

NTS PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

MC Yoe GARCÍA ALIAGA

Médico Auditor

Mg en Administración Pública y Gobierno

Responsable de la Unidad de Auditoría Médica

Equipo Técnico de la Dirección de Calidad - DIRESA JUNÍN

dryoegarcia@yahoo.com

INDICE

- 1.Aspectos Preliminares.
- 2.Finalidad
- 3.Objetivos
- 4.Ámbito de Aplicación
- 5.Definiciones Operativas
- 6.Historia Clínica: Frecuencia, Estructura, Formato, Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Formatos Especiales.

Introducción: Anécdota



MC Yoe GARCÍA ALIAGA

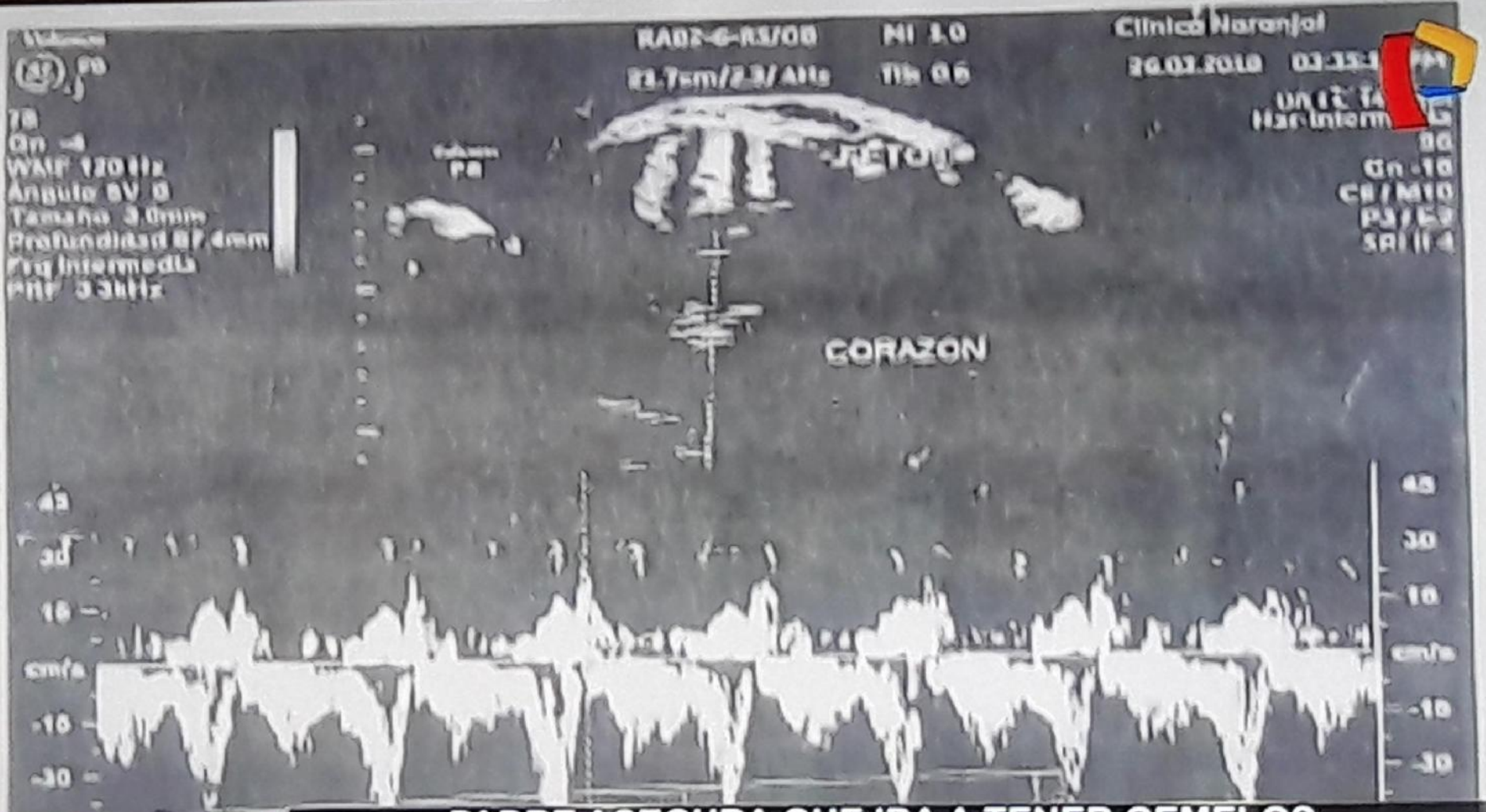


El Dominical
by Telemor-Cable

08:27:28

**PADRE ASEGURA QUE IBA A TENER GEMELOS
DENUNCIAN DESAPARICIÓN DE RECIÉN NACIDO**

MC Yoe GARCÍA ALIAGA



Voluntad
(47) PO

RADZ-G-RS/00 MI 1.0
23.7cm/2.3/Alt 11h 0.6

Clinica Naranjo
26.03.2018 03:32:35 PM

78
Gn -4
WAF 120 Hz
Angulo 5V 0
Tamaño 3.0mm
Profundidad 87.4mm
Fvq Intermedia
PRF 33kHz

UN 12.14
Har Inform
Gn -10
CR/MIO
PS/EO
SAI 11.4

45
30
15
cm/s
-10
-30

45
30
15
cm/s
-10
-30

El Dominical
de PANAMERICANA

PADRE ASEGURA QUE IBA A TENER GEMELOS DENUNCIAN DESAPARICIÓN DE RECIÉN NACIDO

08:27:43

23.8cm/2.3/23Hz 11h 0.3

26.03.2018 03:32:35 PM

La República



POLÍTICA ECONOMÍA SOCIEDAD MUNDO DEPORTES ESPECTÁCULOS TENDENCIAS ED. IN

Áncash Amazonas Arequipa Cajamarca Cusco Junín La Libertad Lambayeque Loreto

SOCIEDAD MINSA SALUD HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Admiten que hubo un error en lectura de ecografía de mujer que esperaba gemelos

La familia afectada denunció que en el **hospital Cayetano Heredia** solo le entregaron un bebé cuando en la **ecografía** le dijeron que iba a tener **gemelos**. La clínica Naranjal involucrada se pronunció al respecto.



23 Abr 2018 | 13:00 h



"Aparentemente ha habido un **error técnico** de interpretación de imágenes ecográficas que forma el ecógrafo. Todo indicaría que se trataría de un **efecto espejo**", sentenció Jorge Espinoza, director de la clínica Naranjal donde le dijeron a Mariella Guillermo Bautista que iba a tener **gemelos**.

El doctor dijo que fue un "error involuntario" y que no se aplicará una sanción a la persona que leyó la **ecografía**, porque fue el ecógrafo que mostró una imagen confusa. "El efecto es presentable en personas de la contextura de la paciente, lo que nos puede dar evidencia de una doble gestación", afirmó.

MC Yoe GARCÍA ALIAGA

Lección ???



**ANEXO III
INFRACCIONES APLICABLES A LAS IPRESS**

**ANEXO III – A
INFRACCIONES DE CARÁCTER GENERAL**

INFRACCIONES LEVES

1. Emitir prescripciones farmacológicas sin atender a la denominación común internacional.
2. Emitir prescripciones farmacológicas por profesionales de la salud fuera de su ámbito de competencia.
3. No contar con Plan Anual de Auditoría o Comité de Auditoría, o no cumplir con las actividades de auditoría de la calidad establecidas en la norma técnica vigente.
4. No cumplir con las disposiciones vigentes sobre la administración y gestión de la historia clínica.
5. No cumplir con las disposiciones vigentes sobre el contenido de la historia clínica.
6. Realizar la exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes sin consentimiento informado por escrito.
7. No realizar monitoreo del cumplimiento de la normativa vigente o calidad de los procesos en las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) de las IPRESS.
8. Negar al usuario el derecho de acceso a la información de los servicios de salud, incluida la historia clínica, en los casos previstos por la normatividad vigente.
9. No contar o no cumplir oportunamente con el procedimiento de derivación, referencia o contrarreferencia de pacientes para garantizar la continuidad de la atención.
10. Retener al paciente de alta o al cadáver por motivo de deuda por parte de la IPRESS.
11. No contar con las unidades productoras de servicios implementadas según corresponda a su categoría.

Rango de sanciones

Aprueban la "Metodología de Cálculo de Sanciones aplicables a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS)"

**RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA
N° 099-2014-SUSALUD/S**

Lima, 18 de diciembre de 2014

5.2. Para IPRESS

- a. Infracciones leves: Con amonestación escrita; o, con multa de hasta cien (100) UIT.
- b. Infracciones graves: Con multa de hasta trescientas (300) UIT.
- c. Infracciones muy graves: Con multa de hasta quinientas (500) UIT; o, con la restricción de uno o más servicios de las IPRESS hasta por un plazo máximo de seis (6) meses, o con el cierre temporal de IPRESS, hasta por un plazo máximo de seis (6) meses; o el cierre definitivo de IPRESS.

5.3. Para UGIPRESS

- a. Infracciones leves: Con amonestación escrita; o, con multa de hasta cien (100) UIT.
- b. Infracciones graves: Con multa de hasta trescientas (300) UIT.
- c. Infracciones muy graves: Con multa de hasta quinientas (500) UIT.

Nº 133 -2019-SUSALUD/S

Lima, 03 OCT. 2019

Artículo 1.- MODIFICAR el primer párrafo y numeral 8.2 del artículo 8, primer cuadro del artículo 9 y artículo 10 de la Metodología de Cálculo de Sanciones aplicables a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), aprobada con Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, en los términos siguientes:

“Artículo 10.- Límites al Monto de Multa

Cuando el Tope Máximo de Multa señalado en el artículo 5 de la presente norma sea mayor que el parámetro aplicable a las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, según los porcentajes establecidos en la Tabla de Ajuste, debe utilizarse la siguiente formula:

$$VFA = \frac{(RAT) (PA)}{TM}$$

Donde:

- PA

:

Parámetro aplicable en función al mes tipo del ejercicio fiscal inmediatamente anterior de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS según los porcentajes establecidos en la Tabla de Ajustes.
- TM

:

Tope Máximo de Multa de 100, 300 o 500 UIT según se trate de Infracciones Leves, Graves o Muy Graves respectivamente.
- VFA

:

Valor Final Ajustado.

TABLA DE AJUSTE		
Naturaleza de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS	Tipo de Infracción	Parámetro
Pública	Leve	10% del Gasto Corriente: Partida: Bienes y Servicios
	Grave	15% del Gasto Corriente: Partida: Bienes y Servicios
	Muy Grave	20% del Gasto Corriente: Partida: Bienes y Servicios
Privada	Leve	10% de los Ingresos Brutos
	Grave	15% de los Ingresos Brutos
	Muy Grave	20% de los Ingresos Brutos

(*) En el caso de AFOCAT sin considerar el monto destinado a fideicomiso de conformidad a la normativa vigente*.

Evolución de la Norma

1. **RM N° 008-2000-SA/DM**: Aprobar la Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales (SIP 2000)
2. **RM N° 776-2004/MINSA**: Aprueban la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-**V.01** "Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado"
3. **RM N° 597-2006/MINSA**: Aprueban la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-**V.02** "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" (28-06-2006)
4. **RM N° 1147-2006/MINSA**: Aprueban la Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor" (05-12-2006)
5. **RM N° 686-2008/MINSA**: Modifican RM N° 776-2004/MINSA "Aprueban la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, Epicrisis, Informe de Alta y Consentimiento Informado" (02-10-2008)

6. **RM N° 576-2011/MINSA**: Aprobar la Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI V.01: "Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la Historia Clínica Electrónica" (22-07-2011)

7. **LEY N° 30024**: "Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas" (Congreso de la República) (22-05-2013)

8. **RM N° 328-2013/MINSA**: Créase la Comisión Sectorial de naturaleza temporal, encargada de formular el proyecto de Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas" (07-06-2013)

9. **RM N° 726-2013/MINSA**: Disponer la prepublicación del Proyecto de Reglamento de la Ley N° 30024, en el Portal Institucional del Ministerio de Salud" (13-11-2013)

10. **RM N° 204-2015/MINSA**: Dejar sin efecto el Anexo N° 01: Ficha Familiar de la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA. (30-03-2015).

11. **RM N° 078-2016/MINSA**: Incorporar en la NT N° 022- MINSA/DGSP-V.02, el Anexo N 06 "Instructivo para el llenado del formulario de Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención de salud" (09-02-2016).

11. **DS N° 009-2017-SA**: Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (23-02-2017)

MINISTERIO DE SALUD

No. 214-2018/MINSA



Resolución Ministerial



Lima, 13... de... Mayo..... del 2018.



SE RESUELVE:

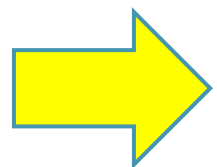
Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y sus modificatorias aprobadas por Resoluciones Ministeriales N°s 204-2015/MINSA y la Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA.

“NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”

I. FINALIDAD

1.- Mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud.



- a) Adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas.
- b) Protección de intereses legales: usuarios, personal de salud e IPRESS

II. OBJETIVOS

- 1.- Establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas.
- 2.- Establecer el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Todas la IPRESS: Públicas, privadas y mixtas; y **SMA**.

- a) Patología clínica, anatomía patológica, y de diagnóstico por imágenes;
- b) Establecimientos que desarrollan subespecialidades o procedimientos especializados: medicina nuclear, radioterapia, medicina física, rehabilitación, hemodiálisis, litotripsia, medicina hiperbárica, endoscopias, colposcopias;
- c) Servicio de traslado de pacientes, atención domiciliaria o atención pre-hospitalaria;
- d) Establecimientos de recuperación o reposo;
- e) Centros ópticos;
- f) Laboratorios de prótesis dental;
- g) Ortopedias y servicios de podología;
- h) Centros de Atención para dependientes a sustancias psicoactivas y otras dependencias;
- i) Centros de vacunación; y
- j) Centros de medicina alternativa.

IV. DEFINICIONES OPERATIVAS

Acto médico.- Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.

IV. DEFINICIONES OPERATIVAS

(Modificada con RM N° 265-2018/MINSA – 03/04/18)

Acto de salud.- Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud, excepto el Médico Cirujano, para las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda; que se brindan al paciente, familia y comunidad. La recuperación incluye la evaluación clínica, diagnóstico, pronóstico, terapéutica y seguimiento, según las competencias de cada profesional de la salud.

(...) 7.DISPOSICIONES FINALES:

7.4. La presente Norma Técnica de Salud no establece, ni regula competencias de los profesionales de la salud, personal técnico y auxiliar asistencial de la salud; ni modifica el marco normativo que los rige.

ARCHIVO COMÚN DE HISTORIAS CLÍNICAS

**ARCHIVO
ACTIVO**

5 años

ARCHIVO COMÚN DE HISTORIAS CLÍNICAS

**ARCHIVO
ACTIVO**

**ARCHIVO
PASIVO**

**No requeridas
+ 5 años**

ARCHIVO COMÚN DE HISTORIAS CLÍNICAS

**ARCHIVO
ACTIVO**

**ARCHIVO
PASIVO**

**ARCHIVO
ESPECIAL**

- Casos médico legales
- Interés científico
- Interés histórico
- Cáncer ocupacional

ANTES





Región de selva







DESPUÉS





Datos sensibles.- Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.

Eliminación de documentos.- Es el procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos autorizados expresamente por el Archivo General de la Nación.

Historia Clínica Vs. Historia Clínica Electrónica

Inviolabilidad	
Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin detectarse	Protección digital - Back up
Secuencialidad	
Fecha y hora manual	Fecha y hora automática
Reserva de la información	
Mecanismos de control de archivos	Mecanismos de seguridad informáticos
Accesibilidad y Disponibilidad	
Disponible en un sólo lugar	Diferentes métodos de acceso Facilita manejo de datos estadísticos
Riesgo de pérdida de información	
Archivo físico fácilmente extraviable	Back up

Médico tratante.- Conduce el diagnóstico y tratamiento.

En la IPRESS que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización: El que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización en tanto permanezca en éste.

Cuando es trasladado a otro servicio o unidad: Aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico.

En ambos casos, en ausencia del médico tratante: Médico Jefe del Servicio o quien haga sus veces, asumir dicha responsabilidad.

Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar, estos profesionales en fase de formación de la especialidad.

EXPEDIENTE N°
MEMORANDUM N° SUSALUD/IPROT



A : Abog. Oscar Ítalo Quijano Caballero
Intendente de la Intendencia de Fiscalización y Sanción

ASUNTO : Informe sobre Sustento de Inicio de Procedimiento Administrativo Sancionador a las IPRESS Hospital Nacional [redacted] y Hospital [redacted] Caso de la menor

REF. : Informe N° [redacted] /IPROT

FECHA : Santiago de Surco,

Es grato dirigirme a usted para remitirle adjunto al presente, el Informe N° [redacted] /IPROT, sobre el sustento de Inicio de Procedimiento Administrativo Sancionador para su conocimiento y fines consiguientes a las IPRESS [redacted] y Hospital [redacted] del caso de la menor [redacted].

Se remite expediente en IV Tomos, con 814 folios.

M. RIVA M. Atentamente,



Sr. Luis Alberto Trujillo Pomiano
Intendente de la Intendencia de Protección de Derechos en Salud

MC Yoe GARCÍA ALIAGA

VIII. RECOMENDACIÓN

Se recomienda evaluar el inicio del proceso administrativo sancionador a las IPRESS Hospital [REDACTED] y Hospital [REDACTED], por la presunta comisión de las infracciones que se acotan en el presente informe y conforme al procedimiento establecido en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD.

Atentamente,



Abog. Grover Grandez Inca Roca
Especialista Legal

Hospital que refiere

En relación a la atención brindada en el Hospital

1. Se observó en la historia clínica que ha existido atención realizadas en el servicio de emergencia por personal médico que no acredita registro de especialidad correspondiente, vulnerando el derecho a recibir atención especializada.
2. Ha existido una demora en el diagnóstico de apendicitis aguda, no considerándose a pesar de la clínica presentada un cuadro de abdomen agudo quirúrgico, retrasando de esta manera el tratamiento oportuno y aumentando el riesgo de complicaciones.
3. No se observa en la historia clínica que se anexen informes de exámenes auxiliares de imágenes, limitando información relevante de los exámenes ya realizados para la continuidad del tratamiento.
4. Inadecuado registro de la historia clínica, en relación a lo estipulado en la normatividad vigente.
5. Existen indicios para considerar que la IPRESS ha incurrido en la presunta infracción tipificada en el reglamento de Infracciones y sanciones de SUSALUD.

1

2

Hospital que acepta la referencia

1. No se observa en ninguna de las intervenciones quirúrgicas realizadas la existencia de consentimiento informado anesthesiológico, vulnerando el derecho a la información, así como, desconocimiento del paciente acerca de los riesgos reales, potenciales, efectos colaterales y adversos de la aplicación de anestesia.
2. Ausencia de un adecuado control post anesthesiológico por medico anesthesiologo, lo cual incrementa el riesgo en la seguridad de la paciente después de la cirugía.
3. no se observa en la historia clínica que se anexen informes de exámenes auxiliares de imágenes, limitando información relevante de los exámenes ya realizados para la continuidad del tratamiento.
4. Se observa que paciente en estado crítico que durante su estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos es evaluado por médicos sin registro nacional de especialista, vulnerando el derecho a recibir atención médica especializada.
5. Se evidencia según registro de historia clínica que la paciente presentó como efecto adverso un cuadro de neumonía intrahospitalaria durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos.
6. Dificultad de ingreso de la paciente en estado crítico a la Unidad de Cuidados Intensivos por falta de cama, posterior a una cirugía, poniendo en riesgo el tratamiento oportuno de la paciente.

1

2

3

V. DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Fecha, hora, nombre (s) apellidos completos, firma y número de colegiatura, registro de especialidad (de corresponder) del profesional que brinda la atención, independientemente de la modalidad de atención. En el caso de menores de edad debe consignar los nombres y apellidos del padre, madre, tutor o apoderado del menor y su número de D.N.I., antes de la atención a ser prestada.
2. Recursos: POI.
3. Visitas domiciliarias, campañas de atención de salud, vacunaciones, resultados positivos de exámenes, entre otros) deben ser incorporadas en la historia clínica.
4. Médico tratante, es el encargado de firmar la copia de la historia clínica, epicrisis, informe de alta e informes médicos y consentimiento informado que le soliciten; ante su ausencia y dentro del plazo previsto, lo hará en sustitución el Médico Jefe del Servicio.

Ap. Resp: MV pasa bien en ACP

Ap. CV: RCR, buen tono e intensidad, no soplos.

Abdomen: B/D, no doloroso, RHA (+++)

G-U: PPL (-); PRU (-)

Neurológico: LOTEP, SCG 13/15

Dx: 1) EDA
2) TdP F.A.
3) EPOC
4) TSV

6. Todas las anotaciones registradas en la historia clínica deben ser objetivas, con letra legible y sin enmendaduras, utilizando sólo las abreviaturas o siglas que figuren en la lista de abreviaturas de la presente Norma Técnica de Salud. En ningún caso se permitirá el uso de siglas en los diagnósticos.

LISTA DE ACRÓNIMOS

- AGN: Archivo General de la Nación.
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.
- DNI: Documento Nacional de Identidad.
- DIRESA: Dirección Regional de Salud.
- ESSALUD: Seguro Social de Salud.
- GERESA: Gerencia Regional de Salud.
- HC: Historia Clínica.
- HIS: Sistema de Información en Salud.
- IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- OGTI: Oficina General de Tecnologías de la Información.
- RENHICE: Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- RENIEC: Registro Nacional de Identificación y Estado Civil.
- SHICE: Sistemas de Historias Clínicas Electrónicas.
- SFFAA: Sanidad de las Fuerzas Armadas.
- SIS: Seguro Integral de Salud
- SPNP: Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
- SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
- UPS: Unidad Productora de Servicios.

6. Todas las anotaciones registradas en la historia clínica deben ser objetivas, con letra legible y sin enmendaduras, utilizando sólo las abreviaturas o siglas que figuren en la lista de abreviaturas de la presente Norma Técnica de Salud. En ningún caso se permitirá el uso de siglas en los diagnósticos.

30/04/2015, hora 12:30 – 19:00

Médico Pediatra

Evolución ilegible

(CMP

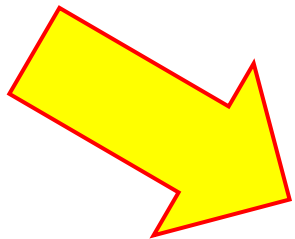
RNE

)

SUSALUD

Historia y evolución
Sotocentero 0201140-00
Edad: 13 años
Sexo: FEMINO
DNI: 72179937
Hora: 3:50 am
98 20 mmHg
Acute por Sotocentero de f. de la
Haga de la vida, no se 22/11/15

000792
AT 384/208
Peso: 43.400 Kgr
T: 36.1°C
SpO2: <85%



000791

Fecha: 22/04/15, 4:50 pm Anamnesis realizado por

ANAMNESIS

1. FILIACION		
1.1. Sexo y Edad	En 13 años, Gpo. Etnico:	Religión :
1.2. Gdo. de Instrucción	Secundaria,	L. Nacimiento :
1.3. Ocupación Actual	F. H. de la	L. Procedencia :
1.4. Domicilio Actual		

EXAMEN FISICO

No de REGISTRO:

ASEGURADO No.

NOMBRE: 0201140 003 SECCION CAMA DOCTOR

ASPECTO: A.P.B.

PESO HABITUAL TALLA T. 36 P. 74/40 R. 60 Feb. 02-14

ESTADO DE NUTRICION P.S.

RESULTADOS DEL EXAMEN

El examen debe comprender: Cabeza, Cuello, Corazón y vasos Sanguíneos
Abdomen, Organos, Génito-Urinario, Huesos y Articulaciones Sistema Neuro
Muscular Piel y Glandulas Linfáticas.

Piel: fria, humeda. Unida a epitelio

Pulso: 74/40 R. 60

Abdomen: A.P.B.

Corazón: no palpable

Abdomen: Plano R.H.A.D. R.

Huesos: no palpables

Articulaciones: no palpables

Musculatura: no palpables

Glandulas: no palpables

Dx: - No palpable

- 3/4 E.A.P.

- 3/4 S. de la Abdominal

Victor Raul Arriaga Ames

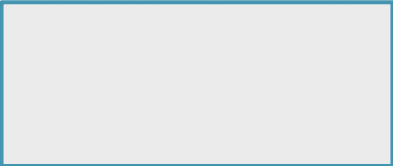
EDATARIO SUPLENTE

2015

ORIGINAL

FIRMA DEL DOCTOR

MC Yoe GARCÍA ALIAGA



INFORME DE DEFUNCIÓN

000576

ASEGURADO N° 43470

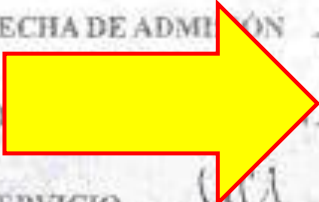
1.-NOMBRE COMPLETO _____

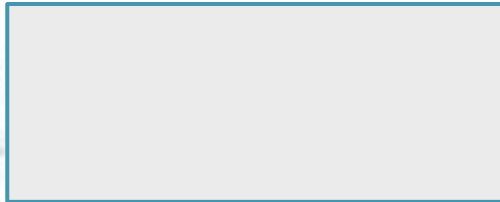
2.-EDAD 13 años

3.-FECHA DE ADMISIÓN 28/ Abril / 2015 HORA 21: 20h

4.-FECHA DE DEFUNCIÓN 25/ Mayo / 2015 HORA 03: 25h

5.-SERVICIO CCU PISO _____ CUARTO Comer. 3





000545

EVOLUCIÓN UCI

UCI UCIT

REGISTRO: 431130



NOMBRE:

HORA:

DÍAS HOSP.:

EDAD:

SEXO:

M

F

FUNCIONES VITALES Y OTRAS VARIABLES

RAMSAY

GLASGOW

PA: 105/69

RAM:

FC: 117 x'

FR:

36 x'

T°:

PVC:

GC:

IC:

P. CUÑA:

SAT O₂: 100%

PaFi:

Gaa:

DIURESIS:

BH:

7. Los diagnósticos consignados corresponderán a la **Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE**, debiendo estar codificados por quien realizó la atención, de acuerdo al CIE 10 o la versión que estuviere vigente. Deberá registrarse también si corresponde a un diagnóstico: Presuntivo (P), Definitivo (D) o Repetitivo (R), según sea el caso.

CONSULTORIO MEDICO
Sirvase Informar sobre: *Contorno torácico*

*φ 13a. 9 Shock distributivo en com-
pensación, curda con secreciones bronca-
les SMC \pm 500 cc Hb 15.6
Evolution paz. bil. ced. EDA
ATE*

18 ABR 2015

CIE 10
???????

INFORME

Reflexione sobre el caso en términos de
de los días no naturales, cuando el dolor
Gastritis Abdominal: dolorabilidad
difusa, dolor se pone dolor palpable
periumbilical. No mayor palpable.

Diagnostico:

✓ Dolor abdominal Reanente

CIE 10
???????

8. Las sospechas de reacciones adversas que puedan presentar los pacientes con el uso de los medicamentos o productos farmacéuticos deben ser registradas de forma obligatoria en la historia clínica, y reportadas en el formato de notificación.

16
16
03

Dr. Cortés

Rp- ~~Amoxicilina 0.5g~~
~~Suspensión oral 0.5g~~

8/5: Eo de orina.

6. Todas las anotaciones registradas en la historia clínica deben ser objetivas, con letra legible y sin enmendaduras, utilizando sólo las abreviaturas o siglas que figuren en la lista de abreviaturas de la presente Norma Técnica de Salud. En ningún caso se permitirá el uso de siglas en los diagnósticos.

EPICRISIS

SS: 6106170-000

R.N. de la part. anterior, se le firmó en
a. Apron 7-8 y 9, ligal anterior a la
e. p. P: 2640, 1.11.48 PC 32.5
7.36.6 TE 1118 FE 52.-

Fueron N. y N. N. y N. B. N. Quil N.
Fueron. R. N. C. y N. M. Es de la part. +

N. y N.

Ente Part. 2. part. 10th III 11.4. And. parte
de la ed. F. y N. de la parte de
directos. N. y N.

Paciente varón, sexo ♂, producto de parto cesáreo
en su 1º año de vida. Extrínsecos. Se observan
en su abdomen, en la parte superior, hinchazón
abdominal, abdomen blando, dependiente y móvil
T = 37.3°C TA = 46x' FC = 132x'
Se realizó examen de intestinos y análisis
Sangre glomerada al 10% - 20 cc
con heces reflejos de sangre y de leche.
Bile de alto. e/irrozaciones
* Bile con die de concha.
[Signature]
(CP1906)

paciente gemelo (P) en su 7 día -
de vida c.v. y b. manifest. en la
llm. de rec. bajo fotolimp. continua
opa cubiertas; en incubadora (no respira-
ción la 7º). ~~en~~ eucuenta en mínimo
7039.2c PC: 132. PR 52.
Taguapreco x demencia color
de demencia incubadora. Queda
con FOTOTERAPIA
Tubo L2 y L3 con buen reflex.
de mca. y defluc.
Respiró bajo t.c.v. y t.com. y confort
1038.5c PC: 120. PR 56.
1038c.
Queda bajo FOTOT. entall.
O=1
N=1
2 de June

ES COPIA FIEL DEL
25 JUN.

9. Las IPRESS están obligadas a organizar, mantener, custodiar y administrar el archivo de las Historias Clínicas en medios convencionales o electrónicos o en ambos, según corresponda el caso.

10. Comité Institucional de Historias Clínicas

- Primer nivel de atención: Estará a cargo de la Red de Salud de las DIRESA y las Redes Integradas de Salud del ámbito de Lima Metropolitana.
- En los Hospitales e Institutos Especializados está a cargo de cada IPRESS.
- La formalización del comité se realizará a través de acto resolutivo de la autoridad correspondiente.
- Conformado por un mínimo de cinco integrantes:
 - a) Personal de las áreas de administración o de gestión
 - b) Personal asistencial relacionado con los procesos de la gestión de la historia clínica).
- El responsable del Área de Registro Médicos será integrante permanente de este comité.

Funciones:

- Vigilar el cumplimiento e implementación de la presente norma técnica de salud.
- Supervisar la calidad del registro de la historia clínica en la IPRESS.
- Supervisar el correcto archivamiento, conservación, custodia y eliminación de las historias clínicas.
- Analizar periódicamente la gestión, administración y mejora de la historia clínica manuscrita o electrónica, y alcanzar aportes al equipo de gestión de la IPRESS para la toma de decisiones.
- Coordinar con el Comité Evaluador de Documentos-CED el proceso de eliminación de las historias clínicas.
- Emitir opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica.
- Monitorear el cumplimiento de la conservación de un resumen de información mínima y básica de las historias clínicas eliminadas.
- Servir de enlace entre el Área / Unidad de archivo y el equipo de salud.
- Mantenerse informado de las transferencias de historias clínicas desde el archivo de historias clínicas de la IPRESS hacia el Órgano de Administración de Archivos.
- Emitir opinión favorable sobre la historia clínica y los documentos propuestos a eliminar, antes de ser presentados al Comité Evaluador de Documentos-CED de la institución.

11. Las IPRESS están obligadas a entregar copia autenticada de la historia clínica y epicrisis, el costo de reproducción será asumido por el interesado (artículo 44 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud). El plazo máximo de entrega es de cinco (5) días; en situaciones en las cuales se requiere en un plazo menor a cuarenta y ocho (48) horas, deberá sustentarse en el documento de solicitud.

12. La entrega del Informe de Alta al egreso del paciente es de carácter obligatorio y gratuito.

13. Las IPRESS del primer nivel de atención con población asignada, utilizan la carpeta familiar, la que incluirá la ficha familiar y los formatos de atención, según etapa de vida: Niño, Adolescente, Joven, Adulto y Adulto Mayor contenidos en la presente Norma Técnica de Salud

14. Ordenamiento de la Historia Clínica

- Realizarse cronológicamente.
- Considerar primero las últimas atenciones realizadas y las más antiguas al final de la carpeta, en concordancia con las fechas de atención, las cuales deben estar foliadas de manera correctas.
- La foliación se inicia con la apertura de la historia clínica y se realiza de atrás hacia adelante (desde la fecha más antigua a la más reciente), de tal manera que la primera hoja de escrito (cuando se apertura la historia clínica) y demás hojas son foliadas en forma correlativa, es decir, sin omitir ni repetir números.

15. Omisión, repetición de folios, entre otros, se deberá rectificar la foliación tachando la anterior con dos líneas oblicuas cruzadas y a continuación se efectuará la foliación correcta, además de colocarle el término "VALE", firma, nombres, apellidos y el cargo de la persona encargada del archivo o a quien se designe para tales fines. La corrección realizada debe comunicarse al jefe de la IPRESS.



MC Yoe GARCÍA ALIAGA

17. El personal encargado del archivo de las historias clínicas deberá ser **capacitado de forma periódica (mínimo una vez al año)** en los aspectos relacionados al correcto manejo, organización, conservación, custodia y eliminación de las historias clínicas.

18. Las IPRESS deben asegurar los recursos necesarios para implementar las medidas de protección y vigilancia sanitaria (**evaluación del estado de salud, mínimo dos veces al año**) del personal encargado del archivo de las historias clínicas.

19. Frecuencia de uso

ARCHIVO ACTIVO: Últimos 05 años. Desde la última prestación recibida por el usuario en salud.

ARCHIVO PASIVO: Pacientes que han fallecido y las historias de pacientes que no han concurrido a la IPRESS, por más de cinco (5) años

15 AÑOS

Órgano de Administración de Archivos para ser propuesto a eliminar ante el Archivo General de la Nación o Archivos Regionales, o para su conservación.

Paciente que solicita atención luego de 15 años:
Procedimiento

21.- IPRESS que cuenten con un Sistema de Información de Historias Clínicas, deben cumplir mínimamente con los aspectos de **seguridad, confidencialidad, disponibilidad, integridad y autenticidad.**

22.- Cuando se identifique la **ausencia o se reporte el extravío de una historia clínica**, el responsable del Archivo de Historias Clínicas o el órgano de Administración de Archivos pone inmediatamente en conocimiento a la Dirección /Jefatura de la IPRESS, en referencia a la pérdida para el deslinde de responsabilidades y para las acciones legales y administrativas pertinentes, según los procedimientos administrativos que corresponda

23. Estructura de la Historia Clínica

ESTRUCTURA BÁSICA

1) Identificación del paciente: datos de identificación única del paciente o usuario de salud.

2) Registro de la atención.

3) Información complementaria: Resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención. (Formato de consentimiento informado, formato de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros y otros que se considere pertinente.

24. Formatos de la Historia Clínica

Formatos Básicos

- 1) Formatos en Consulta Externa.
- 2) Formatos en Emergencia.
- 3) Formatos en Hospitalización.
- 4) Ficha Familiar.

Consulta Externa

- a) En la consulta externa de IPRESS del primer nivel de atención con población asignada, se utilizan los formatos por etapa de vida.
- b) En las IPRESS, que únicamente cuenten con técnicos o auxiliares de enfermería, se registra en los formatos por etapa de vida, la información general, antecedentes, seguimiento de riesgos, lista de problemas identificados y el plan de atención integral correspondiente según normatividad vigente.
- c) En el caso de realizar algún procedimiento, se incluye el formato de riesgo quirúrgico.

Hospitales e Institutos Especializados

En la primera atención, se debe incluir como mínimo:

- Fecha y hora de la atención.
- Nombres y apellidos del paciente o usuario de salud.
- Valoración clínica del adulto mayor valoración funcional, valoración mental, valoración socio familiar.
- Enfermedad Actual: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas y signos principales, funciones biológicas.
- Antecedentes: personales y familiares.
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional.
- Diagnósticos (CIE 10 o versión vigente)
- Plan de Trabajo:
 - Exámenes de ayuda diagnóstica.
 - Procedimientos especiales.
 - Interconsultas.
 - Referencia a otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.
 - Tratamiento.
- Fecha de próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Las siguientes consultas deben contener:

- Fecha y hora de la atención.
- Motivo de consulta.
- Síntomas y signos más importantes.
- Tratamiento recibido, cumplimiento y resultado del mismo (de ser el caso).
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional.
- Diagnósticos (CIE 10 o versión vigente).
- Tratamiento.
- Próxima cita.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Emergencia:

Se debe elaborar una Historia Clínica breve, en la que se registra una información mínima.

El libro de registro de atención de emergencias debe contener:

- a) Fecha y hora de ingreso.
- b) Nombre del paciente.
- c) Edad y sexo.
- d) Dirección domiciliaria.
- e) Diagnóstico de ingreso.
- f) Diagnóstico final de emergencia.
- g) Destino y hora de terminada la atención.
- h) Observaciones.
- i) Nombre y firma del médico tratante; y
- j) Nombre y Firma del Acompañante o persona responsable.

En el caso de que el registro de la información se haga mediante un medio magnético, se realiza un reporte impreso al final del turno, que contenga la firma del profesional responsable.

ANEXO N° 7
ELEMENTOS A CONSIDERAR EN EL FORMATO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

- a) N° de Historia Clínica.
- b) Fecha y hora de atención.
- c) Filiación.
- d) Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta.
- e) Antecedentes.
- f) Examen físico.
- g) Hoja de consentimiento informado de ser el caso.
- h) Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso.
- i) Exámenes auxiliares.
- j) Diagnóstico presuntivo.
- k) Plan de trabajo.
- l) Terapéutica y seguimiento.
- m) Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica.
- n) En caso de parto llenar la Historia Clínica Perinatal y el Partograma.
- o) Firma y sello del médico tratante.

Hospitalización:

- a) Anamnesis.
- b) Examen clínico.
- c) Diagnóstico.
- d) Tratamiento.
- e) Plan de trabajo.
- f) Evolución.
- g) Epicrisis.

Formatos Especiales:

- a) Formato de Filiación.
- b) Notas de Enfermería.
- c) Hoja de Control de Medicamentos u Hoja de Control Visible.
- d) Gráfica de Signos Vitales.
- e) Hojas de Balance Hidro-Electrolítico.
- f) Formato de Interconsulta.
- g) Orden de Intervención Quirúrgica.
- h) Reporte Operatorio
- i) Formatos de Anestesia
- j) Formato de la Historia Clínica Materno Perinatal
- k) Notas de Obstetricia
- l) Fichas Odonto-Estomatológicas
- m) Formatos de Patología Clínica
- n) Formatos de Diagnóstico por Imágenes
- o) Formatos de Anatomía Patológica
- p) Formato de Consentimiento Informado
- q) Formato de Retiro Voluntario
- r) Formato de Referencia y Contrarreferencia
- s) Informe de Alta
- t) Certificado de Discapacidad

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

PROCESO TÉCNICO — ADMINISTRATIVO

1) Apertura de la Historia Clínica

- a) La apertura de la historia clínica individualizada se realiza mediante la identificación estándar de usuario de salud a través de su número de D.N.I. (nacional), de carné de extranjería (residente), de pasaporte o documento de identidad extranjero (extranjero en tránsito).
- b) Los pacientes atendidos bajo la modalidad de telemedicina deben contar con Historia Clínica (física o electrónica).
- c) Todo estudio de imágenes debe contar con un informe firmado y sellado por el médico especialista en Radiología. Las imágenes serán archivadas bajo la modalidad de medio magnético o físico (placa, papel fotográfico, papel térmico, medios digitales u otros), debiendo este archivo estar supervisado y controlado por el médico responsable de la Unidad Productora de Servicios.

**15
años**



- a) Para los recién nacidos se debe usar el documento nacional de identidad de la madre y un sufijo, para su identificación y el de su Historia Clínica, en forma temporal hasta que cuente con su Documento Nacional de Identidad.
- b) En hospitales e Institutos Especializados, sólo se apertura la Historia Clínica a los recién nacidos con patología; y la documentación e información clínica (como el peso, talla, APGAR, entre otras) de los recién nacidos normales o de los natimueertos será incluida o archivada en la Historia Clínica de la madre.
- c) Primer nivel de atención se apertura la historia clínica a los recién nacidos de partos normales

El paciente o usuario de salud debe brindar un consentimiento a través de su firma en virtud del tratamiento de sus datos sensibles contenidos en la **historia clínica electrónica**

ANEXO N° 11
CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN LA HISTORIA CLÍNICA
(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de datos N°29733 y normas complementarias)
Completar en LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad:		Edad:	Fecha:
N° de Historia Clínica:			

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento, que mis datos personales en especial los referidos a mis datos sensibles o datos de salud (registro de la atención e información complementaria) y que se encuentren en la historia clínica de esta Institución Prestadora de Servicio de Salud - IPRESS, sean accedidos por:

- ☐ El profesional de la salud de quien recibo una atención de salud.
- ☐ Por el (los) profesional(es) de la salud identificado con el siguiente código de usuario:

Los fines de uso de mis datos personales y sensibles son para las atenciones de las prestaciones de servicios de salud que me brinde la IPRESS y para la realización de actos médicos y administrativos que sean necesarios para la continuidad de la atención del servicio de salud. El acceso a los datos personales y sensibles son los estrictamente pertinentes y necesarios para el cumplimiento de los fines expuestos.

La IPRESS podrá tratar mis datos personales en el marco del cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley N° 26842 – Ley General de la Salud y en las contempladas en otras normativas legales vigentes.

En caso de querer ejercer algún derecho de protección de datos personales (derecho de acceso, derecho de información, derecho de rectificación, derecho de cancelación y derecho de oposición), serán dirigidas a la Institución Prestadora de Servicio de Salud – IPRESS a la siguiente dirección:

IPRESS	Domicilio	Correo Electrónico



--	--

Firma y Huella digital

MC Yoe GARCÍA ALIAGA

Archivo Especial

El Archivo Especial de Historias Clínicas funciona en un ambiente físico separado y contiene Historias Clínicas de especial relevancia por su contenido de implicancia médico — legal, ya sea por el diagnóstico, por las circunstancias que motivaron la demanda de atención o por las características de los usuarios (**HIV/SIDA, abortos, accidentes, suicidio o intento de homicidio, agresiones físicas, asaltos, violencia familiar, usuarios con antecedentes penales, entre otros**), y que por lo tanto requieren de un manejo especial.

Se incorpora a este archivo, las historias que hayan sido solicitadas por la Policía Nacional del Perú, el Ministerio Público o el Poder Judicial y aquellas que tengan interés histórico.

Ordenarlas de forma correlativa de menor a mayor. (DNI)

En el Primer Nivel de Atención

En el primer nivel de atención en las IPRESS con población asignada, las historias clínicas se archivan teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido por la IPRESS; manteniéndose para la organización de las carpetas familiares, el correlativo de menor a mayor. El ordenamiento de las historias clínicas de los integrantes de la familia al interior de la carpeta familiar se realizará **igualmente teniendo en consideración el número del D.N.I.**, ordenados de forma correlativa de menor a mayor.

Tránsito de la Historia Clínica

La historia clínica que circula por las áreas de atención: trámite administrativo, atención del paciente, investigación, docencia, entre otras áreas; debe contar con el **registro del nombre de la persona autorizada que solicita la historia clínica**, la fecha, hora y los plazos de préstamos y devolución al archivo de la historia clínica, después de concluida la atención o trámite respectivo.

Sistema de Información de HClxs

La IPRESS debe contar con un **sistema informático** de registro, control, monitoreo y archivo de historias clínicas, con información periódicamente actualizada y acceso a recuperación por el número de identificación única del usuario, nombre y apellido, código de identificación de ubicación física de las historias clínicas; que cuente con los siguientes campos de ingreso:

- a. Número de identificación única del usuario de historia clínica: DNI o carné de extranjería, pasaporte.
- b. Organización de archivos: Ambientes, estantes, divisiones; Activo Común: archivo activo y archivo pasivo; Archivo Especial, Eliminado.
- c. Ubicación de la historia clínica en el archivo.
- d. Historia clínica: manuscrita, informatizada, electrónica.
- e. Áreas de circulación o préstamo de historia clínica: atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia, usuario, autoridad judicial o Ministerio Público.
- f. Control de préstamos, devoluciones, e Historia Clínica pendientes de devolución.
- g. Datos de persona autorizada para el préstamo de Historia Clínica.
- h. Resumen de información.
- i. Registro en medios magnéticos.
- j. Sistema de código de barras para las carpetas
- k. Opción de impresión de etiqueta de datos para pegar en las carpetas de Historia Clínica, con el código y documento de identidad respectivo.

Responsabilidades

Los **funcionarios** de las IPRESS, en el marco de sus competencias, desarrollan las gestiones necesarias para brindar al archivo de Historias Clínicas y al Órgano de Administración de Archivos los recursos humanos, infraestructura y equipos óptimos para realizar las actividades de archivo, que garanticen su correcto tratamiento, seguridad y conservación.

La **custodia final** se realiza por el Órgano de Administración de Archivos y su disposición final también es responsabilidad de éste.

El Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Servicio o responsable de la atención de salud debe disponer lo conveniente para asegurar la **protección de la historia clínica**, así como de la información contenida en ella; a fin de evitar pérdidas, mutilación, alteraciones o uso por personas no autorizadas.

Solicitudes de copias de HClx

- A solicitud del usuario o a petición de la Autoridad Judicial o Ministerio Público se entrega copia autenticada de la totalidad o parte de la Historia Clínica dentro de un plazo máximo de cinco (5) días. En caso extremo que el Poder Judicial exija la historia clínica original, el responsable del Área de Registros Médicos será el encargado de su custodia, así como de generar una copia fedateada como cargo de lo solicitado, previa autorización del responsable de la IPRESS.
- Cuando el paciente esté hospitalizado, la enfermera responsable del servicio es la encargada de la administración de la historia clínica.
- La conservación de las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional es de mínimo cuarenta (40) años, después de terminada la exposición,

Dimensiones de áreas de archivos

- En caso de historia clínica electrónica, la institución debe disponer de mecanismos que permitan garantizar la custodia, confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida. Uno de los mecanismos de seguridad es encriptar la información.
- El área recomendable, según volumen de cada archivo activo y pasivo, puede ser de: 40 metros² (4m de fondo por 10m de ancho); 80 metros² (8m de fondo por 10 de ancho); 150 m² (15m de fondo por 10 de ancho); la misma que se adecua a su realidad y según el volumen de historias clínicas que tiene en archivo (activo y pasivo).
- Los locales y ambientes de Archivo de Historias Clínicas deben ser fumigados periódicamente, contar con iluminación y señalización, ventilación adecuada natural o artificial, sistemas contra incendio, extintores, detectores de humo y extractores de aire, a fin de mantener las condiciones ambientales adecuadas /Videocámaras.

20
años

Eliminación de HClxs

La eliminación de las historias clínicas es competencia del Archivo General de la Nación-AGN.

Se debe conservar un resumen de información mínima y básica en forma original o en medios magnéticos (en microformas), de:

- a) Hojas de consentimiento informado.
- b) Hojas de retiro voluntario.
- c) Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
- d) Informes de anestesia.
- e) Informes de exámenes anatomopatológicos
- f) Informes de exploraciones complementarias.
- g) Epicrisis.
- h) Informes de necropsia.
- i) Hojas de evolución médica.
- j) Hoja de evolución de enfermería de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos y del servicio de emergencia.

Eliminación de HClxs

La propuesta de eliminación de historias clínicas debe contar con la opinión favorable del **Comité Institucional de Historias Clínicas**, antes de ser sometida al Comité Evaluador de Documentos-CED.

El **Comité Evaluador de Documentos-CED** se conforma por:

- Un representante de la Alta Dirección de la entidad, quien lo preside.
- El Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica o su representante.
- El Jefe de la Unidad Orgánica cuya documentación será evaluada.
- El Jefe del Órgano de Administración de Archivos, quien actuará como secretario.

El **proceso de eliminación de las Historias Clínicas en el primer nivel** debe ser avalado por el Comité Institucional de Historias Clínicas de la Dirección Regional de Salud o la que haga sus veces (ámbito regional) y por las Direcciones de Redes Integradas de Salud (ámbito Lima Metropolitana); y en Hospitales e Institutos Especializados por el Comité Institucional de Historias Clínicas de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Copia de HClx

El paciente o usuario de salud tiene derecho a que se le entregue, a su solicitud, copia de su Historia Clínica o Epicrisis dentro del plazo de **cinco (5) días**

El formato de autorización se conserva en la Historia Clínica respectiva.

Cuando se trate de un **paciente fallecido**, la autorización para acceder a la Historia Clínica será de los familiares directos (**cónyuge, hijos, padres, hermanos**) y, en ausencia de éstos, los que la autoridad competente disponga.

La IPRESS brinda copia o transcripción de la información de la Historia Clínica, cuando la autoridad judicial lo solicite.

Propiedad Intelectual

- a. La Historia Clínica y la base de datos es de propiedad física de la IPRESS.
- b. La información clínica contenida en la historia clínica es propiedad del paciente o usuario de salud, establecido en la Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- c. En caso de cierre de una IPRESS, el titular de la Entidad en coordinación con el Órgano de Administración de Archivos; tomará la decisión sobre el destino de todas las Historias Clínicas, de ser el caso, de acuerdo con el marco legal vigente.

El paciente o usuario de salud tiene derecho a que se le entregue, a su solicitud, copia de su Historia Clínica o Epicrisis dentro del plazo de **cinco (5) días**.

Situación de Internos y Residentes

Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud deben ser refrendadas con la firma y sello del profesional responsable de la atención del paciente

La Historia Clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en una Institución Prestadoras de Servicios de Salud. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos a la que accederán los profesionales de la salud autorizados en la IPRESS de acuerdo con el marco legal vigente.

*Muchas
Gracias!*