del reporte)
- **Resultados de imagenología:** En orden cronológico*
- **Informe de gases sanguíneos:** En orden cronológico*
- **Hoja líquidos (amarillo):** En orden cronológico*
- **Control de transfusiones (si las tiene):** En orden cronológico*
- **Tabla de crecimiento para el recién nacidos prematuros**
- **Kardex de enfermería UCI neonatal**
- **Lista De chequeo para el traslado de pacientes**
- **Plan de egreso de pediatría**
- **Plan de egreso enfermería**

ORDEN TIPOS DOCUMENTALES UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTO:

- **Hoja de ingreso:** Información del paciente
- **Hoja de autorización de un paciente**
- **Consentimientos informados:**
- Consentimiento Informado para la práctica de intervenciones médicas y/o quirúrgicas
- Consentimiento informado de enfermería
- **Consentimiento informado para procedimientos de terapias respiratorias y físicas**
- **Hojas control de laboratorios**
- **Resultados laboratorios:** En orden cronológico* (incluyendo la hora del reporte)
- **Resultados imagenología:** En orden cronológico*
- **Reportes de monitorias:** En orden cronológico*
- **Registro de Electrocardiograma:** En orden cronológico*
- **Informe de gases sanguíneos:** En orden cronológico*
- **Registros de medicamentos cirugía**
- **Sabana enfermería UCI:** En orden cronológico*

"El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada "

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

- **Control de transfusiones:** En orden cronológico
- **Parada de programa de seguridad**
- **Hoja recuento de compresas, agujas y material médico quirúrgico**
- **Consulta preanestésica**
- **Record de anestésica y recuperación**
- **Lista de chequeo de traslado entre servicios**
- **Información a suministrar al paciente y sus acompañantes en el servicio de hospitalización**
- **Plan de egreso adulto**
- **Plan de egreso enfermería**

ORDEN TIPOS DOCUMENTALES CIRUGIA:

- **Hoja de ingreso:** Información del paciente
- **Hoja de autorización de un paciente**
- **Hoja de inscripción – preadmisión:** Información del paciente
- **Documentos de otras entidades:** Laboratorios, historias clínicas, imageneología, etc.
- **Consentimientos informados:** En orden cronológico*
- **Registros de medicamentos cirugía**
- **Parada de programa de seguridad**
- **Hoja recuento de compresas, agujas y material médico quirúrgico**
- **Consulta preanestésica**
- **Record de anestésica y recuperación**
- **Lista de chequeo de traslado entre servicios**
- **Información a suministrar al paciente y sus acompañantes en el servicio de hospitalización**
- **Plan de egreso adulto**

La actividad de ordenación documental será realizada por el responsable de cada historia. Ordenación cronológica de los tipos documentales que conforman cada historia, en sus respectivas unidades de conservación (carpetas) y respetando la secuencia en que fueron creados, es decir, el documento más antiguo es el primero de la carpeta y el más reciente es el último documento de la carpeta. (Ver Gráfico 1)

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

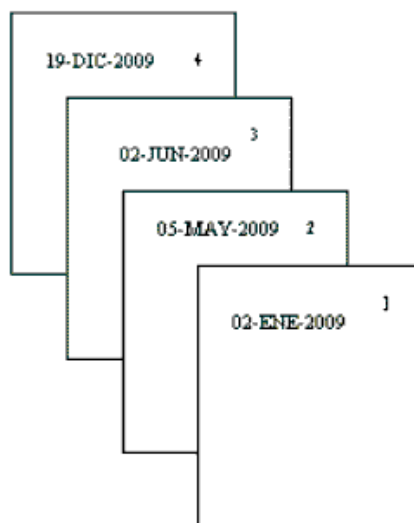


Gráfico 1 – Ordenación Cronológica

Los anexos forman parte de un documento u oficio, por lo tanto, al momento de ordenarlos cronológicamente dentro de un expediente, se debe tener en cuenta la fecha del oficio o documento, mas no la fecha de los anexos.

Depurar la documentación, labor que consiste en retirar documentos duplicados, folios en blanco y documentos de apoyo de cada una de las carpetas o expedientes. Los faxes en papel térmico se deben remplazar por fotocopias del mismo documento.

Retirar de la documentación todos los objetos metálicos como ganchos de cosedora, ganchos de legajar y clip.

Alinear los folios de cada carpeta o expediente, teniendo en cuenta el borde superior de cada folio.

Perforar los folios de cada carpeta o expediente tomando como referencia una hoja tamaño oficio (Ver Gráfico - 2).

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

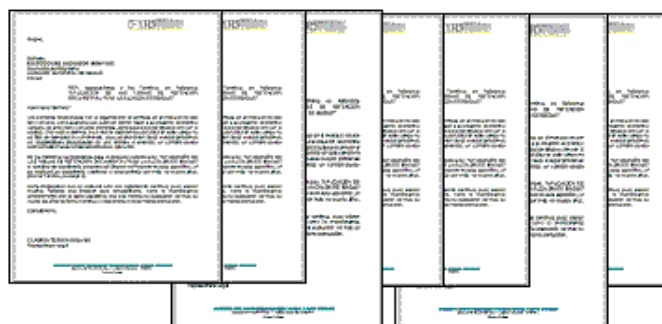


Gráfico 2 – Alineación de documentos

Agrupar los documentos dentro de la carpeta con un gancho legajador, cerciorándose que los documentos correspondan a la misma historia clínica.

8.6. Foliación documental

- La foliación consiste en numerar cada una de las hojas que conforman un expediente o Historia Clínica, la numeración debe ser consecutiva, no se debe omitir ni repetir números, como tampoco adicionar subíndices.
- Para el proceso de foliación se debe utilizar lápiz de mina negra y blanda tipo HB o B, iniciándose desde el número uno (1), el cual corresponde al primer folio del documento que dio inicio al trámite, en consecuencia, corresponde a la fecha más antigua.
- La foliación la llevará a cabo el auxiliar de archivo en el momento de la unificación de todos los ingresos que tenga la Historia Clínica.
- Se debe colocar el número en la esquina superior derecha en el folio recto (Primera cara de un folio, la que se numera), en el mismo sentido del texto del documento.
- Se deben foliar todos y cada uno de los tipos documentales de la historia clínica. En el caso de Historias Clínicas simples, la foliación se ejecutará de manera independiente por historia (carpeta). En el caso de Historias Clínicas complejas, cada expediente tendrá una sola foliación de manera continua y si tal expediente se encuentra repartido en más de una unidad de conservación (carpeta), la foliación se ejecutará de forma tal que la segunda será la continuación de la primera.
- No se debe foliar utilizando números con el suplemento A, B, C, ó Bis. En documentos de archivo que contienen texto por ambas caras de la hoja, se

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

registrará el número correspondiente al folio recto (Primera cara de un folio, la que se numera)

- Se debe colocar el número de manera legible y sin enmendaduras sobre un espacio en blanco y sin alterar membretes, sellos, textos o numeraciones originales.
- No se deben foliar las pastas, las hojas-guarda en blanco y los separadores.
- Para los documentos en soportes distintos al papel (casetes, discos digitales – CDS-, disquetes, videos, entre otros), se debe dejar en los instrumentos de control o consulta (inventarios) constancia de su existencia y de la unidad documental a la que pertenecen. Si se opta por separar este material se hará la correspondiente referencia cruzada. Cada uno de los soportes constituye un folio el cual se deberá marcar o foliar en el respectivo sobre o cubierta adecuada que lo contiene.
- En caso de encontrarse varios documentos de formato pequeño, como facturas, entre otros, se podrán adherir a una sola hoja utilizando pegante líquido, a ésta se le escribirá su respectivo número de folio,
- Si hay errores en la foliación, ésta se anulará mediante una línea diagonal (/) y se procederá a foliar de nuevo los documentos, quedando valida la última foliación realizada (Ver Gráfico 3).

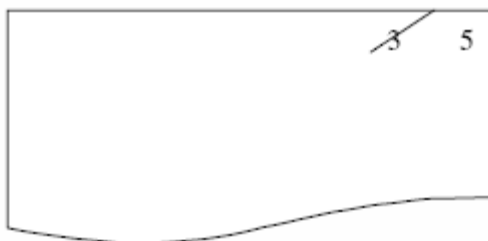


Gráfico 3 - Corrección de foliación.

- Una vez los documentos de la historia clínica estén clasificados, depurados, ordenados, alineados y foliados, deben ubicarse en carpetas para garantizar su conservación.
- Las Historias Clínicas no se deben conservar en AZ, en ninguna de sus fases (Archivo de Gestión, Archivo central y Archivo Histórico).
- Cuando el contenido en una Historia Clínica tenga más de 200 folios y requiera abrirse una nueva carpeta la foliación se hará en forma continua

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

- Cada carpeta debe contener hasta 200 folios (máximo un 5% más), sin que se afecte la integridad de la unidad documental.

Ejemplo de foliación de expedientes de más de 200 folios:

Carpeta 1. Inicia con el folio 1 hasta el 200. Total 200 folios
Carpeta 2. Inicia con el folio 201 hasta el 400. Total 200 folios
Carpeta 3. Inicia con el folio 401...

8.7. Unificación.

La Clínica tiene un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central, el cual se encuentra en proceso de organización y presta los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997 referentes al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación De tal forma que cada ingreso adicional es unificado para conservar su unicidad, garantizando la integralidad de la historia clínica de cada paciente de la institución. Actualmente el proceso de unificación de historias clínicas antiguas se está llevando a cabo acorde a un cronograma y unas metas establecidas para lograr la unificación del archivo de gestión.

8.8. Descripción.

Se debe registrar cada historia clínica nueva que ingresa al departamento de Gestión Documental en la base de datos; para el caso de las historias por reingreso de debe actualizar la fecha final del expediente.

CAPITULO IX

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

9.1. Definición.

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

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

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.

9.2. Funciones del comité de historias clínicas.

- Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre Historia Clínica y velar por que estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas 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 funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

CAPITULO X

SERVICIO DE PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS

El servicio de préstamo consiste en suministrar, en calidad de préstamo una historia clínica a un usuario. El archivo de gestión que presta el documento debe controlar el préstamo del mismo a través del formato RCM-311 Control de Préstamo de Documentos, para realizar la tarea se debe:

- Realizar una por correo electrónico, mediante los formatos RCM135 Solicitud Grupal o RCM 136 Solicitud Individual al responsable del archivo de gestión.
- El funcionario de la dependencia de Gestión Documental, realizará la búsqueda en el archivo de Gestión.

"El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada "

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

- El funcionario de Gestión Documental, diligenciará el formato RCM-311 Control de Préstamo de Documentos
- El usuario (solicitante) debe firmar el formato y recibir por parte del funcionario de Gestión Documental la(s) historia clínica solicitada.
- Posteriormente, el solicitante al devolver la(s) historia clínica deberá firmar la devolución del material, el funcionario de Gestión Documental escribe la fecha de devolución.
- Cuando las historias clínicas sean devueltas a la dependencia de Gestión Documental, el funcionario del archivo debe verificar el estado y contenido de los documentos.
- Finalmente, ubica físicamente la(s) historia clínica en la estantería y archiva el documento donde corresponde por el número consecutivo.
- El tiempo de préstamo no debe ser superior a siete (7) días hábiles. En caso de necesitar más tiempo el documento, el usuario puede renovar el préstamo hasta por siete (7) días hábiles más. Vencido el plazo, se debe hacer exigible la devolución inmediata.
- Cuando la solicitud la realice un usuario (paciente), se requiere de una solicitud escrita o diligenciada por la página web de la Clínica de la Mujer, dirigida al correo habilitado para atender las solicitudes de pacientes, quien solamente autorizará siempre y cuando se anexe los documentos exigibles.
- En caso de pérdida de documentos, el funcionario que perdió los mismos debe colocar el respectivo denuncia ante las autoridades policiales y, posteriormente, informárselo al jefe inmediato para que este informe a las instancias respectivas.

CAPITULO XI

SERVICIO ENTREGA DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

El paciente solicita personalmente la copia de su Historia Clínica mediante el formato **RCM-230** "Solicitud copia de historia clínica" establecido por la Clínica, adjuntando fotocopia del documento de identificación y fotocopia de cedula de la persona a quien

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

autorice para reclamar la copia en caso de no poder hacerlo personalmente, solicitud que también podrá realizar a través de la pagina web de la institución **www.clinicadelamujer.com.co** el formato debe diligenciarlo con todos los datos que allí se solicitan, adjuntar los documentos solicitados y firmas debidamente escaneadas. (Ver documentos GDA.PA.002) o enviar la solicitud vía correo electrónico.

La copia completa de la historia clínica puede ser solicitada por el paciente, por su entidad administradora de planes de beneficios, o por entidades autorizadas por ley. La copia de la historia clínica será entregada completa con los registros físicos y los registros electrónicos, organizada cronológicamente por orden de ingresos desde el más antiguo al más reciente y debe estar foliada de manera consecutiva.

CAPITULO XII

TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS A GESTION DOCUMENTAL

Para la entrega de las historias clínicas al área de Gestión Documental, las áreas asistenciales (Hospitalización – Cirugía – UCI's adulto y neonatal – Urgencias) deben diligenciar el formato RCM-310 "Formato de Transferencia Documental" el cual solicita información de la historias (cedula o numero consecutivo), la unidad donde están realizando la entrega, y el nombre de la persona quien está haciendo la entrega de la(s) historia, posteriormente el auxiliar de Gestión Documental, verifica la información anotada en el formato contra las historias clínicas que están entregando, para confirmar, el auxiliar incluye en el formato, la fecha que se recíbelas historias clínicas, cargo y la firma, de tal manera queda oficializado la transferencia al área de Gestión Documental.

La documentación entregada por otras áreas o servicios de la institución, se recibe en unidades de conservación (cajas) entregadas por el área de Gestión Documental, esta documentación debe ser relacionada en el formato RCM-561 "Formato Único de Inventario Documental" una copia queda dentro de la caja y el original lo conserva el

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

área productora. Posteriormente se hará la transferencia al Archivo Central (bodega externa MTI), el cual nos presta el servicio de custodia.

CAPITULO XIII

ALMACENAMIENTO Y UBICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

El archivo de gestión de la clínica de la mujer cuenta con dos sistemas de estantería fija y rodante de las cuales se encuentran distribuidas de la siguiente manera:

En el Archivos de Gestión las Historias Clínicas deben ir ubicadas en la estantería rodante, de izquierda a derecha, en orden consecutivo, el lomo de la carpeta debe ir hacia la parte del entrepaño. (Ver Gráfico 4). Gráfico

Se cuenta con 8 cuerpos, 90 estantes y 630 entrepaños, dentro de la nueva infraestructura, para el almacenamiento de las historias clínicas, las cuales como lo muestra la imagen están archivadas sin caja para optimizar el espacio.



Gráfico 4 – Ubicación de Historias Clínicas en la estantería rodante.

Las unidades de conservación (cajas) que se deben ubicar en estantes fijos en el Archivo de Gestión, las cuales deben ir de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo (Ver Gráfico 5).

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

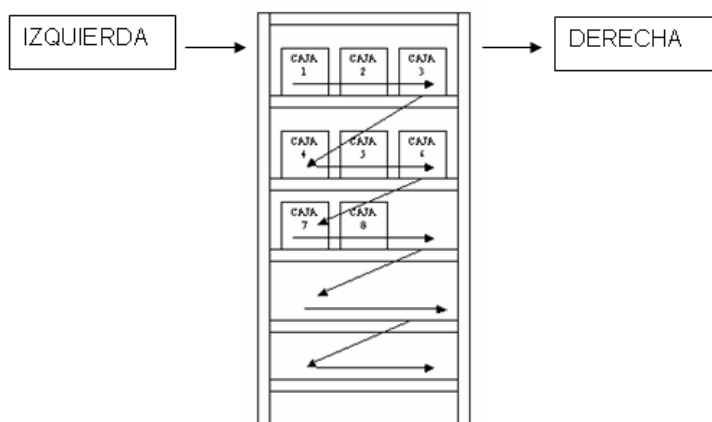


Grafico 5:

Ubicación de cajas en estantería fija.

Debe existir una distancia libre entre la unidad de conservación (caja) y el entrepaño superior de cuatro (4) cm a siete (7) cm. La distancia promedio entre entrepaño y entrepaño es de treinta y cuatro (34) cm.

Para la señalización, se debe identificar claramente el mobiliario de archivo, como bloque, cuerpo, estante, entrepaño, archivador, gaveta identificando cada una de las partes con rótulos.

Archivadores Rodantes.

Disponen de cuerpos fijos o rodantes con estantería que a su vez contiene entrepaños (Ver gráfico 6).

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

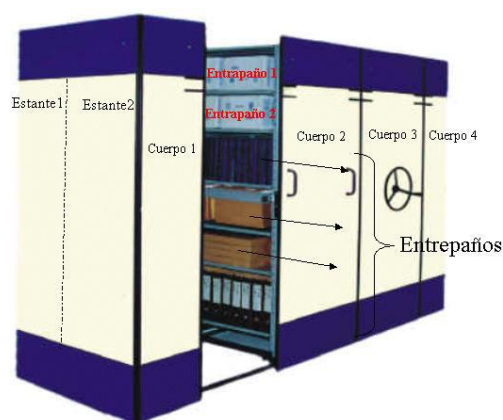


Grafico 6: Estantería Rodante

Archivador de Estantería fija. Sistema modular conformado por entrepaños que pueden ser cerrados o abiertos en el fondo y en los laterales (Ver Gráfico 7). Gráfico



Grafico 7: Estantería fija

CAPITULO XIV

“El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada “

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

SERVICIO CENTRO DE FERTILIDAD.

Se define para el Centro de Fertilidad que el archivo de historias clínicas deberá cumplir con las especificaciones descritas en el Manual de Archivo de la Clínica de la Mujer, de manera que cualquier tipo de modificación, uso o disposición de las historias clínicas debe estar aprobado por el área de Gestión Documental.

Es de aclarar que los pacientes del Centro de Fertilidad se identifican según el color de las carpetas, en este caso se definió de la siguiente manera; carpeta rosada paciente receptores y de tratamiento y carpeta azul pacientes donantes.

Para cumplir con los términos es necesario tener presente lo establecido en el **Capítulo IV**, Directivas Internas de la Historia Clínica las cuales comprende:

- Custodia
- Acceso
- Conservación
- Seguridad

CAPITULO XV

SERVICIO CENTRO DE INVESTIGACION.

Los documentos del estudio de investigación deben retenerse y conservarse por el responsable de su custodia (Centro de Investigación) por el periodo que haya sido acordado por el Patrocinador del estudio, conforme a lo dispuesto en la **Resolución 2378 de 2008 Tabla 10 numeral 5**. Los cinco (5) primeros años en retención y conservación se hará el archivo de gestión y los años siguientes en el archivo central.

Se aclara con el Patrocinador la entrega, la digitalización y disposición final de los documentos del estudio.

Con el fin de cumplir las normas de buenas prácticas e investigación, el Centro de Investigación, organizará el archivo y la gestión documental de los estudios clínicos, para lo cual cumplirá lo definido en el **CI.PA.010** "Procedimiento Operativo Archivo y Gestión Documental de Estudios Clínicos".

CAPITULO XVI

"El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer. Está prohibida su retención grabación utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de la institución. Toda impresión o disposición del documento que se encuentre fuera del sistema de información Almera, se considera Copia no controlada "

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

SERVICIOS DE RADIOLOGIA – UNIDAD DE SENO – UNIDAD MATERNO FETAL.

Los consentimientos informados, los resultados y las imágenes de estudio tomados en los servicios de radiología – unidad de seno y unidad materno fetal deben ser custodiados en las áreas productoras por lo menos de 1 a 5 años, transcurrido el tiempo mínimo, podrán ser trasladados al área de Gestión Documental, donde se recibirán en cajas (entregadas por el archivo) incluyendo el Formato Único de Inventario (RCM-561) debidamente diligenciado, relacionando cada documento que se trasladara. Posteriormente el área de Gestión Documental transferirá la documentación al Archivo Central (bodega externa MTI), para su custodia.

CAPITULO XVII

SERVICIO TRANSFUSIONAL (TOMA DE MUESTRAS).

Los consentimientos informados, los registros de gestión pre-transfusional, deben ser custodiados en el área productora por lo menos de 1 año, manteniendo los documentos en carpetas AZ o en tornillos por número consecutivo o documentó de identidad, todos los documentos deben mantenerse en un área restringida y en lo posible bajo llave. Trascurrido el tiempo mínimo, podrán ser trasladados al área de Gestión Documental, donde se recibirá en cajas (entregadas por gestión documental) incluyendo el Formato Único de Inventario (RCM-561) debidamente diligenciado, relacionando cada documento que se trasladará. Posteriormente el área de Gestión Documental transferirá la documentación al Archivo Central (bodega externa MTI), para su custodia.

	MANUAL DE ARCHIVO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	GDA.M.002
		8
		2023-06-20

Copia controlada No.1
Autorizado por Coordinación de calidad

CAPITULO XVIII

CONSULTA EXTERNA.

En los consultorios de los servicios de consulta externa (Pediatría – Cirugía General – Medicina Interna – Nutrición), al generar registros como los Consentimientos Informados, deberán garantizar su custodia por un tiempo mínimo de 5 años, los cuales permanecerán archivados en AZ y guardados en una estantería bajo llave.

Trascurrido el tiempo mínimo, podrán ser trasladados al área de Gestión Documental, el cual transferirá dicha documentación en cajas con el Formato Único de Inventario (RCM-561) debidamente diligenciado, toda la documentación debe estar incluida en el formato.

CAPITULO XIX

CENTRAL DE ESPECIALISTAS.

En el servicio de la central de especialistas, el registro de la historia clínica se realiza por medio del aplicativo SAP o SAP WEB, el cual utilizan para llevar el control de las atenciones de los pacientes atendidos. Para mayor claridad con respecto al diligenciamiento y manejo de historia clínica a través del aplicativo, puede remitirse al procedimiento **CE.PA.003** “Ingreso a la historia clínica en aplicativo SAP o SAP WEB”, en el software de calidad.